

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 102/07 B

L 4 KR 313/05 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 6 KR 125/05 (SG Hannover)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

BKK Gesundheit,
Wiener Platz 6, 01069 Dresden,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 6. November 2007 durch den
Präsidenten Dr. h.c. v o n W u l f f e n sowie die Richter Prof. Dr. S c h l e g e l
und Dr. K r e t s c h m e r
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des
Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 30. Juli 2007 wird als unzulässig
verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe :

I

- 1 Die 1958 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte Klägerin ist mir ihrem Begehren, Krankengeld (Krg) für die Zeit vom 26.11.2004 bis 14.2.2005 gewährt zu erhalten, bislang ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen, weil die Klägerin ab 27.10.2004 nicht mehr bei der Beklagten versichert gewesen sei: Die Klägerin sei wegen Gewährung von Arbeitslosengeld (Alg) ab 23.8.2003 nach § 5 Abs 1 Nr 2 SGB V versicherungspflichtig gewesen. Diese Mitgliedschaft habe nach Erkrankung des linken Kniegelenks wegen Fortzahlung von Alg zunächst bis 28.8.2004 und wegen darauffolgenden Bezugs von Krg anschließend bis 25.10.2004 (= Ende der Arbeitsunfähigkeit <AU>) fortbestanden. Die erst am 26.10.2004 durch den Arzt Dr. G. neu attestierte AU (Erkrankung des rechten Kniegelenks) habe mit Rücksicht auf § 46 Satz 1 Nr 2 SGB V frühestens ab dem 27.10. Krg dem Grunde nach auslösen können; an diesem Tag sei die Mitgliedschaft aber bereits beendet gewesen. Dass die Beklagte auf der Grundlage des § 19 Abs 2 SGB V noch Krg bis 25.11.2004 gezahlt habe, lasse die Mitgliedschaft der Klägerin nicht weiterbestehen und löse keinen weitergehenden Krg-Anspruch aus (Beschluss vom 30.7.2007).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Beschluss.

II

- 3 Die Beschwerde der Klägerin ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 iVm § 169 Satz 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung von Revisionszulassungsgründen.
- 4 Wer sich auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss gemäß § 160a Abs 2 Satz 3 SGG eine Rechtsfrage klar formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (vgl. zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN). Daran fehlt es. Die Beschwerde formuliert zwar die Fragen,

"ob es mit dem Gesetzeszweck von § 46 SGB V vereinbar ist, dass trotz durchgehender Behandlung verschiedener Erkrankungen auf einem fachärztlichen Gebiet durch einen einzigen Facharzt die Karenztagsregelung des § 46 Nr 2 SGB V iVm § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V zur Been-



digung der Mitgliedschaft in der Krankenkasse wegen Fortfalles des Krg-Anspruches führt, obgleich Zielrichtung der die jeweiligen AU-Bescheinigungen ausstellenden Facharztes die nahtlose Weitergewährung des Krg war"

sowie

"ob auch der Fortbezug von Krg gem. § 19 Abs 2 SGB V ausreicht, um die Mitgliedschaft gem. § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V aufrechtzuerhalten und innerhalb der Frist des § 19 Abs 2 SGB V erstellte Erst-AU-Bescheinigungen ausreichen, um über die gem. § 19 Abs 1 Nr 2 normierte Frist hinaus einen Krg-Anspruch zu begründen."

- 5 Die Klärungsbedürftigkeit beider Fragen im angestrebten Revisionsverfahren wird indessen nicht dargetan. Die Beschwerde macht nicht deutlich, dass ausgehend von den einschlägigen gesetzlichen Regelungen und vorliegender höchstrichterlicher Rechtsprechung noch Bedarf nach Klärung der Fragen besteht.
- 6 Selbst wenn man mit dem LSG davon ausginge, dass sich das Entstehen des Krg-Anspruchs mit Blick auf die am 26.10.2004 attestierte AU der zuletzt in der Krankenversicherung der Arbeitslosen weiterversichert gewesenen Klägerin nach § 46 Satz 1 Nr 2 SGB V richtet (und nicht vielmehr nach § 47b Abs 1 Satz 2 SGB V), setzt sich die Beschwerde nicht damit auseinander, dass hier die aufgeworfenen Fragen mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum Fragenkomplex bereits geklärt sind. Wie der Senat zuletzt in seinen Urteilen vom 26.6.2007 - B 1 KR 37/06 R (*RdNr 15*) und B 1 KR 8/07 R (*RdNr 13, beide mwN aus der vorangegangenen Rechtsprechung*) entschieden hat, ist selbst die bundesmantelvertragliche Befugnis eines Vertragsarztes, im Ausnahmefall AU auch rückwirkend zu attestieren, ohne Belang für die gesetzlichen Regelungen über das Entstehen von Krg-Ansprüchen; auf den Zeitpunkt eines möglicherweise früheren "wirklichen" Beginns der AU oder auf das Motiv des Vertragsarztes, lückenlos AU attestieren zu wollen, kommt es daher für den Krg-Anspruch nicht an. Da nach der ständigen Rechtsprechung allein das bei Entstehen eines Krg-Anspruchs bestehende Versicherungsverhältnis bestimmt, wer in welchem Umfang als "Versicherter" Anspruch auf Krg hat (*vgl zuletzt zB BSG, Urteile vom 26.6.2007 - B 1 KR 8/07 R - RdNr 13 und B 1 KR 19/06 R - RdNr 12 mwN; Urteil vom 14.12.2006 - B 1 KR 9/06 R - RdNr 10, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*), könnte auch die Anwendung des § 47b SGB V hier zu keinem anderen Ergebnis führen; denn die Klägerin war nur noch bis zum Ablauf des 25.10.2004 mit Krg-Anspruch versichert, aber schon nicht mehr, als sie am 26.10.2004 ihren Arzt zum Zwecke der AU-Feststellung aufsuchte.
- 7 Die zweite Frage muss schon deshalb nicht in einem Revisionsverfahren geklärt werden, weil sich ihre Beantwortung klar aus dem Gesetz ergibt: Während nach § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V die zuvor vorhanden gewesene "Mitgliedschaft" weiter aufrechterhalten bleibt, solange Krg bezogen wird, löst die hier zur Anwendung gekommene Regelung des § 19 Abs 2 SGB V Leistungen (zeitlich begrenzt für einen Monat nach "Ende der Mitgliedschaft") überhaupt nur



aus, wenn eine solche Mitgliedschaft gar nicht mehr besteht. Dann aber ist für eine daran nochmals anschließende vermeintlich wiederum "aufrecht zu erhaltende" Mitgliedschaft über die Anwendung des § 192 SGB V von vornherein kein Raum mehr.

- 8 Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

