

L 6 KR 650/15

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 13 KR 3549/12

Datum

22.04.2015

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 650/15

Datum

19.12.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 22. April 2015 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt 1/10 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist zuletzt noch streitig, ob der Kläger über den 30. Dezember 2011 hinaus Anspruch auf Zahlung von Krankengeld hat.

Der 1963 geborene Kläger war bei der Beklagten seit dem 12. Juni 2010 als Arbeitsloser pflichtversichert und ab dem 6. Juni 2011 aufgrund der Diagnosen ICD-10-GM Version 2011 (im Folgenden: ICD-10) M23.99 (Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus) und G56.0 (Karpaltunnelsyndrom) arbeitsunfähig erkrankt. Ab dem 18. Juli 2011 bezog er Krankengeld. Am 15. November 2011 beantragte er bei der die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Am 7. Dezember 2011 bescheinigte der Arzt M. Arbeitsunfähigkeit vom 7. bis 21. Dezember 2011 wegen der Diagnosen ICD-10 H66.4 (Eitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet) und H66.0 (Akute eitrige Otitis media).

Die Beklagte holte ein Gutachten des M. D. der Krankenversicherung Th. (MDK) vom 13. Dezember 2011 (Tag der Untersuchung: 5. Dezember 2011) ein, wonach bei dem Kläger bekannte Funktionseinschränkungen des linken Sprunggelenkes mit Einschränkungen des Trep-pensteigens und regelmäßiger Einnahme von Schmerzmedikamenten bestehen. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei wegen weiterhin bestehender Kniegelenksbeschwerden links angegeben. Vorausgegangen sei die Arthroskopie im Februar 2011. Jetzt sei eine erneute Innenmeniskusentfernung und Knorpelglättung erfolgt. Seitdem trage er die Kniegelenksorthese weiter und zusätzlich eine Bandage. Die Gehfähigkeit mit orthopädischen Schuhen, Orthese und Bandage sei ausreichend über 500 Meter. Es bestehe ab sofort ein Leistungsvermögen für täglich mindestens sechs Stunden leichte Arbeit. Bereits mit Schreiben vom 6. Dezember 2011 hatte die Beklagte dem Kläger mitgeteilt, dass sie mit dem 12. Dezember 2011 die Zahlung des Krankengeldes einstellen werde. Seit dem 12. Dezember 2016 ist der Kläger nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V](#) bei der Beklagten versichert.

Gegen die Einstellung der Zahlung von Krankengeld erhob der Kläger am 14. Dezember 2011 Widerspruch mit der Begründung, er habe noch weitere gesundheitliche Probleme, die demnächst abgeklärt werden müssten. Er überreichte einen Arztbrief des Dr. Sch. vom 12. Dezember 2011 sowie einen Auszahlungsschein, ausgestellt von Dr. Sch. am 12. Dezember 2011, der ihm Arbeitsunfähigkeit vom 12. Dezember 2011 bis voraussichtlich 13. Januar 2012 bescheinigte. Die Beklagte holte ein weiteres Gutachten des MDK vom 19. Dezember 2011 ein, wonach sich keine neuen medizinischen Gesichtspunkte ergeben, die eine abweichende Entscheidung begründen würden. Der Kläger überreichte eine weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes M. für die Zeit bis zum 30. Dezember 2011. Am 3. Januar 2012 bescheinigte die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Th. Arbeitsunfähigkeit seit dem 2. Januar bis 11. Januar 2012 wegen ICD-10 M54.5 (Kreuzschmerz), sowie am 11. Januar 2012 Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Januar 2012 wegen der Diagnosen ICD-10 M54.5, M23.33 (Sonstige Meniskusschädigungen) und M23.99 (Binnenschaden des Kniegelenks, nicht näher bezeichnet). Zur Begründung seines Widerspruchs führte der Kläger weiter aus, der MDK habe ihn nicht ordnungsgemäß untersucht. Die Knieerkrankung habe durch eine zweifache Arthroskopie nicht stabilisiert werden können. Im Krankenhaus in E. sei eine Umstellungsoperation vorgenommen worden, die ebenfalls nicht zum Erfolg geführt habe. Mit Widerspruchsbescheid 25. August 2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Im Klageverfahren hat der Kläger sein Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und ergänzend ausgeführt, zwischenzeitlich sei ein Verfahren auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung anhängig. Das Sozialgericht (SG) hat medizinische Unterlagen aus dem Rentenverfahren (Az.: S 35 R 2291/12), u. a. das im Auftrag der Rentenversicherung erstellte Gutachten des Facharztes für

Orthopädie Dipl.-Med. D. vom 25. Januar 2012 (Datum der Untersuchung: 23. Januar 2012, Diagnosen: Beginnende medial betonte Gonarthrose, posttraumatische Arthrose oberes Sprunggelenk, lumbales Schmerzsyndrom, Karpaltunnelsyndrom beidseits; Leistungsbild leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr) und das im Auftrag des SG erstellte orthopädische Gutachten der Dr. K. vom 28. November 2013, beige-zogen. Die Beklagte hat auf das Gutachten des Dipl.-Med. D. Bezug genommen, wonach für den Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten festgestellt wurde. Dieses Gutachten liege zeitlich der Einstellung des Krankengeldes mit Wirkung vom 12. Dezember 2011 am nächsten und bestätige die Einschätzung des MDK und ihre Auffassung. Auch Dr. K. habe keine gravierende quantitative Leistungsminderung bei dem Kläger festgestellt. Der Kläger hat ausgeführt, aus dem Gutachten der Dr. K. gehe klar hervor, dass am 3. Januar 2012 wegen der bestehenden starken Beschwerden im Bewegungsapparat, insbesondere im Kniegelenk links, ein stationärer Aufnahmetermin vereinbart worden sei. Zu diesem Zeitpunkt habe die Indikation zur tibialen Umstellungsosteotomie links bestanden. Die stationäre Behandlung sei sodann vom 28. Februar bis 5. März 2012 erfolgt.

Mit Gerichtsbescheid vom 22. April 2015 hat das SG die Klage abgewiesen.

Im Berufungsverfahren verweist der Kläger auf das Gutachten des Dr. N. vom 29. März 2016. Dipl.-Med. D. habe am 26. Januar 2012 eine Leistungsminderung bis nach Umstellung der linken Tibia und entsprechender Konsolidierung voraussichtlich bis Mitte 2012 bestätigt. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht eingetreten. Vielmehr sei eine Verschlechterung eingetreten, die jedenfalls ab Mitte 2015 zur vollen Erwerbsminderung geführt habe. Er sei durchgehend arbeitsunfähig gewesen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 22. April 2015 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 6. Dezember 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. August 2012 sowie des Teilanerkenntnisses vom 19. Dezember 2017 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 31. Dezember 2011 bis zum 2. Juni 2012 Krankengeld in Höhe von 25,06 EUR täglich zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf die Entscheidungsgründe des Gerichtsbescheids. Auch Dr. N. sei in seinem Gutachten zu der Einschätzung gekommen, dass die im Rahmen der orthopädischen Begutachtung durch Dipl.-Med. D. vom 23. Januar 2012 erhobenen Befunde und die darauf resultierende Leistungsbeurteilung nachvollziehbar dokumentiert wurden und den Ausführungen somit gefolgt werden könne. Das derzeitige Leistungsvermögen von drei bis vier Stunden täglich bestehe erst seit dem 18. Februar 2015. In der mündlichen Verhandlung am 19. Dezember 2017 hat sie einen Anspruch des Klägers auf Krankengeld vom 12. bis zum 30. Dezember 2011 anerkannt. Der Kläger nahm das Teilanerkenntnis an.

Der Senat hat einen Befundbericht des K. M. vom 29. Mai 2017 angefordert und weitere Unterlagen aus dem Rentenverfahren u.a. das orthopädische Gutachten des Dr. N. vom 24. März 2016 beigezogen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 6. Dezember 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. August 2012, abgeändert durch Teilanerkenntnis vom 19. Dezember 2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat vom 31. Dezember 2011 bis zum 2. Juni 2012 keinen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld (dazu unter 1). Die den Krankengeldanspruch vermittelnde, auf einem Leistungsbezug beruhende Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten endete - unter Berücksichtigung des Teilanerkenntnisses - mit Ablauf des 30. Dezember 2012 (dazu unter 2).

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes des Klägers und damit der Maßstab für die Beurteilung seiner Arbeitsunfähigkeit ergeben sich allein aus seiner Versicherung in der Krankenversicherung der Arbeitslosen (KVdA), weil er seit dem 12. Juni 2010 Leistungen der Bundesagentur für Arbeit bezog.

Rechtsgrundlage des Krankengeldanspruchs sind die §§ 44 ff SGB V. Nach § 44 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden. Der Maßstab für die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus dem Umfang des Versicherungsschutzes im jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis. Dies ist bei Personen, die Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) beziehen, deren Versicherung in der KVdA (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 4. April 2006 - Az.: B 1 KR 21/05 R, Rn. 12, m.w.N., nach juris).

Ein in der KVdA nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherter Arbeitsloser ist arbeitsunfähig i.S. v. § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wenn er auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, Arbeiten zu verrichten, für die er sich der Arbeitsverwaltung zwecks Vermittlung zur Verfügung gestellt hat: Das Krankengeld stellt sich in der KVdA nicht als Ersatz für einen Ausfall des früher auf Grund Beschäftigung bezogenen Arbeitsentgelts, sondern als Ersatz für eine entgehende Leistung wegen Arbeitslosigkeit dar. Entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit Arbeitsloser sind im Grundsatz alle Arbeiten, die dem Versicherten arbeitslosenversicherungsrechtlich zumutbar sind. Die Zumutbarkeit ist insoweit auch krankenversicherungsrechtlich an § 121 SGB III zu messen (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006, a.a.O., m.w.N., Rn. 17).

Nach § 121 SGB III in der vom 1. Januar 2003 bis 31. März 2012 gültigen Fassung sind dem Arbeitslosen "alle seiner Arbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungen" zumutbar, soweit "allgemeine oder persönliche Gründe der Zumutbarkeit einer Beschäftigung nicht

entgegen- stehen" (vgl. [§ 121 Abs. 1 SGB III](#)). Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Arbeitslose gesundheitlich nicht (mehr) in der Lage ist, auch leichte Arbeiten in einem Umfang (z.B. vollschichtig) zu verrichten, für die er sich zuvor zwecks Erlangung des Arbeitslosengeldanspruchs der Arbeitsverwaltung zur Verfügung gestellt hat. Die Krankenkasse darf im Regelfall davon ausgehen, dass sich der Arbeitslose der Arbeitsverwaltung auch für leichte Arbeiten zur Verfügung gestellt hat.

Durch seine Erkrankung des linken Kniegelenkes war der Kläger nach diesen Grundsätzen ab dem 12. Dezember 2011 nicht gehindert, zumindest eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Dies ergibt sich aus den Gutachten des MDK vom 13. und 19. Dezember 2011 und den beigezogenen medizinischen Unterlagen aus dem Rentenverfahren beim SG Altenburg (Az.: S 35 R 2291/12). Insoweit folgt der Senat nicht der Einschätzung des Dr. Sch., der dem Kläger weiterhin Arbeitsunfähigkeit bis zum 13. Januar 2012 attestierte, ohne allerdings das hierfür vorgesehene Verfahren nach § 62 des Bundesmantelvertrages -> Ärzte in der bis zum 30. September 2013 geltenden Fassung (BMV-Ä) eingehalten zu haben. Danach kann der Arzt, bestehen zwischen ihm und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über eine Leistung, über die der MDK eine Stellungnahme abgegeben hat, über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen.

Grundlage der Begutachtung durch den MDK waren die Diagnosen: ICD-10 M17.9 (Varus-gonarthrose beidseits) sowie M23.9 (Meniskusklaision und Knorpelschaden linkes Kniegelenk) sowie die 2. Arthroskopie vom 22. August 2011. Nach dem Gutachten des MDK vom 13. Dezember 2011 befand sich der Kläger in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, er zeigte mit angelegter Kniegelenksorthese und Bandage links sowie orthopädischen Schuhen ein zügiges Gangbild. Seine Wegefähigkeit war mit über 500 Meter ausreichend. Die Kniegelenke zeigten sich äußerlich unauffällig, es bestanden keine Schwellung und kein Erguss. Seit der letzten Begutachtung im Mai 2011 ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte. Er ist mit orthopädischen Schuhen ausgestattet, das links hinkende Gangbild sowie rezidivierende Schwellungszustände nach längerer Belastung im Bereich des Sprunggelenkes und Fußes sind bekannt und begründen keine derzeitige Arbeitsunfähigkeit. Eine andere Leistungseinschätzung ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten des MDK vom 19. Dezember 2011. Soweit der Kläger argumentiere, dass eine weitergehende Diagnostik ausstehe, begründet dies ohne ein entsprechendes Leistungsbild keine Arbeitsunfähigkeit. Diese Leistungseinschätzung des MDK wurde durch das Gutachten des Dipl.-Med. D. vom 25. Januar 2012 nicht widerlegt. Danach ist eine quantitative Leistungsminderung im Sinne der Begrenzung der Arbeitszeit aufgrund der auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen gegenwärtig nicht zu begründen. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten in überwiegend sitzender körperlicher Haltung mit kurzen Geh- und Stehphasen unter Vermeidung der genannten Einschränkungen. Einschränkungen aufgrund der Erkrankung des linken Knie- und Sprunggelenkes bestehen u.a. dahingehend, dass der Kläger nicht mehr schwer heben und tragen darf, keine Arbeiten in Kniehockstellungen sowie Arbeiten auf Treppen, Leitern und Gerüsten ausüben kann, gleichfalls keine Arbeiten mit erhöhten Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit sowie Arbeiten unter erhöhter Unfallgefahr. Eine langfristige Besserung ist nach Abschluss der operativen Maßnahmen am Kniegelenk und entsprechender Konsolidierung ab Mitte 2012 realistisch. Die Wegefähigkeit hat der Sachverständige bejaht. Etwas anderes ergibt sich für Dezember 2011 auch nicht aus den zeitlich wesentlich später erfolgten Gutachten der Dr. K. vom 28. November 2013 und des Dr. N. vom 29. März 2016.

2. Ob die am 3. Januar 2012 durch Dr. Th. festgestellte Erkrankung ICD-10 M54.5 ebenfalls Arbeitsunfähigkeit des Klägers begründete, kann hier dahinstehen, weil zu diesem Zeitpunkt seine Mitgliedschaft bei der Beklagten mit Anspruch auf Krankengeld nicht mehr bestand.

Nach [§ 46 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009, 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, [§ 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 Arbeitsunfähigkeit folgt. Wird Krankengeld wegen ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit begehrt, ist für den Umfang des Versicherungsschutzes demgemäß grundsätzlich auf den Tag abzustellen, der dem Tag nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Das Gesetz bietet weder einen Anhalt für ein Verständnis des [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) als bloße Zahlungsvorschrift noch dafür, dass der Krankengeldanspruch nach [§ 44 SGB V](#) schon bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit entsteht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#), nach juris). Die durch die Arbeitslosigkeit begründete Mitgliedschaft des Klägers bestand über den 6. Juni 2011 unter den Voraussetzungen des [§ 192 SGB V](#) 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 wieder auf die Vorschriften über den Krankengeldanspruch, die ihrerseits voraussetzen, dass ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld vorliegt. Die Mitgliedschaft des Klägers blieb aufgrund des Bezuges von Krankengeld nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bzw. des anerkannten Anspruchs auf Krankengeld bis zum 30. Dezember 2011 erhalten.

Findet keine Maßnahme nach [§ 46 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) statt, entsteht der Krankengeldanspruch nach [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) 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 Arbeitsunfähigkeit 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 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#) und 10. Mai 2012 - Az.: [B 1 KR 19/11 R](#) m.w.N., beide nach juris). Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit aber abschnittsweiser Krankengeldbewilligung ist jeder Bewilligungsabschnitt gesondert zu prüfen. Für die Aufrechterhaltung des Krankengeldanspruchs aus der KVdA ist es deshalb erforderlich, aber auch ausreichend, dass die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf des Krankengeldbewilligungsabschnitts erneut ärztlich festgestellt wird (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014 - Az.: [B 1 KR 25/14 R](#), nach juris). Dies war hier nicht der Fall.

Der Kläger hat sich bei der Fachärztin für Allgemeinmedizin Th. am 3. Januar 2012 vorgestellt. Danach lagen mit Ablauf des 30. Dezember 2011 die Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft wegen des Anspruchs auf Krankengeld nicht mehr vor.

Folgen der unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sind grundsätzlich vom Versicherten zu tragen. Die Ausschlussregelung des [§ 46 Abs. 1 Satz 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](#), Rn. 18 ff., 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. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Der Kläger hat sich erst am 3. Januar 2012 bei Dr. Th. vorgestellt und damit gerade nicht alles in seiner Macht Stehende und ihm Zumutbare getan, um die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit spätestens am 30. Dezember 2011 zu erlangen. Dies ist ihm auch zuzurechnen. 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. Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, dem Kläger auf die besondere gesetzliche Regelung und deren im Regelfall gravierenden Folgen hinzuweisen für. Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger wegen Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit am 30. Dezember 2011 keinen Arzt aufsuchen konnte, liegen nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, Rn. 16, a.a.O.).

Der Kläger hat auch keinen Krankengeldanspruch nach [§ 19 Abs. 2 SGB V](#). Er war spätestens ab dem 31. Dezember 2011 bei der Beklagten nach [§ 5 Abs. 2a 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 26. Juli 2007 - [B 1 KR 2/07 R](#), Rn. 20, nach juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei hat der Senat das Teilerkenntnis der Beklagten entsprechend berücksichtigt.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2018-01-11