L 4 KR 19/04

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 7 KR 102/02
Datum
04.03.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 4 KR 19/04
Datum
14.12.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 04. März 2004 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung von Krankengeld für die Zeit vom 01. Februar 2002 bis 20. Juni 2002.

Der im ... 1943 geborene Kläger war wegen seiner Beschäftigung als Geschäftsführer des A. (AWO) Kreisverbandes P.-M. e. V. bei der Beklagten krankenversicherungspflichtig. Das Arbeitsverhältnis endete durch Kündigung zum 31. März 2001.

Nachdem der Kläger am 27. März 2001 arbeitsunfähig erkrankte, zahlte ihm die Beklagte ab 01. April 2001 (in Höhe von 113,48 DM täglich) bis 26. Dezember 2001 Krankengeld. Vom 27. Dezember 2001 bis 31. Januar 2002 bezog er wegen einer von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bewilligten stationären Rehabilitationsmaßnahme, aus der er nach dem Entlassungsbericht der Fachklinik W. GmbH vom 18. Februar 2002 arbeitsfähig entlassen wurde, Übergangsgeld. Aufgrund seines Antrages vom 12. Februar 2002 wurde der Kläger zum 01. Februar 2002 freiwilliges Mitglied bei der Beklagten. Am 22. Juni 2002 meldete sich der Kläger arbeitslos.

Nach den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Fachärztin für Innere Medizin Dr. G. lauteten die dort mitgeteilten Diagnosen zunächst auf essentielle (primäre) Hypertonie (I 10), sonstige näher bezeichnete Krankheit der Synovialis und der Sehnen (M 67.8) bzw. Zervikobrachialsyndrom (M 53.1), später auf essentielle (primäre) Hypertonie, Zervikobrachialsyndrom und akute Belastungsreaktion (F 43.0). Die Beklagte holte die Berichte der Fachärztin für Innere Medizin Dr. G. vom 03. Mai 2001 und 30. Mai 2001, in denen u. a. auch eine Nabelhernie und Leistenhernie erwähnt werden, die der Kläger nach einem Telefonat mit der Beklagten am 03. Juli 2001 operieren lassen wollte, und den Bericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 29. Juni 2001 ein. Nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in der Stellungnahme vom 31. Juli 2001 mitgeteilt hatte, dass die bisherigen Diagnosen weitere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden, zog die Beklagte die weiteren Berichte der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 01. August 2001 und der Fachärztin für Innere Medizin Dr. G. vom 14. August 2001 bei. Außerdem veranlasste sie die Stellungnahme des MDK der Ärztin S. vom 13. August 2001, die wegen der im Bericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. aufgeführten Psychopathologie eine weitere Arbeitsunfähigkeit für gerechtfertigt hielt. Nach Eingang der weiteren Berichte der genannten behandelnden Ärzte vom 23. August 2001 und 21. September 2001 forderte die Beklagte den Kläger unter dem 11. Oktober 2001 auf, beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen und veranlasste das MDK-Gutachten der Ärztin S. vom 22. Oktober 2001. Diese Ärztin diagnostizierte eine Somatisierungsstörung, eine Anpassungsstörung nach Berufskonflikt und einen arteriellen Hypertonus und hielt Arbeitsunfähigkeit bei fehlender psycho-physischer Belastbarkeit weiterhin medizinisch für begründet.

Am 05. Februar 2002 ging bei der Beklagten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Facharztes für Chirurgie Dr. S. vom 01. Februar 2002 mit der Diagnose einer Hernia inguinalis (K 40.3) ein, in der Arbeitsunfähigkeit vom 01. Februar 2002 bis voraussichtlich 08. Februar 2002 bestätigt wurde.

Mit Bescheid vom 07. Februar 2002 lehnte die Beklagte die Zahlung von Krankengeld ab 01. Februar 2002 ab. Nach § 190 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) habe zum 31. März 2001 die versicherungspflichtige Mitgliedschaft geendet. Die Mitgliedschaft habe jedoch noch § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wegen des Bezuges von Krankengeld und der stationären Rehabilitationsmaßnahme, aus der der Kläger arbeitsfähig entlassen worden sei, bis 31. Januar 2002 fortbestanden. § 19 Abs. 2 SGB V begründe zwar über das Ende einer versicherungspflichtigen Mitgliedschaft hinaus einen nachgehenden Leistungsanspruch für längstens einen Monat. Eine nach § 192 Abs. 1

Nr. 2 SGB V fortbestehende Mitgliedschaft schaffe jedoch keinen weiteren Leistungsanspruch. Die Zahlung von Krankengeld aufgrund der ab 01. Februar 2002 erneut bescheinigten Arbeitsunfähigkeit sei somit ausgeschlossen.

Aufgrund der am 04. Februar 2002 durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin Kranhold, der Ehefrau des Klägers, erfolgten Einweisung wurde der Kläger vom 04. bis 09. Februar 2002 wegen einer Hernia inguinalis stationär behandelt.

Am 18. Februar 2002 legte der Kläger gegen den Bescheid vom 07. Februar 2002 Widerspruch ein und begründete ihn mit der Fehleinschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit durch die Fachklinik W. GmbH.

Die Beklagte zog den Entlassungsbericht der Fachklinik W. GmbH vom 18. Februar 2002 und deren Stellungnahme vom 20. Februar 2002 ein, wonach zum Entlassungszeitpunkt zwar eine Hernie bestanden, die jedoch wegen ihres Ausprägungsgrades für eine Tätigkeit als Geschäftsführer keine Arbeitsunfähigkeit bedingt habe.

Bei der Beklagten gingen in der Folgezeit weitere Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen ein:

Für die Zeit vom 10. Februar 2002 bis 22. Februar 2002, festgestellt am 11. Februar 2002, eingegangen am 26. Februar 2002 (des Facharztes für Chirurgie Dr. S.)

weiter bis 01. März 2002, festgestellt am 20. Februar 2002, eingegangen am 26. Februar 2002 (des Dr. S.),

weiter bis (nach der Kopie nicht leserlich) festgestellt am 01. März 2002, eingegangen am 08. März 2002 (des Dr. H.),

weiter bis 08. April 2002, festgestellt am 22. März 2002, eingegangen am (unbekannt),

weiter bis 26. April 2002, festgestellt am 12. April 2002, eingegangen am 16. April 2002 (des Dr. E.),

weiter bis 16. Mai 2002, festgestellt am 25. April 2002, eingegangen am 30. April 2002 (des Dr. H.),

weiter bis 06. Juni 2002, festgestellt am 16. Mai 2002, eingegangen am 24. Mai 2002 (des Dr. H.),

und weiter bis 20. Juni 2002, festgestellt am 06. Juni 2002, eingegangen am 12. Juni 2002 (des Dr. H.).

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Der Ausprägungsgrad der Hernie, die schon während der stationären Rehabilitationsmaßnahme bestanden habe, habe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Geschäftsführer keine Arbeitsunfähigkeit verursacht. Bei der Erkrankung ab 01. Februar 2002 handele es sich daher insoweit um eine Neuerkrankung.

Dagegen hat der Kläger am 28. Mai 2002 beim Sozialgericht Potsdam Klage erhoben.

Er hat darauf hingewiesen, dass schon 1999 eine Nabelhernie mit akuter Operationsindikation sowie nachfolgend eine Bauchwandhernie und eine Leistenhernie rechts bestanden habe, die seinerzeit lediglich wegen der Adipositas nicht operativ behandelt worden sei. Deswegen sei am 04. Februar 2002 die notfallmäßige operative Versorgung nötig geworden. Nach Entlassung sei er weiter arbeitsunfähig gewesen. Wegen somit seit 27. März 2001 ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit stehe ihm auch weiter Krankengeld zu. Die Beurteilung bezüglich der Arbeitsunfähigkeit im Entlassungsbericht sei unzutreffend, zumal die Hernie dort überhaupt nicht erwähnt werde. Der Kläger hat die Epikrise der Zentralklinik Emil von Behring des Prof. Dr. K. vom 12. Februar 2002 über eine stationäre Behandlung vom 04. bis 09. Februar 2002 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Chirurgen Dr. S. vom 10. März 2003 und der Fachärztin für Innere Medizin Dr. G. vom 20. April 2003 eingeholt.

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, diese Befundberichte stützten sein Vorbringen. Danach hätten die Hernien seit mindestens 2001 vorgelegen, weswegen keine Neuerkrankung anzunehmen sei. Bis zur Notfallaufnahme habe sich der Ausbildungsgrad der Hernien soweit verschlechtert, dass die erfolgte Arbeitsunfähigkeit ab 01. Februar 2001 medizinisch geboten gewesen sei.

Die Beklagte hat daraufhin erwidert, es sei nicht entscheidend, seit wann die Hernien bestanden, sondern ab wann sie Arbeitsunfähigkeit bedingt hätten. Der Eintritt der Krankheit sei nicht entscheidend.

Mit Urteil vom 04. März 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Da der Kläger nach dem Entlassungsbericht der Fachklinik W. GmbH am 31. Januar 2002 arbeitsfähig entlassen worden sei, habe seine Mitgliedschaft an diesem Tag geendet. Die Behauptung eines früheren Beginns der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Hernien sei unbeachtlich (BSG SozR 3-2500 § 44 Nr. 10), denn erstmalig sei am 01. Februar 2002 Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt bescheinigt worden. Zum 01. Februar 2002 sei jedoch keine neue Mitgliedschaft begründet worden, denn hierfür müssten alle Voraussetzungen erfüllt sein, also entweder eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt oder eine Arbeitslosmeldung bei der Bundesagentur für Arbeit vorgelegen haben. Dies sei jedoch nicht der Fall gewesen.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 15. April 2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 30. April 2004 eingelegte Berufung des Klägers.

Er ist der Ansicht, dass bereits am 31. Januar 2002 Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Hernien vorgelegen habe. Dafür spreche schon die notärztliche Einweisung am 04. Februar 2002. Das reine Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit, auch ohne ärztliche Feststellung, löse einen Krankengeldanspruch dem Grunde nach aus, weil nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V der Krankengeldanspruch ruhe, wenn die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht mitgeteilt werde. § 46 SGB V spreche insoweit fehlerhaft von Entstehung des Anspruches, gemeint sei nur das Entstehen des Zahlungsbeginns. Der Kläger habe auch binnen einer Woche, nämlich am 05. Februar 2002, die

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt. Selbst wenn die ärztliche Feststellung von Arbeitsunfähigkeit materiell-rechtliche Voraussetzung sei, müsse vorliegend jedenfalls aus Billigkeitsgründen ausnahmsweise die Rückwirkung ärztlicher Feststellungen anerkannt werden. Während des stationären Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung, der wegen psychischer Störungen erfolgt sei, seien die Beschwerden hinsichtlich der Hernien in den Hintergrund getreten. Die ungewöhnliche Situation der Entlassung habe dazu geführt, dass am 31. Januar 2002 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, obwohl die objektiven Voraussetzungen dafür vorgelegen hätten.

Im Entlassungsgespräch sei ihm die Einschätzung arbeitsfähig mitgeteilt worden. In diesem Gespräch habe er jedoch darauf hingewiesen, dass er weiterhin erhebliche Beschwerden und Beeinträchtigungen aufgrund des bestehenden Leisten- und Nabelbruches sowie der Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen habe, und die Feststellung einer Arbeitsfähigkeit ausdrücklich moniert. Den Chirurgen Dr. S. habe er am 01. Februar 2002 aufgesucht, weil sich die Schmerzen in der Nacht des 31. Januar zum 01. Februar 2002 (Donnerstag auf Freitag) stark verschlimmert hätten, weswegen am 04. Februar 2002 (Montag) eine stationäre Aufnahme und Behandlung nötig geworden sei.

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 11. Februar 2002 habe er unverzüglich und nicht erst am 26. Februar 2002 vorgelegt. Dafür könne Zeugnis der Ehefrau angeboten werden. Aus dem Krankenhaus sei er am 09. Februar 2002 (Samstag) entlassen worden, weswegen er erst am 11. Februar 2002 erneut einen Arzt aufgesucht habe.

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 01. März 2002 sei bei ihm nicht mehr auffindbar.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 04. März 2004 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 07. Februar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2002 zu verurteilen, dem Kläger für die Zeit vom 01. Februar 2002 bis 20. Juni 2002 Krankengeld zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (...1), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 07. Februar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2002 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Krankengeld vom 01. Februar 2002 bis 20. Juni 2002, denn er war am 01. Februar 2002 nicht mit Anspruch auf Krankengeld versichert.

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. Die Satzung kann für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen (§ 44 Abs. 2 SGB V).

Nach § 46 Satz 1 SGB V entsteht der Anspruch auf Krankengeld 1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 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.

Wegen seiner bei der AWO-Kreisverband P.-M. e. V. bestandenen Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt war der Kläger nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mit Anspruch auf Krankengeld zum Zeitpunkt des Eintrittes von Arbeitsunfähigkeit am 27. März 2001 versichert. Der Anspruch auf Krankengeld ruhte zunächst bis 31. März 2001, da der Kläger beitragspflichtiges Arbeitsentgelt wegen seines Anspruchs auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes bei Arbeitsunfähigkeit erhielt (§ 49 Abs. 1 Nr. 1, § 44 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 1 Satz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz - EFZG). Dieses Beschäftigungsverhältnis endete jedoch aufgrund der Kündigung des Arbeitsvertrages zum 31. März 2001, so dass an sich zugleich nach § 190 Abs. 2 SGB V die bei der Beklagten bestehende Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter mit Ablauf dieses Tages geendet hätte. Allerdings ordnet § 192 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 SGB V an, dass die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger erhalten bleibt, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder dieses bezogen wird (Nr. 2) oder von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation u. a. Übergangsgeld gezahlt wird (Nr. 3). Die Dauer des Anspruches auf Krankengeld bestimmt sich hierbei nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wonach Versicherte Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung erhalten, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an.

§ 192 Abs. 1 SGB V verdrängt daher einerseits hinsichtlich des Anspruches dem Grunde nach § 19 Abs. 1 SGB V, wonach der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist, und andererseits hinsichtlich der Dauer des Anspruches § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach, wenn die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet, Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft besteht, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (vgl. Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Höfler, SGB V § 19 Rdnr. 8; Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch V, Noftz, K § 19 Rdnr. 15).

Danach hatte der Kläger Anspruch auf Krankengeld bis zum 31. Januar 2002.

Das zum 27. März 2001 eingetretene Ruhen des Krankengeldanspruchs berührte den Anspruch dem Grunde nach nicht, denn das Stammrecht auf die Leistung blieb erhalten, lediglich durfte der Anspruch nicht erfüllt und die Leistung nicht ausgezahlt werden (Kasseler Kommentar, a.a.O. § 49 SGB V Rdnr. 22). Damit konnte nach dem Wegfall des Ruhenstatbestandes des § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V das Krankengeld auch ab 01. April 2001 gezahlt werden. Während des Bezuges von Übergangsgeld vom 27. Dezember 2001 bis 31. Januar 2002 ruhte das Krankengeld wegen § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V erneut. Dies berührt den nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V allein ausreichenden Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach jedoch nicht, so dass auch während dieser Zeit die Mitgliedschaft fortbestand. Der Bezug von Übergangsgeld erfüllt zugleich den Tatbestand des § 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

Über den 31. Januar 2002 hinaus bestand jedoch keine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld, denn der Anspruch auf Krankengeld endete am 31. Januar 2002, da zu diesem Zeitpunkt Arbeitsunfähigkeit ärztlich nicht festgestellt, im Gegenteil sogar ärztlich Arbeitsfähigkeit bescheinigt war, zum 01. Februar 2002 keine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld begründet wurde und auch kein nachgehender Anspruch auf Krankengeld nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestand.

Anspruch auf Krankengeld nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V setzt voraus, dass Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt ist.

Diese Ansicht ist allerdings in der Literatur und der obergerichtlichen Rechtsprechung umstritten.

Die eine Ansicht (Hauck/Haines, SGB V K § 44 Rdnrn. 93, 94 und K § 19 Rdnr. 47; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12. Dezember 1997 - L 4 KR 1128/95 = E-LSG - KR - 140) legt den Begriff "Anspruch auf Krankengeld" unter Heranziehung des § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V einerseits und des § 46 Satz 1 SGB V andererseits aus. § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V betreffe den Grundanspruch, während § 46 Satz 1 SGB V den Beginn des Zahlanspruches auf Krankengeld definiere. Da § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - insoweit auch nach der Gegenmeinung unstreitig - am Anspruch dem Grunde nach anknüpfe, bedürfe es keiner ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit; es genüge, wenn die vor dem Ende der Mitgliedschaft eingetretene Arbeitsunfähigkeit erst danach ärztlich festgestellt werde. Der Eintritt der Krankheit, auf der die Arbeitsunfähigkeit beruhe, sei der für den Krankengeldanspruch relevante Versicherungsfall. Die verschiedenen Ansprüche des Versicherten, die bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles während der Krankheit entstünden, seien ihrem Rechtsgrund nach auf den Eintritt des Versicherungsfalles zurückbezogen. Da diese versicherungsrechtlichen Konsequenzen auf den Grundanspruch abstellten, müssten weitere Folgerungen aus der Arbeitsunfähigkeit ebenfalls auf dieses Ereignis zurückbezogen werden.

Dieser Meinung vermag sich der Senat jedoch nicht anzuschließen; er folgt vielmehr der Gegenmeinung (Kasseler Kommentar a.a.O., § 19 SGB V Rdnr. 10; LSG Neubrandenburg, Urteil vom 13. Februar 2002 - L 4 KR 18/01 in Breithaupt 2002, 781; BSG Urteil vom 19. September 2002 - B 1 KR 11/02 R in SozR 3-2500 § 44 Nr. 10). Soweit das LSG Baden-Württemberg ausgeführt hat, Arbeitsunfähigkeit ohne ärztliche Feststellung löse einen Krankengeldanspruch dem Grunde aus, weil nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V der Krankengeldanspruch ruhe, wenn die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht mitgeteilt werde, wird hierbei verkannt, dass das Ruhen nicht bei fehlender ärztlicher Feststellung, sondern lediglich bei fehlender Mitteilung (der ärztlich getroffenen Feststellung) eintritt. § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V bietet daher für die Auslegung des maßgeblichen Begriffes keine Anhaltspunkte (so zu Recht LSG Neubrandenburg a.a.O.). Aber auch aus dem Nebeneinander von § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 46 Satz 1 SGB V lässt sich nicht ableiten, dass der Grundanspruch auf Krankengeld bereits durch den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit entsteht. Ohne die in § 46 Satz 1 SGB V getroffene ärztliche Feststellung kann nach dieser Vorschrift kein Anspruch entstehen. Damit sollen Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen nachträgliche Behauptungen und rückwirkende Bescheinigungen beitragen können. Mit § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird kein weitergehender Anspruch auf Krankengeld losgelöst von der ärztlichen Feststellung definiert. Vielmehr wird durch § 46 Satz 1 SGB V der Anspruch auf Krankengeld im Sinne des § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V näher konkretisiert. § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V kann somit nicht losgelöst von § 46 Satz 1 SGB V verstanden werden, der die maßgebende Regelung zum Entstehen dieses Anspruches darstellt. Diese Vorschrift weist einen ähnlichen Wortlaut wie § 40 Abs. 1 SGB I auf, wonach Ansprüche auf Leistungen entstehen, sobald ihre im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Mit § 40 Abs. 1 SGB I wird damit am Anspruch dem Grunde nach angeknüpft (vgl. Kasseler Kommentar, a.a.O. SGB I, Seewald, § 40 Rdnr. 3, § 38 Rdnr. 8). Solange die im Gesetz genannten Anspruchsvoraussetzungen nicht vorliegen, kann ein Anspruch dem Grunde nach nicht entstehen. Soweit daher in § 46 Satz 1 SGB V ausdrücklich das "Entstehen" des Anspruches auf Krankengeld von der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit abhängig gemacht wird, schließt dies grundsätzlich das Entstehen eines Anspruches dem Grunde nach vor dieser Feststellung aus.

Die wortlautgetreue Auslegung von § 46 Satz 1 SGB V kann sich allerdings für den Versicherten ungünstig auswirken, wie das BSG in der o. g. Entscheidung ausdrücklich zugestanden hat. Gleichwohl muss die gesetzliche Wertung auch des § 19 Abs. 1 SGB V beachtet werden. Die zeitliche Begrenzung des nachgehenden Anspruches auf einen Monat könnte unterlaufen werden, wenn ein einzelnes Element, das zwar Voraussetzung für das Entstehen des Anspruches auf Krankengeld ist, für sich allein, das heißt ohne entsprechende ärztliche Feststellung, jedoch noch nicht genügt, um den Anspruch auf Krankengeld zum Entstehen zu bringen, als auch ausreichend betrachtet würde, nur weil es in die Zeit der vorangegangenen Mitgliedschaft hineinreicht. Es ist außerdem zu berücksichtigen, dass die Frage, ob jemand Mitglied einer Krankenkasse ist, in der Regel wegen ihrer Bedeutung schnell und klar zu beantworten sein muss. Dem stünde entgegen, den Status der Mitgliedschaft von einer medizinisch schwierigen Frage abhängig zu machen. Die faktische Benachteiligung von Versicherten, die ihre Krankheit zunächst ohne Feststellung von Arbeitsunfähigkeit zu überwinden suchen, muss ebenfalls hingenommen werden, denn sie hängt mit den zwangsläufigen Schwierigkeiten der genauen Ermittlung der Leistungsfähigkeit bei allmählicher Krankheitsverschlimmerung zusammen. In den Fällen wiederum, in denen bereits Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt bescheinigt wurde, ist es nicht unbillig zu erwarten, zumal diese Obliegenheit der erwerbstätigen Bevölkerung allgemein bekannt ist, dass der Versicherte spätestens am letzten Tag der bisherigen Krankschreibung den Arzt zwecks weiterer Krankschreibung wieder aufsucht. Schließlich zwingt auch die Lehre von der Einheit des Versicherungsfalles nicht dazu, an einem anderen Zeitpunkt als demjenigen der Anspruchsentstehung nach § 46 Satz 1 SGB V anzuknüpfen. Von diesem Rechtsinstitut gab es einerseits bereits unter der Anwendung des bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Rechts der Reichsversicherungsordnung (RVO) zahlreiche Ausnahmen. Andererseits wurde mit diesem Rechtsinstitut der nachgehende Versicherungsschutz immer mehr ausgedehnt. Dem sollte gerade mit § 19 SGB V entgegengewirkt werden (vgl. Kasseler Kommentar, a.a.O., § 19 SGB V Rdnrn. 3 und 4; vgl. auch Hauck/Haines, Noftz, a.a.O. K § 19 Rdnrn. 17, 21, wo diese Rechtsfigur selbst von der Gegenmeinung als überholt angesehen wird).

Nach ärztlicher Feststellung wurde der Kläger am 31. Januar 2002 aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme arbeitsfähig entlassen, so dass wegen der nicht ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit für diesen Tag eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit über den 30. Januar

2002 nicht bestand. Damit endete die zunächst nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V weiter fortbestandene Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger im Falle des Klägers am 31. Januar 2002.

Der Kläger wird dadurch nicht unbillig benachteiligt. Unter engen Voraussetzungen wäre auch weiterhin ausnahmsweise die fehlende Feststellung (oder Meldung) der Arbeitsunfähigkeit entbehrlich. Insoweit kann auf die Grundsätze zurückgegriffen werden, die schon zum alten Recht entwickelt wurden und durch das SGB V nicht überholt sind. Dies erfordert grundsätzlich, dass der Versicherte seinerseits alles in seiner Macht stehende getan hat, um seine Ansprüche zu wahren (BSG, Urteil vom 19. September 2002 - B 1 KR 11/02 R).

Solche Ausnahmen sind allerdings nur bei außergewöhnlichen Fällen möglich. Liegen solche Ausnahmefälle vor, stellt die ganz oder teilweise Verweigerung von Krankengeld eine unzulässige Rechtsausübung seitens der Krankenkasse dar (Kasseler Kommentar, a.a.O. § 46 Rdnr. 8). Es ist aber in der Regel unerheblich, dass der Versicherte unverschuldet nicht alsbald einen Arzt aufsuchen konnte, zum Beispiel bei einem Unfall gegen Ende des Tages, so dass die Arbeitsunfähigkeit erst am folgenden Tag ärztlich festgestellt werden konnte. Dagegen ist anerkannt, dass die Säumnis keinen Rechtsverlust bewirkt, wenn ein Handeln im Rechtssinne nicht möglich war, also bei geschäftsunfähigen Versicherten ohne gesetzlichen Vertreter, oder wenn die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit allein aus Gründen verspätet erfolgte oder unterblieb, die dem Verantwortungsbereich des Vertragsarztes oder der sonstigen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung berufenen Personen oder Einrichtungen zuzuordnen sind, zum Beispiel bei unrichtiger Verneinung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertragsarzt, wobei es auf das Verschulden des Arztes einerseits nicht ankommt, andererseits der Versicherte aber alles ihm Zumutbare getan haben muss (vgl. Kasseler Kommentar, a.a.O., § 46 Rdnr. 8).

Zu diesen Personen gehören auch die Ärzte der Klinik, in der eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation von einem Rentenversicherungsträger durchgeführt wurde (BSG, Urteil vom 12. November 1985 - 3 RK 35/84 in SozR 2200 § 216 Nr. 8). Die Anzeige dieser Ärzte, dass ein Versicherter arbeitsfähig ist, hebt die frühere Arbeitsunfähigkeitsmeldung für die Zukunft in ihrer Wirkung auf und stellt die Krankenkasse von ihrer Pflicht zur Überwachung der Arbeitsunfähigkeit frei. Wie die Meldung der Arbeitsunfähigkeit ist auch die Anzeige ihrer Beendigung keine Willenserklärung, sondern eine Tatsachenmitteilung. Es genügt mithin, dass, ebenso wie bei der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse bekannt gegeben wird. Es ist allerdings erforderlich, dass sie dem Versicherten zuzurechnen ist. Einer solchen Zurechenbarkeit bedarf es, weil das Ende der Arbeitsunfähigkeit nicht verbindlich und unwiderlegbar vom behandelnden Arzt festgestellt wird. Die Krankenkasse muss es eigenverantwortlich überprüfen und die Begutachtung durch einen Arzt des MDK veranlassen, wenn der Versicherte erhebliche Einwände gegen die Beurteilung des behandelnden Arztes vorbringt. Vom Ende der Arbeitsunfähigkeit darf die Krankenkasse aber ausgehen, wenn die Feststellung des behandelnden Arztes und ihre Mitteilung an die Krankenkasse dem Versicherten bekannt war und er die Möglichkeit hatte, gegenüber der Krankenkasse das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit geltend zu machen (BSG, Urteil vom 12. November 1985 - 3 RK 35/84). Ist der Versicherte der Ansicht, Arbeitsunfähigkeit liege (weiter) vor, hat er dies der Krankenkasse innerhalb einer Woche seit der Feststellung seiner Arbeitsfähigkeit nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V anzuzeigen (BSG, Urteil vom 12. November 1985 - 3 RK 35/84 zur Vorgängerregelung des § 216 Abs. 3 RVO; vgl. auch BSG, Urteil vom 08. Februar 2000 - B 1 KR 11/99 R, abgedruckt in SozR 3-2500 § 49 Nr. 4 = BSGE 85, 271). Durch die Vorschrift des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (wie auch der Vorgängerregelung des § 216 Abs. 3 RVO) soll es der Krankenkasse ermöglicht werden, ihrer gesetzlichen Pflicht zur Überprüfung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit nachzukommen. Nachträglich ist die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, wie bereits oben dargelegt, schwierig. Der Versicherte hat somit das ihm Zumutbare nur getan, wenn er innerhalb der genannten Wochenfrist tätig wird.

Der Kläger ist seiner diesbezüglichen Obliegenheit jedoch nicht nachgekommen. Er mag zwar in dem Entlassungsgespräch, in dem ihm die Einschätzung arbeitsfähig mitgeteilt worden war, gegenüber der Klinik W. GmbH geltend gemacht haben, dass er weiterhin erhebliche Beschwerden und Beeinträchtigungen insbesondere aufgrund des bestehenden Leisten- und Nabelbruches habe, und insoweit ausdrücklich die Feststellung der Arbeitsfähigkeit moniert haben. Gegenüber der Beklagten äußerte er jedoch erstmals in dem am 18. Februar 2002 gegen den Bescheid vom 07. Februar 2002 eingelegten Widerspruch, dass es sich hinsichtlich der Feststellung der Arbeitsfähigkeit zum 31. Januar 2002 um eine Fehleinschätzung handele. Zu diesem Zeitpunkt war die Wochenfrist jedoch bereits verstrichen.

Die Mitgliedschaft des Klägers nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V endete somit zum 31. Januar 2002.

Die durch den am 12. Februar 2002 erfolgten Beitritt zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 1 SGB V (vgl. wegen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V dazu Kasseler Kommentar, a.a.O., Peters, § 9 SGB V Rdnr. 14) zum 01. Februar 2002 (§ 188 Abs. 2 Satz 1 SGB V) eingetretene freiwillige Mitgliedschaft sieht einen Anspruch auf Krankengeld nicht vor. Die Beklagte hat von der Vorschrift des § 44 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht und nach § 29 Abs. 5 ihrer Satzung geregelt, dass freiwillige Mitglieder, die nicht unter die vorbestehenden Bestimmungen des § 29 Abs. 1 bis 4 ihrer Satzung fallen, ohne Anspruch auf Krankengeld versichert werden. Der Kläger wird nicht von § 29 Abs. 1 bis 4 der Satzung der Beklagten erfasst, denn er ist weder Angestellter noch Arbeiter mit Arbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze, hauptberuflich Selbständiger oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherter selbständiger Künstler oder Publizist.

Ein Anspruch auf Krankengeld besteht auch nicht als nachgehender Anspruch aus § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V, denn als nachgehender Anspruch ist er gegenüber einem anderen aktuellen Versicherungsverhältnis subsidiär. Diese Rechtslage bestand bereits unter der Geltung der RVO (so genannte Verdrängungslehre, vgl. dazu BSG SozR 2200 § 214 RVO Nr. 2). Mit dem In-Kraft-Treten des SGB V ist insoweit keine Rechtsänderung eingetreten. Davon gehen ersichtlich auch Höfler in Kasseler Kommentar, a.a.O., § 19 SGB V Rdnr. 28, und Noftz in Hauck/Haines, a.a.O., K § 19 Rdnr. 61 aus, die dem gegenüber nach der so genannten Überlagerungslehre nachgehende Ansprüche aus § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V nach dem Günstigkeitsprinzip dann zubilligen, wenn die nachgehenden Ansprüche nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V günstiger als die Ansprüche nach dem neuen Versicherungsverhältnis sind oder das neue Versicherungsverhältnis derartige Ansprüche überhaupt nicht vorsieht. Der Senat vermag der so genannten Überlagerungslehre nicht zu folgen. Wenn der Gesetzgeber in Abweichung zu der früheren Rechtsprechung des BSG die so genannte Überlagerungslehre hätte übernehmen wollen, hätte es nahe gelegen, in § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V den Vorrang nachgehender günstigerer Ansprüche entsprechend zu normieren.

Kommt somit ein nachgehender Anspruch auf Krankengeld nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V, beginnend ab 02. Februar 2002, dem Tag, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt, bis längstens 28. Februar 2002 (dem Monatsende nach dem Ende der Mitgliedschaft) nicht in Betracht, kann dahinstehen, welche Rechtsfolgen sich aus einer (erst) am 11. Februar 2002 erneut festgestellten

Arbeitsunfähigkeit (vgl. die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Dr. S. vom 11. Februar 2002) und daraus ergeben, dass die Meldung der am 11. Februar 2002 festgestellten Arbeitsunfähigkeit bei der Beklagten erst am 26. Februar 2002 eingegangen ist, soweit sich nichts anderes bezüglich der Einhaltung der Wochenfrist des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V beweisen lässt.

Auf die vom Kläger gestellten Beweisanträge kommt es aus Rechtsgründen mithin nicht an.

Die Berufung muss somit erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2005-01-18