

L 24 KR 173/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 72 KR 2900/05
Datum
27.11.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KR 173/07
Datum
10.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. November 2006 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Krankengeld für die Zeit vom 13. August 2005 bis 21. November 2006.

Der 1958 geborene Kläger, der bei der Beklagten versichert ist, ist seit Februar 2004 arbeitslos. Er bezog vom 01. Januar 2005 bis 22. Mai 2005 Arbeitslosengeld II. Wegen der Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährte ihm die Landesversicherungsanstalt (LVA) Berlin ab 23. Mai 2005 zugleich Übergangsgeld. Nachdem der Kläger am 24. Mai 2005 erkrankte und dazu die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Facharztes für Innere Medizin Dr. S und des Chirurgen Dr. R vorlegte, erteilte die LVA Berlin den Bescheid vom 24. Juni 2005, mit dem sie wegen der bestehenden Arbeitsunfähigkeit Übergangsgeld für die Dauer von 6 Wochen bis zum 04. Juli 2005 gewährte. Mit weiterem Bescheid vom 01. Juli 2005 hob die LVA Berlin den Bescheid über die bewilligte Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben mit sofortiger Wirkung auf, weil nach dem Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. H vom 29. Juni 2005 ein aktueller Behandlungsfall vorlag, so dass eine Belastbarkeit für diese Leistung nicht gegeben war.

Daraufhin veranlasste die Beklagte nach Untersuchung des Klägers die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) des Facharztes für Chirurgie und Allgemeinmedizin Dr. A vom 05. Juli 2005 und das MDK-Gutachten des Arztes G vom 04. August 2005.

Mit Bescheid vom 04. August 2005 gewährte die Beklagte Krankengeld bis zum 12. August 2005; darüber hinaus lehnte sie Krankengeld ab. Sie wies den Kläger außerdem auf die Meldung bei der Agentur für Arbeit hin.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, sich infolge Rückenschmerzen kaum bewegen zu können und mehrmals täglich an Krämpfen in beiden Beinen zu leiden. Es sei unzutreffend, dass er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Arbeiten im Wechsel der Körperhaltungen ausüben könne. Er nahm insoweit Bezug auf das beigelegt gewesene (unvollständige) Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P vom 13. September 2005. Der Kläger legte u. a. die weiteren Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Chirurgen Dr. L vom 17. August 2005, nach der die am 17. August 2005 festgestellte Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis 26. August 2005 dauern werde, und die des Dr. R vom 29. August 2005, wonach die am 29. August 2005 festgestellte Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis 09. September 2005 dauern werde, vor. Die Beklagte holte die MDK-Stellungnahme der Ärztin für Innere und Sozialmedizin S vom 12. Oktober 2005 ein.

Während des Widerspruchsverfahrens wurde dem Kläger ab 22. September 2005 erneut Arbeitslosengeld II bewilligt (Bescheid des Jobcenters Reinickendorf vom 04. Oktober 2005).

Mit Widerspruchsbescheid vom 22. November 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Maßstab für die Arbeitsunfähigkeit seien bei Empfängern von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Nach den Beurteilungen des MDK könne der Kläger solche Arbeiten verrichten. Der behandelnde Arzt habe weder Gründe für seine andere Auffassung dargelegt, noch ein Zweitgutachten beantragt. Im Übrigen schließe der Bezug von Arbeitslosengeld II einen Anspruch auf Krankengeld grundsätzlich aus.

Dagegen hat der Kläger am 22. Dezember 2005 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Er hat unter Hinweis auf das Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P sein Begehren weiterverfolgt. Es sei ein Sachverständigengutachten einzuholen. Er hat weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Chirurgen Dr. R vorgelegt.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid vom 04. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger vom 12. August 2005 an Krankengeld zu zahlen.

Nach entsprechender Anhörung hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 27. November 2006 die Klage abgewiesen: Die Beklagte habe zu Recht auf die in jeder Hinsicht überzeugende Argumentation des MDK verwiesen. Die Mitgliedschaft des Klägers habe für die Dauer der Reha-Maßnahme bestanden und sei bis zum 12. August 2005 erhalten geblieben. Mit der Einstellung der Krankengeldzahlung und mit der Beendigung des Anspruches auf Krankengeld, der sich aus der Tatsache des Fortfalls der Arbeitsunfähigkeit ergebe, endeten alle Leistungsansprüche des Klägers, so dass selbst dann, wenn der Kläger aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse am 13. September 2005 erneut arbeitsunfähig krankgeschrieben worden wäre, wegen fehlender Mitgliedschaft kein Leistungsanspruch mehr bestanden hätte.

Gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 02. Januar 2007 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 02. Februar 2007 eingelegte Berufung des Klägers.

Er ist der Auffassung, bei der Untersuchung am 13. September 2005 habe sehr wohl festgestellt werden können, dass er bereits am 12. August 2005 arbeitsunfähig gewesen sei. Die Beurteilung des MDK vom 04. August 2005 über ein Ende der Arbeitsunfähigkeit am 12. August 2005 stelle auch nur eine Prognose dar. Es könne nicht nachvollzogen werden, weshalb zwischen dem 26. August und dem 29. August 2005 keine Krankschreibung bestanden haben solle. Aus dem beigefügten Schreiben vom 29. Juni 2007 des Chirurgen Dr. S, der die Praxis von Dr. R übernommen habe, ergäbe sich, dass der 29. August 2005 lediglich das Ausstellungsdatum der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gewesen sei. Da es sich um eine Folgebescheinigung gehandelt habe, sei die Krankschreibung ab dem 24. Mai 2005 als durchgehend anzusehen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 27. November 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 04. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2005 zu verurteilen, dem Kläger Krankengeld vom 13. August 2005 bis 21. November 2006 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat das (vollständige) Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P vom 13. September 2005, die sozialmedizinische Stellungnahme des Arztes für Sozialmedizin Dr. G der Agentur für Arbeit Berlin-Nord vom 12. März 2007 sowie vom Arzt für Chirurgie Dr. S die Behandlungsunterlagen des Klägers beigezogen. Er hat außerdem Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 28. Dezember 2007 nebst ergänzender Stellungnahme vom 23. Januar 2008.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 150 bis 163 und 167 bis 170 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 04. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2005 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vom 13. August 2005 bis 21. November 2006.

Die Klage ist zulässig.

Der Kläger hat zwar erstinstanzlich und zunächst auch noch im Berufungsverfahren beantragt, ihm vom 12. August 2005 an Krankengeld zu gewähren. Auf einen solchen Klageantrag kann jedoch kein Grundurteil ergehen. Zwar bestimmt [§ 130 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), dass auch zur Leistung nur dem Grunde nach verurteilt werden kann, wenn gemäß [§ 54 Abs. 4 oder 5 SGG](#) eine Leistung in Geld begehrt wird, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Voraussetzung ist somit das Bestehen dieses Rechtsanspruches. Es muss feststehen, dass ein Geldbetrag zu zahlen ist. Allein die Höhe dieses Zahlungsanspruches kann (vom Gericht) offen gelassen werden. Die Anspruchsvoraussetzungen dem Grunde nach müssen hingegen sämtlich geprüft und festgestellt werden. Die Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen muss sich auf den gesamten Zeitraum, für den die Leistung begehrt wird, erstrecken. Mithin kann weder im Klageantrag noch in einem zu sprechenden Grundurteil offen gelassen werden, für welche Zeiträume die Leistung beansprucht bzw. zugesprochen wird (Bundessozialgericht - BSG, Urteil vom 29. September 1998 - [B 1 KR 5/97 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 50 Nr. 5 = BSGE 83, 13](#); Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 8. Auflage, § 130 Rdnrn. 2 a und 3). Der Zeitraum muss zwar nicht als solcher bezeichnet sein; es genügt, wenn er sich ohne weiteres bestimmen lässt. Weder aus dem zunächst gestellten Klageantrag noch aus dem sonstigen Vorbringen des Klägers ist der Zeitpunkt aber zu erkennen gewesen, bis zu dem Krankengeld beansprucht wird.

Auf die somit mangels hinreichend bestimmten Klageantrages unzulässige Klage kann jedoch - nunmehr - eine inhaltliche Entscheidung ergehen, denn dieser Mangel ist während des Berufungsverfahrens dadurch geheilt worden, dass der Kläger den Zeitraum bestimmt hat, für den Krankengeld gewährt werden soll.

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Der Kläger war am 29. August 2005 nicht (mehr) mit Anspruch auf Krankengeld versichert, so dass ihm ab 22. September 2005, dem Beginn des erneuten Bezuges von Arbeitslosengeld II, aus Rechtsgründen kein Krankengeld zusteht. In dem weiteren streitigen Zeitraum vom 13. August 2005 bis 21. September 2005 war der Kläger nicht arbeitsunfähig.

Nach [§ 44 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch in der hier anzuwendenden Fassung des Art. 4 Nr. 1 a des Gesetzes vom 21. März 2005 ([BGBl I 2005, 818](#)) - SGB V - haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ([§ 23 Abs. 4](#), [§§ 24](#), [40 Abs. 2](#) und [§ 41 SGB V](#)) behandelt werden. Die u. a. nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2](#) a oder Nr. 6 SGB V Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#) Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben.

Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2](#) a SGB V sind versicherungspflichtig Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit nicht die hier nicht interessierende im Gesetz genannte Ausnahme vorliegt. Nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#) sind versicherungspflichtig u. a. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) erbracht.

Nach [§ 46 Satz 1 SGB V](#) entsteht der Anspruch auf Krankengeld 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 Arbeitsunfähigkeit folgt.

Der Maßstab für die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus dem Umfang des Versicherungsschutzes im jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis (BSG, Urteil vom 04. April 2006 - [B 1 KR 21/05 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 44 Nr. 9](#) = [BSGE 96, 182](#); BSG, Urteil vom 22. März 2005 - [B 1 KR 22/04 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 44 Nr. 6](#) = [BSGE 94, 247](#); BSG, Urteil vom 07. Dezember 2004 - [B 1 KR 5/03 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 44 Nr. 3](#); Urteil vom 19. September 2002 - [B 1 KR 11/02 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 44 Nr. 10](#) = [BSGE 90, 72](#)).

Bei Versicherten, die im Zeitpunkt der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind und einen Anspruch auf Übergangsgeld haben, liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn sie - jedenfalls bei einem vorangegangenen (Kranken)Versicherungsverhältnis als Arbeitsloser ([§ 5 Abs. 1 Nrn. 2](#) und 2 a SGB V) - nicht mehr in der Lage sind, insbesondere auch leichte Arbeiten vollschichtig zu verrichten. Ob Arbeitsunfähigkeit im Übrigen erst dann eintritt, sofern sich der Versicherte zur Erlangung eines Arbeitslosengeld-I-Anspruches der Arbeitsverwaltung nur in einem zeitlich geringeren Umfang zur Verfügung stellte, wenn er in diesem Umfang zur Arbeitsleistung nicht mehr fähig ist, oder wenn bei Arbeitslosengeld-II-Beziehern wegen [§ 10](#), [§ 8 Abs. 1 SGB II](#) die Leistungsgrenze von unter drei Stunden täglich erreicht wird, kann dahinstehen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme konnte der Kläger im o. g. Zeitraum noch 8 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen, worauf nachfolgend noch eingegangen wird. Die Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#) vermittelt in Fällen der vorliegenden Art keinen Berufsschutz. Einem spezifischen Berufsbezug wie bei der Beschäftigtenversicherung steht entgegen, dass eine berufliche Neuorientierung des Versicherten im Vordergrund steht und es nicht darum geht, ein als vorübergehend zu betrachtendes gesundheitliches Hindernis für die Berufsausübung zu überwinden. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit kann sich beim versicherungspflichtigen Rehabilitanten allenfalls an der Fähigkeit zur Teilnahme an der laufenden Rehabilitationsmaßnahme orientieren. Allerdings ist die Arbeitsunfähigkeit nicht unter dem Gesichtspunkt der Fähigkeit zur Fortsetzung der Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen. Auf diese Teilnahmefähigkeit kann es nur ankommen, solange unterstellt werden kann, die Wiederaufnahme der Rehabilitation werde durch die Erkrankung verhindert. Dafür fehlt nach dem krankheitsbedingten Abbruch der Maßnahme die Grundlage. Dies gilt erst recht, wenn der diese Maßnahme bewilligende Bescheid zwischenzeitlich aufgehoben ist. Erst das auf einen neuen Antrag durchzuführende Verwaltungsverfahren kann nach erneuter Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen, zu denen auch die gesundheitlichen Verhältnisse gehören, ergeben, ob eine ähnliche Maßnahme mit demselben Rehabilitationsziel in Betracht kommt oder ob ggf. ein anderes Rehabilitationsziel verfolgt werden muss. Das Ergebnis einer derartigen Prüfung kann nicht im Rahmen der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit vorweggenommen werden, zumal offen ist, ob ein neuer Rehabilitationsantrag gestellt wird. Die Arbeitsunfähigkeit kann sich somit allein nach den allgemeinen Kriterien der Einsatzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt wie für arbeitslose Versicherte richten (BSG, Urteil vom 19. September 2002 - [B 1 KR 11/02 R](#)).

Der Kläger war wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II ab 01. Januar 2005 zwar krankenversicherungspflichtig, jedoch ohne Anspruch auf Krankengeld. Dieses Krankenversicherungsverhältnis wandelte sich mit der Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ab 23. Mai 2005, wobei wegen des (von der LVA Berlin zuerkannten) Anspruches auf Übergangsgeld das neue Krankenversicherungsverhältnis einen Anspruch auf Krankengeld begründete. Nachdem der Kläger am 24. Mai 2005 arbeitsunfähig erkrankte, wurde Übergangsgeld zunächst nach [§ 51 Abs. 3 SGB IX](#) weiter gezahlt. Nach dieser Vorschrift gilt: Können Leistungsempfänger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr, aber voraussichtlich wieder in Anspruch nehmen, wird u. a. Übergangsgeld - vorliegend nach [§ 20 SGB VI](#) - bis zum Ende dieser Leistung, längstens bis zu 6 Wochen weitergezahlt. Mit der Aufhebung des Bescheides über die Bewilligung der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Bescheid der LVA Berlin vom 01. Juli 2005 endete jedoch das Versicherungsverhältnis nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#), so dass an sich zugleich mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wurde, also zum 04. Juli 2005, nach [§ 190 Abs. 7 SGB V](#) die bei der Beklagten bestehende Mitgliedschaft versicherungspflichtiger geendet hätte. Allerdings ordnet [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) an, dass die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger erhalten bleibt, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder dieses bezogen wird.

Der Kläger bezog aufgrund des Bescheides der Beklagten vom 04. August 2005 über den 04. Juli 2005 hinaus bis zum 12. August 2005 Krankengeld.

Der weitere Anspruch auf Krankengeld und damit zugleich das Fortbestehen der Mitgliedschaft als Versicherungspflichtiger mit Anspruch auf

Krankengeld richtet sich danach, ob der Kläger nach dem 12. August 2005 bis wenigstens 21. September 2005, dem Tag vor Beginn des erneuten Bezuges von Arbeitslosigkeit II, arbeitsunfähig war.

Über den 21. September 2005 hinaus ist aus Rechtsgründen kein Krankengeld zu gewähren. Der Kläger war bereits am 29. August 2005 nicht mehr mit Anspruch auf Krankengeld versichert, denn mangels erneuter ärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit spätestens am 26. August 2005 endete zu letztgenanntem Zeitpunkt die nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) erhaltene Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger. Damit erlosch zugleich nach [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) der Anspruch auf Leistungen. Ein nachgehender Anspruch nach [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) konnte längstens bis zur Begründung einer neuen Mitgliedschaft bestanden haben.

Für den Anspruch auf Krankengeld ist weder der Beginn der Krankheit noch der "wirkliche" Beginn der Arbeitsunfähigkeit, sondern die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit maßgebend. Für die Fortsetzung des Mitgliedschaftsverhältnisses setzt [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht Arbeitsunfähigkeit, sondern einen Anspruch auf Krankengeld voraus, der jedoch nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) grundsätzlich nur aufgrund ärztlicher Feststellung entsteht. Wird das Krankengeld - wie regelmäßig und auch vorliegend - jeweils aufgrund der vom Vertragsarzt ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entsprechend der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit abschnittsweise gewährt, ist das Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen des Krankengeldes für jeden weiteren Bewilligungsabschnitt neu zu prüfen. Wenn der Versicherte keine weiteren Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beibringt, endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf des zuletzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeitraums. Wird danach erneut Krankengeld beansprucht, ist grundsätzlich der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt maßgebend. Fehlt es an der rechtzeitigen, den Krankengeldanspruch erhaltenden ärztlichen Feststellung durchgehender Arbeitsunfähigkeit, kann, wenn die Mitgliedschaft zuvor nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) beendet wurde, zu diesem Zeitpunkt ein Krankengeldanspruch nur erneut entstehen, wenn eine neue Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld begründet wurde (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 37/06 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 46 Nr. 2](#); BSG, Urteil vom 08. November 2005 - [B 1 KR 30/04 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 46 Nr. 1](#) = [BSGE 95, 219](#); BSG, Urteil vom 22. März 2005 - [B 1 KR 22/04 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 44 Nr. 6](#) = [BSGE 94, 247](#)). Ausgangspunkt der Verteilung von Obliegenheiten und Risiken zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsträger ist, dass der Kraft des Mitgliedschaftsverhältnisses hierzu berechnigte Versicherte einen zur Diagnostik und Behandlung befugten Arzt aufzusuchen und seine Beschwerden zu schildern hat, um die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung des Anspruches auf Krankengeld zu erreichen. Wurde bereits einmal Arbeitsunfähigkeit durch einen Vertragsarzt bescheinigt, ist es nicht unbillig zu erwarten, zumal diese Obliegenheit den Versicherten allgemein bekannt ist, dass der Versicherte spätestens am letzten Tag der bisherigen Krankschreibung den Vertragsarzt zwecks weiterer Krankschreibung wieder aufsucht. Das Erfordernis ärztlicher Feststellung der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit sichert zugleich, dass die Beurteilung auf der allein sachgerechten Grundlage der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Kenntnis der konkreten Tätigkeit des Versicherten erfolgt, da bei generalisierender Betrachtung davon auszugehen ist, dass ärztliche Beurteilungen diesen Anforderungen entsprechen (BSG, Urteil vom 08. November 2005 - [B 1 KR 30/04 R](#)).

Weder hat der Kläger vorgetragen, noch ergibt sich aus der vorgelegten Bescheinigung des Chirurgen Dr. S vom 29. Juni 2007 oder den beigezogenen Behandlungsunterlagen des Chirurgen Dr. R, dass entgegen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 29. August 2005 die (weitere) Arbeitsunfähigkeit nicht erst am 29. August 2005, sondern bereits am 26. August 2005 festgestellt wurde. Damit handelt es sich jedoch entgegen der Bescheinigung des Chirurgen Dr. S vom 29. Juni 2007 nicht um eine "durchlaufend", also durchgängig ohne unter Unterbrechung, bescheinigte Arbeitsunfähigkeit.

Bei einem somit nach [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) mit Ablauf des 26. August 2005 erloschenen Anspruch auf Krankengeld konnte allenfalls nach [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) ein nachgehender Anspruch auf Krankengeld ab dem 30. August 2005, dem Tag nach dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bestehen. Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht nach dieser Vorschrift Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Eine Versicherung nach [§ 10 SGB V](#), also eine Familienversicherung, hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#).

Krankengeld kann in diesem Fall jedoch auch nicht über den 21. September 2005 hinaus und damit keinen vollen Kalendermonat zustehen.

Nach der Rechtsprechung des BSG ist der aus der früheren Mitgliedschaft abgeleitete Versicherungsschutz gegenüber Ansprüchen aus einem aktuellen Versicherungsverhältnis nachrangig, auch wenn das im Wortlaut des [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) unmittelbar nicht zum Ausdruck kommt. [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) ist eine Ausnahmenvorschrift zur Vermeidung sozialer Härten. Sie soll verhindern, dass Betroffene bei kurzzeitigen Beschäftigungslücken vorübergehend keinen Krankenversicherungsschutz haben. Die Schutzbedürftigkeit und damit der gesetzgeberische Grund für die Gewährung eines über das Mitgliedschaftsende hinausreichenden, begrenzten beitragsfreien Versicherungsschutzes entfällt, wenn es keine Sicherungslücke (mehr) gibt, weil entweder unmittelbar im Anschluss an die bisherige Pflichtmitgliedschaft oder zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Monatsfrist des [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) ein neues Versicherungsverhältnis begründet wird. Soweit teilweise in der Literatur eine Ausnahme für Leistungen gemacht wird, die - wie das Krankengeld - in der vorrangigen Versicherung nicht vorgesehen sind (so genannte Überlagerungslehre), ist dem nicht zu folgen. Für den Vorrang eines derartigen Versicherungsschutzes fehlt es an einer inneren Rechtfertigung. Es liegt vielmehr näher, nicht in systemwidriger Weise an vereinzelten Begünstigungen anzuknüpfen (Urteile des BSG vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 2/07 R](#), abgedruckt in [USK 2007-33](#) und [B 1 KR 8/07 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 44 Nr. 12](#); jeweils m.w.N.).

Bei erneutem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. September 2005 hatte der Kläger keinen Anspruch auf Krankengeld mehr, denn als Arbeitslosigkeit-II-Bezieher ist er nicht mit Anspruch auf Krankengeld versichert.

Vom 13. August 2005 bis 21. September 2005 war der Kläger nicht arbeitsunfähig.

Nach dem Sachverständigen Dr. B war er in diesem Zeitraum in der Lage, 8 Stunden täglich leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Dies schließt Arbeitsunfähigkeit aus.

Nach Dr. B bestanden ein chronisches Lumbalsyndrom bei Zustand nach Bandscheibenoperation in der Etage L 4/L 5 mit Nachweis eines kleinen Rezidivprolapses sowie Nachweis eines Bandscheibenvorfalles in der Etage L 5/S 1 einhergehend mit Funktionsbehinderungen der Lendenwirbelsäule bei pseudoradikulärer Symptomatik sowie ein chronisches Zervikalsyndrom mit Nachweis einer zervikalen Spinalkanalstenose.

Dies ist unzweifelhaft, denn die Gutachten und Berichte anderer Ärzte, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen der behandelnden Ärzte, stimmen hiermit im Wesentlichen überein. Es handelt sich um dieselben Gesundheitsstörungen, auch wenn diese dort teilweise anders bezeichnet werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Diagnose eines Postnukleotomiesyndroms bzw. einer Lumboischialgie (Bericht des Dr. Ky des St. Gkrankenhauses vom 30. Juni 2005, Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P vom 13. September 2005 und Kopie des Computerauszuges vom 20. November 2007 des Chirurgen Dr. S bzw. seines Praxisvorgängers des Chirurgen Dr. R). Mit diesen Diagnosen wird in anderer sprachlicher Formulierung das Beschwerdebild wiedergegeben, ohne dass abweichende Befunde oder gar Funktionsstörungen hieraus resultieren.

Wenn der Sachverständige Dr. B infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger habe im genannten Zeitraum noch körperlich leichte Arbeiten in wechselnden Körperhaltungen ohne ausschließliches Gehen, Stehen oder Sitzen, überwiegend in geschlossenen Räumen und im Freien nur unter Witterungsschutzbedingungen ohne Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft verrichten können, wobei Leiter- und Gerüstarbeiten, Arbeiten mit Zwangshaltungen oder überwiegend einseitigen Körperhaltungen, mit ständigem Bücken, mit ständigem Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit mehr als gelegentlichem Knien und Hocken sowie weitgehend Überkopfarbeiten und Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkordarbeiten zu vermeiden waren, ist dies schlüssig.

Wesentlich für diese Beurteilung war der Zustand der Wirbelsäule, insbesondere der Lendenwirbelsäule. Dr. B hat den vorliegenden ärztlichen Unterlagen insoweit durchweg identische Befunde entnehmen können.

Nach einer Magnetresonanztomografie (MRT) der Lendenwirbelsäule vom 20. Juni 2005 bestand ein rechtsmedialateraler Bandscheibenvorfall in der Etage L 5/S1 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel S 1 bei Zustand nach zuvor durchgeführter Bandscheibenoperation im Sinne einer Nucleotomie und Hemilaminektomie und Nachweis eines kleinen Rezidivs in der Operationsetage L 4/L 5. Bandscheibenvorwölbungen in den Etagen L 1 bis L 3 waren nachweisbar, wobei ein Bandscheibenvorfallgeschehen ausgeschlossen wurde. Der Bericht des Dr. Ky St. Gkrankenhauses vom 30. Juni 2005 weist aus, dass nach dieser MRT ein Reprolaps bei L 4/5 rechts eher fraglich ist. Bereits im Bericht der Neurochirurgischen Klinik der Charité vom 15. Juni 2004 war die Diagnose eines Rezidivprolapses in Höhe von L 4/5 rechts geäußert worden; allerdings weist dieser Bericht insoweit auch als Differenzialdiagnose das Bestehen von Narbengewebe aus. Dem Bericht des Dr. Ky des St. Gkrankenhauses vom 30. Juni 2005 ist zudem zu entnehmen, dass bei der ambulanten Untersuchung ein sensomotorisches Defizit nicht festzustellen war und die Lumboischialgien beidseits ohne radikuläre Zuordnung waren.

Es liegt außerdem eine MRT der Halswirbelsäule vom 20. Juli 2005 vor. Nach dem entsprechenden Bericht des Radiologen H vom 21. Juli 2005 zeigte diese eine relative Spinalstenose bei C 5/6 mit degenerativen Veränderungen, eine Uncarthrose, Fehlstellung und neuroforaminale Stenose von C 4 bis C 7. Es bestand jedoch kein Anhalt für einen akuten zervikalen Bandscheibenvorfall.

Eine neurologisch-elektromyografische Untersuchung erbrachte zudem den Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms, einer Polyneuropathie und einer zervikalen Wurzelläsion (Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. S vom 13. September 2005). Es wurden zwar später am 02. März 2006 im Rahmen einer solchen Untersuchung Zeichen der Myelopathie an der oberen Extremität bei zervikaler Spinalkanalenge in der Etage C 5/6 festgestellt, die eine ventrale Fusion mit u. a. Diskektomie bei C 5/6 während einer vom 15. März bis 22. März 2006 stattgefundenen stationären Behandlung zur Folge hatten (vgl. die Berichte des St. Gertraudenkrankenhauses vom 02. März 2006 und 22. März 2006). Angesichts des Ergebnisses der Untersuchung des Neurologen und Psychiaters Dr. S und der auch ansonsten unauffälligen klinischen Befunden ist nachvollziehbar, wenn der Sachverständige Dr. B dem später eingetretenen Ereignis für den o. g. Zeitraum keine Bedeutung zugemessen hat.

Nach dem MDK-Gutachten des Arztes G vom 04. August 2005 war der Kläger bei regelrechtem Reflexverhalten neurologisch unauffällig. Spezifische sensible Empfindungsstörungen wurden bei der Untersuchung nicht festgestellt. Die Halswirbelsäule wies eine freie Beweglichkeit auf. Die Bewegungsmaße nach der Neutral-Null-Methode befanden sich mit 60 Grad beidseits für Rotation, 40 Grad beidseits für Seitneigung und 40 Grad beidseits für Vorwärts/Rückwärtsneigung noch im Normbereich mit 60 bis 90 Grad für Rotation, 30 bis 45 Grad für Seitneigung und 40 bis 70 Grad/0/35 bis 45 Grad für Extension/Flexion (vgl. die entsprechenden Bewegungsmaße im Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. H vom 29. Juni 2005). Es ist angesichts dessen nachvollziehbar, dass der Sachverständige Dr. B ein eigentliches schwerwiegendes zervikales Reizsyndrom daraus nicht hat ableiten können. Dieser Sachverständige hat auch darauf hingewiesen, dass trotz nachgewiesenen Bandscheibenvorfalls in der Etage L 5/S 1 und eines kleinen Rezidivbandscheibenvorfalls in der Etage L 4/L 5 ebenfalls im Lendenwirbelsäulenbereich keine eigentliche Nervenwurzelreizsymptomatik festzustellen war. Die im MDK-Gutachten des Arztes G vom 04. August 2005 erhobenen Bewegungsmaße der Lendenwirbelsäule mit jeweils 15 Grad beidseits für Seitneigung und Rotation, einem Fingerbodenabstand von 40 cm und einem Maß nach Schober von 10/13 cm (bei Normwerten von 30 bis 40 Grad für Seitneigung und von 40 bis 60 Grad für Rotation, vgl. dazu das genannte Gutachten des Dr. H) mit Schmerzhaftigkeit hat dieser Sachverständige als mittelgradige schmerzhaftige Bewegungseinschränkung eingeordnet. Im Vergleich zum Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. H vom 29. Juni 2005 fällt auf, dass seinerzeit mit Bewegungsmaßen von 30 Grad beidseits für Seitneigung und von 50 Grad beidseits für Rotation noch Normwerte erreicht worden waren. Unklar bleibt danach, aufgrund welcher Befunde Dr. H die Schlussfolgerung auf einen aktuellen Behandlungsfall zog. Neurologische Auffälligkeiten bestanden nicht. Weder die geklagte Beschwerdesymptomatik noch die durchgeführte Untersuchung sprach nach Dr. H für eine entsprechende Reizung im Bereich der Lendenwirbelsäule. Dies kann jedoch auf sich beruhen. Gleichfalls kann dahinstehen, ob sich die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bei der Untersuchung durch den Arzt G des MDK im Vergleich zum Gutachten des Chirurgen Dr. H tatsächlich verschlechtert hatte. Dem MDK-Gutachten des Arztes G vom 04. August 2005 ist nämlich auch zu entnehmen, dass beim Be- und Entkleiden augenscheinlich eine deutlich bessere Beweglichkeit der Wirbelsäule als bei Aufforderung demonstriert wurde. Eine psychosomatische Überlagerung war insoweit nicht sicher auszuschließen.

Das Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P vom 13. September 2005 weist folgende erwähnenswerte Befunde aus: Fingerbodenabstand bis zur Kniehöhe, Kreuzschmerzen, Lasegué rechts 70 Grad positiv, Patellarsehnen- und Achillessehnenreflex nicht auslösbar, Muskelhartspann paravertebral sowie Kopfdrehung 60/0/50, Muskelhartspann im Schultergürtelbereich. Es wird zusammenfassend beurteilt, dass im Vordergrund chronische Kreuzschmerzen mit Verstärkung bei körperlicher Belastung bestehen und es bei der Beugung der Lendenwirbelsäule zu lanszinierenden Schmerzen kommt. Darüber hinaus zeigte sich eine verkrampte Fehllhaltung der Wirbelsäule und ein mäßiges Nachziehen des rechten Beines beim Gehen.

Den beigezogenen Behandlungsunterlagen insbesondere des Chirurgen Dr. R ist, wie der Sachverständige Dr. B zutreffend ausgeführt hat,

nichts Konkretes über etwaige Funktionsbehinderungen zu entnehmen. Danach ergibt sich für den 23. August 2005 die Eintragung "Beschwerden idem". Als einziger vorangegangener Befund ergibt sich für den 14. Juli 2005 die Eintragung "Kribbeln und Taubheit linke Hand (I bis V)". Außerdem finden sich noch Eintragungen für den 15. September 2005 Prellungen/Distorsion LWS und für den 20. September 2005 in der Kälte mehr Rückenschmerzen. Außer einer Schmerzmedikation sind spezielle Therapiemaßnahmen wie krankengymnastische oder physikalisch-therapeutische Maßnahmen nicht dokumentiert. Damit sind gerade die Behandlungsunterlagen des den Kläger seinerzeit behandelnden Chirurgen Dr. R hinsichtlich krankhafter Befunde eher spärlich und mangels Benennung von Funktionsstörungen ungeeignet, von einem anderen, nämlich schlechteren Gesundheitszustand des Klägers im o. g. Zeitraum auszugehen.

Die aufgezeigten Befunde machen lediglich deutlich, dass eine besondere Beanspruchung der Wirbelsäule, insbesondere der Lendenwirbelsäule, nicht mehr in Betracht kam. Damit waren stärkere als auch dauerhaft einseitige Belastungen zu vermeiden. Die von dem Sachverständigen Dr. B genannten Leistungseinschränkungen tragen dem Rechnung. Die genannten Witterungseinflüsse sind als Schmerz provozierende Einflüsse zu vermeiden. Dieser Beurteilung steht das Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P vom 13. September 2005 nicht entgegen, denn dieses weist gleichfalls auf die Vermeidung körperlicher Belastung hin.

Wenn allerdings die dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen beachtet werden, insbesondere also nur körperlich leichte Arbeit in wechselnden Körperhaltungen verrichtet werden muss, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, ein vollschichtiges Leistungsvermögen im Umfang von 8 Stunden täglich, wie dies der Sachverständige Dr. B in Übereinstimmung mit dem MDK-Gutachten des Arztes G vom 04. August 2005 und der MDK-Stellungnahme der Ärztin für Innere und Sozialmedizin Dr. S vom 12. Oktober 2005 angenommen hat, folgerichtig. Die Gesundheitsstörungen waren nicht so schwerwiegend, dass sie eine Reduzierung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht - insbesondere auf weniger als drei Stunden täglich, wie im Arbeitsagenturgutachten der Ärztin Dr. P vom 13. September 2005 bewertet - rechtfertigen können. Der Sachverständige Dr. B weist nachvollziehbar darauf hin, dass diesem Gutachten eine medizinisch substantiierte Begründung für ein solches Leistungsvermögen fehlt. So gibt dieses Gutachten keinen Hinweis auf wesentliche neurologische Ausfallerscheinungen, insbesondere nicht, wie Dr. B betont hat, auf das Vorliegen einer eigentlichen ständigen Lumboischialgie. Angesichts dessen gibt es keinen Grund, weswegen bei Beachtung der qualitativen Leistungseinschränkungen der Kläger nicht in der Lage gewesen sein könnte, im Zeitraum vom 13. August bis 21. September 2005 vollschichtig einer Beschäftigung nachzugehen.

War der Kläger damit nicht arbeitsunfähig, steht ihm auch Krankengeld für die Zeit vom 13. August 2005 bis 21. September 2005 nicht zu.

Die Berufung muss somit erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-06-06