

L 6 KR 1609/15

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Nordhausen (FST)
Aktenzeichen
S 6 KR 2841/13
Datum
21.09.2015
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 1609/15
Datum
26.07.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 21. September 2015 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Zahlung von Krankengeld vom 21. Juli bis 2. September 2013 streitig.

Der 1956 geborene Kläger war bei der Beklagten als Beschäftigter pflichtversichert. Am 26. April 2013 kündigte die GmbH das Arbeitsverhältnis zum 26. April 2013. Ab diesem Tag bescheinigte Dr. M. ihm Arbeitsunfähigkeit (im Folgenden: AU) wegen einer arteriellen Verschlusskrankheit. Der Kläger bezog ab dem 27. April 2013 Krankengeld. Mit Schreiben vom 8. Mai 2013 wies die Beklagte ihn u.a. darauf hin, dass zur Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft eine lückenlose ärztliche Feststellung der AU erfolgen müsse. Am 29. Mai 2013 bescheinigte Dr. W., ein Vertreter der erkrankten Dr. M., AU auch wegen Gonalgie bei Zustand nach PTA (= perkutane transluminale Angioplastie) und Stent links ab 21. Juni 2013. Anlässlich der persönlichen Vorstellung des Klägers am 15. Juli 2013 bescheinigte er AU wegen einer Kniearthrose rechts, befristet bis zum 20. Juli 2013. Einen zukünftigen Tag eines weiteren Praxisbesuchs gab Dr. W. nicht an; die weitere Behandlungsbedürftigkeit verneinte er. Zuvor hatte die Beklagte den Niedersachsen e.V. (MDK) mit einer Prüfung der Dauer der AU beauftragt. Dr. J. führte in ihrer Stellungnahme vom 16. Juli 2013 aus, der Kläger könne bis zu mittelschwere Tätigkeiten unter Beachtung von Einschränkungen ausüben. Mit Bescheid vom 16. Juli 2013 teilte die Beklagte ihm mit, aufgrund der sozialmedizinischen Beurteilung des MDK sei der letzte Tag seiner AU der 19. Juli 2013, danach ende die Zahlung von Krankengeld. Aufgrund der persönlichen Vorstellung des Klägers am 22. Juli 2013 bescheinigte Dr. W. aufgrund einer aktivierten Gonarthrose AU bis 31. Juli 2013. Gegen die Beurteilung des Leistungsvermögens im Bescheid vom 16. Juli 2013 wandte sich Dr. W. mit einer Stellungnahme vom 5. August 2013.

Mit Bescheid vom 14. August 2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, aus ihrer Sicht sei eine weitere medizinische Sachaufklärung entbehrlich. Bei Annahme weiterer AU hätte er sich spätestens am 20. Juli 2013 in der Arztpraxis vorstellen müssen, um das Fortbestehen der AU über den 20. Juli 2013 hinaus feststellen und bescheinigen zu lassen. Da er sich jedoch erst am 22. Juli 2013 bei Dr. M. (richtig: Dr. W.) vorgestellt habe, ende die allein aufgrund des ununterbrochenen Krankengeldbezuges erhalten gebliebene Mitgliedschaft am 20. Juli 2013, sodass erst ab dem 23. Juli 2013, dem Tag nach der ärztlichen Feststellung, dem Grunde nach ein neuer Krankengeldanspruch vorliegen würde. Dieser läge außerhalb seiner Mitgliedschaft. Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, dass es sich bei dem 20. Juli 2013 um einen Samstag gehandelt habe, sodass er erst am Montag den 22. Juli 2013 Dr. W. erneut habe aufsuchen können. Er sei durchgängig arbeitsfähig gewesen. Nach einer Bescheinigung vom 20. September 2013 des Dr. St., einem weiteren Vertreter der Dr. M., war er seit dem 15. Juli 2013 dauerhaft arbeitsunfähig. Soweit vom 20. bis 22. Juli 2013 eine Lücke bestehe, habe es sich hierbei um einen Dokumentationsfehler gehandelt. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 5. November 2013).

Mit Urteil vom 21. September 2015 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, zuletzt habe das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 16. Dezember 2014 (Az.: [B 1 KR 37/14 R](#)) wiederholt bestätigt, dass das Krankengeld abschnittsweise gewährt werde und der Versicherte verpflichtet sei, die Fortdauer der AU grundsätzlich rechtzeitig vor Fristablauf erneut ärztlich feststellen zu lassen und seiner Krankenkasse zu melden, wolle er das Erlöschen oder das Ruhen des Leistungsanspruchs vermeiden. Die Gesetzesänderung des [§ 46 Satz 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sei erst seit dem 23. Juli 2015 in Kraft getreten und könne somit rückwirkend keinen Krankengeldanspruch des Klägers im Jahr 2013 begründen.

Mit der Berufung macht der Kläger nunmehr geltend, er habe am 19. und 20. Juli 2013 niemanden in der Praxis erreicht. Deshalb habe er Dr. W. erst am 22. Juli 2013 aufgesucht. Entgegen der von diesem ausgestellten Bescheinigung sei er auch am 21. und 22. Juli 2013

arbeitsunfähig gewesen. Ihm sei nicht zuzumuten gewesen, einen anderen Arzt aufzusuchen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 21. September 2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 21. Juli bis 2. September 2013 Krankengeld in Höhe von 37,78 EUR netto täglich zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG endeten Krankengeldanspruch und Mitgliedschaft nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#), wenn eine weitere Arbeitsunfähigkeitsfeststellung und Bescheinigung nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht bis zum Ablauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erfolge. Ein Ausnahmefall liege hier nicht vor. Auf ein Organisationsverschulden des Arztes könne sich der Kläger nicht berufen. Er habe die Möglichkeit gehabt, die weitere AU bereits am Freitag, den 19. Juli 2013 feststellen zu lassen.

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

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 14. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat ab dem 21. Juli bis 2. September 2013 keinen Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 37,78 EUR netto. Die den Krankengeldanspruch vermittelnde, auf einem Leistungsbezug beruhende Pflichtmitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten endete mit Ablauf des 20. Juli 2013. Er kann einen Anspruch auf Krankengeld für die Zeit ab dem 21. Juli 2013 auch nicht ganz oder teilweise auf [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) stützen.

Nach [§ 44 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 ([Bundesgesetzblatt I Seite 1990](#) ff), gültig ab 1. August 2009 bis 22. Juli 2015, 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 SGB V](#), [§§ 24, 40 Abs. 2 SGB V](#) und [§ 41 SGB V](#)) behandelt werden. Ob und in welchem Umfang sie Krankengeld beanspruchen können, bestimmt sich nach dem Versicherungsverhältnis, das im Zeitpunkt des jeweils in Betracht kommenden Entstehungstatbestandes für Krankengeld vorliegt (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#) m.w.N., nach juris).

Nach [§ 46 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 (a.a.O.), gültig bis zum 22. Juli 2015, der hier Anwendung findet, entsteht der Anspruch auf Krankengeld (1) bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ([§ 23 Abs. 4 SGB V](#), [§ 24 SGB V](#), [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) und [§ 41 SGB V](#)) von ihrem Beginn an, (2) im Übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der AU folgt. Wird Krankengeld wegen ärztlich festgestellter AU begehrt, ist für den Umfang des Versicherungsschutzes demgemäß grundsätzlich auf den Tag abzustellen, der dem Tag nach Feststellung der AU folgt. Das Gesetz bietet weder einen Anhalt für ein Verständnis des [§ 46 S 1 Nr. 2 SGB V](#) als bloße Zahlungsvorschrift noch dafür, dass der Krankengeldanspruch nach [§ 44 SGB V](#) schon bei Eintritt der AU entsteht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, [a.a.O.](#)). Die durch das Beschäftigungsverhältnis begründete Mitgliedschaft des Klägers endete nicht mit dem Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis endete ([§ 190 Abs. 2 SGB V](#)), sondern bestand über den 26. April 2013 unter den Voraussetzungen des [§ 192 SGB V](#) hinaus fort. Sie bleibt nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) u.a. erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht. [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) verweist damit wieder auf die Vorschriften über den Krankengeldanspruch, die ihrerseits voraussetzen, dass ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld vorliegt. Die Mitgliedschaft blieb aufgrund des Bezuges von Krankengeld nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bis zum 20. Juli 2013 erhalten. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) - wenn keine stationäre Behandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen -, nur aufgrund ärztlicher Feststellung (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005 - Az.: [B 1 KR 30/04 R](#), nach juris). Für den Umfang des Versicherungsschutzes ist demgemäß auf den Tag abzustellen, der dem Tag nach Feststellung der AU folgt. Es reicht allerdings aus, dass Versicherte am letzten Tag des Versicherungsverhältnisses mit Anspruch auf Krankengeld - hier des Versicherungsverhältnisses aufgrund der aufrecht erhaltenen Mitgliedschaft - alle Voraussetzungen erfüllen, um spätestens mit Beendigung des Ablaufs dieses Tages und damit zugleich mit Beginn des nächsten Tages einen Krankengeldanspruch entstehen zu lassen (vgl. BSG, Urteile vom 16. Dezember 2014, [a.a.O.](#) und 10. Mai 2012 - Az.: [B 1 KR 19/11 R](#), m.w.N., nach juris). Bei fortdauernder AU aber abschnittsweiser Krankengeldbewilligung ist jeder Bewilligungsabschnitt gesondert zu prüfen. Für die Aufrechterhaltung des Krankengeldanspruchs aus der Beschäftigtenversicherung ist es deshalb erforderlich, aber auch ausreichend, dass die AU vor Ablauf des Krankengeldbewilligungsabschnitts erneut ärztlich festgestellt wird (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, [a.a.O.](#)). Dies war hier nicht der Fall.

Der Anspruch des Klägers auf Krankengeld endete aufgrund der bis zum 20. Juli 2013 durch Dr. W. am 15. Juli 2013 bescheinigten AU am 20. Juli 2013. Er suchte an diesem Tag, einem Samstag, bzw. an einem vorausgehenden Tag vor Ablauf der Frist nicht seinen behandelnden oder einen anderen Arzt auf, um eine Arbeitsunfähigkeit über den 20. Juli 2013 hinaus feststellen zu lassen. Damit wurde seine Mitgliedschaft nicht über den 20. Juli 2013 hinaus aufrechterhalten. Am 22. Juli 2013, als er sich erneut bei Dr. W. persönlich zur Feststellung der AU vorstellte, war er als Familienversicherter ohne Anspruch auf Krankengeld versichert (vgl. [§ 44 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)).

Folgen der unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung der AU sind grund-sätzlich vom Versicherten zu tragen. Die Ausschlussregelung des [§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) ist strikt zu handhaben. Ausnahmen hiervon hat das BSG nur in engen Grenzen anerkannt (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005 - Az.: [B 1 KR 30/04 R](#), nach juris). Hat ein Versicherter (1.) alles in seiner Macht Stehende und ihm Zumutbare getan, um seine Ansprüche zu wahren, wurde er (2.) daran aber durch eine von der Krankenkasse zu vertretende Fehlentscheidung gehindert (z.B. durch die Fehlbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Vertragsarztes und des MDK), und macht er (3.) seine Rechte bei der Kasse unverzüglich (spätestens innerhalb der zeitlichen Grenzen des [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)) nach Erlangung der Kenntnis von dem Fehler geltend, kann er sich auf den Mangel auch zu einem späteren Zeitpunkt berufen (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005, [a.a.O.](#)). Diese Voraussetzungen liegen im Falle des Klägers nicht vor. Er hat nicht alles in seiner Macht Stehende und ihm Zumutbare getan, um die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit über den 20. Juli 2013 hinaus zu erlangen. Ausgangspunkt der Verteilung von Obliegenheiten und Risiken zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsträger ist, dass der kraft des Mitgliedschaftsverhältnisses hierzu berechnigte Versicherte einen zur Diagnostik und Behandlung befugten Arzt aufzusuchen und seine Beschwerden zu schildern hat, um die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung des Anspruchs auf Krankengeld zu erreichen (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005, [a.a.O.](#)). Der Kläger hat am 20. Juli 2013 bzw. vor Ablauf der Frist keinen Arzt persönlich aufgesucht. Anhaltspunkte dafür, dass er wegen Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit an einer Wiedervorstellung beim Arzt gehindert war oder durch die Beklagte falsch beraten worden wäre, liegen nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, [a.a.O.](#) m.w.N.). Andere Gründe - wie etwa der Wochentag - sind hier nicht zu berücksichtigen.

Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen wäre, als hätte er am 20. Juli 2013 AU ärztlich feststellen lassen, liegen ebenfalls nicht vor. Eine Pflichtverletzung der Beklagten ist nicht ersichtlich. Sie hat ihn mit Schreiben vom 8. Mai 2013 vielmehr ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nur durch eine lückenlose ärztliche Bescheinigung der AU die mit dem Krankengeldanspruch ausgestattete Mitgliedschaft aufrecht erhalten bleibt.

Ob bei den behandelnden Ärzten das vom Kläger geltend gemachte Organisationsverschulden vorlag, kann hier - obwohl insoweit keine Anhaltspunkte vorliegen - dahinstehen, da es jeden-falls keinen Anspruch gegen die Beklagte begründen würde.

Der Kläger hat auch keinen Krankengeldanspruch nach [§ 19 Abs. 2 SGB V](#). Er war ab dem 21. Juli 2013 nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 10 SGB V](#) ohne Krankengeldanspruch versichert. Dieser neue Status ist gegenüber der Auffangregelung des [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) vorrangig und schließt in Bezug auf das Krankengeld weitere Ansprüche aus (vgl. BSG, Urteil vom 6. November 2008 - Az.: [B 1 KR 37/07 R](#), nach juris).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2017-03-30