

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 38/06 B

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 10. Juli 2006 durch den
Präsidenten 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 des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss
des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 2. März 2006 wird verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



Gründe :

I

- 1 Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger ist mit seinem Begehren, vom 16. Januar bis 14. Februar 2003 Krankengeld zu erhalten, in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Nach Klageabweisung in erster Instanz hat das Landessozialgericht (LSG) seine Berufung zurückgewiesen (zT unter Bezugnahme auf das Urteil des Sozialgerichts): Da die Versicherungspflicht des Klägers mit Ablauf des 30. November 2002 geendet, seine Mitgliedschaft bei der Beklagten wegen Krankengeldbezuges nur bis 15. Dezember 2002 (Sonntag) fortbestanden und die Arbeitsunfähigkeit Krankengeldansprüche dann nur noch für einen weiteren Monat ausgelöst habe, stehe ihm für die streitige Zeit kein Krankengeld zu. Die am 16. Dezember 2002 ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sei erst nach dem Ende der Mitgliedschaft erfolgt. Dass die geltend gemachten Beschwerden schon früher bestanden hätten, führe zu keinem anderen Ergebnis (Beschluss vom 2. März 2006).
- 2 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Beschluss.

II

- 3 Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 iVm § 169 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung der geltend gemachten Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs 2 Nr 2 und Nr 1 SGG.
- 4 1. Die Beschwerdebegründung führt aus, der LSG-Beschluss beruhe auf dem Rechtssatz: "Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) lediglich erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder diese Leistung bezogen wird. Nach § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V entsteht der Anspruch auf Krankengeld aber erst von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt." Damit sei das LSG von dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 8. November 2005 - B 1 KR 20/04 R (*zur Veröffentlichung vorgesehen*) abgewichen, wonach ua die objektiven Fehlbeurteilungen eines Vertragsarztes und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in den Verantwortungsbereich der Krankenkasse fielen. Damit wird eine Rechtsprechungsdivergenz (Zulassungsgrund des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG) jedoch nicht entsprechend den Anforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG dargelegt. Hierzu müssten nämlich entscheidungstragende abstrakte Rechtssätze im Urteil des Berufungsgerichts einerseits und im BSG-Urteil andererseits gegenüber gestellt und Ausführungen dazu gemacht werden, weshalb beide miteinander unvereinbar sein sollen (*vgl zB Meyer-*



Ladewig in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 160a RdNr 15, § 160 RdNr 10 ff jeweils mwN). Es ist schon nicht erkennbar, dass das LSG insoweit überhaupt einen abstrakten Rechtssatz aufgestellt haben sollte, weil seine Ausführungen im Wesentlichen aus der Wiedergabe des Gesetzestextes bestehen und den vom BSG entschiedenen Fall offensichtlich gar nicht im Blick gehabt haben. Dass das LSG im Gegensatz zum BSG einen der Divergenz fähigen abstrakten Rechtssatz aufgestellt haben sollte, aus dem das von § 160 Abs 2 Nr 2 SGG geforderte Bedürfnis nach Herbeiführung von Rechtseinheit im angestrebten Revisionsverfahren abgeleitet werden könnte, ist nicht ersichtlich. Das Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde dient aber nicht schon dazu, die von einem Beschwerdeführer angezeifelte sachliche Richtigkeit der Entscheidung des LSG (auch im Hinblick auf die Beachtung von Maßstäben aus der Rechtsprechung des BSG) nochmals allgemein überprüfen zu lassen (vgl schon BSG SozR 1500 § 160a Nr 7). Darüber hinaus ist hier unklar, weshalb das Urteil auf der Divergenz beruhen sollte, weil ein dem BSG-Urteil vergleichbarer Sachverhalt (Fehlbeurteilung des behandelnden Arztes und zugleich des MDK) vom LSG nicht festgestellt worden ist; da Revisionsrügen gegen die Feststellungen des LSG nicht erhoben worden sind, könnte der vom Kläger angenommene Sachverhalt einer "offensichtlichen Fehlbeurteilung des Krankheitsbildes durch Dr. B. " in einem Revisionsverfahren nicht zu Grunde gelegt werden (vgl § 163 SGG).

- 5 2. Um den Darlegungserfordernissen für den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) zu entsprechen, muss eine konkrete Rechtsfrage klar formuliert und ausgeführt werden, inwiefern die 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). Die Beschwerdebegründung formuliert insoweit die Frage, "ob auch das Nichtaufsuchen des ärztlichen Notdienstes am Wochenende mangels Vorliegens einer Not-situation und bewusster Orientierung an dem Hausarztmodell eine Ausnahme von der wortgetreuen Auslegung des § 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V rechtfertigt". Mit den ergänzenden Ausführungen dazu wird den vorbeschriebenen Anforderungen indessen nicht Genüge getan, schon weil vornehmlich die individuelle Situation des Klägers dargestellt wird, ohne eine darüber hinausgehende allgemeine Bedeutung erkennen zu lassen. Zudem ist auf der Grundlage der für den Senat bindenden und nicht mit Revisionsrügen angegriffenen Feststellungen des LSG unter dem Blickwinkel der Entscheidungserheblichkeit nicht erkennbar, was dem Umstand entgegengestanden haben sollte, dass der Kläger einen Arzt bereits zu den üblichen Praxisöffnungszeiten vor dem 16. Dezember 2002 aufsuchte, um das Fortbestehen seiner Arbeitsunfähigkeit bescheinigen zu lassen. Die Beschwerde setzt sich schließlich auch nicht damit auseinander, weshalb die Frage nach der Obliegenheit, die Arbeitsunfähigkeit mit Rücksicht auf die sich aus § 46 Abs 1 Nr 2 und § 39 Abs 1 Nr 5 SGB V ergebenden Folgen möglichst frühzeitig feststellen zu lassen, durch die bereits vorliegende Rechtsprechung des BSG noch nicht geklärt sein sollte, zumal der Gesetzgeber mögliche Härten für die Versicherten



im Interesse der Praktikabilität bewusst in Kauf genommen hat (vgl zB BSGE 26, 111, 112 = SozR Nr 19 zu § 182 RVO) und nach schon vorausgegangener Krankengeldgewährung gleichermaßen jeweils die erneute zeitgerechte Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist (vgl BSGE 94, 247 = SozR 4-2500 § 44 Nr 6 jeweils RdNr 24).

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

