



◀ Mdt. Z. K. Rücksprache	Wiedervorlage ▶	
DGB Rechtsschutz GmbH Büro Bochum		
28. MAI 2018		
Erledigt	Fristen + Termine	Bearbeitet
.....

Sozialgericht Dortmund

Verkündet am 26.04.2018

Az.: S 39 KR 1512/17

Menczik
Regierungsbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

Klägerin

Prozessbevollmächtigte: Susanne Nöllecke u.a., DGB Rechtsschutz GmbH,
Alleestraße 80, 44793 Bochum

gegen

[REDACTED]

Beklagte

hat die 39. Kammer des Sozialgerichts Dortmund auf die mündliche Verhandlung vom 26.04.2018 durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht Dr. Tonner sowie die ehrenamtliche Richterin Rosch und den ehrenamtlichen Richter Sarrazin

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung von Krankengeld für den Zeitraum vom 23.12.2016 bis zum 18.04.2017.

Die Klägerin war ab dem 17.11.2016 arbeitsunfähig erkrankt und bezog von der Beklagten ab dem 01.12.2016 Krankengeld. In der Zeit vom 07.12.2016 bis zum 22.12.2016 befand sich die Klägerin in einer stationären Krankenhausbehandlung. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den dem Krankenhausaufenthalt nachfolgenden Zeitraum vom 23.12.2016 bis zum 06.01.2017 wurde am 27.12.2016 vom Hausarzt der Klägerin ausgestellt und ging bei der Beklagten am 28.12.2016 ein.

Mit Bescheid vom 13.01.2017 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass trotz der weiter bestehenden Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld und damit die beitragsfreie Mitgliedschaft am 22.12.2016 geendet habe. Grund dafür sei, dass nur bis zum 22.12.2016 die Arbeitsunfähigkeit lückenlos nachgewiesen worden sei.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 23.01.2017 Widerspruch mit der Begründung, sie sei erst am späten Nachmittag des 22.12.2016 aus dem Krankenhaus entlassen worden und habe sich noch am gleichen Tag mit ihrem Hausarzt zwecks erneuter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung telefonisch in Verbindung gesetzt. In diesem Telefonat sei ihr von Seiten des Praxispersonals mitgeteilt worden, dass die Praxis vom 23.12.2016 bis zum 26.12.2016 geschlossen sei und es auch keinen Vertretungsarzt gebe. Ihr Hausarzt könne ihr daher erst am 27.12.2016 die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend bestätigen. Dieses Vorgehen sei nach der Aussage der Hausarztpraxis sowie des entlassenden Krankenhausarztes mit Verweis auf die AU-Richtlinien zulässig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.05.2017 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Für die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Krankengeld sei eine ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am nächsten Tag nach Ablauf des Bewilligungsabschnitts erforderlich. Hieran fehle es vorliegend. Damit habe auch die Mitgliedschaft der Klägerin geendet, da diese allein aufgrund des Bezuges von Krankengeld forstbestanden habe.

Mit der am 18.05.2017 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Zur Begründung trägt sie ergänzend vor, sie habe sich auf die Aussage der Hausarztpraxis sowie der Krankenhausärzte verlassen, dass eine rückwirkende ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit möglich sei. Nach Auffassung der Klägerin sei in ihrem Fall ein von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) anerkannter Ausnahmefall von der Obliegenheitspflicht der Versicherten zur rechtzeitigen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit anzunehmen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 13.01.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2017 zu verurteilen, ihr Krankengeld vom 23.12.2016 bis zum 18.04.2017 nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und verweist auf die Begründung in ihrem Ablehnungs- und Widerspruchsbescheid. Ergänzend weist sie darauf hin, dass vorliegend kein von der Rechtsprechung entwickelter Ausnahmefall anzunehmen sei, da im Fall der Klägerin kein nach der Rechtsprechung geforderter Arzt-Patientenkontakt bestanden habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert im Sinne von § 54 Abs. 2 S. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Beklagte hat zu Recht die weitere Zahlung von Krankengeld über den 22.12.2016 hinaus abgelehnt. Die gesetzlichen Voraussetzungen für ein Fortbestehen des Anspruchs auf Krankengeld sind vorliegend nicht erfüllt.

Voraussetzung für das Entstehen eines Anspruchs auf Krankengeld ist zunächst gem. § 44 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses, das einen Anspruch auf Krankengeld beinhaltet. Die Mitgliedschaft der Klägerin bestand gem. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V aufgrund des Bezuges von Krankengeld fort.

Ferner ist die rechtzeitige ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich. Hinsichtlich der Frage, zu welchem Zeitpunkt die ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit erfolgen muss, ist die Regelung des § 46 SGB V maßgebend. Danach entsteht der Anspruch auf Krankengeld von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Daraus folgt, dass bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit die ärztliche Feststellung lückenlos erfolgen muss. Nach § 46 S. 2 SGB V muss die Arbeitsunfähigkeit in diesem Fall spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit festgestellt und dokumentiert werden.

Vorliegend erfolgte die weitere ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin zwar rückwirkend ab dem 23.12.2016 jedoch erst am 27.12.2016 und damit zwei Werktage nach der bisher bescheinigten Arbeitsunfähigkeit (bis zum 22.12.2016). Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, die in einer Vielzahl von Entscheidungen am 16.12.2014 nochmals bestätigt wurde, ist die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nicht nur für die Anspruchsentstehung des Krankengeldes, sondern auch für das Fortbestehen des Krankengeldanspruchs maßgeblich (vgl. Urteile des BSG vom 16.12.2014 - Az.: B 1 KR 35/14 R, B 1 KR 31/14 R, B 1 KR 37/14 R, B 1 KR 19/14 R, B 1 KR 25/14 R). Grundsätzlich ist die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eine

Obliegenheit des Versicherten, so dass die Folgen einer nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung grundsätzlich vom ihm zu tragen sind.

Auch wenn die Regelung des § 46 SGB V nach den Ausführungen des BSG strikt zu handhaben ist (vgl. BSG, Urteile vom 16.12.2014 – Az.: B 1 KR 19/14 R, B 1 KR 31/14R), so hat der 1. Senat des BSG in engen Grenzen hiervon Ausnahmen anerkannt, in denen die ärztliche Feststellung oder die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch Umstände verhindert oder verzögert worden sind, die dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse und nicht dem Verantwortungsbereich des Versicherten zuzurechnen sind. Dies ist nach dem BSG anzunehmen, wenn (1) die Verspätung aufgrund von Organisationsmängeln eingetreten ist, die diese selbst zu vertreten hat, wenn (2) die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten irrtümlich aufgrund ärztlicher Fehlbeurteilung verneint worden ist oder wenn (3) Versicherte aufgrund ihrer Geschäfts- oder Handlungsfähigkeit besonders schutzbedürftig sind (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 16.12.2014 – Az.: B 1 KR 37/14 R).

Den unter (2) genannten Ausnahmefall der medizinischen Fehlbeurteilung durch den Vertragsarzt hat der 3. Senat des BSG, der seit dem Jahr 2015 geschäftsplanmäßig für Entscheidungen zum Krankengeld zuständig ist, um andere (nicht medizinische) Gründe der ärztlichen Fehlentscheidung erweitert. Nach den Ausführungen des 3. Senats des BSG könne es insbesondere im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz nicht entscheidend darauf ankommen, aus welchen Gründen der Vertragsarzt dem Versicherten die erbetene Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit zu Unrecht nicht erteilt hat. Für eine Differenzierung nach medizinischen und nichtmedizinischen Gründen gebe es keinen sachlichen Grund (vgl. BSG, Urteil vom 11.05.2017 – Az.: B 3 KR 22/15 R). Entscheidend bleibe jedoch, dass der Versicherte alles in seiner Macht Stehende getan haben muss, um seine Ansprüche auf Weitergewährung von Krankengeld zu wahren.

Die Kammer schließt sich der Erweiterung der Ausnahmefälle durch den 3. Senat des BSG dem Grunde nach an, sieht es jedoch im vorliegenden Einzelfall der Klägerin nicht als gerechtfertigt an, der Beklagten das Unterbleiben einer rechtzeitigen ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wegen Schließung der Hausarztpraxis und der getätigten Aussagen zur Zulässigkeit einer rückwirkenden Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach den AU-Richtlinien zuzurechnen.

Nach den glaubhaften Angaben der Klägerin suchte sie am 22.12.2016 den Kontakt zu ihrem Hausarzt, um von diesem eine Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit zu erhalten. Dieser allein telefonisch erfolgte Kontakt entspricht jedoch nicht den Vorgaben der Rechtsprechung des BSG. So stellt der 3. Senat des BSG in den Entscheidungsgründen seines Urteils vom 11.05.2017 (Az.: B 3 KR 22/15 R) darauf ab, dass ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat („..., indem er einen zur Diagnostik und Behandlung befugten Arzt persönlich aufgesucht und ihm seine Beschwerden geschildert hat...“). Nach Ansicht der Kammer kann der geforderte Arzt-Patientenkontakt vorliegend auch nicht in dem persönlichen Kontakt der Klägerin zum Krankenhausarzt vor der Entlassung gesehen werden. Auch dieser genügt nicht den Anforderungen des 3. Senats des BSG, da zu dem hier streitigen Zeitpunkt Ende 2016 Krankenhausärzte nicht zur ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt befugt waren. Erst mit Wirkung ab dem 01.10.2017 dürfen Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements Versicherten bis zu sieben Tagen nach der Entlassung eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen (vgl. Rahmenvertrag Entlassmanagement gem. § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V).

Die Frage, ob die Klägerin auf die Aussage des Praxispersonals sowie des Krankenhausarztes vertrauen durfte, dass eine erst am 27.12.2016 nachträglich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unschädlich sei, kann die Kammer in diesem Einzelfall offen lassen, denn nach Auffassung der Kammer hat die Klägerin durch den telefonischen Kontakt zur Hausarztpraxis und durch Nachfrage beim Krankenhausarzt nicht alles zumutbare, in ihrer Macht Stehende getan, um die erforderliche Folgebescheinigung zu erhalten. So hätte die Klägerin sich hinsichtlich der weiteren ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit noch an den sie behandelnden Neurologen ██████ wenden können. Dabei handelt es sich nach Ansicht der Kammer auch nicht um eine fernliegende unrealistische Handlungsalternative für die Klägerin, denn die Klägerin war bei dem Neurologen ██████ bis kurz vor ihrem Krankenhausaufenthalt in Behandlung und dieser hatte der Klägerin auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bis zum 22.12.2016 ausgestellt. Nach den eigenen Angaben der Klägerin bestand zum hier maßgeblichen Zeitpunkt auch kein gestörtes Vertrauensverhältnis zu ██████.

Somit bleibt es vorliegend bei der Obliegenheitspflicht der Klägerin, die weitere Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig im Sinne von § 46 SGB V feststellen zu lassen. Dies ist durch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 27.12.2016 nicht erfolgt, sodass der

Anspruch auf Krankengeld am 22.12.2016 endete. Mit Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld ab dem 22.12.2016 endete auch das Fortbestehen der Mitgliedschaft der Klägerin gem. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Ab diesem Zeitpunkt war die Klägerin gem. § 188 Abs. 4 SGB V obligatorisch freiwillig versichert, ohne Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 44 Abs. 2 Nr. 1 SGB V).

Der Klägerin steht auch kein nachgehender Leistungsanspruch gem. § 19 Abs. 2 SGB V zu. In diesem Zeitraum war die Klägerin wie bereits ausgeführt freiwillig versichert, sodass ein Krankengeldanspruch nicht auf § 19 Abs. 2 SGB V gestützt werden kann. Nach § 19 Abs. 2 S 1 SGB V besteht, wenn die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet, Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Nach der Rechtsprechung des BSG kommt ein solcher nachgehender Anspruch lediglich in Betracht, falls die Klägerin ab dem 23.12.2016 nicht auf andere Weise Krankenversicherungsschutz genoss. Denn der aus der früheren Mitgliedschaft abgeleitete Versicherungsschutz ist gegenüber Ansprüchen aus einem aktuellen Versicherungsverhältnis grundsätzlich nachrangig, auch wenn das im Wortlaut des § 19 Abs. 2 SGB V unmittelbar nicht zum Ausdruck kommt (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2014 – Az.: B 1 KR 25/14 R; Thüringer Landessozialgericht, Beschluss vom 09.08.2016 – Az.: L 6 KR 137/16 B). Vorliegend war die Klägerin gem. § 188 Abs. 4 i.V.m. § 9 SGB V im Anschluss an das Ende ihrer Pflichtmitgliedschaft freiwillig versichert.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht
Nordrhein-Westfalen,
Zweigertstraße 54,
45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Dortmund,
Ruhrallee 1-3,
44139 Dortmund,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Dortmund schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Dr. Tonner
Richterin am Sozialgericht