Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

Az.: L 4 KR 98/21
Az.: S 37 KR 227/17
Sozialgericht Cottbus

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[redacted]

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte/r:
Rechtsanwalt Dr. Jens-Torsten Lehmann
Sandower Straße 45, 03046 Cottbus

gegen

DAK Gesundheit
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg am 19. Juni 2026 durch den Richter am Landessozialgericht [redacted] als Berichterstatter ohne mündliche Verhandlung für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 4. Februar 2021 sowie der Bescheid der Beklagten vom 9. Februar 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Juni 2017 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin Krankengeld auch für die Zeit vom 1. Februar 2017 bis zum 11. März 2018 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu 4/5.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist die Gewährung von Krankengeld über den 31. Januar 2017 hinaus bis zum 2. Juli 2018.

Die im März 1989 geborene Klägerin war aufgrund eines vom 1. Oktober 2015 bis zum 31. März 2017 befristeten Beschäftigungsverhältnisses als Sachbearbeiterin bei der Landesärztekammer versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Krankenkasse. Das Beschäftigungsverhältnis endete aufgrund eines Aufhebungsvertrages mit Ablauf der 31. Oktober 2016. Ab dem 12. September 2016 bescheinigte die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. [redacted] der Klägerin fortlaufend Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD-10-GM F41.2). Die Beklagte gewährte ihr ab dem 24. Oktober 2016 Krankengeld in Höhe von kalendertäglich 47,97 € brutto bzw. 42,20 € netto. Mit Schreiben vom 27. Oktober 2016 informierte die Beklagte sie über die Höhe des Krankengeldanspruchs und erteilte ihr Hinweise zur abschnittsweisen Bewilligung des Krankengeldes und zu der Obliegenheit, weitere AU-Bescheinigungen innerhalb von sieben Tagen nach der Feststellung einzureichen.

Nachdem die Klägerin die am 6. Dezember 2016 von Dipl.-Med. [redacted] ausgestellte AU-Folgebescheinigung für den Zeitraum vom 6. Dezember 2016 für den Zeitraum bis zum 3. Januar 2017 erst am 19. Dezember bei der Beklagten vorgelegt hatte, stellte diese mit Bescheid vom 20. Dezember 2016 das Ruhen des Krankengeldanspruchs für den Zeitraum vom 7. bis zum 18. Dezember 2016 fest.

Mit weiterem Schreiben vom 20. Dezember 2016 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (MDK) mit der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme. In einem an die Klägerin gerichteten Informationsschreiben vom 29. Dezember 2016 führte die Beklagte zur Begründung aus, die Begutachtung diene der Klärung, ob neben der ärztlichen Behandlung eventuell weitere Maßnahmen notwendig seien, um ihre Gesundheit wieder herzustellen und zu verbessern.

Mit AU-Folgebescheinigung vom 3. Januar 2016 bescheinigte Dipl.-Med. [redacted] der Klägerin weitere Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Januar 2017.

Der MDK gelangte in einem von dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. [redacted] nach persönlicher Untersuchung und Befragung der Klägerin am 6. Januar 2016 erstatteten Gutachten, welches der Beklagten am 11. Januar 2017 zugegangen ist, zu folgendem „zusammenfassenden Ergebnis“:

„[…] Weiterhin au, Ende nicht absehbar WV zur SFB mit akt. AA in 8 Wochen […].“

„[…] Akt. Arbeitsunfähigkeit seit [redacted] 016 […]“

„[…] AU-Diagnosen:
F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, mit anhaltender Belastbarkeitseinschränkung […]“

Das Gutachten enthält darüber hinaus folgende „Beurteilung“:

„[…] Die AU ist medizinisch begründet. Zurzeit ist die Vers. – auch teilzeitig – noch nicht beruflich belastbar. Die Dauer der AU ist noch nicht konkret absehbar. Der weitere Verlauf der im vorigen Jahr begonnenen Psychotherapie muss noch abgewartet werden Eine psychiatrische Begleitbehandlung ist zu empfehlen. Ich empfehle die WV zur SFB mit AA in 8 Wochen. Eine Reha-Maßnahme i.S. von § 51 SGB V ist derzeitig nicht indiziert. […]“.

Am 7. Februar 2017 ging bei der Beklagten eine von Dipl.-Med. [redacted] 2. Februar 2017 (einem Donnerstag) ausgestellte AU-Folgebescheinigung (au-begründende Diagnose: ICD-10-GM F41.2) für die Zeit vom 1. bis zum 28. Februar 2017 ein.

Mit Bescheid vom 9. Februar 2017 lehnte die Beklagte die Gewährung von Krankengeld über den 31. Januar 2017 hinaus ab. Zur Begründung führte sie aus, dass zum Zeitpunkt der letzten Feststellung von AU am 2. Februar 2017 kein Versicherungsverhältnis mit Krankengeldanspruch mehr bestanden habe. Voraussetzung für die Zahlung von Krankengeld nach § 44 SGB V sei ein Versicherungsverhältnis, das einen entsprechenden Anspruch umfasse. Die durch das Beschäftigungsverhältnis begründete Mitgliedschaft der Klägerin sei nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) nur solange erhalten

geblieben, wie ein Anspruch auf Krankengeld bestanden habe. Der Krankengeldanspruch der Klägerin habe am 31. Januar 2017 geendet.

Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch vom 21. Februar 2017 machte die Klägerin geltend, sie habe ihren für den 31. Januar 2017 vereinbarten Arzttermin wegen ihrer psychischen Störung und einer akuten Erkrankung ihrer Tochter nicht wahrnehmen können. Aufgrund von Umbauarbeiten habe sie mit ihrer Familie bis zum 5. Februar 2017 bei ihren Eltern in Guben gewohnt. Wegen ihrer psychischen Störung und einer akuten Erkrankung ihrer Tochter sei es ihr nicht möglich gewesen, ihren Arzttermin in Cottbus am 31. Januar 2017 wahrzunehmen. Auf telefonische Nachfrage habe ihre Ärztin angegeben, dass sich wegen der „[…] unverschuldeten Versäumnis des ursprünglich vereinbarten Termins keine Nachteile ergeben sollten […].“ Ergänzend bezog sie sich auf eine von Dipl.-Med. [redacted] ausgestellte Bescheinigung, wonach sie wegen der Betreuung ihrer am 30. Januar 2017 aus stationärer Behandlung entlassenen Tochter nicht zum bestellten Termin habe erscheinen können. Die Klägerin sei weiterhin ununterbrochen arbeitsunfähig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2017 wies die Beklagte den Widerspruch unter Wiederholung und Vertiefung ihrer Ausführungen aus dem angefochtenen Bescheid zurück. Die getroffene Entscheidung sei auch unter Berücksichtigung des Widerspruchsvorbringens nicht zu beanstanden. Aus dem Vorbringen der Klägerin ergäben sich keine Hinweise darauf, dass sie alles in ihrer Macht Stehende und Zumutbare unternommen habe, um am 1. Februar 2017 eine Bescheinigung über den Fortbestand ihrer AU zu erlangen. Es sei insoweit zu berücksichtigen, dass die Klägerin auch einen anderen Arzt habe aufsuchen oder einen Hausbesuch habe veranlassen können.

Für die Zeit ab dem 2. Februar 2017 wurde der Klägerin von Dipl.-Med. [redacted] unter Angabe der au-begründenden Diagnose F41.2 nach dem ICD-10-GM AU wie folgt attestiert:

Ausstellungsdatum	AU-Zeitraum bis	Eingang bei der Beklagten
2. Februar 2017	28. Februar 2017	7. Februar 2017
28. Februar 2017	31. März 2017	6. März 2017

31. März 2017	28. April 2017	11. April 2017
28. April 2017	31. Mai 2017	5. Mai 2017
31. Mai 2017	30. Juni 2017	8. Juni 2017
30. Juni 2017	31.Juli 2017	3. Juli 2017
28. Juli 2017	31. August 2017	28. Juli 2017
31. August 2017	30. September 2017	31. August 2017
22. September 2017	24. Oktober 2017	23. November 2017
24. Oktober 2017	14. Dezember 2017	26. Oktober 2017
14. Dezember 2017	11. Januar 2018	20. Dezember 2017
11. Januar 2018	8. Februar 2018	12. Januar 2018
8. Februar 2018	8. März 2018	13. Februar 2018
7. März 2018	4. April 2018	9. März 2018
4. April 2018	2. Mai 2018	5. April 2018
2. Mai 2018	30. Mai 2018	2. Mai 2018
30. Mai 2018	2. Juli 2018	1. Juni 2018

Mit ihrer am 6. Juli 2017 erhobenen Klage hat die Klägerin einen Anspruch auf Krankengeld über den 31. Januar 2017 hinaus auf unbestimmte Zeit geltend gemacht. Zur Begründung hat sie vorgebracht, es sei anerkannt, dass eine unterbliebene Feststellung von AU ausnahmsweise rückwirkend nachgeholt werden könne, wenn die nicht rechtzeitige Feststellung auf krankhaften Einschränkungen beruhe. Sie habe sich am 31. Januar 2017 aufgrund ihrer Depression und ihrer Angststörung in einem der Handlungs- und Geschäftsunfähigkeit vergleichbaren Zustand befunden. Ihre Hausärztin habe ihr das Fortbestehen lückenloser AU bescheinigt. Zu verweisen sei darüber hinaus auf die Änderung von § 46 Satz 2 SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Das Bundessozialgericht (BSG) habe zudem in mehreren am 11. Mai 2017 ergangenen Urteilen entschieden, dass der Kreis der bislang in der Rechtsprechung anerkannten Ausnahmefälle zu § 46 Satz 2 SGB V unter näher zu prüfenden Voraussetzungen zu erweitern sei, wenn – wie vorliegend – keine Zweifel an der ärztlich festgestellten AU und keine Anhaltspunkte für einen Leistungsmissbrauch vorlägen. Darüber hinaus sei die Gewährung von Krankengeld entgegen der Rechtsprechung des BSG als Dauerverwaltungsakt zu qualifizieren und die nicht fristgerechte Erstellung von Folgebescheinigungen sei kein Ausschlussgrund für den Krankengeldanspruch. Hierzu hat sie sich auf Entscheidungen der Instanzgerichte bezogen. Bei den so

genannten „Lückenfällen“ sei der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beachten, weshalb keine überzogenen formalen Anforderungen gestellt werden dürften. Zu berücksichtigen sei zudem, dass der Gesetzgeber den vollständigen Verlust des Krankengeldanspruchs im Verhältnis zur Schwere der Obliegenheitsverletzung als unangemessen angesehen habe, was Anlass zur Neuregelung von § 46 SGB V durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) gewesen sei. Dieser Rechtsgedanke sei wegen des Übermaßgebotes auch für die Vergangenheit zu berücksichtigen.

Die Beklagte ist der Klage unter Bezugnahme auf die Begründung der angefochtenen Bescheide entgegengetreten. Ergänzend hat sie ausgeführt, dass der Widerspruchsbegründung entgegen dem Klagevortrag nicht zu entnehmen sei, dass sich die Klägerin in einem die Handlungs- und Geschäftsfähigkeit ausschließenden Zustand befunden habe. Auch der weitere Klagevortrag gehe ins Leere. Insbesondere habe sie bei der getroffenen Entscheidung die Änderung von § 46 Satz 2 SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beachtet, was für die Klägerin aber zu keinem günstigen Ergebnis führe. Im Übrigen hat sie sich auf die ständige Rechtsprechung des BSG berufen.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage durch Urteil vom 4. Februar 2012, das im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ergangen ist, abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, zur Aufrechterhaltung des bisherigen Versicherungsverhältnisses nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sei nach § 46 Satz 2 SGB V und unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung erforderlich, dass die Feststellung von AU dergestalt nahtlos erfolge, dass die AU an dem Werktag, der dem Ablauf des letzten Krankengeld-Bewilligungsabschnitts folge, erneut ärztlich festgestellt werde. Dies sei hier nicht erfolgt. Es lägen auch keine Gründe für eine ausnahmsweise zulässige Rückwirkung der erst am 2. Februar 2017 getroffenen ärztlichen Feststellung von AU vor. Die Klägerin habe auch nicht alles Mögliche und Zumutbare getan, um die ärztliche Feststellung rechtzeitig am 31. Januar oder am 1. Februar 2017 herbeizuführen. Anhaltspunkte für Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit lägen nicht vor. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch komme mangels eines pflichtwidrigen Beratungsfehlers nicht in Betracht.

Gegen dieses ihrem Prozessbevollmächtigten am 10. Februar 2021 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer am 23. Februar 2021 eingelegten Berufung.
Der vormals für das Verfahren zuständig gewesene Berichterstatter hat die Beteiligten mit Schreiben vom 13. August 2021 den Hinweis erteilt, dass vieles dafür für sprechen dürfte, dass die Ausführungen in dem Gutachten des MDK vom 6. Januar 2017 wenn nicht eine unbefristete, so doch zumindest eine ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin für acht Wochen darstellen dürften.

Die Klägerin vertieft zur Begründung ihrer Berufung ihren erstinstanzlichen Vortrag und trägt ergänzend vor, der aus einer Mukoviszidose-Erkrankung ihrer Tochter resultierende Betreuungsaufwand sei seitens des SG und der Beklagten unbeachtet geblieben. Hierzu beruft sie sich auf ein von dem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Prof. Dr. [redacted] erstelltes Sachverständigengutachten vom 24. Juli 2020, welches in einem von ihrer Tochter gegen die Beklagte vor dem SG Cottbus geführten Rechtsstreit (Az.: S 42 KR 45/18) erstattet worden ist und auf einen Entlassungsbericht des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus vom 3. Februar 2017. Wegen der Einzelheiten des Gutachtens wird auf Bl. 62-65 Rückseite der Gerichtsakte und wegen der Einzelheiten des Entlassungsberichts vom 3. Februar 2017 auf Bl. 97-100 der Gerichtsakte Bezug genommen. Darüber hinaus sei unbeachtet geblieben, dass eine Fehleinschätzung der behandelnden Vertragsärztin vorliege, welche ihr am 31. Januar 2017 telefonisch erklärt habe, eine Terminverschiebung sei unschädlich. Nach der Rechtsprechung des BSG müsse sich die Beklagte dies zurechnen lassen. Soweit sie einzelne AU-Bescheinigungen zu spät eingereicht habe, sei dies unbeachtlich, weil die Beklagte sie mit dem angefochtenen Bescheid aus ihrem „Pflichtenregime“ entlassen habe.

Die Klägerin beantragt wörtlich,

> das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 4. Februar 2021 zum Aktenzeichen S 37 KR 227/17 sowie den Bescheid der Beklagten vom 9. Februar 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Krankengeld für die Zeit ab 1. Februar 2017 bis voraussichtlich längstens zum 2. Juli 2018 in gesetzlicher Höhe zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung und führt ergänzend aus, der MDK habe mitnichten attestieren wollen, dass die Klägerin jedenfalls für die nächsten acht Wochen weiterhin arbeitsunfähig krank sein werde. Der MDK habe vielmehr nur zum Ausdruck gebracht, dass er zum Begutachtungszeitpunkt mit der Beurteilung der behandelnden Ärzte übereinstimmte, wonach die Klägerin zurzeit und für die mit der Bescheinigung vom 3. Januar 2017 attestierte Dauer arbeitsunfähig sei. Die Wiedervorlageempfehlung in acht Wochen sei im Zusammenhang mit der Beauftragung des MDK im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung zu sehen. Der MDK habe lediglich empfohlen, dass im Falle eines Fortbestehens der AU eine Wiedervorlage zur sozialmedizinischen Fallberatung mit den dann aktuellen Behandlungsunterlagen („AA“) erfolgen solle. Bei der Wahl der gesetzten Frist sei der MDK davon ausgegangen, dass sich nach dem Ablauf von acht Wochen das weitere Prozedere geklärt haben werde. Bei Fortbestehen der AU hätten dann aussagekräftige Befundunterlagen zur Verfügung gestanden. Vor diesem Hintergrund wäre ein kürzere Wiedervorlagefrist völlig sachwidrig gewesen. Sinn und Zweck einer sozialmedizinischen Fallberatung sei nicht die begleitende Überprüfung einzelner AU-Bescheinigungen, sondern die Beurteilung der AU und von Behandlungsalternativen, wie z.B. die Einleitung eines Verfahrens nach § 51 SGB V. Im Übrigen habe die Klägerin das MDK-Gutachten selbst nicht als Bescheinigung weiterer AU aufgefasst.

Die Beteiligten haben übereinstimmend ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch den Berichterstatter durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands, insbesondere wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen, wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und des beigezogenen Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, welche der Entscheidung zugrunde lagen.

Entscheidungsgründe

Gemäß §§ 124 Abs. 2, 155 Abs. 3, 4 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) konnte der Berichterstatter anstelle des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten ihr Einverständnis mit dieser Verfahrensweise erklärt haben. Die Streitsache weist keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf und hat keine grundsätzliche Bedeutung. Die sich stellenden Rechtsfragen sind höchstrichterlich geklärt.

Die nach § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte und auch ansonsten zulässige Berufung ist in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. Das SG hätte die Klage nicht insgesamt abweisen dürfen. Da der Klägerin Krankengeld auch für den Zeitraum vom 1. Februar bis 2017 bis zum 11. März 2018 zusteht, sind das angefochtene Urteil vom 4. Februar 2021 und der Bescheid der Beklagten vom 9. Februar 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Juni 2017 insoweit aufzuheben. Soweit die Klägerin darüber hinausgehend einen Krankengeldanspruch bis zum 2. Juli 2018 geltend macht, war ihre Berufung zurückzuweisen.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind das Urteil des SG und der Bescheid der Beklagten vom 9. Februar 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Juni 2017 sowie ein Anspruch der Klägerin auf Zahlung von Krankengeld über den 31. Januar 2017 hinaus bis zum 2. Juli 2018. Statthafte Klageart für das auf Aufhebung der Bescheide und Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von Krankengeld gerichtete Begehren der Klägerin ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4, 56 SGG). Einer Bezifferung des geltend gemachten Anspruchs bedarf es nicht, weil das Begehren der Klägerin auf ein Grundurteil (§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGG) gerichtet ist.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs auf Krankengeld ist § 44 Abs. 1 in Verbindung mit § 46 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Satz 2 SGB V (diese hier und im Folgenden jeweils in der 2017/2018 geltenden, und damit hier maßgeblichen

Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes – GKV-VSG – vom 16. Juli 2015, BGBl. I 1211) in Verbindung mit § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (wonach die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bei Anspruch auf oder Bezug von Krankengeld erhalten bleibt).

Nach § 44 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld u.a. dann, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Ob und in welchem Umfang Versicherte Krankengeld beanspruchen können, bestimmt sich nach dem Versicherungsverhältnis, das im Zeitpunkt des jeweils in Betracht kommenden Entstehungstatbestands für das Krankengeld vorliegt. Nach § 46 Satz 1 SGB V entsteht dieser Anspruch auf Krankengeld (Nr. 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, im Übrigen (Nr. 2) von dem Tag der ärztlichen Feststellung der AU an. Dies gilt auch für an die ärztliche Erstfeststellung von AU anschließende Folgefeststellungen (BSG, Urteil vom 18. September 2025 – B 3 KR 13/24 R – juris, Rn. 9; Urteil vom 21. September 2023 – B 3 KR 11/22 R – juris, Rn. 10, jeweils m. w. N.). Gemäß des durch das GKV-VSG neu eingefügten § 46 Satz 2 SGB V bleibt der Anspruch auf Krankengeld jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere AU wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der AU erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

Hiernach kann die Klägerin über den 31. Januar 2017 Krankengeld beanspruchen, weil ihre Arbeitsunfähigkeit auch für den 1. Februar 2017 im Sinne von § 46 Abs. 1 Nr. 2 SGBV nach persönlicher Untersuchung durch den MDK-Gutachter Dr. [redacted] ärztlich festgestellt war und damit ihre Mitgliedschaft bei der Beklagten mit Anspruch auf Krankengeld aus der vorangegangenen Beschäftigung trotz deren Beendigung gemäß § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V über den 31. Januar 2017 hinaus fortbestand.

Nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger abweichend von den Beendigungstatbeständen des § 190 SGB V u.a. erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Davon ist das BSG in ständiger Rechtsprechung zur Rechtslage bis zur Änderung durch das GKV-VSG ausgegangen, wenn mit Ablauf des letzten Tages des

Versicherungsverhältnisses mit Anspruch auf Krankengeld und zu Beginn des nächsten Tages alle Voraussetzungen erfüllt waren, um spätestens dann einen Anspruch auf Krankengeld entstehen zu lassen. Demgemäß hat das BSG für den Erhalt des Krankenversicherungsschutzes nach Entwicklungsgeschichte und Systematik über eine rein wortlautbezogene Auslegung hinaus eine Nahtlosigkeit von Beschäftigtenversicherung und mitgliedschaftserhaltenden Krankengeldansprüchen vorausgesetzt und danach eine fortdauernde krankenversicherungsrechtliche Absicherung – bis zur Anspruchserschöpfung – in allen Fällen als gewährleistet angesehen, in denen AU zeitlich unmittelbar an ein zuvor bestehendes Beschäftigungsverhältnis oder einen vorangegangenen Krankengeld-Bewilligungsabschnitt anschließt. Ausdrücklich genügte dazu auch ein erstmals am ersten Tag nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses entstandener Krankengeldanspruch wegen AU (BSG, Urteil vom 21. September 2023, a. a. O., Rn. 12).

Dem hat das GKV-VSG die Grundlage nicht entzogen. Soweit danach nunmehr der Anspruch auf Krankengeld bereits „von dem Tag" der ärztlichen Feststellung der AU (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V) und nicht mehr erst vom Folgetag an entsteht, ändert das nichts daran, dass im Sinne der Nahtlosigkeitsanforderung ein Krankengeldanspruch zeitlich unmittelbar an die vorangegangene Beschäftigtenversicherung oder den letzten Krankengeld-Bewilligungsabschnitt anschließen kann. Die mitgliedschaftserhaltende Wirkung nahtlos aufeinanderfolgender Krankengeld-Bewilligungsabschnitte setzt allein voraus, dass überhaupt Anspruch auf Krankengeld besteht. Schließt die Feststellung einer weiteren AU wegen derselben Krankheit nicht nahtlos an den vorangegangenen Bewilligungsabschnitt an, bewirkt § 46 Satz 2 SGB V (in der o.g. Fassung) Verlängerung des einer Folgefeststellung vorausliegenden Bewilligungsabschnitts und erweitert den Krankengeldanspruch hieraus, wenn AU wegen derselben Krankheit erst am ersten Werktag nach einem Wochenende oder einem Feiertag und nicht unmittelbar am Folgetag des vorangegangenen Bewilligungsabschnitts erneut ärztlich festgestellt wird (BSG, Urteil vom 21. September 2023, a. a. O., Rn. 13).

§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erhält somit als Rechtsfolge – bis zur Anspruchserschöpfung – den Krankengeldanspruch, der seinerseits voraussetzt, dass ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld vorliegt. Darin

erschöpfen sich die krankengeldrechtlichen Wirkungen von § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V jedoch nicht. In Verbindung mit § 47 Abs. 1 und 2 SGB V bewirkt die Regelung vielmehr zudem, dass Versicherte auch nach Beendigung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bei lückenloser Feststellung von AU so gestellt sind, als stünden sie weiter im Bezug von Arbeitsentgelt, dessen Ausfall durch Krankengeld ersetzt werden soll (BSG, Urteil vom 18. September 2025, a. a. O., Rn. 12; Urteil vom 21. September 2023, a. a. O., Rn. 14).

Für den Anspruch der Klägerin auf weiteres Krankengeld ist damit erforderlich, dass ihr Versicherungsschutz mit Krankengeldanspruch am 2. Februar 2017 – dem Tag an dem Dipl.-Med. [redacted] die weitere AU bis zum 28. Februar 2017 feststellte – noch fortbestand. Dies ist der Fall, weil eine – nahtlose – ärztliche Feststellung der AU im Sinne von § 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bis zu diesen Tag vorlag. Diese Feststellung wurde – was auch zwischen den Beteiligten unstreitig ist – zwar nicht durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. [redacted] getroffen. Es erfolgte jedoch am 6. Januar 2017 im Rahmen der von der Beklagten eingeleiteten Überprüfung der AU durch den MDK eine ärztliche Feststellung der AU der Klägerin durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. [redacted] welche für einen „nicht absehbaren Zeitraum“ galt, also auch bis zum 2. Februar 2017 fortbestand.

Die ärztliche Feststellung von AU ist nicht an die Verwendung eines bestimmten Vordrucks gebunden und muss auch nicht zwingend durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte erfolgen. Eine ärztliche Feststellung kann sich daher grundsätzlich auch aus anderen schriftlichen Erklärungen ergeben, sofern sie ihrem Erklärungswert nach als Feststellung der AU anzusehen sind (BSG, Urteil vom 18. September 2025, a. a. O., Rn. 21.; Urteil vom 29. Oktober 2020 – B 3 KR 6/20 R – juris, Rn. 15). Erforderlich für eine ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist jedoch stets ein Akt mit Außenwirkung, mit dem ein Arzt nach unmittelbar persönlicher Untersuchung des Versicherten den Mindestinhalt über Art der Erkrankung und Zeitraum der zu erwartenden Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, um vor allem gegenüber der als leistungspflichtig in Anspruch genommenen Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeit und ihren prognostizierten Zeitraum nach außen hin beweissicher zu dokumentieren (BSG, Urteil vom 18. September 2018, a. a. O.; Rn. 22; Urteil vom 11. Mai 2017 – B 3 KR 22/15 R – juris, Rn.18). Diese Feststellungen

können insbesondere auch durch Ärzte des MDK in einem im Auftrag der Krankenkasse erstellten Gutachten erfolgen. Dies ergibt sich unter Zugrundelegung der voranstehend zitierten höchstrichterlichen Rechtsprechung und aus Sinn und Zweck des Gesetzes: Wenn die Prüfung des MDK nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b SGB V, die durch das Erfordernis der ärztlichen Feststellung von AU gerade ermöglicht werden soll (vgl. hierzu auch BSG, Urt. v. 10. Mai 2012 – B 1 KR 20/11 R – juris, Rn. 15; Pfeiffer in juris-PK SGB V, Stand: 18. Mai 2026, § 46, Rn. 29), zu dem Ergebnis kommt, dass der Versicherte arbeitsunfähig ist, wäre das Bestehen auf eine weitere Feststellung von AU durch einen Vertragsarzt eine bloße Förmelei, deren einziger Zweck darin bestünde, dem begründeten Anspruch des Versicherten auf Krankengeld Hindernisse in den Weg zu legen, die das Gesetz nicht vorsieht (Landessozialgericht [LSG] Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20. März 2018 – L 1 KR 38/17 – juris, Rn. 18; im Ergebnis ebenso: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25. Mai 2016 – L 5 KR 1063/15 – juris, Rn. 46f.). Ob einer ärztlichen Erklärung der (notwendige) Inhalt einer AU-Bescheinigung zukommt, muss im Zweifel im Einzelfall durch Auslegung nach Maßgabe der Auslegungsgrundsätze der §§ 133, 157 des Bürgerliches Gesetzbuchs (BGB), also nach ihrem objektiven Erklärungsgehalt aus dem Empfängerhorizont und unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls, ermittelt werden (BSG, Urteil vom 29. Oktober 2020 – B 3 KR 6/20 R – juris, Rn. 17; Beschluss vom 30. September 2015 – B 3 KR 40/15 B – juris, Rn. 13ff.).

Nach diesen Maßgaben kommt den im Tatbestand wörtlich wiedergegebenen und nach persönlicher Untersuchung der Klägerin erstellten Ausführungen von Dr. [redacted] in dem MDK-Gutachten vom 6. Januar 2017, welche auch alle weiteren Anforderungen an eine ärztliche AU-Feststellung erfüllen, bei der entsprechend §§ 133, 157 BGB nach dem Empfängerhorizont vorzunehmenden Auslegung nach ihrem objektiven Erklärungsgehalt unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls der Bedeutungsgehalt einer ärztlichen Feststellung von AU ab dem Tage der Begutachtung (6. Januar 2017) auf unbestimmte Zeit zu. In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass die von Dr. [redacted] verwendeten Formulierung „Ende der AU nicht absehbar“ unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls einen Anspruch auf Krankengeld begründen kann, der mehrere Zeitabschnitte umfasst und dessen Ende zeitlich nicht bestimmt ist (BSG, Beschluss vom 30. September 2015 – B 3 KR 40/15 B – juris, Rn. 11; Urteil vom 12. März 2013 – B 1 KR 7/12 – Rn. 15). Vorliegend kann die Erklärung von Dr. [redacted] nach ihrem objektiven Erklärungsgehalt

aus dem Empfängerhorizont und unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände nur in diesem Sinne ausgelegt werden. Hierfür spricht zunächst der Wortlaut der von Dr. [redacted] verwendeten Formulierungen „Ende der AU nicht absehbar“ und „Dauer der AU ist noch nicht konkret absehbar“. Diese Formulierung bedeutet, ebenso wie die Formulierung „bis auf Weiteres“ (vgl. hierzu: BSG, Beschluss vom 30. September 2015, a. a. O., Rn. 16), im Kontext einer AU-Feststellung wörtlich lediglich, dass die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit solange gelten solle, bis sie durch eine andere ersetzt wird. Nach dem Wortlaut seiner im Tatbestand wörtlich zitierten Ausführungen bezog sich die von Dr. [redacted] erbetene Frist allein auf die Wiedervorlage des Vorgangs zur sozialmedizinischen Fallberatung und gerade nicht auf die Dauer der AU. Hierfür spricht auch seine Beurteilung, wonach zunächst der Verlauf der im vergangenen Jahr begonnenen Psychotherapie, flankiert durch eine noch einzuleitende psychiatrische Begleitbehandlung, abgewartet werden müsse und dass eine Reha-Maßnahme im Sinne von § 51 SGB V „*derzeit* nicht indiziert“ sei. Diese Ausführungen lassen nur den Schluss zu, dass Dr. [redacted] – dem Auftrag der Beklagten und seinem gesetzlichen Auftrag folgend (vgl. § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a SGB V) – beabsichtigte, nach Ablauf der erbetenen Achtwochenfrist eine abschließende gutachtliche Stellungnahme zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin, abzugeben.

Steht damit fest, dass Dr. [redacted] der Klägerin anlässlich der am 6. Januar 2017 durchgeführten persönlichen Untersuchung wegen der au-begründenden Diagnose F41.2 nach dem ICD-10-GM AU auf unbestimmte Zeit bescheinigt hat, erübrigten sich nachgehend weitere Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit (vgl. BSG, Beschluss vom 30. September 2015, a. a. O., Rn. 11). Dies wiederum hat zunächst zur Folge, dass die AU der Klägerin auch für den 1. Februar 2017 im Sinne von § 46 Satz 1 Nr. 1 SGB V ärztlich festgestellt war und somit der Versicherungsschutz der Klägerin mit Krankengeldanspruch nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V am 2. Februar 2017 fortbestand.

Darüber hinaus kann sich die Beklagte auch nicht mit Erfolg auf ein Ruhen des Krankengeldanspruchs nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (in der im Streitzeitraum maßgeblichen Fassung) in den Zeiträumen vom 1. bis zum 10. April 2017, vom 1. bis zum 7. Juni 2017 und vom 1. bis zum 24. Oktober 2017 berufen. Nach § 49 Abs. 1

Nr. 5 SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange die AU der Krankenkasse nicht gemeldet wird. Die Regelung soll die KK ebenso wie die Ausschlussregelung des § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V lediglich davon freistellen, die Voraussetzungen eines verspätet geltend gemachten Krankengeldanspruchs im Nachhinein aufklären zu müssen. Die Norm soll der Krankenkasse die Möglichkeit erhalten, die AU zeitnah durch den MDK überprüfen zu lassen, um Leistungsmissbräuchen entgegenzutreten und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einleiten zu können. Wie bei der ärztlichen Feststellung handelt es sich auch bei der Meldung der AU um eine Obliegenheit des Versicherten; die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung oder Meldung sind deshalb grundsätzlich von ihm zu tragen. Liegt der KK dagegen eine ärztliche AU-Mitteilung zwecks Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für Krankenkasse vor, die die Rechtsposition des Versicherten erkennbar stützt, bedarf es keiner weiteren AU-Meldung (BSG, Urteil vom 13. März 2013, a. a. O., Rn. 17 m. w. N.). Es kommt vorliegend also nicht darauf an, ob die von Dipl.-Med. [redacted] ausgestellten AU-Bescheinigungen innerhalb der Frist des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V vorlagen. Die Beklagte hatte bereits aufgrund des von Dr. [redacted] erstellten MDK-Gutachtens, welches ihr am 11. Januar 2017 übersandt worden war, Kenntnis von der auf unbestimmte Zeit andauernden AU der Klägerin. Dass sie, die Beklagte, das MDK-Gutachten – ebenso wie die Klägerin – nicht im Sinne einer AU-Feststellung verstanden hat, ist wegen dessen objektiven Erklärungswertes unbeachtlich. Die AU- Feststellung verliert ihren Erklärungswert jedenfalls nicht dadurch, dass sie von den Beteiligten nicht zur Kenntnis wurde.

Der Krankengeldanspruch der Klägerin bestand nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V aber nur bis zu dessen Erschöpfung am 11. März 2018 fort. Für einen weitergehenden Anspruch, wie ihn die Klägerin auch im Berufungsverfahren noch geltend macht, besteht keine Rechtsgrundlage. Nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der AU wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der AU an. Vorliegend bestand die auf der psychischen Erkrankung der Klägerin beruhende AU auch nach der Einschätzung des MDK-Gutachters Dr. [redacted] durchgehend seit dem 12. September 2016. Der Senat erachtet diese Feststellung als überzeugend und folgt ihr daher. Die 78. Woche – und damit der Krankengeldanspruch der Klägerin – endete somit am 11. März 2018. Für eine zeitlich darüber hinausgehende Gewährung von Krankengeld,

wie sie die Klägerin erstinstanzlich noch auf unbestimmte Zeit begehrt hat und im Berufungsverfahren nun noch bis zum 2. Juli 2018 geltend macht, ist daher kein Raum.

Ob der Anspruch der Klägerin auf Krankengeld für die Zeit ab dem 29. März 2017 möglicherweise wegen des Bezugs anderer Sozialleistungen, z.B. Übergangsgeld, gemäß § 49 Abs. 1 SGB V ruht, kann der Senat dahinstehen lassen, weil lediglich ein Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach im Streit steht.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1 SGG und berücksichtigt, dass die Klägerin erstinstanzlich Krankengeld auf unbestimmte Zeit und im Berufungsverfahren bis zum 2. Juli 2018 begehrt hat.

Gründe dafür, nach § 160 Abs. 2 SGG die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Beschwerde als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nachfolgend unter Nrn. 2 bis 7 genannten Personen und Organisationen (§ 65d Satz 2 SGG). Die Beschwerde muss bis zum Ablauf dieser Frist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Briefpost
34114 Kassel

Telefax-Nummer:
(0561) 3107475

bei Eilbrief, Paket und Päckchen
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

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 oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 65a Abs. 4 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. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem Sozialen Entschädigungsrecht, , dem Soldatenentschädigungsrecht oder der Menschen mit Behinderungen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Begründung als elektronisches

Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Gleiches gilt für die oben unter Nrn. 2 bis 7 genannten Personen und Organisationen (§ 65d Satz 2 SGG).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Gleiches gilt für die oben unter Nrn. 2 bis 7 genannten Personen und Organisationen (§ 65d Satz 2 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

[redacted]