
S 16 KR 2478/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 KR 2478/21
Datum	10.10.2024

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 352/24
Datum	15.04.2024

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 14.05.2024 wird zurückgewiesen.

Â

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Â

Â

Die Beteiligten streiten über die Zahlung von Krankengeld für den Zeitraum vom 19.02.2021 bis zum 10.03.2021.

Â

Der Kläger ist bei der Beklagten als Selbstständiger seit dem 01.07.2016 freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert. Seit diesem Datum 2016 besteht für ihn neben dem gesetzlichen Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit der Wahltarif âV.-Tarif KG Klassik 22â. Dieser Wahltarif beinhaltet neben einem vorzeitigen Krankengeldanspruch ab Tag 22 der Arbeitsunfähigkeit auch ein vorzeitiges Krankengeld bei Beginn einer vollstationären Behandlung.

Â

Am 18.02.2021 wurde der Kläger in der Notfallambulanz des X. in W. aufgrund bestehender Schmerzen im rechten Bein behandelt. Es lag der Verdacht eines Hexenschusses vor. Der Kläger erhielt Schmerzmittel und wurde zunächst nach Hause entlassen. Es wurde außerdem vereinbart, dass er sich am nächsten Tag erneut vorstellen solle, wenn die Schmerzen nicht nachlassen würden. Am 19.02.2021 stellte sich der Kläger erneut aufgrund anhaltender Schmerzen in der Notfallambulanz des X. vor. Dort erhielt er eine Einweisung für eine vollstationäre Aufnahme wegen des Verdachts auf eine Bandscheibenverlagerung. Es wurde ein MRT durchgeführt und dem Kläger ein Zimmer zugewiesen. Das Krankenhaus teilte dem Kläger zudem mit, der Neurologe sei erst am Montag im Haus, sodass eine etwaige Behandlung seiner Beschwerden erst nach dem Wochenende erfolgen könne. Im Laufe des Aufnahmetages teilte das Krankenhaus dem Kläger mit, ein am selben Tag durchgeführter COVID 19-Test sei positiv. Es wurde dem Kläger freigestellt sich nach Hause in häusliche Quarantäne oder auf eine Isolierstation zu begeben. Der Kläger verließ daraufhin das Krankenhaus am 19.02.2021 und begab sich nach Hause.

Â

Zunächst wurde dem Kläger vom Krankenhaus eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro am 19.02.2021 berechnet. Das Krankenhaus übermittelte am 22.02.2021 der Beklagten auch die Anzeige einer vollstationären Aufnahme. Diese wurde jedoch später storniert und als Aufnahmegrund eine vorstationäre Aufnahme mitgeteilt und abgerechnet. Eine stationäre Aufnahme erfolgte in der Folgezeit nicht mehr. Auch die Zuzahlung für die vollstationäre Behandlung wurde dem Kläger später erstattet. Die Behandlung wurde nach Vorliegen eines negativen COVID 19-Tests ambulant fortgesetzt.

Â

Am 24.02.2021 stellte der behandelnde Arzt des KlÄxgers eine ArbeitsunfÄxhigkeit rÄ¼ckwirkend ab dem 22.02.2021 bis voraussichtlich zum 03.03.2021 fest. Im Anschluss daran wurden noch weitere ArbeitsunfÄxhigkeitsnachweise an die Beklagte Ä¼bersandt und der KlÄxger beantragte die Zahlung von Krankengeld.

Ä

Mit Bescheid vom 13.04.2021 bewilligte die Beklagte dem KlÄxger zunÄxchst die Zahlung von Krankengeld ab dem 15.03.2021 in HÄ¼he von 118,17 Euro kalendertÄxglich netto. Gegen diesen Bescheid erhob der KlÄxger Widerspruch. Mit Bescheid von 14.07.2021 hob die Beklagte den Bescheid vom 13.04.2021 auf und teilte mit, die ArbeitsunfÄxhigkeit werde ab dem 18.02.2021 anerkannt. Damit werde Krankengeld bereits ab dem 11.03.2021 gezahlt. Im Ä¼brigen wies die Beklagte den Widerspruch des KlÄxgers vom 17.04.2021 mit Widerspruchsbescheid vom 25.11.2021 zurÄ¼ck.

Ä

Gegen die Entscheidung der Beklagten hat der KlÄxger am 23.12.2021 Klage erhoben. Zur BegrÄ¼ndung hat er ausgefÄ¼hrt, er habe einen Anspruch auf Krankengeldzahlung fÄ¼r die Zeit ab dem 19.02.2021 gegen die Beklagte, da eine vollstationÄxre Aufnahme erfolgt sei. Es sei die entsprechende Zuzahlung fÄ¼r die vollstationÄxre Behandlung vom Krankenhaus berechnet worden. Ferner sei auch der entsprechende Aufnahmevertrag unterzeichnet und ein MRT als Diagnostik durchgefÄ¼hrt worden. FÄ¼r die Annahme einer stationÄxren Behandlung sei unbeachtlich, dass er aufgrund des positiven COVID 19-Tests am 19.02.2021 nach Hause gegangen und die stationÄxre Behandlung abgebrochen habe.

Ä

Der KlÄxger hat beantragt,

Ä

den Bescheid der Beklagten vom 13. April 2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. November 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Krankengeld fÄ¼r die Zeit vom 19. Februar 2021 bis zum 10. MÄxrz 2021 zu zahlen und entsprechend fÄ¼r diesen Zeitraum die KrankenkassenbeitrÄxge anzupassen.

Ä

Ä

Die Beklagte hat beantragt,

Ä

die Klage abzuweisen.

Â

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die Voraussetzungen zur Zahlung von Krankengeld seien nicht erfüllt. Eine vollstationäre Aufnahme sei nicht erfolgt. Diese sei zwar beabsichtigt gewesen aber nicht durchgeführt worden. Der Kläger sei noch am 19.02.2021 wieder entlassen worden. Eine Behandlung über einen Tag und eine Nacht habe nicht vorgelegen. Es habe sich lediglich um eine vorstationäre Behandlung gehandelt. Auch das Krankenhaus sei lediglich von einer vorstationären Behandlung ausgegangen. Es habe nur eine solche in Rechnung gestellt und gerade keine vollstationäre Behandlung unter Zugrundelegung einer DRG.

Â

Das Sozialgericht hat eine schriftliche Stellungnahme des behandelnden Krankenhauses bezüglich des etwaigen stationären Aufenthalts des Klägers sowie der gezahlten Zuzahlung eingeholt. Das Krankenhaus hat mitgeteilt, es habe sich um eine vorstationäre Behandlung gehandelt und die Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro sei am 19.05.2023 erstattet worden.

Â

Mit Urteil vom 14.05.2024 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte habe dem Kläger rechtmäßig Krankengeld erst ab dem 11.03.2021 ausgezahlt. Ein Anspruch auf die Zahlung von Krankengeld bereits ab dem 19.02.2021 habe nicht bestanden. Eine für eine stationäre Behandlung erforderliche Eingliederung in das Krankenhaus sei vorliegend nicht erfolgt. Der Umfang der Behandlung des Klägers am 19.02.2021 habe lediglich dem einer vorstationären Behandlung entsprochen.

Â

Der Kläger hat gegen das Urteil am 14.06.2024 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er aus, er sei am Morgen des 19.02.2021 im Krankenhaus aufgenommen worden und habe dort auch Verpflegung erhalten. Erst am Nachmittag desselben Tages sei die stationäre Behandlung aufgrund des COVID 19-Tests abgebrochen worden. Eine bereits erfolgte physische und organisatorische Eingliederung in das Krankenhaus könne aber nicht rückwirkend entfallen.

Â

Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 14.05.2024 aufzuheben und die Beklagte

unter Aufhebung des Bescheides vom 14.07.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2021 zu verurteilen, Krankengeld für die Zeit vom 19.02.2021 bis zum 10.03.2021 zu zahlen und entsprechend für diesen Zeitraum die Krankenkassenbeiträge anzupassen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurückzuweisen.

Â

Die Beklagte bezieht sich zur Begründung auf ihr erstinstanzliches Vorbringen.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte Bezug genommen.

Â

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 02.10.2024 übereinstimmend erklärt, mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden zu sein.

Â

Â

Entscheidungsgründe

Â

Â

A. Der Senat kann gemäß [Â§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [Â§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem sich die Beteiligten hiermit übereinstimmend einverstanden erklärt haben.

Â

B. Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist nicht begründet.

Â

Das Sozialgericht hat die zulässig erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage ([Â§ 54 Abs. 1 S. 1, Abs. 4 SGG](#)) des Klägers auf Gewährung von Krankengeld für die Zeit vom 19.02.2021 bis zum 10.03.2021 zu Recht abgewiesen.

Â

I. In zeitlicher Hinsicht reicht das Begehren des Klägers vom Beginn der Behandlung im Krankenhaus am 19.02.2021 bis zum 10.03.2021. Ab dem 11.03.2021 hat der Kläger von der Beklagten Krankengeld bezogen.

Â

II. Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 14.07.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.11.2021, mit dem die Beklagte die Gewährung von Krankengeld für die Zeit vor dem 11.03.2021 abgelehnt hat. Den Bescheid vom 13.04.2021 hat die Beklagte im Widerspruchsverfahren aufgehoben und durch den Bescheid vom 14.07.2021 ersetzt ([Â§ 86 SGG](#)). Dieser Bescheid ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([Â§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Â

III. Ein Anspruch des Klägers auf Krankengeld für die Zeit vom 19.02.2021 bis zum 10.03.2021 besteht nicht.Â

Â

1. Das Krankengeld gewährt Versicherten einen Krankengeldanspruch bei Arbeitsunfähigkeit und während einer auf Kosten der Krankenkasse erbrachten stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Grundsätzlich besteht ein Anspruch der Versicherten auf Krankengeld nach [Â§ 44 Abs. 1](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V), wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Freiwillig krankenversicherte Selbstständige wie der Kläger haben gemäß [Â§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) jedoch keinen Anspruch auf Krankengeld. Dieser besteht nur, wenn sie gegenüber der Krankenkasse erklären, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung). Gemäß [Â§ 44 Abs. 2 S. 3 SGB V](#) bleibt die Möglichkeit zur Wahl eines Wahltarifs nach [Â§ 53 Abs. 6 SGB V](#) hiervon unberührt. Nach [Â§ 53 Abs. 6 SGB V](#) hat die Krankenkasse in ihrer Satzung für die in [Â§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3](#) sowie den in [Â§ 46 Satz 2](#) genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend [Â§ 46 Satz 1](#) oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die in [Â§ 46 Satz 2](#) genannten Versicherten nach dem KSVG jedoch spätestens mit Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit (Satz 1). Die Beklagte hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen (Satz 3). Vorliegend hat der Kläger sich für den Abschluss eines Wahltarifs entschieden. Danach hat er grundsätzlich Anspruch auf Zahlung von Krankengeld ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder ab dem ersten Tag einer stationären

Behandlung.

Ä

Da der Kläger $\hat{=}$ was zwischen den Beteiligten unstreitig ist $\hat{=}$ erst ab dem 18.02.2021 arbeitsunfähig erkrankt war, kann sich ein Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vom 19.02.2021 bis zum 10.03.2021 nicht hieraus ergeben. Es fehlt zur Überzeugung des Senats aber auch an einer stationären Behandlung, die einen Anspruch auf Gewährung von Krankengeld ab dem ersten Tag der stationären Behandlung auslösen würde. Bei der Behandlung des Klägers am 19.02.2021 im Q. in W. handelte es sich nicht um eine vollstationäre Behandlung.

Ä

2. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung zeichnet sich gegenüber der ambulanten Versorgung durch eine besondere Intensität der Betreuung aus $\hat{=}$ und zwar sowohl in zeitlicher als auch in sachlicher Hinsicht. In zeitlicher Hinsicht darf sich die stationäre Betreuung nicht nur auf einen unbedeutenden Teil des Tages wie bei der ambulanten Krankenbehandlung beschränken. Weil eine Behandlung jedenfalls dann stationär ist, wenn sich der Patient ununterbrochen Tag und Nacht im Krankenhaus zur Behandlung aufhält, umfasst sie auch Unterkunft und Verpflegung. In sachlicher Hinsicht eröffnet die stationäre Krankenhausbehandlung mit der physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses Interventionsmöglichkeiten, die bei ambulanter Behandlung nicht gegeben sind (vgl. Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [Ä§ 39 SGB V](#) (Stand: 02.03.2021), Rn. 37).

Ä

a) Eine vollstationäre Behandlung liegt jedenfalls vor, wenn die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Dabei kommt es maßgeblich auf den Behandlungsplan des Krankenhausarztes an. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung getroffen, kann aber im Einzelfall auch noch später erfolgen, so dass aus einer ursprünglich ambulant geplanten Maßnahme eine vollstationäre Behandlung werden kann, solange die ambulante Behandlung nicht nur in den Räumlichkeiten des Krankenhauses durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte durchgeführt wird. Dies gilt auch für die Behandlung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses: Erfolgt im Anschluss daran eine stationäre Aufnahme in demselben Krankenhaus, so liegt ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vor. b) Dagegen soll aus einer vollstationär geplanten Behandlung keine ambulante Maßnahme werden, wenn der Patient auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt oder die stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen vorzeitig abgebrochen werden muss (vgl. Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [Ä§ 39 SGB V](#) (Stand: 02.03.2021), Rn. 39).

Â

Somit ist es für das Vorliegen einer stationären Behandlung grundsätzlich unerheblich, wenn eine geplante stationäre Behandlung auch schon am wie hier zu einem früheren Zeitpunkt der geplanten Verweildauer im Krankenhaus abgebrochen wird. Vielmehr kommt es in zeitlicher Hinsicht auf die Planung des Krankenhauses an. Im vorliegenden Fall war, was zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig ist, eine Verweildauer des Klägers zumindest bis zum 22.02.2021 geplant, weil eine neurologische Behandlung erst an diesem Tag hätte erfolgen können. Die zeitliche Komponente für einen stationären Aufenthalt des Klägers ist somit gegeben.

Â

c) Dennoch liegt eine vollstationäre Behandlung im Fall des Klägers nicht vor, weil im Zeitpunkt des Abbruchs der Behandlung die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses einschließlich des damit einhergehenden (intensiven) Verbrauchs personeller und sachlicher Ressourcen noch nicht gegeben war. Für diese Eingliederung kann es auch nicht auf die geplante Behandlung ankommen, sondern nur auf die tatsächlichen Gegebenheiten. Andernfalls wäre auch jede geplante stationäre Behandlung, die schon weit vor dem geplanten Beginn abgesagt wird, eine vollstationäre Behandlung im Sinne des Gesetzes. Zudem ergibt sich schon aus dem Wortlaut des [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie den Gesetzesmaterialien zu [Â§ 39 SGB V](#) (vgl. [BT-Drucks 12/3608 S 81](#) f), dass eine stationäre Behandlung nur dann in Betracht kommt, wenn die Aufnahme erfolgt ist. Als Aufnahme wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden. Die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und Ähnliches dokumentiert (vgl. BSG, Urteil vom 19.9.2013 [B 3 KR 34/12 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 39 Nr. 20 Rn. 12 f](#); BSG, Urteil vom 11.9.2019 [B 6 KA 6/18 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 76 Nr. 5 Rn. 22](#)).

Â

Die einer Aufnahme in die stationäre Behandlung vorausgehende Aufnahmeuntersuchung dient der Klärung, ob eine Aufnahme des Versicherten gerade in dieses Krankenhaus erforderlich ist. Die hierzu vorgenommenen Untersuchungen begründen nicht zwingend bereits selbst die Aufnahme in das Krankenhaus. Dies folgt aus [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#), der anordnet, dass der Versicherte nach Prüfung durch das Krankenhaus aufzunehmen ist. Die Diagnostik ist nach [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) im Regelfall zunächst nur Teil der Prüfung der Aufnahme. Ergibt sich nach der Aufnahmeuntersuchung, dass eine Verweisung des Versicherten an ein anderes Krankenhaus oder die ambulante Weiterbehandlung medizinisch erforderlich und ausreichend ist, liegt keine stationäre Behandlung vor. Das Krankenhaus muss den Versicherten vielmehr

umgehend einem anderen geeigneten Krankenhaus zur stationären Behandlung zuweisen, wenn sein eigener Versorgungsauftrag die erforderliche Behandlung des Versicherten nicht umfasst, oder es trotz Versorgungsauftrags tatsächlich nicht dazu in der Lage ist und ein geeignetes Krankenhaus in zumutbarer Zeit erreichbar ist. Dies gilt auch in den Fällen, in denen ein Versicherter als Notfall mit einem Rettungswagen durch einen Notarzt in ein Krankenhaus eingeliefert wird (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2023 [B 1 KR 15/22 R](#)).

Ä

d) Der positive Test auf das zum damaligen Zeitpunkt neuartige Coronavirus SARS-CoV2 war zur Überzeugung des Senats ausdrücklich Teil der Aufnahmeuntersuchung des Klägers, die noch vor der Entscheidung über eine endgültige stationäre Behandlung durchgeführt wurde. Vor dem Hintergrund des zum damaligen Zeitpunkt dynamischen Infektionsgeschehens war der COVID 19-Test für das weitere Vorgehen des Krankenhauses essentiell und darüber hinaus auch für alle Neuaufnahmen nach den zu dieser Zeit geltenden Regelungen obligatorisch. Insbesondere war das Ergebnis des Tests von Anfang an für das Krankenhaus im Hinblick auf die weitere stationäre Behandlung des Klägers entscheidend. Denn wie sich aus dem Verlauf der weiteren Behandlung ergibt, stand für das Krankenhaus von Anfang an fest, dass ein Verbleiben auf einer regulären Station des Krankenhauses bei Vorliegen eines positiven Tests nicht erfolgen konnte. Stattdessen konnte der Kläger wählen, ob er auf eine spezielle Isolierstation wechselt oder – wie es schließlich der Fall war – das Krankenhaus wieder verlässt. Die geplante stationäre Behandlung des Klägers stand somit von Anfang an unter dem Vorbehalt eines negativen Testergebnisses, denn für das Krankenhaus war ersichtlich, dass eine stationäre Aufnahme endgültig nur bei Vorliegen eines negativen Tests oder – im Falle eines positiven Tests – auf der Isolierstation erfolgen würde. Die Aufnahme in das Krankenhaus und die Zuweisung eines Zimmers erfolgten zumindest konkludent unter dem Vorbehalt eines negativen Tests. Auch wenn nicht erkennbar ist, ob das Krankenhaus dem Patienten ausdrücklich mitgeteilt hat, dass das Testergebnis maßgeblich für die weitere Behandlung ist, so ergibt sich dies zumindest aus den Gesamtumständen. Eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses sollte erst nach Vorliegen des Testergebnisses erfolgen. Dadurch, dass der Kläger sich dazu entschieden hatte, nicht auf die Isolierstation zu wechseln, sondern das Krankenhaus zu verlassen, ist es auch zu keinem Zeitpunkt zu einer solchen Eingliederung gekommen.

Ä

e) Darüber hinaus hat – von der Zuweisung eines Zimmers und der Durchführung einer MRT abgesehen – kein weiterer Einsatz von personellen und sachlichen Ressourcen des Krankenhauses stattgefunden. Die Krankenhausbehandlung als ressourcenintensivste Form der Krankenbehandlung setzt aber gerade das Vorhalten dieser Ressourcen voraus, wie [Ä 107 Abs. 1 Nr 2](#) und 3 SGB V belegt. Darüber hinaus müssen diese Ressourcen auch zum

Einsatz gelangen (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2023 [B 1 KR 15/22 R](#)), was vorliegend gerade nicht der Fall war. Selbst die Durchführung der MRT beim KIÄrger kann hier keinen solchen intensiven Ressourcenverbrauch begründen, da MRTen regelhaft ambulant oder im Rahmen vorstationärer Behandlungen vorgenommen werden. Das Q. hat schließlich auch lediglich eine vorstationäre Behandlung abgerechnet und die zunächst gezahlte Zuzahlung für die stationäre Behandlung dem KIÄrger erstattet. Eine vollstationäre Behandlung, die einen Krankengeldanspruch auslösen konnte, hat somit nicht stattgefunden.

Ä

IV. Da kein Anspruch auf Zahlung von Krankengeld besteht, kommt auch die vom KIÄrger geltend gemachte, aus dem Anspruch auf Krankengeld resultierende Beitragsfreiheit ([Ä§ 224 Abs. 1 SGB V](#)) nicht in Betracht.

Ä

C. Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä§ 193 SGG](#).

Ä

D. Gründe für die Zulassung der Revision i.S.d. [Ä§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Ä

Erstellt am: 11.11.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024