B 1 KR 37/14 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 16/13
Datum
10.01.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 146/14
Datum
17.07.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 37/14 R
Datum
16.12.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Will ein Versicherter seine Mitgliedschaft als Beschäftigter in der gesetzlichen Krankenversicherung über das Ende seines Beschäftigungsverhältnisses hinaus durch einen Anspruch auf Krankengeld aufrechterhalten, muss er seine Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf jedes Krankengeldbewilligungsabschnitts erneut ärztlich feststellen lassen.
2. Ein Versicherter kann ausnahmsweise seine Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ärztlich feststellen lassen, wenn seine Krankenkasse ihn von der rechtzeitigen Feststellung durch unzutreffende Beratung abgehalten hat.
Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 17. Juli 2014 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Gewährung von Krankengeld (Krg) für die Zeit vom 16.1. bis 9.3.2012.

2

Der Kläger war wegen entgeltlicher Beschäftigung Mitglied der beklagten Krankenkasse (KK). Sein Beschäftigungsverhältnis endete aufgrund fristloser Kündigung Ende November 2012. Der Kläger ließ seine erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) ärztlich feststellen (am 28.11.2011 und in der Folgezeit bis 15.1.2012, sodann ua am 16.1. bis 4.2., nach stationärer Krankenhausbehandlung vom 1. bis 6.2. am 7.2. bis 29.2. und am 29.2. bis 9.3.2012). Die Beklagte bewilligte Krg für die Zeit vom 29.11.2011 bis 15.1.2012, lehnte aber eine weitere Gewährung ab: Der Krg-Anspruch habe bis 15.1.2012 befristet bestanden. Die Mitgliedschaft des Klägers sei nicht darüber hinaus mittels Anspruchs auf Krg erhalten geblieben. Bei der ärztlichen AU-Feststellung am 16.1.2012 sei er nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen, sondern über seine Ehefrau familienversichert ohne Anspruch auf Krg (Bescheid vom 23.1.2012; Teilabhilfebescheid vom 29.5.2012; Widerspruchsbescheid vom 29.11.2012). Das SG hat seine Klage auf Zahlung von Krg abgewiesen. Ein Beratungsfehler der Beklagten sei unter Einbeziehung ihrer zutreffenden schriftlichen Hinweise bei der Krg-Gewährung in Würdigung des Gesamtvorbringens weder feststellbar noch könnte ein solcher Fehler die Obliegenheitsverletzung rechtzeitiger ärztlicher AU-Feststellung im Wege des Herstellungsanspruchs überspielen (Urteil vom 10.1.2014). Das LSG hat dagegen die Beklagte zur Krg-Zahlung vom 16.1. bis 9.3.2012 verurteilt: Die ärztliche AU-Feststellung habe nur für die Entstehung des Anspruchs Bedeutung. Es bedürfe keiner Feststellungen zu den Voraussetzungen eines Herstellungsanspruchs und einer zulässigen Nachholung der ärztlichen AU-Feststellung (Urteil vom 17.7.2014).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 46 S 1 Nr 2 SGB V. Die Befristung einer ärztlichen AU-Feststellung begründe die Obliegenheit des Versicherten, zum Erhalt der Mitgliedschaft grundsätzlich vor Fristablauf die Fortdauer der AU ärztlich feststellen zu lassen.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 17. Juli 2014 aufzuheben und die Berufung des

Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 10. Januar 2014 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 17. Juli 2014 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der beklagten KK ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG). Das angefochtene LSG-Urteil ist aufzuheben, denn es verletzt materielles Recht. Der erkennende Senat ist an einer abschließenden Entscheidung gehindert. Die unangegriffenen, den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG reichen nicht aus, um abschließend über den geltend gemachten Krg-Anspruch zu entscheiden. Es steht nicht fest, dass der Kläger ab 16.1.2012 die Voraussetzungen eines Pflichtversicherungstatbestands mit Krg-Berechtigung erfüllte. Es kommt insbesondere in Betracht, dass die Beklagte ihm für die Zeit ab 16.1.2012 aufgrund Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft oder eines nachwirkenden Leistungsanspruchs Krg zu gewähren hat.

8

1. Nach § 44 Abs 1 S 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krg, wenn - abgesehen von den Fällen stationärer Behandlung - Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Ob und in welchem Umfang Versicherte Krg beanspruchen können, bestimmt sich nach dem Versicherungsverhältnis, das im Zeitpunkt des jeweils in Betracht kommenden Entstehungstatbestands für Krg vorliegt (vgl BSGE 98, 33 = SozR 4-2500 § 47 Nr 6, RdNr 10; BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 9; BSG SozR 4-2500 § 48 Nr 4 RdNr 9; BSG SozR 4-2500 § 192 Nr 4 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 14 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 12 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 46 Nr 2 RdNr 12; BSG Urteil vom 26.6.2007 - B 1 KR 2/07 R - Juris RdNr 12 = USK 2007-33). An die Stelle des Versicherungsverhältnisses tritt bei einem nachgehenden Anspruch die hieraus erwachsende Berechtigung.

9

Nach § 46 S 1 SGB V entsteht der Anspruch auf Krg 1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs 4, § 24, § 40 Abs 2 und § 41 SGB V) von ihrem Beginn an, 2. im Übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der AU folgt. Wird Krg wegen ärztlich festgestellter AU begehrt, ist für den Umfang des Versicherungsschutzes demgemäß grundsätzlich auf den Tag abzustellen, der dem Tag nach Feststellung der AU folgt (BSG SozR 4-2500 § 46 Nr 2 RdNr 11). Wie der Senat bereits entschieden und ausführlich begründet hat, bietet das Gesetz weder einen Anhalt für das Verständnis des § 46 S 1 Nr 2 SGB V als bloßer Zahlungsvorschrift noch dafür, dass der Krg-Anspruch gemäß § 44 SGB V schon bei Eintritt der AU entsteht (vgl BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 12 RdNr 13 mwN). Um die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten, genügt es dabei, dass sie mit Ablauf des letzten Tages ihrer Beschäftigung alle Voraussetzungen dafür erfüllen, dass mit dem zeitgleichen Beginn des nächsten Tags ein Anspruch auf Krg entsteht (vgl BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5 LS 1; ablehnend Hammann, NZS 2014, 729, der aber den Auslegungsspielraum zu Gunsten der Versicherten vernachlässigt).

10

Es steht nicht fest, dass der Kläger noch am 16.1.2012, dem Tag der ärztlichen Feststellung seiner AU, aufgrund rechtlich gebotener Aufrechterhaltung seines Versicherungsschutzes aus der Beschäftigtenversicherung mit Anspruch auf Krg versichert war. Zwar erfüllte der Kläger ab 16.1.2012 nicht mehr die gesetzlichen Voraussetzungen dafür, mit Anspruch auf Krg versichert zu sein (dazu a). Der hiervon abweichenden Auffassung des LSG ist nicht zu folgen (dazu b). Die Feststellungen des LSG reichen jedoch nicht aus, um zu entscheiden, ob der Kläger so zu stellen ist, als hätte er noch am letzten Tag des Krg-Bezugs eine ärztliche Feststellung über seine AU herbeigeführt (dazu c). Ist dies abzulehnen, fehlt es an Feststellungen des LSG dazu, dass der Kläger ab 16.1.2012 die Voraussetzungen eines nachgehenden Anspruchs auf Krg erfüllt (dazu d) und ggf ein Krg-Anspruch nicht die Höchstdauer überschritt (dazu e).

11

a) Der Kläger war ab 16.1.2012 nicht mehr nach den gesetzlichen Voraussetzungen als Beschäftigter mit Anspruch auf Krg versichert. Es bedurfte der Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes, weil das Beschäftigungsverhältnis des Klägers als Grundlage eines Versicherungsverhältnisses mit Anspruch auf Krg (§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V; zu ausgeschlossenen Versicherungsverhältnissen vgl § 44 Abs 2 SGB V) im November 2011 endete. Das die Mitgliedschaft in einer KK vermittelnde Versicherungsverhältnis ist an den Fortbestand der versicherungspflichtigen Beschäftigung geknüpft. Es endet mit dem Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet (§ 190 Abs 2 SGB V).

12

Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, hier die durch die Beschäftigtenversicherung begründete Mitgliedschaft, besteht indes unter den Voraussetzungen des § 192 SGB V fort. Sie bleibt nach § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V ua erhalten, solange Anspruch auf Krg besteht (vgl auch BSG

SozR 4-2500 § 44 Nr 12 RdNr 16; BSG SozR 4-2500 § 192 Nr 6 RdNr 15; BSG Beschluss vom 16.12.2003 - B 1 KR 24/02 B - Juris RdNr 7; Berchtold, Krankengeld, 2004, RdNr 454). § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V verweist damit wieder auf die Vorschriften über den Krg-Anspruch, die ihrerseits voraussetzen, dass ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krg vorliegt. Um diesen Anforderungen zu genügen, reicht es aus, dass Versicherte am letzten Tage des Versicherungsverhältnisses mit Anspruch auf Krg - hier der durch den Krg-Anspruch bis 15.1.2012 aufrechterhaltenen Mitgliedschaft - alle Voraussetzungen erfüllen, um spätestens mit Ablauf dieses Tages - und damit zugleich mit Beginn des nächsten Tages - einen Krg-Anspruch entstehen zu lassen (vgl BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 12). Das folgt aus Entwicklungsgeschichte, Regelungssystem und -zweck, ohne dass der Wortlaut der Normen einer solchen Auslegung entgegensteht (stRspr, vgl BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 12; zustimmend zB Felix in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, Stand Onlinekommentierung 10.11.2014, § 192 RdNr 15.1). Nach diesen Grundsätzen erhielt der Kläger seinen Versicherungsschutz mit Krg-Berechtigung nicht über den 15.1.2012 hinaus aufrecht. Denn er ließ erst am 16.1.2012 seine AU erneut ärztlich feststellen.

13

b) Soweit das LSG hiervon abweichend der Auffassung ist, die ärztliche AU-Feststellung habe nur für die Entstehung des Krg-Anspruchs Bedeutung, vermag ihm der erkennende Senat nicht zu folgen. Der Gesetzeswortlaut des § 46 SGB V trägt diese Auffassung nicht. Auch im Übrigen führt das LSG keine tragfähigen Gründe an. Zwar regelt das SGB V die Tatbestände der Beendigung eines Krg-Anspruchs nicht ausdrücklich vollständig in allen denkmöglichen Verästelungen. Die geringere Normdichte hat ihren sachlichen Grund in der Vielgestaltigkeit der Möglichkeiten der Beendigung. Ein Rechtssatz des Inhalts, dass der Inhalt ärztlicher AU-Feststellung nur für die Anspruchsentstehung, nicht aber für Fortbestehen oder Beendigung eines Krg-Anspruchs bedeutsam sei, lässt sich dem SGB V nicht entnehmen, sondern ist ihm fremd. Er widerspricht der Gesetzeskonzeption, den im Gesetz verankerten, den Versicherten zumutbaren Informationsverteilungslasten und dem Regelungszweck.

14

Bereits zur Zeit der Geltung der RVO ging die Rechtsprechung des BSG davon aus, dass bei einer Krg-Gewährung wegen ärztlich festgestellter AU in der Bewilligung auch die Entscheidung gesehen werden kann, dass dem Versicherten ein Krg-Anspruch für die laufende Zeit der - damals - vom "Kassenarzt" bestätigten AU zusteht. Der Arzt schreibt den Versicherten regelmäßig nur für eine bestimmte Zeit arbeitsunfähig. Gewährt die KK aufgrund einer solchen AU-Bescheinigung Krg, so kann der Versicherte davon ausgehen, dass er für diese Zeit einen Anspruch auf Krg hat. Soweit die KK die AU-Bescheinigung nicht anerkennen will, muss sie das dem Versicherten gegenüber zum Ausdruck bringen. Mit der Krg-Bewilligung entscheidet die KK auch über das - vorläufige - Ende der Krg-Bezugszeit. Wenn der Versicherte keine weiteren AU-Bescheinigungen beibringt, endet der Anspruch auf Krg mit Ablauf der zuletzt bescheinigten AU-Zeit; eines Entziehungsbescheides nach § 48 SGB X bedarf es dann nicht (vgl zum Ganzen zB BSG SozR 2200 § 182 Nr 103 S 219 f; BSGE 85, 271, 275 f = SozR 3-2500 § 49 Nr 4 S 15; zustimmend zB Grötschel in Bergmann/Pauge/Steinmeyer, Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl 2014, § 44 SGB V RdNr 15 bei Fn 31). Über eine Weitergewährung von Krg ist ggf im einstweiligen Rechtsschutz nach § 86b Abs 2 SGG zu entscheiden.

15

Sachgrund für die schon unter Geltung der RVO erforderliche ergänzende Auslegung des Gesetzes in diesem Sinne ist die Funktion des Krg als regelhaft kürzere Zeiten überbrückender, schnell und unkompliziert in einer Vielzahl von Verfahren zu leistender, ärztliche AU-Feststellung voraussetzender Ersatz für krankheitsbedingt entfallenden Lohn oder sonstiges Erwerbseinkommen. Der Versicherte muss gerade bei Beurteilung seines zukünftigen Versicherungsstatus möglichst schnell Klarheit haben (vgl zB Meyerhoff in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 46 SGB V RdNr 45). Die ärztliche Feststellung verschafft dies im Regelfall, obwohl sie die KK nicht bindet.

16

Die KK ist auch unter Geltung des SGB V zur Beendigung von Krg-Zahlungen vor Ablauf ärztlich bescheinigter AU befugt. Denn der erkennende Senat misst unverändert dem Attest mit der ärztlichen Feststellung der AU lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme bei. Sie bildet eine Grundlage für den über den Krg-Bezug zu erteilenden Verwaltungsakt der KK, ohne dass KK und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 7 RdNr 28; BSGE 111, 18 = SozR 4-2500 § 46 Nr 4, RdNr 14 mwN).

17

Mit dem Erfordernis vorgeschalteter ärztlich festzustellender AU sollen beim Krg Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen die nachträgliche Behauptung der AU und deren rückwirkende Bescheinigung beitragen könnten (vgl bereits BSGE 24, 278, 279 = SozR Nr 16 zu § 182 RVO S Aa 13 RS mwN zur Entstehungsgeschichte der im SGB V insoweit unveränderten Regelung; BSGE 26, 111, 112 = SozR Nr 19 zu § 182 RVO S Aa 17 f; BSGE 90, 72, 81 = SozR 3-2500 § 44 Nr 10 S 39). Dementsprechend ist grundsätzlich für die Beurteilung der AU der versicherungsrechtliche Status des Betroffenen im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung maßgebend (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 12 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 14 RdNr 21; Brandts in Kasseler Komm, Stand 1.6.2014, § 44 SGB V RdNr 3, 6). Als Regelfall geht das Gesetz davon aus, dass der in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte Versicherte selbst die notwendigen Schritte unternimmt, um die mögliche AU feststellen zu lassen und seine Ansprüche zu wahren. Deshalb kann zB grundsätzlich ein Versicherter, der das Ende der bescheinigten AU akzeptiert und über Monate hinweg Leistungen wegen Arbeitslosigkeit bezieht, die er bei AU nicht hätte erhalten dürfen, nicht mehr mit der nachträglichen Behauptung gehört werden, er sei in der gesamten Zeit zu Unrecht als arbeitslos statt - richtigerweise - als arbeitsunfähig behandelt worden (vgl BSGE 90, 72, 83 = SozR 3-2500 § 44 Nr 10 S 41; zum Ganzen BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr 1, RdNr 16 mwN; BSGE 111, 18 = SozR 4-2500 § 46 Nr 4, RdNr 15 mwN).

18

Der erkennende Senat hat bei diesen Überlegungen stets auch das gesamte Regelungssystem im Blick. So soll die Meldeobliegenheit des § 49 Abs 1 Nr 5 SGB V die KK ebenso wie die Ausschlussregelung des § 46 S 1 Nr 2 SGB V davon freistellen, die Voraussetzungen eines verspätet geltend gemachten Krg-Anspruchs im Nachhinein aufklären zu müssen. Die Norm soll der KK die Möglichkeit erhalten, die AU

zeitnah durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, um Leistungsmissbräuchen entgegenzutreten und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einleiten zu können (vgl BSGE 111, 18 = SozR 4-2500 § 46 Nr 4, RdNr 17 mwN).

19

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist die Gewährung von Krg dementsprechend bei verspäteter Meldung auch dann ausgeschlossen, wenn die Leistungsvoraussetzungen im Übrigen zweifelsfrei gegeben sind und den Versicherten keinerlei Verschulden an dem unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Zugang der Meldung trifft (vgl zB BSGE 29, 271, 272 = SozR Nr 8 zu § 216 RVO S Aa 6 RS; BSG SozR Nr 11 zu § 216 RVO; BSGE 38, 133, 135 = SozR 2200 § 182 Nr 7 S 8; BSGE 56, 13, 14 f = SozR 2200 § 216 Nr 7 S 19; BSG SozR 2200 § 216 Nr 11; BSGE 85, 271, 276 = SozR 3-2500 § 49 Nr 4 S 15 f). Mit Blick darauf muss die AU der KK vor jeder erneuten Inanspruchnahme des Krg auch dann angezeigt werden, wenn sie seit ihrem Beginn ununterbrochen bestanden hat. Dies hat auch bei ununterbrochenem Leistungsbezug zu gelten, wenn wegen der Befristung der bisherigen Attestierung der AU über die Weitergewährung des Krg neu zu befinden ist (stRspr, vgl nur BSGE 85, 271, 275 f = SozR 3-2500 § 49 Nr 4 S 15). Auch dann muss der Versicherte die Fortdauer der AU grundsätzlich rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich feststellen lassen und seiner KK melden, will er das Erlöschen (vgl dazu Beschluss des erkennenden Senats vom 16.12.2003 - B 1 KR 24/02 B - Juris, mwN) oder das Ruhen des Leistungsanspruchs vermeiden (vgl zum Ganzen BSGE 111, 18 = SozR 4-2500 § 46 Nr 4, RdNr 18 mwN). Das LSG vernachlässigt mit seiner abweichenden Auffassung neben den aufgezeigten Systemgesichtspunkten die in der Notwendigkeit ärztlicher AU-Feststellung liegende Schutzfunktion, die regelmäßig auch den Versicherten eine solide, wenn auch nicht zwingende Einschätzungsgrundlage ihrer AU liefert.

20

Wie bei der ärztlichen Feststellung handelt es sich auch bei der Meldung der AU um eine Obliegenheit des Versicherten; die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung oder Meldung sind grundsätzlich von ihm zu tragen. Regelmäßig sind in diesem Sinne sowohl die Ausschlussregelung des § 46 S 1 Nr 2 SGB V als auch die Melderegelung des § 49 Abs 1 Nr 5 SGB V strikt zu handhaben (vgl zum Ganzen, auch zu den Einschränkungen bei Umständen im Verantwortungsbereich der KKn, BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr 1, RdNr 18 mwN; Brandts in Kasseler Komm, Stand 1.6.2014, § 49 SGB V RdNr 33; ablehnend zu § 49 Abs 1 Nr 5 SGB V bei Weitergewährung von Krg Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand 1.7.2014, Bd 2, § 49 SGB V RdNr 110a). Liegt der KK dagegen eine ärztliche AU-Mitteilung zwecks Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für Krg vor, die die Rechtsposition des Versicherten erkennbar stützt, bedarf es keiner weiteren AU-Meldung.

21

Die gleichen Grundsätze gelten auch für Zeiträume, in denen Versicherter und KK über das Bestehen von AU als Voraussetzung eines Krg-Anspruchs streiten. Der Versicherte muss auch in einer solchen Situation - ausgehend von seiner Rechtsauffassung - alle Obliegenheiten beachten, um seinen Krg-Anspruch zu erhalten. Er muss sich deshalb bei befristeten AU-Feststellungen vor Fristablauf erneut seine AU ärztlich bescheinigen lassen und dafür Sorge tragen, dass die KK hiervon Kenntnis erlangt. Die KK kann ihm nicht entgegenhalten, dass er sich - der Unsicherheit Rechnung tragend - mit seinem Restleistungsvermögen der Arbeitsverwaltung zur Verfügung stellt und Arbeitslosengeld (Alg) erhält (vgl zum Ganzen BSGE 111, 18 = SozR 4-2500 § 46 Nr 4, RdNr 19 f mwN).

22

Es ist dem Versicherten auch zumutbar, seine AU jeweils vor Fristablauf ärztlich feststellen zu lassen (aA, aber das Regelungssystem und die Informationsverteilungslasten vernachlässigend Knispel, NZS 2014, 561 ff). Der Versicherte muss regelhaft ohnehin den Arzt aufsuchen, um Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen (vgl § 15 Abs 1 SGB V). Grundsätzlich erbringt die KK den Versicherten nämlich zB vertragsärztliche Leistungen, indem sie - in der Regel vermittelt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 73 Abs 2, § 75 Abs 1 S 1 und 2 SGB V) - ihnen eine Vielzahl von zugelassenen Leistungserbringern verfügbar hält, unter denen sich die Versicherten den gewünschten Therapeuten frei auswählen und sich dann von ihm behandeln lassen (vgl BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 29). Der Versicherte erhält die von ihm zu beanspruchenden Leistungen in der Regel dementsprechend nicht unmittelbar von der KK in Natur, sondern von Leistungserbringern. Die KKn bedienen sich regelmäßig der zugelassenen Leistungserbringer, um die Naturalleistungsansprüche der Versicherten zu erfüllen. Deshalb schließen sie über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern (vgl § 2 Abs 2 S 3 SGB V idF durch Art 4 Nr 1 Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB vom 27.12.2003, BGBl I 3022; zuvor § 2 Abs 2 S 2 SGB V). Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung Zugelassenen (Ärzte etc) frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Abs 1 S 1 und 2 SGB V, hier anzuwenden idF durch Art 6 Nr 17 Gesetz vom 28.5.2008, BGBl I 874 mWv 1.7.2008). Dem Wahlrecht der Versicherten entsprechen die ihnen erwachsenden Obliegenheiten, um Naturalleistungen zu erhalten. Sie haben regelmäßig einen der zugelassenen Ärzte etc auszuwählen und zur Behandlung unter Vorlage der Krankenversicherungskarte aufzusuchen. Dabei ist den Versicherten geläufig, dass sie die Leistungen abgesehen von gesetzlichen Zuzahlungen kostenfrei erhalten. Wenn sie dagegen eine Leistung außerhalb des Naturalleistungssystems in Anspruch nehmen wollen, etwa weil die Versorgung mit zugelassenen Leistungserbringern vermeintlich nicht sichergestellt ist, müssen sie vorher die KK aufsuchen, um ihr zu ermöglichen, die angebliche Versorgungslücke zu überprüfen (vgl zum Ganzen BSGE 99, 180 = SozR 4-2500 § 13 Nr 15, RdNr 32 ff mwN; BSG Urteil vom 2.9.2014 - B 1 KR 11/13 R - RdNr 17 f, Juris, für BSGE und SozR vorgesehen mwN). Gerade bei kurzfristiger Erkrankung lässt sich AU zudem ohne ärztliche Untersuchung und dementsprechende Dokumentation regelmäßig nicht zuverlässig feststellen. Es entspricht einem Grundgedanken des Sozialversicherungsrechts, Berechtigte auf einfache, praktikable und regelmäßig zuverlässige Ermittlungsmöglichkeiten für ihre Anspruchsvoraussetzungen zu verweisen, um die regelmäßig knappen Mittel der Beitragszahler nicht für vermeidbaren Verwaltungsaufwand, sondern für Leistungen an die Berechtigten einzusetzen (vgl hierzu zB Hauck in Weiss/Gagel, Stand 2003, Handbuch des Arbeits- und Sozialrechts, § 22 A RdNr 8). Der Gesetzgeber hat deshalb auch in Kenntnis der jahrzehntelang bestehenden, wertungskonsistenten, in sich stimmigen höchstrichterlichen Rechtsprechung aus gutem Grund davon abgesehen, die hier betroffenen gesetzlichen Grundlagen zu ändern. Entgegen der Ansicht des LSG begründet es schließlich keine rechtsbedeutsame Unklarheit für die Versicherten, dass das Gesetz unterschiedliche Gegenstände - zB Krg bei vertragsärztlicher oder vollstationärer Behandlung oder bei Alg-Bezug (vgl näher § 46 S 1 Nr 1 und 2; § 47b SGB V) - aus Sachgründen unterschiedlich regelt (zur Notwendigkeit lückenloser ärztlicher AU-Feststellung zum Erhalt der Mitgliedschaft und des Krg-Anspruchs auch in der Krankenversicherung der Arbeitslosen vgl zB BSG SozR

4-2500 § 44 Nr 14 RdNr 14 mwN; zur Willkürfreiheit vgl zB BSG SozR 4-2500 § 46 Nr 2 RdNr 16; BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 19). Nur ergänzend weist der erkennende Senat darauf hin, dass sich die aufgezeigten allgemeinen Grundsätze auch nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (vgl Art 1 Nr 15 GKV-VSG, BRats-Drucks 641/14, S 6, 94) nicht ändern. Nach der Fassung des Entwurfs entsteht der Anspruch auf Krg künftig bereits von dem Tag der ärztlichen AU-Feststellung an. Versicherte sollen den Anspruch auf Krg künftig behalten, soweit die AU-Folgebescheinigung am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ausgestellt wird. Für die abweichende Rechtsauffassung des LSG verbleibt kein Raum.

23

Die aufgezeigten Grundsätze gelten nicht nur, wenn die KK im Anschluss an eine befristete Krg-Gewährung erneut über die Bewilligung von Krg zu entscheiden hat. Sie greifen aus den gleichen Gründen auch dann, wenn die KK über einen Gesamtzeitraum der Krg-Gewährung zu entscheiden hat. Denn die Obliegenheiten der Versicherten und die Folgen der Obliegenheitsverletzungen ändern sich durch den Entscheidungszeitpunkt der KK nicht. Entscheidet die KK - wie hier - förmlich über eine Krg-Gewährung, ohne ausdrücklich einen Anspruch auf unbestimmte Dauer zuzuerkennen, kommt es grundsätzlich für die Auslegung des Inhalts der Entscheidung hinsichtlich der Befristung nicht darauf an, zu welchem Zeitpunkt die KK die Überweisung des Zahlbetrags veranlasst.

24

c) Nach den unangegriffenen, bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) ist es aber nicht ausgeschlossen, dass der Kläger ausnahmsweise die AU-Feststellung für den weiteren Bewilligungsabschnitt - rückwirkend auf den letzten Tag des abgelaufenen Krg-Bezugs - nachholen konnte. Zwar fehlt jeglicher Anhaltspunkt für das Vorliegen einer ärztlichen Fehlbeurteilung im Rahmen rechtzeitiger Wiedervorstellung des Klägers bei einem Arzt (vgl zu in den Verantwortungsbereich der KK fallenden Hinderungsgründen, insbesondere bei ärztlichen Fehlbeurteilungen, zusammenfassend BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr 1, RdNr 18 ff). Das LSG hat bewusst Feststellungen dazu unterlassen, dass der Kläger aufgrund Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit an einer Wiedervorstellung beim Arzt gehindert war (vgl dazu bereits BSGE 25, 76, 77 f = SozR Nr 18 zu § 182 RVO; BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 23 mwN). Soweit es dies aufgrund des Klägervorbringens in Erwägung zieht, muss es hierzu die erforderlichen Feststellungen treffen. Der Kläger trägt das Risiko der objektiven Nichterweislichkeit seiner Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit am 15.1.2012.

25

Im Übrigen fehlen Feststellungen dazu, dass der Kläger unter Einbeziehung des sozialrechtlichen Herstellungsgedankens so zu stellen ist, als habe er rechtzeitig, also am 15.1.2012, die AU ärztlich feststellen lassen. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats musste die Beklagte zwar den Kläger nicht spontan von sich aus auf die Notwendigkeit der erneuten ärztlichen AU-Feststellung vor Ablauf des schon festgestellten AU-Zeitraums hinweisen (vgl BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 25 ff mwN). Die Beklagte durfte ihn indes nicht durch eine unzutreffende Beratung hiervon abhalten und damit vereiteln, dass er rechtzeitig am 15.1.2012 seine AU ärztlich feststellen ließ. Sollte das LSG aufgrund ergänzender Beweiserhebung eine solche unzutreffende Beratung des Klägers feststellen, die den Kläger von einer ärztlichen Feststellung seiner AU vor Ablauf des 15.1.2012 abhielt, obwohl er tatsächlich objektiv arbeitsunfähig war, wofür der Kläger insgesamt die objektive Beweislast trägt, ist er so zu stellen, als habe er innerhalb der ablaufenden Frist seine AU ärztlich feststellen lassen. Dies entspricht den allgemeinen Grundsätzen, die der erkennende Senat hinsichtlich der Obliegenheit der Versicherten zur ärztlichen AU-Feststellung vor Ablauf des schon festgestellten AU-Zeitraums entwickelt hat.

26

Trotz der den Regelungen des § 46 Abs 1 Nr 2 und des § 49 Abs 1 Nr 5 SGB V zu Grunde liegenden gemeinsamen Zwecke, welche eine grundsätzlich strikte Handhabung gebieten, um beim Krg Missbrauch und praktische Schwierigkeiten zu vermeiden, zu denen die nachträgliche Behauptung der AU und deren rückwirkende Bescheinigung beitragen können, hat der erkennende Senat schon bisher in engen Grenzen Ausnahmen von den genannten Grundsätzen anerkannt, wenn die ärztliche Feststellung oder die Meldung der AU durch Umstände verhindert oder verzögert worden sind, die dem Verantwortungsbereich der KKn und nicht dem des Versicherten zuzurechnen sind. So kann sich beispielsweise die KK nicht auf den verspäteten Zugang der Meldung berufen, wenn dieser auf von ihr zu vertretenden Organisationsmängeln beruht und der Versicherte hiervon weder wusste noch wissen musste (BSGE 52, 254, 258 ff und LS 1 = SozR 2200 § 216 Nr 5). In einem Fall, in dem der Versicherte von seinem behandelnden Arzt aufgrund einer Fehldiagnose irrtümlich "gesundgeschrieben" worden war, hat das BSG ausgeführt, der Versicherte müsse eine die AU ablehnende ärztliche Feststellung nicht stets hinnehmen, sondern könne ihre Unrichtigkeit - ggf auch durch die ex-post-Beurteilung eines anderen ärztlichen Gutachters - nachweisen (BSGE 54, 62, 65 = SozR 2200 § 182 Nr 84). Die dem Versicherten vom Gesetz übertragene Obliegenheit, für eine zeitgerechte ärztliche Feststellung der geltend gemachten AU zu sorgen (§ 182 Abs 3 RVO; jetzt § 46 Abs 1 Nr 2 SGB V), erfülle er, wenn er alles in seiner Macht Stehende tue, um die ärztliche Feststellung zu erhalten. Er habe dazu den Arzt aufzusuchen und ihm seine Beschwerden vorzutragen. Er könne aber den Arzt nicht zwingen, eine vollständige Befunderhebung durchzuführen und eine zutreffende Beurteilung abzugeben. Unterbleibe die ärztliche Feststellung der AU allein aus Gründen, die den Verantwortungsbereich des Kassen-(jetzt: Vertrags-)Arztes oder der sonstigen zur Sicherstellung der kassen-(jetzt: vertrags-)ärztlichen berufenen Personen oder Einrichtungen zuzuordnen seien, so dürfe sich das nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken.

27

Der erkennende Senat hat einen Krg-Anspruch nicht am Fehlen der AU-Meldung scheitern lassen, wenn dies auf der unzutreffenden rechtlichen Bewertung der KK beruhte, die Beurteilung der AU habe sich wegen der Aufgabe des Arbeitsplatzes nicht mehr an der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszurichten (BSGE 85, 271, 277 f = SozR 3-2500 § 49 Nr 4). Er hat ausgeführt, dass die fehlende Feststellung oder Meldung der AU dem Versicherten ausnahmsweise nicht entgegengehalten werden darf, wenn er seinerseits alles in seiner Macht Stehende getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, daran aber durch eine von der KK zu vertretende Fehlentscheidung gehindert worden ist (vgl BSGE 85, 271, 276 f = SozR 3-2500 § 49 Nr 4). Damit hat der erkennende Senat auf Grundsätze zurückgegriffen, die schon zum Recht der RVO entwickelt worden waren und durch das SGB V nicht überholt sind (vgl zB BSGE 25, 76, 78 = SozR Nr 18 zu § 182 RVO; BSGE 54, 62, 65 = SozR 2200 § 182 Nr 84).

28

Der erkennende Senat hat schließlich entschieden, dass wenn der Versicherte (1.) alles in seiner Macht Stehende und ihm Zumutbare getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, er (2.) daran aber durch eine von der KK zu vertretende Fehlentscheidung gehindert wurde (zB durch die Fehlbeurteilung der AU des Vertragsarztes und des MDK), und er (3.) - zusätzlich - seine Rechte bei der Kasse unverzüglich (spätestens innerhalb der zeitlichen Grenzen des § 49 Abs 1 Nr 5 SGB V) nach Erlangung der Kenntnis von dem Fehler geltend macht, der Versicherte sich auf den Mangel auch zu einem späteren Zeitpunkt berufen kann. Unter diesen engen Voraussetzungen kann die Unrichtigkeit der ärztlichen Beurteilung ggf auch durch die nachträgliche Einschätzung eines anderen ärztlichen Gutachters nachgewiesen werden und der Versicherte ausnahmsweise rückwirkend Krg beanspruchen (vgl zum Ganzen BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr 1, RdNr 22 ff; kritisch allerdings Knispel, NZS 2014, 561 ff).

29

Auf dieser Linie liegt es, wenn man den Versicherten hiermit gleichstellt, der in Unkenntnis seiner Obliegenheiten nicht etwa Rechtsrat bei einem Arzt sucht (vgl dazu zB BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 192 Nr 6 RdNr 20), sondern (1) bei seiner hierzu berufenen KK, (2) dadurch aber (3) wegen erwiesener Fehlberatung seiner KK von der (4) gebotenen ärztlichen AU-Feststellung innerhalb des bestehenden, ärztlich bereits festgestellten AU-Zeitraums (5) abgehalten wird und damit trotz (6) nachträglich voll nachgewiesener AU (7) seines Krg-Anspruchs wegen Verletzung der Obliegenheit lückenloser ärztlicher AU-Feststellung verlustig zu gehen drohte, aber seine Rechte spätestens unverzüglich nach Kenntniserlangung von der wahren Rechtslage geltend macht. Auch in diesem Falle liegt der Grund für die nachträgliche AU-Feststellung allein im Risikobereich der KK. Sie kann durch angemessene Organisation, Schulung der eigenen Mitarbeiter und den Betroffenen mitgeteilte Dokumentation sachlich richtiger Beratung vermeiden, dass ihre unzutreffende Beratung Versicherte von der rechtzeitigen ärztlichen AU-Feststellung abhält. Das LSG hat hierzu keine Feststellungen getroffen, obwohl der Kläger einen solchen Sachverhalt behauptet, die Beklagte aber in Abrede gestellt hat. Es hat die erforderlichen Feststellungen nachzuholen.

30

Sollten die Feststellungen des LSG ergeben, dass der Kläger ausnahmsweise die AU-Feststellung für den weiteren Bewilligungsabschnitt - rückwirkend auf den letzten Tag des abgelaufenen Krg-Bezugs - nachholen konnte und objektiv nach Krankheitsbild und -ausprägung AU bestand, muss das LSG auch für den sich an die Entlassung aus der stationären Behandlung anschließenden Zeitraum feststellen, dass beim Kläger im aufgezeigten Sinne ärztlich festgestellte AU über den 6.2.2012 hinaus bestand. Es gehört zu den selbstverständlichen Pflichten des Krankenhauses, bei Entlassung eines Versicherten darüber eine ärztliche Beurteilung abzugeben, ob zB wegen vollständiger Heilung keine oder wegen fortbestehender Erkrankung sehr wohl und spätestens zu welchem Zeitpunkt vertragsärztliche Anschlussbehandlung erforderlich ist und ggf welche krankheitsbedingten Einschränkungen prognostisch für welchen Zeitraum dem Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit entgegenstehen. Dementsprechend haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den KK zu unterstützen (vgl § 11 Abs 4 S 1 bis 3 iVm S 5 SGB V, eingefügt durch Art 1 Nr 7 Buchst a GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378 mWv 1.4.2007, S 5 gemäß Art 6 Nr 3 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008, BGBl I 874 mWv 1.7.2008; S 1 hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 2 Buchst a DBuchst aa GKV-VStG vom 22.12.2011, BGBl I 2983 mWv 1.1.2012).

31

d) Sollte das LSG auf der Grundlage der zu treffenden Feststellungen zum Ergebnis gelangen, dass der Kläger nicht so zu stellen ist, als habe er die gebotene ärztliche AU-Feststellung zeitgerecht bewirkt, muss es Feststellungen dazu treffen, dass der Kläger in dem ggf betroffenen Zeitraum nach dem 15.1.2012 die Voraussetzungen eines nachgehenden Anspruchs auf Krg nach § 19 Abs 2 SGB V erfüllte. Nach § 19 Abs 2 S 1 SGB V besteht, wenn die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet, Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats setzt ein solcher nachgehender Anspruch voraus, dass kein anderweitiger aktueller Krankenversicherungsschutz besteht (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 14 RdNr 25). Denn der aus der früheren Mitgliedschaft abgeleitete Versicherungsschutz ist gegenüber Ansprüchen aus einem aktuellen Versicherungsverhältnis grundsätzlich nachrangig, auch wenn das im Wortlaut des § 19 Abs 2 SGB V unmittelbar nicht zum Ausdruck kommt (stRspr, vgl BSGE 89, 254, 255 f = SozR 3-2500 § 19 Nr 5 mwN; BSG Urteil vom 26.6.2007 - B 1 KR 2/07 R - Juris RdNr 20 = USK 2007-33; aA Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand November 2014, K § 19 RdNr 61, wonach der Vorrang des aktuellen Versicherungsverhältnisses nur bei gleichen oder gleichwertigen Leistungsansprüchen besteht). Gleiches gilt im Prinzip auch gegenüber der speziell geregelten Konkurrenz mit der Auffangversicherung (vgl § 5 Abs 1 Nr 13 und Abs 8a SGB V sowie hierzu BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 30 ff; s auch zum Ganzen BSG SozR 4-2500 § 5 Nr 22 RdNr 11). Es steht in diesem Falle nicht fest, dass der Kläger in der Zeit ab 16.1.2012 in keinem aktuellen Versicherungsverhältnis stand. Vorrang vor einem nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs 2 S 1 SGB V hat auch eine Versicherung nach § 10 SGB V (§ 19 Abs 2 S 2 SGB V). Es steht nicht fest, dass der Kläger nach § 10 Abs 1 SGB V über die Mitgliedschaft seiner Ehefrau ohne Anspruch auf Krg familienversichert war.

32

e) Sind nach den zu treffenden Feststellungen des LSG für einen Zeitraum ab 16.1.2012 die Voraussetzungen des Anspruchs auf Krg grundsätzlich erfüllt, wird das LSG festzustellen haben, dass die Höchstdauer des Krg-Anspruchs gemäß § 48 Abs 1 S 1 SGB V nicht überschritten wird.

33

2. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.
Rechtskraft
Aus

Login
BRD
Saved
2015-06-19