

## L 11 KR 3638/11

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 4 KR 3564/10  
Datum  
25.07.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 3638/11  
Datum  
12.03.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum

-

Kategorie  
Beschluss  
Leitsätze

Eine Familienversicherung hat nach [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) Vorrang vor dem nachgehenden Leistungsanspruch. Diese in Kenntnis der gegenteiligen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 07.05.2002, [B 1 KR 24/01 R](#), [SozR 3-2500 § 19 Nr 5](#)) mit Wirkung vom 01.01.2004 eingeführte Vorschrift verstößt nicht gegen das Grundgesetz. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25.07.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Krankengeld (Krg) vom 05. bis 31.01.2010 streitig.

Die 1959 geborene, verheiratete Klägerin war aufgrund ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Metzgerei Z. Mitglied bei der Beklagten. Am 15.11.2009 erhielt sie die Kündigung zum 31.12.2009. Sie meldete sich deshalb am 30.11.2009 bei der Agentur für Arbeit (AA) Mannheim zum 01.01.2010 arbeitslos. Diese stellte für die Zeit vom 01. bis 07.01.2010 den Eintritt einer Sperrzeit wegen verspäteter Meldung nach [§ 144 Abs 1 Satz 2 Nr 7](#) Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) fest und bewilligte ab dem 08.01.2010 Arbeitslosengeld. Mit Bescheid vom 25.01.2010 hob sie die Entscheidung über Bewilligung von Arbeitslosengeld ab dem 08.01.2010 auf. Zur Begründung wurde "Ende der Leistungsfortzahlung im Krankheitsfall" angegeben. Arbeitslosengeld wurde für den Zeitraum vom 05.01. bis 05.02.2010 nicht ausbezahlt (Bescheinigung der AA Mannheim vom 05.05.2010). Erst ab dem 08.02.2010 erhielt die Klägerin Arbeitslosengeld.

Ab dem 05.01.2010 attestierte die Gemeinschaftspraxis Dres. St./R. Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen Unwohlsein und Ermüdung (ICD-10: R53 G), die voraussichtlich bis 17.01.2010 bestehe. Mit Folgebescheinigungen vom 18.01.2010 (voraussichtliche Dauer der AU: 23.01.2010) und 22.01.2010 (voraussichtliche Dauer der AU: 05.02.2010) bescheinigten diese weiterhin AU. Im Auszahlungsschein vom 01.02.2010 wurde angegeben, die Klägerin sei weiterhin wegen Unwohlsein und Ermüdung bis einschließlich 05.02.2010 arbeitsunfähig. Mit Bescheid vom 03.02.2010 lehnte die Beklagte die Gewährung von Krg ab, da bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 05.01.2010 keine Versicherungspflicht bestanden habe und sie dem Grunde nach mit Anspruch auf Familienversicherung über ihren Ehemann versichert gewesen sei. Sie sei deshalb ab dem 01.01.2010 ohne Anspruch auf Krg versichert.

Hiergegen legte die Klägerin am 08.02.2010 Widerspruch ein und trug zur Begründung vor, sie habe einen Leistungsanspruch gemäß [§ 19 Abs 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dieser nachwirkende Anspruch werde durch das Vorliegen einer anderweitigen Versicherung nicht ausgeschlossen, wenn diese die betreffende Leistung (hier Krg) nicht vorsähe. Dies ergebe sich aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 07.05.2002 ([B 1 KR 24/01 R](#)). Ein Anspruch auf Krg sei auch nicht aufgrund der Regelung in [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) ausgeschlossen. Es sei nicht ersichtlich, dass das BSG seine Rechtsauffassung nach Einführung der genannten Vorschrift mit Wirkung zum 01.01.2004 nicht aufrechterhalten wolle. Dies gelte umso mehr, als es ansonsten zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung und einem Verstoß gegen [Art 3](#) und [6](#) Grundgesetz (GG) käme. Verheiratete hätten in einem Fall wie diesem keinen Anspruch auf Krg, Unverheiratete, die keine Möglichkeit der Familienversicherung hätten, dagegen schon. Hätte der Gesetzgeber mit der Vorschrift des [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) einen Krg-Anspruch von Familienversicherten in der Nachversicherungsfrist des [§ 19 Abs 2 SGB V](#) generell ausschließen wollen, hätte er zur Vermeidung einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung auch den Krg-Anspruch für Nichtfamilienversicherte ausschließen müssen, zB durch eine Neufassung des [§ 44 Abs 2 SGB V](#). Dies sei aber nicht geschehen. Mit Widerspruchsbescheid vom 08.09.2010 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Gesetzgeber habe entgegen den Erwägungen des BSG in seiner Entscheidung vom 07.05.2002 [§ 19 Abs 2 SGB V](#) geändert

und Satz 2 angefügt, um darin der Familienversicherung einen Vorrang vor den Leistungsansprüchen nach Abs 2 Satz 1 einzuräumen.

Hiergegen hat die Klägerin am 06.10.2010 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und im Wesentlichen ihren Vortrag im Widerspruchsverfahren wiederholt. Ergänzend hat sie ausgeführt, dass die Verweigerung des Krg-Anspruchs eine besondere Härte für sie darstelle, da sie im streitigen Zeitraum auch kein Arbeitslosengeld erhalten habe.

Mit Urteil vom 22.07.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Mitgliedschaft der Klägerin aufgrund ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung habe am 31.12.2009 geendet. Zwar schaffe [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGG V](#) insoweit einen Verlängerungstatbestand. Mit Art 1 Nr 17 des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003 habe der Gesetzgeber aber mit Wirkung vom 01.01.2004 in [§ 19 Abs 2 SGB V](#) einen Satz 2 angefügt, wonach eine Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) Vorrang vor nachgehenden Leistungsansprüchen nach [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) habe. Bei diesen in Kenntnis der Rechtsprechung des BSG bewusst in Kauf genommenen leistungsrechtlichen Auswirkungen seien Krg-Ansprüche als nachgehende Leistungsansprüche ausgeschlossen. Die frühere Rechtsprechung des BSG sei daher überholt. [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) verstoße auch nicht gegen [Art 3 Abs 1](#) und [Art 6 Abs 1 GG](#), denn es bestehe keine verfassungsrechtliche Verpflichtung des Gesetzgebers, Familienversicherten in jedem Leistungsbereich stets Ansprüche zu gewähren, die den Ansprüchen der anderen gesetzlich Krankenversicherten im Umfang mindestens gleichwertig seien.

Hiergegen richtet sich die am 25.08.2011 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung der Klägerin, mit der sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Ergänzend wird ausgeführt, das Urteil des LSG Hessen vom 26.10.2010 ([L 1 KR 84/10](#)) überzeuge nicht, wenn es davon ausgehe, dass die Regelung des [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) eine Ruhensregelung darstelle und als solche mit [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar sei, da es um die Vermeidung eines Doppelbezugs von Leistungen gleicher Zweckbestimmung gehe. Es bestünden bereits Zweifel, ob tatsächlich eine Ruhensregelung vorliege. Darüber hinaus fehle eine adäquate Absicherung. Beim Krg handle es sich um eine Entgeltersatzleistung, die das berufliche Einkommen im Fall einer Erkrankung ersetze. Der Wegfall des Einkommens könne nicht mit dem Verweis auf die Möglichkeit der Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) kompensiert werden, da der beitragsfinanzierte Leistungsanspruch nicht nur die Kosten der Krankenbehandlung, sondern auch das Krg als Entgeltersatzleistung umfasse. In Anbetracht der Tatsache, dass dem Krg-Anspruch sowohl für Verheiratete als für Unverheiratete die zuvor in gleicher Höhe geleisteten Beiträge zugrunde lägen, sei eine solche Ungleichbehandlung nicht gerechtfertigt. Darüber hinaus liege eine systemwidrige Regelungslücke vor. Denn sie habe im maßgeblichen Zeitraum weder Arbeitslosengeld noch Krg erhalten.

Die Klägerin beantragt - sachdienlich gefasst -

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 22.07.2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 03.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.09.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr vom 05. bis 31.01.2010 Krg in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und führt ergänzend aus, das Krg hätte ab dem 06.01.2010 kalendertäglich 50,91 EUR (brutto) betragen. Für den Zeitraum vom 06.01.2010 bis 05.02.2010 hätte damit theoretisch ein Krg-Anspruch iHv 1.578,21 EUR entstehen können.

Mit Schreiben vom 25.10.2011 hat der Senat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass er beabsichtigt, die Berufung gemäß [§ 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung als unbegründet zurückzuweisen. Die Beteiligten haben Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Da der Senat die Berufung der Klägerin einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich hält, entscheidet er gemäß [§ 153 Abs 4 SGG](#) durch Beschluss. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 03.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.09.2010 ([§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Gewährung von Krg für den geltend gemachten Zeitraum vom 05. bis 31.01.2010, da sie in dieser Zeit nicht mit Anspruch auf Krg versichert war.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG bestimmt allein das bei Entstehen eines Krg-Anspruchs bestehende Versicherungsverhältnis, wer in welchem Umfang als Versicherter Anspruch auf Krg hat (vgl BSG, 05.05.2009, [B 1 KR 20/08 R](#) und vom 02.11.2007, [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. Das Krg wird ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der AU wegen derselben Krankheit jedoch längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der AU an, gezahlt ([§ 48 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Der Anspruch auf Krg entsteht gemäß [§ 46 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der AU folgt. Grundsätzlich setzt daher der Anspruch auf Krg die vorherige ärztliche Feststellung der AU voraus. Dem Attest des behandelnden Arztes mit der Feststellung der AU kommt lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme zu, welche die Grundlage für den über den Krg-Bezug zu erteilenden

Verwaltungsakt der Krankenkasse bildet, ohne dass Krankenkasse und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind (BSG 08.11.2005, [B 1 KR 18/04 R](#), [SozR 4-2500 § 44 Nr 7](#)). Vorliegend käme daher allenfalls ein Krg-Anspruch ab dem 06.01.2010 - und nicht wie beantragt bereits seit dem 05.01.2010 - in Betracht. Denn erst am 05.01.2010 wurde AU durch die Gemeinschaftspraxis Dres. St./R. bescheinigt. Die Voraussetzungen eines Krg-Anspruchs, also nicht nur die AU sondern auch die ärztliche Feststellung der AU, müssen bei zeitlich befristeter AU-Feststellung und dementsprechender Krg-Gewährung für jeden Bewilligungsabschnitt jeweils erneut vorliegen (BSG, 26.06.2007, [B 1 KR 8/07 R](#), [SozR 4-2500 § 44 Nr 12](#) mwN). Zudem muss der Versicherte die AU und deren Fortdauer grundsätzlich rechtzeitig ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse gemäß [§ 49 Abs 1 Nr 5 SGB V](#) melden (BSG, 08.11.2005, [B 1 KR 30/04 R](#), [SozR 4-2500 § 46 Nr 1](#)).

Die Versicherungsverhältnisse, die die Gewährung von Krg nicht einschließen, sind in [§ 44 Abs 2 SGB V](#) aufgeführt. Danach können insbesondere gemäß [§ 10 SGB V](#) Familienversicherte Krg nicht beanspruchen ([§ 44 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGG V](#)), während Mitgliedern der Krankenversicherung der Beschäftigten ([§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#)) und der Arbeitslosen ([§ 5 Abs 1 Nr 2 SGB V](#)) bei AU Krg zusteht.

Vorliegend war die Klägerin nur bis zum 31.12.2009 mit Anspruch auf Krg versichert. Sie gehörte zwar ursprünglich in ihrer Eigenschaft als versicherungspflichtig Beschäftigte gemäß [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) zum Kreis der Versicherungspflichtigen mit Anspruch auf Krg. Dieser Versicherungsschutz endete aber mit dem Ende des entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses am 31.12.2009 (vgl [§ 190 Abs 2 SGB V](#)).

Ein Krg-Anspruch der Klägerin lässt sich ab dem 06.01.2010, dem Tag, der auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am 05.01.2010 folgte, nicht aus [§ 44 Abs 1 SGB V](#) iVm [§§ 5 Abs 1 Nr 2](#), [47b SGB V](#) herleiten (Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Arbeitslosen [KVdA]). Nach [§ 5 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) sind versicherungspflichtig Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur 12. Woche einer Sperrzeit ([§ 144 SGB III](#)) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung ([§ 143 Abs 2 SGB III](#)) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist. Das Gesetz unterscheidet mithin eine Versicherungspflicht bei Leistungsbezug (das Bestehen eines Anspruchs ist insoweit nicht erforderlich, aber auch nicht ausreichend - vgl BSG, 05.05.2009, [B 1 KR 20/08 R](#), [SozR 4-2500 § 192 Nr 4](#) RdNr 11 mwN; Peters in Kasseler Kommentar, [§ 5 SGB V](#) RdNr 40, Stand 01/2009) und eine Versicherungspflicht ohne Leistungsbezug. Letztere tritt nur ein für die Zeit ab dem zweiten Monat einer Sperrzeit nach [§ 144 SGB III](#). Erfasst sind damit (bis zu) zwölfwöchige Sperrzeiten (vor allem) wegen Arbeitsaufgabe, Arbeitsablehnung, bei unzureichenden Eigenbemühungen oder Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme im Sinne des [§ 144 Abs 1 Satz 2 Nr 1](#), [2](#), [3](#) und [5 SGB III](#). In diesen Fällen besteht Versicherungspflicht aber nur für die Zeit ab Beginn des zweiten Sperrzeitmonats, nicht jedoch für den vom Gesetz ausdrücklich ausgenommenen ersten Sperrzeitmonat. Der Versicherungspflichttatbestand des [§ 5 Abs 1 Nr 2](#). Alternative SGB V ist über seinen Wortlaut hinaus nicht, auch nicht entsprechend, auf die Sperrzeit bei verspäteter Arbeitssuchendmeldung nach [§ 144 Abs 1 Satz 2 Nr 7 SGB III](#) anwendbar, da diese gemäß [§ 144 Abs 6 SGB III](#) nur eine Woche beträgt und damit in den von der Versicherungspflicht ausgenommenen ersten Sperrzeitmonat fällt (vgl LSG Baden-Württemberg 14.12.2011, [L 5 KR 119/11](#), nv).

Vorliegend hat die Klägerin weder ab dem 01.01.2010 noch zu einem späteren Zeitpunkt im hier streitigen Zeitraum Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld bezogen. Dies ergibt sich aus dem Schreiben der AA Mannheim vom 05.05.2010. Zum Zeitpunkt des Eintritts der AU am 05.01.2010 ruhte nämlich der Anspruch auf Arbeitslosengeld gemäß [§ 144 Abs 1 Satz 2 Nr 7 SGB III](#). Wie bereits dargelegt, kann die Regelung des [§ 5 Abs 1 Nr 2](#). Alternative SGB V in den Fällen einer einwöchigen Sperrzeit nach [§ 144 Abs 1 Satz 2 Nr 7 SGB III](#) aber nicht angewendet werden. Eine Pflichtversicherung in der KVdA nach [§ 5 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) ist daher im hier streitigen Zeitraum nicht begründet worden.

Die aufgrund des früheren Beschäftigungsverhältnisses basierende Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten bestand auch nicht nach [§ 192 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) über den 31.12.2009 hinaus fort, weil es an einem Tatbestand fehlt, der die Mitgliedschaft verlängerte. 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 aber weder ab dem 01.01.2010 Krg noch hatte sie für diesen Tag Anspruch hierauf. Ihre AU wurde entsprechend der Bescheinigung der Dres. St./R. erst am 05.01.2010 bescheinigt.

Ist die Mitgliedschaft auch unter Berücksichtigung der Erhaltungstatbestände in [§ 192 SGB V](#) beendet, besteht gemäß [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) noch ein nachgehender Leistungsanspruch (ggf auch auf Krg) längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Der beitragsfreie, nachwirkende Versicherungsschutz dient der Vermeidung sozialer Härten. Er soll verhindern, dass Betroffene bei kurzzeitigen Beschäftigungslücken, etwa wegen eines Arbeitsplatzwechsels, vorübergehend keinen Krankenversicherungsschutz haben (vgl nur Brandts in Kasseler Kommentar, [§ 19 SGB V](#) RdNr 33, Stand 07/2010). Da [§ 19 Abs 2 Satz 1](#) eine Ausnahmenvorschrift zur Vermeidung sozialer Härten darstellt, entfallen die Schutzbedürftigkeit und damit der gesetzgeberische Grund für die Gewährung eines über das Mitgliedschaftsende hinausreichenden, begrenzten, beitragsfreien Versicherungsschutzes, wenn es keine Sicherungslücke (mehr) gibt. Eine solche Lücke ist nicht gegeben, wenn entweder unmittelbar im Anschluss eine bisherige Pflichtmitgliedschaft oder zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Monatsfrist des [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) ein neues Versicherungsverhältnis begründet wird (BSG 26.06.2007, [B 1 KR 2/07 R](#), juris). Das aktuelle Versicherungsverhältnis hat mithin Vorrang gegenüber dem nachgehenden Anspruch. Eine Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung) hat deswegen Vorrang vor dem (grundsätzlich subsidiären, vgl BSG 20.08.1986, [8 RK 74/84](#)) nachgehenden Leistungsanspruch. Dies hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 01.01.2004 durch die Einfügung von Satz 2 in Kenntnis der entgegenstehenden Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 07.05.2002, [B 1 KR 24/01 R](#), [SozR 3-2500 § 19 Nr 5](#)) ausdrücklich normiert. Mitglieder, deren eigene Mitgliedschaft endet, die aber nach [§ 10 SGB V](#) Familienversicherte sind oder werden können, sind daher auf den Familienversicherungsschutz verwiesen. Sie haben (mangels Schutzbedürftigkeit) keinen nachgehenden Leistungsanspruch aus [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (vgl auch LSG Hessen, 26.10.2010, [L 1 KR 84/10](#) sowie Senatsurteil vom 28.06.2011, [L 11 KR 3181/09](#) und LSG Baden-Württemberg 14.12.2011, [L 5 KR 119/11](#)).

Im Gegensatz zur Auffassung der Klägerin verletzt [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) nicht [Art 3 Abs 1](#), [Art 6 Abs 1 GG](#). Das Verfahren war insoweit nicht gemäß [Art 100 Abs 1 GG](#) auszusetzen, um die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) einzuholen.

Die Regelung des [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) verstößt nicht gegen [Art 3 Abs 1 GG](#). Dieses Grundrecht gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt aber das Grundrecht, wenn er

eine Gruppe von Normadressaten anders als eine andere behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (BVerfG 28.02.2007, [1 BvL 5/03](#), SozR 4-2500 § 27a Nr 11). Die von der Klägerin geschilderte Ungleichbehandlung zwischen verheirateten und unverheirateten Mitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch sachlich gerechtfertigt. Denn durch den nachgehenden Leistungsanspruch des [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) wird kein neues (vorrangiges) Versicherungsverhältnis begründet. Das Gegenteil ist vielmehr der Fall. Sobald ein vorrangiges gesetzliches Versicherungsverhältnis besteht, scheidet eine Anwendung des insoweit nachrangigen [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) aus. Denn es handelt sich bei dieser Regelung - wie bereits dargelegt - um eine Ausnahmvorschrift zur Vermeidung sozialer Härten. Die Schutzbedürftigkeit und damit der gesetzgeberische Grund für die Gewährung eines über das Mitgliedschaftsende hinausgehenden, begrenzten, beitragsfreien Versicherungsschutzes entfällt jedoch, wenn es keine Sicherungslücke (mehr) gibt. Eine solche Sicherungslücke liegt dann nicht vor, wenn nach dem Ende der Mitgliedschaft innerhalb der Monatsfrist des [§ 19 Abs 2 Satz 1](#) ein neues gesetzliches Versicherungsverhältnis begründet wird. Ein solches Versicherungsverhältnis wird jedoch durch die Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) begründet. Die Klägerin verkennt bei ihrer Argumentation, dass [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) nicht primär dazu dienen soll, Entgeltersatzleistungen (Krg) in Anspruch zu nehmen. Hierfür hat der Gesetzgeber vielmehr - bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen - die Zahlung von Arbeitslosengeld sowie die Weiterzahlung von Krg nach [§ 192 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) normiert. [§ 19 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) soll vielmehr die Leistungen eines allgemeinen Krankenversicherungsschutzes, worunter auch (aber nicht in erster Linie) Krg fallen kann, sicherstellen. Einen solchen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz haben jedoch - im Gegensatz zur den Familienversicherten - Unverheiratete nach Ende ihrer Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) nicht. Diese müssen sich vielmehr entweder freiwillig weiterversichern oder einen anderen Versicherungspflicht begründenden Tatbestand erfüllen. Aus diesen Ausführungen folgt auch, dass der Gesetzgeber nicht verpflichtet war, [§ 44 Abs 2 SGB V](#) - wie von der Klägerin geltend gemacht - zu ändern.

Darüber hinaus verstößt die Regelung des [§ 19 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) auch nicht gegen [Art 6 Abs 1 GG](#). Nach [Art 6 Abs 1 GG](#) stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz des Staates. Aus der in dieser Regelung getroffenen Wertentscheidung zugunsten von Ehe und Familie iVm dem Sozialstaatsprinzip ([Art 28 GG](#)) ergibt sich aber lediglich eine allgemeine Pflicht des Staates zu einem Familienlastenausgleich, nicht aber eine konkrete Entscheidung darüber, in welchem Umfang und in welcher Weise ein solcher sozialer Ausgleich vorzunehmen ist; vielmehr besteht insoweit grundsätzlich eine Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers ([BVerfGE 87, 1](#), 35f, 40, [SozR 3-5761 Allg Nr 1](#)). Im Bereich des Sozialrechts hat der Gesetzgeber grundsätzlich einen weiten Gestaltungsspielraum. Mit der beitragsfreien Familienversicherung gemäß [§ 10 SGB V](#) hat der Gesetzgeber eine deutliche finanzielle Entlastung von Ehen und Familien im Sinn von [Art 6 Abs 1 GG](#) geschaffen. Es besteht keine verfassungsrechtliche Verpflichtung des Gesetzgebers, diesen Familienversicherten in jedem Leistungsbereich Ansprüche zu gewähren, die den Ansprüchen der anderen gesetzlichen Krankenversicherten im Umfang mindestens gleichwertig sind. Es ist daher von Verfassungen wegen nicht zu beanstanden, dass Familienversicherte keinen Anspruch auf Krg haben.

Im Gegensatz zur Auffassung der Klägerin liegt auch keine Regelungslücke vor. Denn der Umstand, dass sie ab dem 01.01.2010 kein Arbeitslosengeld erhalten hat, liegt in ihrem eigenen Verhalten begründet. Sie hat sich nämlich - nach ihrem eigenen Vorbringen - entgegen ihrer Verpflichtung nach [§ 38 Abs 1 SGB III](#) nicht innerhalb von drei Tagen nach Kenntnis des Beendigungszeitpunktes ihres Beschäftigungsverhältnisses bei der AA Mannheim arbeitsuchend gemeldet. Deswegen ruhte der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom 01. bis 07.01.2010 gemäß [§ 144 Abs 1 Satz 2 Nr 7 SGB III](#). Eine gesetzliche Regelungslücke liegt mithin nicht vor.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-04-27