

L 4 KR 5172/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 KR 835/08

Datum

02.10.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 5172/08

Datum

25.06.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 02. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Krankengeld für die Zeit vom 18. August 2007 bis 05. Mai 2008.

Der am geborene 16. November 1983 Kläger bezog ab dem 26. April 2005 Arbeitslosengeld, zuletzt in Höhe von EUR 27,14 täglich, und war deswegen Pflichtmitglied der Rechtsvorgängerin der beklagten Krankenkasse (im Folgenden einheitliche Beklagte). Der Anspruch auf Arbeitslosengeld war mit Ablauf des 15. August 2007 erschöpft. Bis 15. Juli 2007 erfolgte eine Maßnahme der beruflichen Weiterbildung zum Bautechniker.

Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Z. bescheinigte mit der Diagnose "S83.50 G L" ("nicht näher bezeichnetes Kreuzband, Kreuzbandriss o.n.A. links") Arbeitsunfähigkeit vom 13. bis zum 22. August 2007 (Erstbescheinigung vom 13. August 2007) sowie bis voraussichtlich 30. September 2007 (Folgebescheinigung vom 03. September 2007). Des Weiteren stellte er die Auszahlungsscheine vom 09. Oktober, 07. November 2007 und 28. November 2007 (jeweils: "noch arbeitsunfähig") aufgrund der an diesen Tagen erfolgten Vorstellungen des Klägers aus.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte Dr. Z. unter dem 16. August 2007 mit, der Kläger sei wegen einer Kniegelenksdistorsion bzw. Kreuzbandruptur weiter arbeitsunfähig. Es handle sich um eine erneute akute Verletzung des linken Kniegelenks bei Vorschaden. Eine operative Versorgung sei geplant. Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. B., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), das Gutachten vom 17. August 2007. Gegenüber Dr. B. gab der Kläger an, er habe im Januar 2007 beim Skifahren einen Kreuzbandriss links erlitten. Die Beschwerden seien zwischenzeitlich weitgehend abgeklungen. Beim Beach-Volleyball am 11. August 2007 habe er sich das linke Knie verdreht. Schwellung und Schmerzen seien inzwischen wieder abgeklungen. Die Kreuzbandoperation sei ursprünglich für den 12. September 2007 geplant gewesen, auf sein Drängen hin habe man den Termin jedoch auf den 20. August 2007 vorverlegt. Dr. B. führte aus, das Gangbild sei unauffällig, es bestünden ein endgradiger Flexionsschmerz links, eine Kreuzbandlockerung links, jedoch kein Reizzustand, keine Ergussbildung und keine Überwärmung. Die Seitenbänder seien beidseits stabil. Die Arbeitsunfähigkeit könne nicht anerkannt werden. Der Kläger hätte zwei Unterarmgehstützen benutzen können. Die Beklagte teilte daraufhin mit Bescheid vom 21. August 2007 (ohne Rechtsbehelfsbelehrung) mit, sie erkenne die Arbeitsunfähigkeit ab 13. August 2007 nicht an. Daher sei für eventuelle Geldleistungen weiterhin die Agentur für Arbeit zuständig. Sie übersandte dem Kläger einen Antrag auf Weiterversicherung und führte ihn sodann ab dem 16. August 2007 als freiwillig versichertes Mitglied ohne Anspruch auf Krankengeld.

Der Kläger befand sich nach seinen Angaben ab dem 20. August 2007 für vier bis fünf Tage stationär im W. Medicum, Dr. H., und wurde dort am Knie operiert.

Mit Schreiben vom 20. September 2007, bei der Beklagten am 24. September 2007 eingegangen, erhob der Kläger Widerspruch. Er führte aus, die Operation sei am 20. August 2007 durchgeführt worden, er sei zumindest bis zum 03. September 2007 arbeitsunfähig. Er legte die Stellungnahme von Dr. Z. vom 10. September 2007 vor, wonach am 13. August 2007 eine mäßige Kniegelenksschwellung und eine Kniegelenksinstabilität mit vorderer Schublade vorgelegen habe. Dieser Befund sei jedoch eher auf die im Januar 2007 erlittene Kreuzbandruptur zurückzuführen. Es habe eindeutig eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. In den von der Beklagten veranlassten

sozialmedizinischen Beratungen vom 08. und 20. November 2007 vertrat Dr. B. die Auffassung, ab 18. August 2007 habe ein Leistungsvermögen für leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Sitzen ohne längere Anmarschwege von mehr als 15 Stunden pro Woche bestanden. Aus medizinischer Sicht sei der 17. August 2007 der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit gewesen.

Mit dem weiteren Bescheid vom 22. November 2007 (mit Rechtsbehelfsbelehrung) bewilligte die Beklagte dem Kläger Krankengeld für die Zeit vom 16. bis 17. August 2007 und führte weiter aus, der Kläger sei ab dem 18. August 2007 für vollschichtige leichte Tätigkeiten wieder arbeitsfähig gewesen. Die (anschließende) freiwillige Mitgliedschaft des Klägers werde (entsprechend) berichtigt. Der Kläger erhob unter dem 20. Dezember 2007 erneut Widerspruch.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04. Februar 2008 wies die Widerspruchsstelle der Beklagten den Widerspruch des Klägers (sinngemäß) zurück. Bei Arbeitslosen beurteile sich die "Arbeitslosigkeit" (gemeint wohl: die Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich danach, welche Beschäftigungen dem Arbeitslosen zumutbar seien. Nach diesen Kriterien habe aufgrund des Gutachtens vom 20. November 2007 lediglich vom 13. bis 17. August 2007 Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzte hätten lediglich die Bedeutung einer gutachterlichen Stellungnahme, der durch Begutachtung des MDK jederzeit substantiell widersprochen werden könne. Insofern könne sie (die Beklagte) sich auf die Beweiskraft des MDK-Gutachtens stützen. Ab dem 18. August 2007 sei der Kläger aufgrund einer freiwilligen Mitgliedschaft ohne Krankengeldanspruch versichert gewesen, so dass aus diesem Grund ab diesem Zeitpunkt kein Krankengeld gewährt werden könne.

Der Kläger erhob am 22. Februar 2008 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Das Gutachten des MDK setze sich in völligen Widerspruch zur Diagnose Dr. Z.s, nach dessen Ansicht Arbeitsunfähigkeit (bis zum 22. August 2007) vorgelegen habe. Wegen der Operation sei er jedenfalls vom 20. August bis 03. September 2007 arbeitsunfähig gewesen. Der Arbeitslosengeld ruhe während der Zeit, für die der Arbeitslose Anspruch auf Krankengeld habe. Er habe am 20. August 2007 noch Anspruch Arbeitslosengeld gehabt und sei daher pflichtversichert gewesen. Vollschichtige Arbeitsfähigkeit sei erst zum 05. Mai 2008 wieder eingetreten.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 02. Oktober 2008 wies das SG die Klage ab. Es lasse sich nicht nachweisen, dass der Kläger über den 17. August 2007 hinaus zumindest leichte körperliche Arbeiten im Sitzen nicht hätte verrichten können. Bei dieser Beurteilung stütze es (das SG) sich darauf, dass die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Dr. Z. am 13. August 2007 ausgestellt worden sei, dieser Arzt jedoch den weiteren Befundverlauf nicht kontrolliert bzw. beobachtet habe. Erneute Behandlungen seien erst ab dem 20. August 2007 bei Dr. H. erfolgt. Demgegenüber habe der MDK den Kläger am 17. August 2007 untersucht. Auf Grund der präzisen Befundbeschreibung durch Dr. B. lasse sich wegen fehlender zeitgleicher anderweitiger Dokumentation des Befundes am Kniegelenk links nicht nachweisen, dass die Beurteilung des MDK in Frage zu stellen sei. Eine - von der Beklagten nicht bestrittene - Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. August 2007 nach der Operation begründe einen Anspruch auf Krankengeld nicht. Der Kläger sei nach Ablauf des einen Krankengeldanspruch begründenden Versicherungsverhältnisses am 17. August 2007 als freiwilliges Mitglied ohne Anspruch auf Krankengeld bei der Beklagten versichert gewesen.

Gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 09. Oktober 2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 10. November 2008 (Montag) Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Das SG habe nicht berücksichtigt, dass sein Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen der Krankengeldgewährung ruhe und sich die Bezugsdauer dieses Anspruchs daher verlängert habe, unabhängig davon, ob am 17. August 2007 Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Er sei daher als Bezieher von Arbeitslosengeld pflichtversichert gewesen und habe deshalb auch ab dem 20. August 2007 Anspruch auf Krankengeld gehabt. Auch habe das SG seine Entscheidung rechtsfehlerhaft ausschließlich auf die Aussage des MDK, wobei es sich insoweit um ein Parteigutachten handle, gestützt. Das Urteil des Dr. H. sei höher einzuschätzen. Auf Nachfrage des Senats sowie im Erörterungstermin am 07. Juli 2009 hat der Kläger weiter angegeben, nach dem 15. August 2007 habe er kein Arbeitslosengeld bezogen. Der stationäre Aufenthalt im W. Medicum habe vier oder fünf Tage gedauert, zuhause habe sich eine Entzündung entwickelt, er sei deswegen nochmals in der Klinik gewesen. Eine sitzende Tätigkeit sei in jener Zeit möglich gewesen, wenn er das Bein hätte hochlegen können. Schmerzmittel seien ihm nicht verordnet worden, er habe jedoch Ibuprofen genommen. Auch habe er eine Schiene am Knie getragen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 02. Oktober 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 22. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Februar 2008 zu verurteilen, ihm auch für die Zeit vom 18. August 2007 bis zum 05. Mai 2008 Krankengeld zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und ihre Entscheidungen für zutreffend. Sie führt ergänzend aus, durch ein widersprechendes MDK-Gutachten sei die Beweiskraft einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eingeschränkt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat nach [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 22. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Februar 2008 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vom 18. August 2007 bis 05. Mai 2008.

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist - wovon das SG zu Recht ausging - der Bescheid vom 22. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Februar 2008. Der zuvor ergangene Bescheid vom 21. August 2007, mit dem die Beklagte bereits die Zahlung von Krankengeld für den gesamten Zeitraum ab 13. August 2007 - sinngemäß - abgelehnt hatte, ist erledigt. Der Bescheid vom 22. November 2007 ersetzte den Bescheid vom 21. August 2007. Denn nunmehr bewilligte die Beklagte Krankengeld für den 16. und 17. August 2007 und wiederholte im Übrigen - sinngemäß - für die Zeit ab dem 18. August 2007 die Ablehnung der Zahlung von Krankengeld. Da der Kläger bereits Widerspruch erhoben hatte, wurde der Bescheid vom 22. November 2007 - entgegen seiner Rechtsbehelfsbelehrung - nach [§ 86 Satz 1 SGG](#) in das laufende Widerspruchsverfahren einbezogen.

2. Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist insbesondere auch statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund des [§ 144 Abs. 1 SGG](#) in der seit 01. April 2008 geltenden Fassung des Gesetzes zur Änderung des SGG und des Arbeitsgerichtsgesetzes (SGGArbGGÄndG) vom 26. März 2008 ([BGBl. I, S. 444](#)) ist nicht gegeben. Unter Berücksichtigung der Dauer des geltend gemachten Krankengeldanspruchs sowie der Höhe des zuletzt gezahlten Arbeitslosengeldes von EUR 27,14 täglich - in dieser Höhe wird nach [§ 47b](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) das Krankengeld für wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) Versicherte gezahlt - ist der Beschwerdewert von EUR 750,00 überschritten.

3. Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 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. Das bei Entstehung des streitigen Krankengeldanspruchs bestehende Versicherungsverhältnis bestimmt, wer in welchem Umfang als "Versicherter" einen Anspruch auf Krankengeld hat (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. Bundessozialgericht - BSG - SozR 4-2500 § 44 Nrn. 12 und 14). Dies ist bei Personen, die Leistungen nach dem Dritten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB III) beziehen und daher in der Krankenversicherung der Arbeitslosen nach [§ 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) versichert sind und dies auch bereits vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit waren, ihr Status als Arbeitsloser. Sie sind unabhängig von der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit nur dann krankheitsbedingt arbeitsunfähig, wenn sie gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, auch leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich zuvor zwecks Erlangung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld den Vermittlungsbemühungen der Arbeitsverwaltung zur Verfügung gestellt haben (BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr. 9](#)). Der Kläger war am 13. August 2007 versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten in der Krankenversicherung der Arbeitslosen nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#), weil er an diesem Tag tatsächlich Arbeitslosengeld bezog.

a) Unter Berücksichtigung des vorgenannten Maßstabs bestand am 18. und 19. August 2007, also an den beiden Tagen zwischen dem Ende des von der Beklagten bewilligten Krankengeldanspruchs und dem Beginn der stationären Behandlung am 20. August 2007, Arbeitsfähigkeit.

Da besondere Einschränkungen nicht erkennbar sind, umfasste das maßgebliche Leistungsvermögen in inhaltlicher Sicht alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, also auch Tätigkeiten, die durchgehend im Sitzen oder in einem regelmäßigen Wechsel von Sitzen, Gehen und Stehen auszuüben sind. Für solche Tätigkeit war der Kläger ausreichend leistungsfähig. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Dr. B. vom 17. August 2007.

Das Gutachten des Dr. B. vom 17. August 2007 ist verbindlich. Dies folgt aus [§ 62 Abs. 3](#) des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) und [§ 7 Abs. 2 Satz 1](#) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie), die auf der Rechtsgrundlage des [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V](#) beruht. Nach [§ 62 Abs. 3 BMV-Ä](#) ist das Gutachten des MDK zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vorbehaltlich der (nachfolgenden) Bestimmung in Abs. 4 verbindlich. Abs. 4 der genannten Mantelvertragsnorm regelt, dass der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen kann, wenn zwischen ihm und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit u.ä. bestehen, über die der MDK eine Stellungnahme abgegeben hat (Satz 1). Kann die Krankenkasse diese Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der MDK mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebiets beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt (Satz 2). Das gleiche ergibt sich aus [§ 7 Abs. 2](#) der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie. Danach ist das Gutachten des MDK verbindlich (Satz 1). Bestehen zwischen dem Vertragsarzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten, kann der Vertragsarzt unter schriftlicher Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse eine erneute Entscheidung auf der Basis eines Zweitgutachtens beantragen (Satz 2). Sofern der Vertragsarzt von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat er diesen Antrag unverzüglich nach Kenntnisnahme der abweichenden Beurteilung des Medizinischen Dienstes zu stellen (Satz 3). Ein solcher Widerspruch des behandelnden Arztes Dr. Z. erfolgte nicht. Dr. Z. hatte wenige Tage nach dem 17. August 2007 von dem Gutachten des Dr. B. von diesem Tag erfahren, denn der MDK hatte es direkt auch ihm übersandt. Erst unter dem 10. September 2007 wandte sich Dr. Z. schriftlich an die Prozessbevollmächtigten des Klägers auf deren Anfrage - aber immer noch nicht direkt an die Beklagte - und hielt an seiner medizinischen Einschätzung, der Kläger sei arbeitsunfähig (gewesen), fest. Da dieses Schreiben nicht an die Beklagte gerichtet war, kann es auch nicht als Antrag auf eine zweite Begutachtung angesehen werden.

Unabhängig davon folgt der Senat der im Gutachten vom 17. August 2007 geäußerten Einschätzung Dr. B.s, der Kläger sei arbeitsfähig. Die vom Kläger geklagten Beschwerden waren weitgehend abgeklungen. Wie der Gutachter festgestellt hat, war das Gangbild unauffällig und es bestand ein endgradiger Flexionsschmerz links, eine Kreuzbandlockerung links, jedoch kein Reizzustand, keine Ergussbildung und keine Überwärmung. Die Seitenbänder waren beidseits stabil. Mit diesen Restbeeinträchtigungen war eine einfache Tätigkeit im Sitzen für mehr als drei Stunden täglich oder 15 Stunden wöchentlich möglich. Entgegen der Auffassung des Klägers handelt es sich bei dem Gutachten des Dr. B. vom 17. August 2007 nicht um ein Parteigutachten. Denn der MDK ist nicht eine Verwaltungseinheit der Krankenkassen, sondern institutionell von diesen getrennt. Es handelt sich auf Länderebene jeweils um eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts ([§ 278 Abs. 1 SGB V](#)). Um auch den Anschein eines Weisungsverhältnisses zwischen Kranken- oder Pflegekassen und den Ärzten des MDK auszuschließen, stellt [§ 275 Abs. 5 SGB V](#) ausdrücklich klar, dass die Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind. Gutachten des MDK können deshalb auch im gerichtlichen Verfahren verwertet werden (vgl. BSG, Beschluss vom 23. Dezember 2004 - [B 1 KR 84/04 B](#) -, veröffentlicht in juris; [SozR 3-3300 § 15 Nr. 11](#) zu einem Gutachten des MDK zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit).

Diese Einschätzung des Dr. B. wird gestützt durch die Angaben, die der Kläger selbst in dem Erörterungstermin am 07. Juli 2009 gemacht hat. Er hat dort angegeben, eine sitzende Tätigkeit sei in jener Zeit möglich gewesen, wenn er das Bein hätte hochlegen können. Auch dass

ihm nach seiner eigenen Aussage damals keine Schmerzmittel verordnet gewesen seien, spricht gegen erhebliche Schmerzen und damit gegen eine Arbeitsunfähigkeit. Dass er gleichwohl - möglicherweise auf eigenen Entschluss - Ibuprofen genommen hat, ändert hieran nichts, denn maßgeblich ist die ärztliche Einschätzung.

Eine andere Beurteilung erfordert nicht, dass Dr. Z. Arbeitsunfähigkeit - jedenfalls für einen Teil des geltend gemachten Zeitraums - bescheinigte. Die Vorlage ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bewirkt keine Beweiserleichterung dahin, dass Krankenkasse und Gericht von der Arbeitsunfähigkeit auszugehen haben, solange nicht das Gegenteil erwiesen ist (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr. 7](#)). Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b SGB V](#) sind die Krankenkassen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, u.a. verpflichtet, bei Arbeitsunfähigkeit zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Die Krankenkasse kann damit die ärztliche Feststellung über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit überprüfen, ohne daran gebunden zu sein (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr. 7](#)).

b) Ab dem 20. August 2007 hatte der Kläger ebenfalls keinen Anspruch auf Krankengeld. Zwar befand er sich ab diesem Tag nach seinen Angaben für vier bis fünf Tage in stationärer Behandlung. Ab diesem Tag besteht jedoch deswegen kein Anspruch, weil der Kläger nicht mehr Versicherter im Sinne von [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) war.

Die Mitgliedschaft des Klägers in der Krankenversicherung der Arbeitslosen bei der Beklagten endete am 17. August 2007. Die Mitgliedschaft u.a. der Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem SGB III endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird. Der Kläger bezog letztmalig am 15. August 2007 Arbeitslosengeld. Mit diesem Tag war sein Anspruch auf Arbeitslosengeld erschöpft. Gleichwohl endete die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Arbeitslosen nicht mit dem Tag des letztmaligen Bezugs von Arbeitslosengeld, sondern erst am 17. August 2007. Denn nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger erhalten, solange u. a. Anspruch auf Krankengeld besteht oder dieses bezogen wird. Der Kläger bezog bis 17. August 2007 tatsächlich Krankengeld. Am 18. August 2007 bestand wie unter a) dargelegt - kein Anspruch auf Krankengeld mehr.

Daran ändert sich nichts, dass der 18. und 19. August 2007 - also die Tage ohne Anspruch auf Krankengeld - auf einen Samstag und einen Sonntag fielen. Krankengeld wird tageweise, also auch für Nicht-Werktage, gezahlt. Entsprechend muss Arbeitsunfähigkeit auch für Tage an Wochenenden bescheinigt werden ([§ 5 Abs. 4 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie](#)).

Ab 18. oder 20. August 2007 war der Kläger auch nicht aufgrund eines anderen Tatbestandes bei der Beklagten mit einem Anspruch auf Krankengeld pflichtversichert. Insbesondere bezog er nicht - erneut - Arbeitslosengeld nach dem SGB III. Ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II hätte nur zu einer Mitgliedschaft ohne Anspruch auf Krankengeld geführt ([§§ 5 Abs. 1 Nr. 2a, 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)). Entsprechend hat die Beklagte den Kläger auch - zunächst ab dem 16., später dann ab dem 18. August 2007 - auf seinen Beitritt hin als freiwilliges Mitglied ohne Anspruch auf Krankengeld geführt.

Es kann auch nicht der Argumentation des Klägers gefolgt werden, er habe wegen seiner Arbeitsunfähigkeit vom 13. bis 15. August 2007 bereits Anspruch auf Krankengeld gehabt, daher habe sein Anspruch auf Arbeitslosengeld an diesen drei Tagen geruht und sich entsprechend, also bis einschließlich 20. August 2007, verlängert, wodurch bei Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit am 20. August 2007 noch eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch bestanden habe. [§ 190 Abs. 12 SGB V](#) stellt auf den tatsächlichen Bezug u.a. von Arbeitslosengeld ab, nicht auf den Anspruch hierauf. Der Kläger hat selbst bestätigt, nach dem 15. August 2007 kein Arbeitslosengeld mehr bezogen zu haben. Er hat offensichtlich auch nicht den Versuch unternommen, für die Tage danach noch Arbeitslosengeld zu erhalten. Im Übrigen ruhte der Anspruch des Klägers auf Krankengeld für den 13. bis 15. August 2007 wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld ([§ 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V](#)). Der Kläger erhielt Arbeitslosengeld an diesen drei Tagen auch rechtmäßig. Sein Anspruch ruhte entgegen seiner Ansicht nicht, denn das Arbeitslosengeld wird nach [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB III](#) für die ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit des Arbeitslosen fortgezahlt.

c) Nur ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass ein Anspruch auf Krankengeld zumindest für die Zeit vom 24. oder 25. August 2007 (Ende der stationären Behandlung) bis 03. September 2007 sowie ab dem 29. November 2007 nicht bestanden hätte, weil Arbeitsunfähigkeit ärztlich nicht bescheinigt ist.

Das Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld setzt - abgesehen von stationären Behandlungen - voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Nach [§ 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) entsteht der Leistungsanspruch (erst) von dem Tag an, der auf den Tag dieser ärztlichen Feststellung folgt. Ohne diese Feststellung kann kein Anspruch entstehen. Damit sollen Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen nachträgliche Behauptungen und rückwirkende Bescheinigungen beitragen könnten. Die Vorschrift ist nicht als bloße Zahlungsvorschrift zu verstehen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 44 Nr. 10](#); [SozR 4-2500 § 44 Nr. 12](#)). Der Versicherte muss auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß [§ 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) hinwirken und die entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse, entweder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder eine Bescheinigung für die Krankengeldzahlung, so genannter Auszahlungsschein ([§§ 5 und 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie](#)), vorlegen. Kommt er dieser Meldeobligenheit nicht innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach, ruht der nach [§§ 44 Abs. 1 Satz 1, 46 SGB V](#) entstandene Leistungsanspruch gemäß [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#). Hiernach ruht der Anspruch, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Die Meldeobligenheit ist vor jeder erneuten Inanspruchnahme des Krankengeldes zu erfüllen, auch nach einer vorübergehend leistungsfreien Zeit, selbst wenn die Arbeitsunfähigkeit seit Beginn durchgängig fortbestanden hat (BSG [SozR 3-2500 § 49 Nr. 4](#)). Das gleiche gilt auch bei ununterbrochenem Leistungsbezug, wenn wegen der Befristung der bisherigen Krankschreibung über die Weitergewährung des Krankengeldes zu befinden ist (BSG a.a.O.). Auch dann muss der Versicherte die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich feststellen lassen und der Krankenkasse melden, will er das Erlöschen oder das Ruhen des Leistungsanspruchs vermeiden (BSG [SozR 4-2500 § 46 Nr. 1](#)). Von dieser gesetzlich angeordneten Feststellungs- und Meldepflicht kann auch während eines laufenden Rechtsbehelfsverfahrens nicht abgesehen werden, da [§§ 46 Abs. 1 Nr. 2, 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) eine solche Ausnahme nicht vorsehen. Dies ist auch folgerichtig, da die Krankenkasse die Befunde, die nach ärztlicher Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit führen, zeitnah überprüfen können muss. Es handelt sich mithin nicht um einen bloßen Formalismus. Ausnahmen hiervon hat die Rechtsprechung nur in sehr begrenzten Ausnahmefällen anerkannt, zu welchen die Betreibung eines Rechtsbehelfsverfahrens allein nicht zählt (vgl. hierzu und zur Zulässigkeit nachträglicher Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit ausführlich nochmals BSG [SozR 4-2500 § 46 Nr. 1](#)).

Für die zuvor genannten Zeiträume bescheinigten weder Dr. Z. noch andere Ärzte Arbeitsunfähigkeit. Dass Dr. Z. im Auszahlungsschein vom 28. November 2007 angab, der Kläger sei noch arbeitsunfähig, reicht für eine ärztliche Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Diesem Auszahlungsschein lässt sich dies nicht entnehmen, weil er entgegen § 6 Abs. 2 der Arbeitsunfähigkeit-Richtlinie keine Angabe zur Dauer der weiteren Arbeitsunfähigkeit enthält und damit allenfalls bescheinigt, dass bis 28. November 2007 Arbeitsunfähigkeit bestand.

4. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-06-30