

L 6 KR 466/05

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 4 KR 848/04

Datum

14.03.2005

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 466/05

Datum

30.11.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 14. März 2005 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Verpflichtung der Beklagten streitig, der Klägerin auch für den Zeitraum vom 8. bis einschließlich 30. Mai 2003 Krankengeld zu zahlen.

Die 1949 geborene Klägerin war auf Grund einer Beschäftigung als Angestellte pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Dieses Arbeitsverhältnis war bis zum 31. Oktober 2002 befristet. Daneben war sie bis zum 30. Mai 2003 in einem weiteren Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber als Aushilfe bzw. Reinigungskraft im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung tätig. Danach bezog sie Arbeitslosengeld.

Am 22. Oktober 2002 erkrankte die Klägerin arbeitsunfähig und bezog ab dem 1. November 2002 bis einschließlich 8. April 2003 von der Beklagten Krankengeld in Höhe von zuletzt 35,93 Euro kalendertäglich. Als Diagnose nannte die behandelnde Ärztin in ihrem Bericht vom 8. November 2002 ein LWS-Syndrom. Ab dem 9. April 2003 unterzog sich die Klägerin einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Rehabilitationsklinik D. H. (Abteilung Orthopädie), für deren Dauer ihr die damalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Übergangsgeld bezahlte und aus der sie ausweislich des Entlassungsberichts vom 13. Mai 2003 am 7. Mai 2003 arbeitsfähig entlassen wurde. Unter Ziffer 8 (Rehabilitationsverlauf) ist im Entlassungsbericht vermerkt: "Wegen zunehmender gastrointestinaler Beschwerden unter Analgetika-Therapie behandelten wir mittels Rantidin bzw. Omeprazol und Magaldrat mit allmählichem Rückgang der Oberbauchbeschwerden". Sowohl bei den "Vorschlägen für nachfolgende Maßnahmen" auf dem Deckblatt des Abschlussberichts als auch unter Ziffer 11 (Nachbehandlungsempfehlung) ist aufgeführt: "Diagn./Klärung: Gastroskopie" bzw. "Gastroskopie am Heimatort!"

Am 9. Mai 2003 bescheinigte die Allgemeinmedizinerin Dr. C. der Klägerin Arbeitsunfähigkeit wegen der "Diagnose K26.9 V" (Ulcus duodeni) ab dem 8. Mai 2003. Bereits unter dem 8. Mai 2003 bescheinigte Dr. C. der Klägerin auf einem entsprechenden Vordruck der Beklagten die Diagnose "dring. VD Ulcus Magen/Duod." und vermerkte "weiterhin arbeitsunfähig". Die Klägerin reichte beide Bescheinigungen am 9. Mai 2003 bei der Beklagten ein und beantragte die Zahlung von Krankengeld ab dem 8. Mai 2003. Laut eines Gesprächsvermerks der Beklagten vom 9. Mai 2003 trug die Klägerin vor, dass ihre Beschwerden bereits während der Reha-Maßnahme auftraten. Da sie an einem Mittwoch aus der Reha-Einrichtung entlassen worden, an diesem Tag aber keine Sprechstunde mehr gewesen sei, habe sie ihre Ärztin am 8. Mai 2003 aufgesucht.

Ausweislich eines Telefonvermerks vom 20. Mai 2003 in der Verwaltungsakte konnte die Patientenaufnahme der Reha-Klinik D. H. keine Aussagen zu der im Abschlussbericht vorgeschlagenen Gastroskopie machen. Man habe dort "keinen Hinweis" auf die Diagnose Ulcus duodeni, dies sei "nicht feststellbar". Auf Anfrage der Beklagten kam Dr. M. für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) unter dem 23. Mai 2003 ohne Begründung zum Ergebnis, dass es sich bei den Magenbeschwerden der Klägerin um eine neue Erkrankung handle.

Mit Bescheid vom 11. Juni 2003 lehnte die Beklagte den Antrag auf Krankengeld ab. Hiergegen ließ die Klägerin am 19. Juni 2003 Widerspruch mit der Begründung einlegen, die Arbeitsunfähigkeit sei infolge der internistischen Erkrankung bereits während der Rehabilitationsmaßnahme durch den behandelnden Oberarzt festgestellt worden. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 18. März 2004 zurückgewiesen, da noch bis zum 30. Mai 2003 ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis bestanden habe.

Am 2. April 2004 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Altenburg (SG) Klage erhoben und zur Begründung im Wesentlichen geltend gemacht, sie habe bis zum 8. Mai 2003 in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden und deshalb auf Grund der Nachversicherungszeiten Anspruch auf Leistungen gegen die Beklagte mindestens bis zum 7. Juni 2003 aus eigener Versicherung. Die Familienversicherung könne hinsichtlich der Krankengeldleistungen der Nachversicherungszeit nicht vorgehen.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat die Klägerin angegeben, dass sie die geringfügige Beschäftigung aufgrund ihrer Krankschreibung im streitgegenständlichen Zeitraum tatsächlich nicht ausgeübt habe.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 14. März 2005 abgewiesen, die Berufung zugelassen und in den Gründen im Wesentlichen ausgeführt, dass der nachgehende Versicherungsschutz ausscheide, weil die Klägerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt habe. Diese verlange nicht, dass tatsächlich auch eine Arbeitsleistung erbracht werde.

Gegen das am 20. Juni 2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 8. Juli 2005 Berufung eingelegt und im Wesentlichen damit begründet, dass es sich bei der neuerlichen Erkrankung um eine hinzugetretene Erkrankung gehandelt habe. Zudem habe sie die geringfügige Beschäftigung tatsächlich gar nicht ausgeübt und sei daher im entsprechenden Zeitraum keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 14. März 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 11. Juni 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2004 zu verurteilen, ihr für den Zeitraum vom 8. bis einschließlich 30. Mai 2003 Krankengeld in gesetzlicher Höhe zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf ihren erstinstanzlichen Vortrag.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der geheimen Beratung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs. 1 i.V.m. 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung durch Urteil entscheidet, ist zulässig ([§ 151 SGG](#)). Zum einen hat das SG im angefochtenen Urteil die Berufung zugelassen, daran ist der Senat gebunden (vgl. [§ 144 Abs. 3 SGG](#)). Zum anderen übersteigt der Wert des Beschwerdegegenstandes 500,00 Euro ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) in der vor dem 1. April 2008 geltenden Fassung), denn nach der vom Senat eingeholten Auskunft der Beklagten betrug das vor der Reha-Maßnahme gezahlte kalendertägliche Krankengeld 35,93 Euro. Mithin beträgt das mit der Klage begehrte Krankengeld für 23 Kalendertage 826,39 Euro.

Die Berufung ist nicht begründet, denn die Klage ist unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Altenburg sowie der Bescheid der Beklagten vom 11. Juni 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2004 sind im Ergebnis rechtlich nicht zu beanstanden, denn die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von Krankengeld nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis 31. Dezember 2004 geltenden Fassung im beantragten Zeitraum vom 8. bis einschließlich 30. Mai 2003.

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 behandelt werden. Im ersten Fall entsteht der Anspruch gemäß [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) an dem Tag, der auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Die Klägerin gehörte im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am 9. Mai 2003 nicht mehr zum Kreis der nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) versicherten Arbeitnehmer. Ihre Mitgliedschaft bei der Beklagten hatte zwar nicht bereits mit dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 31. Oktober 2002 gemäß [§ 190 Abs. 2 SGB V](#) geendet, denn sie bezog von 1. November 2002 bis einschließlich 8. April 2003 Krankengeld und von 9. April 2003 bis einschließlich 7. Mai 2003 während ihrer medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld. Damit endete die Mitgliedschaft bei der Beklagten gemäß [§ 192 Abs. 1 Nr. 2](#) und 3 SGB V (erst) mit Ablauf des 7. Mai 2003.

Entgegen der Auffassung der Klägerin bestand die Mitgliedschaft nicht über den 7. Mai 2003 hinaus fort.

Ihre Mitgliedschaft verlängerte sich nicht etwa dadurch, dass ihre Magen- bzw. Bauchbeschwerden bereits während ihres Reha-Aufenthalts auftraten und sie deswegen dort schon in ärztlicher Behandlung war. Voraussetzung für einen Erhalt der Mitgliedschaft wäre nämlich nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) in diesem Fall das Bestehen eines Anspruchs auf Krankengeld gewesen. Er wäre aber nur dann entstanden, wenn diese Krankheit nach [§§ 44 Abs. 1, 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) spätestens mit Beendigung der Reha-Maßnahme zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätte. Dies ist jedoch ausweislich des Entlassungsberichts vom 13. Mai 2003 gerade nicht der Fall. Vielmehr wurde die Klägerin am 7. Mai 2003 "regulär und arbeitsfähig" entlassen. Das Ergebnis der entsprechenden Untersuchungen und Behandlungen war danach gerade nicht die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sondern lediglich die Empfehlung, die Beschwerden mittels einer Gastroskopie abklären zu lassen. Eine weitere medizinische Sachverhaltsaufklärung wie von der Klägerin angeregt, etwa durch Befragung der Ärzte der Reha-Klinik, war angesichts der klaren und eindeutigen Formulierungen im Entlassungsbericht nicht erforderlich. Auch kommt es entgegen der Auffassung der Klägerin nicht darauf an, ob es sich bei ihrer Magen- bzw. Bauchbeschwerden um eine sogenannte hinzugetretene Erkrankung gehandelt hat. Die Unterscheidung zwischen einer neuen und einer hinzugetretenen Erkrankung ist nach [§ 48 Abs. 1 SGB V](#) allein für die Frage der Verlängerung der maximalen Dauer der Leistung von Krankengeld maßgeblich. Im vorliegenden Fall haben aber die behandelnden Ärzte der Reha-Klinik wegen der Magen- bzw. Bauchbeschwerden der Klägerin, wie bereits erwähnt, keine Arbeitsunfähigkeit feststellen können; schon deshalb konnte ein (weiterer) Anspruch auf Zahlung von Krankengeld nicht bis (spätestens) zum Ende der Reha-Maßnahme

entstehen.

Aber auch die Bescheinigung ihre Arbeitsunfähigkeit durch Dr. C. konnte die Mitgliedschaft der Klägerin nicht nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) erhalten. Maßgeblich hierfür wäre wiederum das Entstehen eines Anspruchs auf Krankengeld unmittelbar im Anschluss an die Beendigung der Reha-Maßnahme, mithin spätestens am 8. Mai 2003. Zwar wurde der Klägerin durch Dr. C. Arbeitsunfähigkeit ab 8. Mai 2003 bescheinigt. Nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) entsteht jedoch der Anspruch auf Krankengeld erst von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Ausweislich der vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin durch Dr. C. am 9. Mai 2003 bescheinigt, so dass ein Krankengeldanspruch erst am 10. Mai 2003 hätte entstehen können. Selbst wenn man zugunsten der Klägerin davon ausgehen wollte, dass sie bereits am 8. Mai bei ihrer Ärztin war und diese am selben Tag auf dem entsprechenden in der Behördenakte befindlichen Formular der Beklagten die Arbeitsunfähigkeit feststellte, entstünde ein Krankengeldanspruch erst am 9. Mai 2003. Auch dies wäre jedoch zu spät, um die Mitgliedschaft nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) zu erhalten, da selbst dann am 8. Mai 2003 weder eine stationäre Behandlung erfolgt wäre, noch ein Krankengeldanspruch bestanden hätte.

Ein Ausnahmefall, in dem die unterbliebene rechtzeitige ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ausnahmsweise - rückwirkend - nachgeholt werden kann (vgl. hierzu BSG, Urteile vom 8. November 2005 - Az.: [B 1 KR 30/04 R](#) und vom 26. Juni 2007 - Az.: [B 1 KR 8/07 R](#), jeweils nach juris), liegt nicht vor. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Klägerin gehindert gewesen sein könnte, alles in ihrem Verantwortungsbereich Mögliche zu unternehmen, um vor Ablauf der Reha-Maßnahme eine rechtzeitige Feststellung ihrer Arbeitsunfähigkeit ab dem 8. Mai 2003 zu erlangen. Anhaltspunkte dafür, dass sie daran wegen Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit gehindert gewesen sein könnte, bestehen nicht. Soweit sie vorträgt, am Tag der Entlassung aus der Reha-Klinik, einem Mittwoch, habe ihre Ärztin keine Sprechstunde mehr gehabt, ist schon nicht ersichtlich, weshalb sie - bei einer sich ihrer Auffassung nach offenbar schon während der Reha-Maßnahme abzeichnenden Arbeitsunfähigkeit - nicht einen der Ärzte der Reha-Klinik aufgesucht und um Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gebeten hat. Schließlich hätte sie hierfür am Entlassungstag auch einen anderen Arzt oder die Notaufnahme des nächsten Krankenhauses aufsuchen können.

Folglich endete die Mitgliedschaft der Klägerin nach Überzeugung des Senats mit Ablauf des 7. Mai 2003.

Somit erlosch, wie sich aus [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, mit dem Ende ihrer Mitgliedschaft ab dem 8. Mai 2003 grundsätzlich auch der Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsverhältnis.

Abweichend von dieser Regel gewährt jedoch [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) Versicherungspflichtigen, deren Mitgliedschaft endet, noch einen Anspruch auf Leistungen für längstens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange sie keine Erwerbstätigkeit ausüben. Die Voraussetzungen dieses Anspruchs haben bei der Klägerin im streitigen Zeitraum aber nicht vorgelegen.

Der auf [§ 44 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) gestützte Krankengeldanspruch ist jedoch nicht bereits wegen des Bestehens einer anderweitigen Versicherung, hier einer eventuellen Familienversicherung, ausgeschlossen, da nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urteil vom 7. Mai 2002 - Az.: [B 1 KR 24/01 R](#), nach juris) in den Fällen des [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) eine Familienversicherung erst nach Ablauf der Monatsfrist und Wegfall des nachwirkenden Versicherungsschutzes zustande kommt.

Jedoch übte die Klägerin während des streitigen Zeitraumes eine Erwerbstätigkeit aus. Zu den Erwerbstätigkeiten in diesem Sinne zählen auch geringfügige Beschäftigungen in Privathaushalten nach [§ 8a](#) des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV - vgl. Brandts in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1, Stand Juli 2010, Rdnr. 31 zu [§ 19 SGB V](#) m.w.N.). Einer solchen geringfügigen Beschäftigung ging die Klägerin bis einschließlich 30. Mai 2003 unstreitig nach.

Unerheblich ist dabei, dass sie im Zeitraum vom 8. bis über den 30. Mai 2003 hinaus arbeitsunfähig war und deshalb die Beschäftigung tatsächlich nicht ausübte. Hierauf kommt es bei [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) nicht an. Denn folgte man dieser Auffassung, so käme man, je nachdem, ob Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit oder aber nur Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während im Falle der Arbeitsunfähigkeit ein nachgehender Leistungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bestünde, entfielen dieser bei bloßer ärztlicher Behandlungsbedürftigkeit, ohne dass gleichzeitig Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Für eine derartige Differenzierung kann der Senat keine Rechtfertigungsgründe erkennen, zumal der Gesetzgeber nach Sinn und Zweck der Regelung ausdrücklich davon ausgegangen ist, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit die finanzielle Möglichkeit eines anderweitigen Versicherungsschutzes eröffnet, so dass für einen nachgehenden beitragsfreien Versicherungsschutz kein Bedarf mehr besteht; dies gilt, da insoweit kein Raum für eine den eindeutigen Wortlaut einschränkende Interpretation besteht, selbst für - wie im vorliegenden Fall - geringfügige Beschäftigungen in Privathaushalten, obwohl hier an sich die Schutzbedürftigkeit des Versicherten nicht entfällt, da keine Pflichtmitgliedschaft entsteht (vgl. Brandts in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, a.a.O.), jedenfalls aber Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall besteht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2012-03-27