

L 11 KR 4518/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 7 KR 5091/07
Datum
27.08.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4518/08
Datum
29.09.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. August 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Krankengeld (Krg) über den 31. Juli 2007 hinaus.

Die 1951 geborene Klägerin war bei der Beklagten bis 31. Januar 2007 aufgrund einer Beschäftigung bei der C. + F. GmbH (Mehl-Nährmittelhersteller) pflichtversichert. Ab dem 30. Januar 2007 bestand wegen Zervikobrachial-Syndrom, Radikulopathie der Wirbelsäule, Diabetes mellitus, depressivem Syndrom und Uterus-Carzinom Arbeitsunfähigkeit. Am 07. März 2007 wurde eine abdominale Hysterektomie mit Adnexektomie beidseits durchgeführt. Dr. P. d. R.-W. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK) kam am 09. Mai 2007 in ihrer Fallberatung unter Berücksichtigung eines Befundberichtes des Frauenarztes Dr. K. zu dem Ergebnis, dass die Klägerin ab 15. Mai 2007 wieder leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung mit Tragen und Heben von Lasten unter 10 kg und ohne häufiges Bücken oder Knien vollschichtig ausüben könne. Die Beklagte informierte die Klägerin hierauf mit Bescheid vom 09. Mai 2007 unter Hinweis auf die Beurteilung des MDK, dass Krg längstens bis 14. Mai 2007 ausgezahlt werden könne.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein.

Dr. P., Fachärztin für Neurologie, schrieb die Klägerin am 15. Mai 2007 (Erstbescheinigung) wegen Kopfschmerzen arbeitsunfähig bis 18. Mai 2007. Dr. P., Allgemeinarzt, bescheinigte in seiner Erstbescheinigung vom 18. Mai 2007 Arbeitsunfähigkeit wegen Kopfschmerzen (R 51 G) vom 19. Mai bis 26. Mai 2007 und in der Folgebeseinigung vom 25. Mai 2007 bis 02. Juni 2007.

Nach erneuter Einschaltung des MDK, wonach die Arbeitsunfähigkeit bis einschließlich 18. Mai 2007 medizinisch nachvollziehbar sei und bezüglich der erneuten Krankschreibung aktuelle Befundberichte erforderlich seien, teilte die Beklagte der Klägerin am 01. Juni 2007 mit, dass Dr. P. mit Auswahlschein vom 14. Mai 2007 die Arbeitsunfähigkeit beendet und auch keine weitere Behandlungsbedürftigkeit mehr bestätigt habe. Ab dem 15. Mai 2007 sei die Klägerin wegen Kopfschmerzen erneut arbeitsunfähig. Der Anspruch auf Krankengeld und die Mitgliedschaft habe daher am 14. Mai 2007 geendet. Ab 15. Mai 2007 könne sich die Klägerin mit ihrem Ehemann kostenfrei familienversichern, diese Versicherung beinhalte keinen Krankengeldanspruch.

Auch dagegen erhob die Klägerin Widerspruch und legte einen Auswahlschein für Krankengeld von Dr. P. vom 15. Juni 2007 (noch arbeitsunfähig) und die Verordnung von Krankenhausbehandlung dieses Arztes vom 15. Juni 2007 (Diagnose: metabolisches Syndrom - E 88.9) vor.

Die Beklagte holte Befundberichte bei Dr. P. und Dr. P. ein. Dr. P. berichtete, die Klägerin habe bei der Erstvorstellung am 15. Mai 2007 über ein chronisches Cephalgie-Syndrom und eine chronische Cervikalgie sowie eine rezidivierende unsystematische Schwindelsymptomatik mit überwiegend orthostatischer Komponente geklagt. Bei weiteren Vorstellungen am 14. Juni und 27. Juni 2007 habe sich weiterhin der Aspekt eines ausgeprägten depressiven Syndroms mit dringendem V.a. Somatisierungsstörung ergeben. Wegen der Kopfschmerzmanifestation sei die Klägerin passager krankgeschrieben worden, es habe sich aber kein sicherer Nachweis eines floriden organischen neurologischen Prozesses ergeben. Sie habe die Klägerin daher an eine fachpsychiatrische Behandlung verwiesen. Dr. P. teilte am 10. Juli 2007 die Diagnose der letzten Untersuchung am 02. Juli 2007 mit (Uterus-Ca-C 55; ausgeprägtes depressives Syndrom - F 32.9; metabolisches

Syndrom - E 88.9, E 11.90). Es drohe eine Verschlimmerung des Leidens. Die Frage nach dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit beantwortete Dr. P. mit einem Fragezeichen.

Dr. A. vom MDK führte hierzu in seiner sozialmedizinischen Beratung vom 16. Juli 2007 aus, dass die weitere Arbeitsunfähigkeit medizinisch begründet sei. Nach telefonischer Rücksprache mit Dr. P. müsse die eingeleitete ambulante Therapie abgewartet werden.

Die Beklagte erkannte daraufhin Arbeitsunfähigkeit der Klägerin weiter an.

Auf dem Auszahlungsschein für Krankengeld vom 27. Juli 2007 teilte Dr. P. als letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit den 31. Juli 2007 mit und bejahte weitere Behandlungsbedürftigkeit (Diagnose: wie bisher).

Am 03. August 2007 bescheinigte die Fachärztin für Psychiatrie S. in einer Erstbescheinigung Arbeitsunfähigkeit der Klägerin vom 03. August bis 24. August 2007 und verlängerte diese in der Folgebescheinigung vom 24. August 2007 bis 17. September 2007. Nach telefonischer Rücksprache der Beklagten mit der Ärztin habe es sich um die Diagnosen F 43.2 + F 32.1 (Anpassungsstörungen, mittelgradige depressive Episode) gehandelt.

Mit Bescheid vom 09. August 2007 teilte die Beklagte der Klägerin daraufhin mit, dass Dr. P. mit dem Auszahlungsschein vom 27. Juli 2007 die Arbeitsunfähigkeit zum 31. Juli 2007 beendet habe. Ab dem 03. August 2007 bestehe erneute Arbeitsunfähigkeit wegen Anpassungsstörungen und einer mittelgradig depressiven Episode. Der Anspruch auf Krg und die Mitgliedschaft hätten am 31. Juli 2007 geendet. Ab 01. August 2007 könne sich die Klägerin mit ihrem Ehemann kostenfrei familienversichern. Diese Versicherung beinhalte keinen Krg-Anspruch.

Dagegen wandte die Klägerin am 27. August 2007 ein, ihre Ärzte seien angerufen worden, dass sie keine AU-Bescheinigungen mehr geben dürften. Sie sei weiter behandlungsbedürftig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Oktober 2007 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, mit dem Ende der Zahlung von Krg am 31. Juli 2007 habe auch die Krankenversicherung der Klägerin geendet, weil ihr Beschäftigungsverhältnis zum 31. Januar 2007 wegen Insolvenz des Arbeitgebers geendet habe. Auch von der Bundesagentur für Arbeit erhalte sie keine Leistungen, so dass u.U. ein Versicherungsschutz im Rahmen der Familienversicherung über den Ehemann ab 01. August 2007 in Frage komme. Dieser beinhalte allerdings nicht die Zahlung von Krg. Ein Anspruch auf Krg im Rahmen des "nachgehenden Anspruchs" nach [§ 19 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) komme nicht in Betracht, denn die Einfügung des [§ 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) stelle klar, dass mit dem Beginn einer Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) auch innerhalb der Monatsfrist des [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) Leistungsansprüche nur noch aus der Familienversicherung abgeleitet werden könnten.

Hiergegen hat die Klägerin am 18. Oktober 2007 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und im Wesentlichen geltend gemacht, sie sei bereits vor dem 31. Juli 2007 wegen der bestehenden Anpassungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Störung in ärztlicher Behandlung gewesen. Bereits Dr. P. und Dr. P. hätten auf ein ausgeprägtes depressives Syndrom hingewiesen. Dr. P. habe zwar mit seinem letzten Auszahlungsschein vom 27. Juli 2007 ein Ende der Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Juli 2007 mitgeteilt, gleichzeitig jedoch eine Behandlungsbedürftigkeit bejaht. Ab dem 03. August 2007 sei sie nunmehr fachärztlich durch die Fachärztin für Psychiatrie wegen der bereits im Juli 2007 festgestellten depressiven Erkrankung behandelt worden. Diese sei auch zum 31. Juli 2007 nicht beendet gewesen, es habe jedoch die fachärztliche Behandlung erst Anfang August stattgefunden. Es sei von einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Auch verwundere ein Schreiben in der Verwaltungsakte, wonach bereits am 13. Juli 2007 das Ende der Arbeitsunfähigkeit zum 31. Juli 2007 mit einem Dr. E. "vereinbart" worden sei. Bei Dr. E. sei sie ohnehin nur einmalig für Medikamente in Behandlung gewesen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und wies darauf hin, dass Krg nur erhalte, wer mit Anspruch auf Krg versichert sei. Die Klägerin sei aber seit 01. August 2007 nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen, weil ihre entsprechende Versicherung mit Ende der Arbeitsunfähigkeit am 31. Juli 2007 geendet habe. Seit 01. August 2007 sei sie im Rahmen der Familienversicherung versichert, die aber den Anspruch auf Krg nicht umfasse. Die Klägerin könne auch nicht so behandelt werden, als ob sie durchgehend arbeitsunfähig gewesen sei und Krg bezogen habe, denn nach [§ 46 SGB V](#) beginne der Anspruch auf Krg am Tag nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit auf Grund der psychischen Beschwerden sei aber erstmals am 03. August 2007 durch Dr. S. festgestellt worden. Da sei die Klägerin aber nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen gehört.

Dr. P. hat angegeben, dass sie die Klägerin letztmals am 25. Juli 2007 gesehen habe. Sie gehe davon aus, dass die Hauptbegründung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin in einem depressiven Syndrom zu suchen sei, eine genauere Beurteilung obliege jedoch nicht ihrem Fachgebiet. Sie selbst habe nur eine Arbeitsunfähigkeit am 15. Mai 2007 bis zum 18. Mai 2007 wegen eines ausgeprägten Kopfschmerzsyndroms bescheinigt.

Die Fachärztin für Psychiatrie S. hat in ihrer Auskunft vom 04. Februar 2008 über Behandlungen der Klägerin ab 03. August 2007 bis zuletzt 14. Januar 2008 berichtet und als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom, gesicherte Schlafstörungen und eine depressive Episode mitgeteilt. Die Klägerin sei bereits arbeitsunfähig in ihre Behandlung gekommen und sei dann von ihr vom 03. August bis zuletzt 17. September arbeitsunfähig geschrieben worden.

Dr. P. hat die Behandlungsdaten und erhobenen Diagnosen (Adipositas per magna, Hypertonie, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, metabolisches Syndrom, depressives Syndrom, Dermatoze, variköser Symptomenkomplex, Z.n. Enzephalorrhagie) im Zeitraum 30. Januar 2007 bis 28. April 2008 mitgeteilt. Nach dem 27. Juli 2007 sei am 25. September 2007 eine Bescheinigung über die Belastungsgrenze der Zuzahlungen, am 04. Oktober 2007 eine Überweisung zum Psychotherapeuten und am 08. November 2007 eine Überweisung zum Hautarzt ausgestellt worden. Über eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Zeit sei nicht gesprochen worden. Seinerseits sei in diesem Zeitraum keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und kein Auszahlungsschein ausgestellt worden. Bei der Klägerin sei wohl eine allgemeine Schwächung und Konzentrationsstörung in dieser Zeit anzunehmen, somit sei sie vermutlich nicht in der Lage gewesen, verantwortliche Tätigkeiten jedweder

Art auszuführen. Dr. P. hat Befundberichte des Internisten Dr. G. vom April 2008, des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. vom 24. Juli 2007, der Fachärztin für Neurologie Dr. P. vom 30. Juli 2007 und der P-Klinik K. vom 12. Juli 2007 beigelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. August 2008 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin sei bei erstmaligem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krg versichert gewesen. Die Versicherungspflicht habe spätestens mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses am 31. Januar 2007 geendet. Sie sei aber gemäß [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bestehen geblieben, solange die Klägerin Krg bezogen habe. Dies sei zumindest bis 31. Juli 2007 der Fall gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe der Bezug von Krg geendet, so dass auch die Versicherungspflicht geendet habe. Ein neuer Anspruch sei erst ab 04. August 2007 entstanden. Zu diesem Zeitpunkt sei die Klägerin nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen. Nach [§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) entstehe der Anspruch auf Krg von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folge. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sei notwendige Voraussetzung für das Entstehen des Krg-Anspruchs. Ihr Fehlen könne nicht durch den Nachweis ersetzt werden, dass der Versicherte tatsächlich arbeitsunfähig gewesen sei, weil [§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) insofern einen Ausschlussgrund enthalte. Ausnahmen seien nur in eng begrenzten Fällen anzuerkennen. Die Notwendigkeit einer Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Vertragsarzt gelte zunächst beim erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, wobei erstmaliger Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auch den erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wegen einer bestimmten Krankheit beinhalte. Das Gesetz stelle darauf ab, wann eine bestimmte Krankheit Arbeitsunfähigkeit bedinge. Entsprechend sei für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ebenfalls auf die konkrete Krankheit abzustellen, die Arbeitsunfähigkeit bedinge, schon um die Dauer des Anspruchs auf Krg nach [§ 48 Abs. 1 SGB V](#) hinreichend sicher bestimmen zu können. Die Arbeitsunfähigkeit wegen der somatisierten Depression sei erstmals am 03. August 2007 durch die Ärztin S. festgestellt worden. Der Anspruch auf Krg allein wegen dieser Krankheit habe deshalb erst ab 04. August 2007 entstehen können. Die von Dr. P. bescheinigte Arbeitsunfähigkeit wegen eines metabolischen Syndroms sei nach seinen Angaben am 31. Juli 2007 beendet gewesen. Auch die Arztberichte von Dr. P. und Dr. E. sprächen nicht dafür, dass eine Arbeitsunfähigkeit wegen des metabolischen Syndroms und der Kopfschmerzen oder des Uterus-Carzinoms oder der Wirbelsäulenbeschwerden, die in der Vergangenheit gleichzeitig oder nacheinander Arbeitsunfähigkeit bedingt hätten, über den 31. Juli 2007 hinaus bestanden habe. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin fehle auch nicht aus Gründen, die allein von der Beklagten zu vertreten seien. Sie sei bereits Anfang Juni 2007 von ihrer behandelnden Neurologin an einen Facharzt für Psychiatrie verwiesen worden. Diesen habe sie erst am 24. Juli 2007 (Dr. E.) aufgesucht, wobei eine psychiatrische Konsultation oder Behandlung nicht ersichtlich sei und Dr. E. offenbar auch keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Beschwerden festgestellt habe. Die fehlende Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin über den 31. Juli 2007 hinaus sei auch nicht deshalb allein der Sphäre der Beklagten zuzurechnen, weil ein Mitarbeiter der Beklagten eine "Vereinbarung" mit Dr. E. getroffen habe. Nachdem Dr. E. zu diesem Zeitpunkt überhaupt noch keine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bescheinigt gehabt habe, habe er diese auch nicht zum 31. Juli 2007 beenden können. Auch eine unzulässige Beeinflussung von Dr. P. sei nicht festzustellen. Selbst wenn Dr. P. von der Vereinbarung zwischen der Beklagten und Dr. E. Kenntnis erhalten haben sollte, lasse sich daraus aber nicht schließen, dass die Beklagte Dr. P. "verbieten" wollte, die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin über den 31. Juli 2007 hinaus festzustellen oder dass Dr. P. sich in einer Weise beeinflusst gesehen habe, die eine weitere Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ausgeschlossen habe. Es fehle deshalb an einer Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 01. August 2007. Die Versicherungspflicht aus [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) habe deshalb mit dem Anspruch auf Krg am 31. Juli 2007 geendet. Ein anderer Versicherungspflichttatbestand sei nicht eingetreten, insbesondere habe die Klägerin keine Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit bezogen. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf Krg aus nachgehendem Recht, da nach [§ 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) eine Mitgliedschaft nach [§ 10 SGB V](#) Vorrang habe.

Hiergegen richtet sich die am 23. September 2008 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie trägt unter Wiederholung ihres bisherigen Vorbringens ergänzend vor, dass sich die Lücke bei der ärztlichen Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit vom 01. August bis 03. August daraus ergebe, dass sie entsprechend den Empfehlungen von Dr. P. im ärztlichen Befund vom 09. Juli 2007 fachpsychiatrische Behandlung habe aufnehmen wollen und sich zu diesem Zwecke bei der Ärztin S. um einen Behandlungstermin bemüht habe. Nach ihrer Erinnerung habe sie am 25. Juli 2008 in der Praxis dieser Ärztin vorgesprochen und um schnellstmögliche Erteilung eines Behandlungstermins gebeten. Aufgrund der entsprechenden Überlastung sei aber der Untersuchungstermin erst zum 03. August 2008 verfügbar gewesen. Aus den Diagnosen (insbesondere dem ausgeprägten depressiven Syndrom und dem metabolischen Syndrom) sei zu entnehmen, dass sich in ihrem Gesundheitszustand zwischen dem 31. Juli 2007 und dem 03. August 2007 keinerlei Veränderungen ergeben hätten mit der Folge, dass bei ihr auch im Zeitraum vom 01. August 2007 Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Insofern liege bei ihr eine Ausnahme von der grundsätzlichen Regelung des [§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) vor.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. August 2008 sowie den Bescheid vom 09. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Oktober 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr über den 31. Juli 2007 hinaus Krankengeld zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte weist darauf hin, dass die Klägerin seit dem 01. August 2007 nicht mehr mit Anspruch auf Krg versichert gewesen sei. Nach [§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) entstehe der Anspruch auf Krg von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folge. Die aus der Krankenversicherung als Beschäftigte nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) resultierende Pflichtmitgliedschaft habe nicht gemäß [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) über den 31. Juli 2007 hinaus fortbestanden, weil es an einem Tatbestand fehle, der diese Mitgliedschaft verlängert habe. Erst am 03. August 2007 habe der behandelnde Arzt die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin festgestellt. Zu diesem Zeitpunkt sei sie aber ohne Anspruch auf Krg versichert gewesen ([§ 10 SGB V](#) i.V.m. [§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Ein Ausnahmefall, in dem die unterbliebene ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ausnahmsweise rückwirkend nachgeholt werden könne, liege nicht vor. Ein Anspruch auf Krg im Rahmen des "nachgehenden Anspruchs" nach [§ 19 SGB V](#) komme in diesem Fall ebenfalls nicht in Betracht.

Die Beklagte hat auf Anfrage des Senats mitgeteilt, dass der Krg-Anspruch für die geltend gemachte Zeit netto 1.595,65 EUR (täglich 33,95 EUR x 47 Tage) betrage.

In einem Erörterungstermin am 22. April 2009 ist die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert worden.

Die Klägerin hat eine fachärztliche Bescheinigung der Ärztin S. vom 24. Oktober 2008 vorgelegt, wonach sie sich seit 03. August 2007 in ihrer fachärztlichen Behandlung befinde. Die depressive Erkrankung habe schon mehrere Monate vorher bestanden, eine Terminvergabe erfolge im Allgemeinen mit mindestens zwei bis drei Wochen Wartezeit.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist statthaft i.S. des [§ 144 Abs. 1 SGG](#), da die erforderliche Berufungssumme überschritten wird, und damit insgesamt zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Gewährung von Krg über den 31. Juli 2007 hinaus, denn sie war ab dem 04. August 2007, dem maßgeblichen Zeitpunkt für die Entstehung des Anspruchs auf Krg und die Beurteilung des Versicherungsschutzes, ohne Anspruch auf Krg versichert.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bestimmt allein das bei Entstehen eines Krg-Anspruchs bestehende Versicherungsverhältnis, wer in welchem Umfang als "Versicherter" Anspruch auf Krg hat (vgl. BSG, Urteile vom 05. Mai 2009 - [B 1 KR 20/08 R](#) - und vom 02. November 2007 - [B 1 KR 38/06 R](#) -). Gemäß [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben "Versicherte" Anspruch auf Krg, wenn - abgesehen von den Fällen stationärer Behandlung - Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Krg-Anspruch ist dabei weder auf den Beginn der Krankheit noch auf den "wirklichen" Beginn der Arbeitsunfähigkeit, sondern grundsätzlich auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit abzustellen. Denn für die Fortsetzung des Mitgliedschaftsverhältnisses setzt [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht Arbeitsunfähigkeit, sondern einen Anspruch auf Krg voraus, der seinerseits gemäß [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) grundsätzlich nur aufgrund ärztlicher Feststellung entsteht (vgl. BSG, Urteile vom 22. März 2005 - [B 1 KR 22/04 R](#) - und vom 08. November 2005 - [B 1 KR 30/04 R](#) -).

Ein Anspruch der Klägerin auf Krg entstand am 31. Januar 2007; an diesem Tag war sie mit Anspruch auf Krg versichert. Gemäß [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) entsteht ein Anspruch auf Krg - abgesehen von dem Fall der Krankenhausbehandlung - von dem Tage an, der auf die ärztliche Feststellung folgt. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) erfolgte am 30. Januar 2007. Der Krg-Anspruch entstand am darauffolgenden Tag, dem 31. Januar 2007. An diesem Tag war die Klägerin noch Mitglied der Beklagten mit Krg-Anspruch, denn sie war gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) als Beschäftigte pflichtversichert. Diese Pflichtversicherung bestand nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) jedenfalls bis 31. Juli 2007 fort. Nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger erhalten, solange ein Anspruch auf Krg besteht oder diese Leistung in Anspruch genommen wird. Die Klägerin bezog - ihre Mitgliedschaft erhaltend - vom 01. Februar 2007 bis 31. Juli 2007 Krg. Ob sie aus Rechtsgründen auch einen Krg-Anspruch hatte und der AU unterschiedliche Erkrankungen (hier: Radikulopathie, Zervikobrachial-Syndrom, Diabetes mellitus, Adipositas, Uterus-Karzinom, Kopfschmerz, metabolisches Syndrom, depressives Syndrom) zugrunde lagen, ist insoweit unerheblich. Die fortbestehende Mitgliedschaft nach [§ 192 Abs. 1 SGB V](#) erhält den Status des Versicherten aufrecht, an den sie anknüpft (BSG vom 05. Mai 2009 [a.a.O.](#)), hier also eine Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#).

Der Krg-Anspruch der Klägerin endete, nachdem Dr. P. auf dem Auszahlungsschein für Krg am 27. Juli 2007 als letzten Tag der AU den 31. Juli 2007 der Beklagten mitteilte, an diesem Tag.

Ein Erhalt der Mitgliedschaft der Klägerin über den 31. Juli 2007 hinaus kommt damit nur wegen eines Krg-Anspruchs ab 01. August 2007 in Betracht. Die Klägerin kann aber ab 01. August 2007 kein Krg beanspruchen, weil für die Zeit vom 01. August bis 02. August 2007 die notwendige ärztliche Feststellung der AU nicht vorliegt.

Die Voraussetzungen eines Krg-Anspruchs - also auch die ärztliche Feststellung der AU nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) - müssen bei zeitlich befristeter AU-Feststellung und dementsprechender Krg-Gewährung für jeden Bewilligungsabschnitt jeweils erneut vorliegen (ständige Rechtsprechung des BSG, zuletzt Urteil vom 05. Mai 2009 [a.a.O.](#) m.w.N.). Für den Zeitraum vom 01. August bis 02. August 2007 fehlt es an einem solchen Tatbestand für die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft. Erst am 03. August 2007 stellte die Fachärztin für Psychiatrie S. in einer Erstbescheinigung erneut AU vom 03. August bis 24. August 2007 fest und verlängerte diese bis 17. September 2007. Grundsätzlich konnte daher nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) ein Krg-Anspruch erst wieder am 04. August 2007 als lediglich nachgehender, nicht die Mitgliedschaft erhaltender Anspruch ([§ 19 Abs. 2 SGB V](#)) entstehen. Nach [§ 19 Abs. 2 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. Eine Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1. Der Familienversicherung wird damit Vorrang vor den Ansprüchen nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) eingeräumt. Nach [§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) sind u.a. die Ehegatten von Mitgliedern versichert, wenn diese Familienmitglieder nicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12](#) oder nicht freiwillig versichert sind. Die Regelung trägt dem Grundsatz der Subsidiarität der Familienversicherung gegenüber der bestehenden eigenen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung. Bis 31. Dezember 2003 war auch ein nachgehender Anspruch nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) den Ausschlussstatbeständen des Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zuzurechnen und schloss daher nach der Rechtsprechung die Familienversicherung aus (BSG, Breithaupt 2003, 91). Der Gesetzgeber hat auf diese Rechtsprechung reagiert und den Vorrang der Familienversicherung gegenüber dem nachgehenden Anspruch nach [§ 19 Abs. 2 Satz 1](#) ausdrücklich in [§ 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) geregelt (vgl. auch [BT-Drucksache 15/1525 Seite 82](#)).

Dies bedeutet, dass die Klägerin, da sie ab 01. August 2007 über ihren Ehemann nach [§ 10 SGB V](#) (ohne Krg-Anspruch) familienversichert war, auch keinen aus [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) abgeleiteten Krg-Anspruch ab 04. August 2007 hatte.

Es kommt mithin darauf an, ob sich die Klägerin trotz fehlender, den Krg-Anspruch erhaltender ärztlicher Feststellung durchgehender AU darauf berufen kann, durchgehend über den 31. Juli 2007 hinaus arbeitsunfähig gewesen zu sein. Mit dem Erfordernis vorgeschalteter

ärztlich festzustellender AU ([§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)) sollten beim Krg Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden. Dementsprechend ist grundsätzlich für die Beurteilung der AU der versicherungsrechtliche Status des Betroffenen im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung maßgebend (BSG vom 08. November 2005 [a.a.O.](#)). Als Regelfall geht das Gesetz davon aus, dass der in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte Versicherte selbst die notwendigen Schritte unternimmt, um die mögliche AU feststellen zu lassen und seine Ansprüche zu wahren. Deshalb kann z.B. grundsätzlich ein Versicherter, der das Ende der bescheinigten AU akzeptiert, nicht mehr mit der nachträglichen Behauptung gehört werden, er sei in der gesamten Zeit als nicht arbeitsunfähig behandelt worden (vgl. Vay in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, [§ 46 SGB V](#) Rdnr. 6 m.w.N.). Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, ist die Gewährung von Krg deshalb bei verspäteter Meldung auch dann ausgeschlossen, wenn die Leistungsvoraussetzungen im Übrigen zweifelsfrei gegeben sind (BSG vom 08. November 2005 [a.a.O.](#)).

Die AU muss daher der Krankenkasse vor jeder erneuten Inanspruchnahme des Krg auch dann angezeigt werden, wenn sie seit ihrem Beginn ununterbrochen bestanden hat, insbesondere auch dann, wenn wegen der Befristung der bisherigen Attestierung der AU über die Weitergewährung des Krg neu zu befinden ist. Der Versicherte muss die Fortdauer der AU grundsätzlich rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse melden. Regelmäßig ist danach sowohl die Ausschlussregelung des [§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) als auch des [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) (Ruhens des Krg-Anspruchs bei Nichtmeldung innerhalb einer Woche) strikt zu handhaben. Ausnahmen hiervon sind nur in engen Grenzen anerkannt, wenn die ärztliche Feststellung oder die Meldung der AU durch Umstände verhindert oder verzögert worden sind, die dem Verantwortungsbereich der Krankenkassen und nicht dem Versicherten zuzurechnen sind. Der Versicherte erfüllt die ihm vom Gesetz übertragene Obliegenheit, für eine zeitgerechte ärztliche Feststellung der geltend gemachten AU zu sorgen, wenn er alles in seiner Macht stehende tut, um die ärztliche Feststellung zu erhalten (vgl. Vay in: Krauskopf a.a.O. Rdnr. 7, BSG vom 08. November 2005 [a.a.O.](#)).

Ein Ausnahmefall, in dem die unterbliebene ärztliche Feststellung der AU ausnahmsweise - rückwirkend - nachgeholt werden kann, liegt indes im Falle der Klägerin nicht vor. Insbesondere hinderten die Klägerin nach den Umständen des Falles weder Handlungs- noch Geschäftsunfähigkeit, ihre AU rechtzeitig vor Ablauf des 31. Juli 2007 feststellen zu lassen. Die nicht rechtzeitige Feststellung der AU aufgrund der psychischen Symptomatik, die bis 31. Juli 2007 nicht die AU begründete, ist vielmehr dem Verantwortungsbereich der Klägerin zuzuordnen. Weder Dr. P. noch Dr. E. hatten eine AU wegen Depression festgestellt. Letztere lag auch der Krankschreibung durch Dr. P. nicht zugrunde. Allein die Behandlungsbedürftigkeit reicht insoweit nicht aus, ausnahmsweise die unterbliebene ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit rückwirkend nachzuholen. Die Klägerin wurde von Dr. P. bereits im Juni 2007 an einen Facharzt für Psychiatrie verwiesen. Für den Senat sind keine Gründe ersichtlich, die die Klägerin gehindert haben, im Juni oder Juli 2007 die empfohlene fachärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen. Sie hat damit nicht alles ihr Zumutbare unternommen, eine rechtzeitige Feststellung der fortdauernden AU wegen Depressionen zu ermöglichen.

Die fehlende Feststellung der AU der Klägerin über den 31. Juli 2007 hinaus ist auch nicht der Sphäre der Beklagten zuzurechnen. Insoweit nimmt der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des SG Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Dr. P. war keineswegs gehindert, die AU der Klägerin zu verlängern, insbesondere hätte er einer Beendigung der AU durch die Beklagte widersprechen können.

Da somit die Voraussetzungen für eine rückwirkende Feststellung der AU ab 01. August 2007 im Falle der Klägerin nicht gegeben sind, bleibt es bei der gesetzlichen Folge, dass die Mitgliedschaft der Klägerin als pflichtversicherte Beschäftigte mit dem Ende des Krg-Anspruchs am 31. Juli 2007 endete. Dabei ist es unerheblich, ob die depressive Erkrankung - wie von der Ärztin S. bescheinigt - schon mehrere Monate vorher bestanden hat. Ein anderer Versicherungspflichttatbestand nach [§ 5 Abs. 1 SGB V](#) war ebenfalls nicht eingetreten, da die Klägerin keine Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit bezog.

Ab 04. August 2007 scheidet daher der Krg-Anspruch der Klägerin an der fehlenden Mitgliedschaft.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-11