

L 5 KR 937/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 4300/09
Datum
21.12.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 937/12
Datum
10.07.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.12.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Klägerin Anspruch auf Krankengeld über den 15.08.2009 hinaus hat.

Die 1968 geborene Klägerin, die keinen Beruf erlernt hat, war zuletzt in einem Drogeriemarkt in Teilzeit (nach eigenen Angaben fünf bis sechs Stunden täglich) beschäftigt. Am 25.05.2009 kündigte der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis zum 31.07.2009. Unter dem 26.05.2009 stellte der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. bei ihr die Diagnose "Neurasthenie" und schrieb sie arbeitsunfähig krank. Zugleich beantragte er für die Klägerin eine Reha-Maßnahme wegen eines psychovegetativen Erschöpfungssyndroms. Die Klägerin bezog in der Folge Lohnfortzahlung bis 06.07.2009 und anschließend Krankengeld in Höhe von 14,33 EUR netto (16,35 EUR brutto) bis 15.08.2009. Ab dem 16.08.2009 war sie bei der Beklagten auf Grund des Bezugs von Arbeitslosengeld II versichert und ab dem 01.10.2009 wurde eine Familienversicherung über den Ehegatten durchgeführt. Seit dem 01.09.2011 erhält sie Rente wegen Erwerbsminderung.

Nach der ersten Krankschreibung vom 26.05.2009 erklärte die Klägerin gegenüber der Beklagten am 15.06.2009, sie leide unter Kreislaufbeschwerden, Depressionen und Halswirbelsäulenbeschwerden. Die Halswirbelsäulenbeschwerden bestünden seit einem Jahr, die Depressionen seien nicht häufig und treten seit ihrem 17. Lebensjahr auf. Die Kreislauferkrankung sei neu. Dr. K. gab unter dem 12.06.2009 an, Arbeitsunfähigkeit bestehe wegen einer Neurasthenie (sonstige neurotische Störung). Nachdem Dr. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in einer Stellungnahme vom 11.08.2009 die Auffassung vertreten hat, ein weiteres Andauern einer Arbeitsunfähigkeit begründenden Leistungseinschränkung sei aus den vorgelegten Unterlagen nicht erkennbar, inzwischen müsste eine Stabilisierung eingetreten sein, sei aus medizinischer Sicht letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit der 11.08.2009.

Mit Bescheid vom 12.08.2009 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie werde die Krankengeldzahlung mit dem 15.08.2009 einstellen, wogegen die Klägerin am 20.08.2009 Widerspruch erhob. Sie legte zur Begründung einen handschriftlichen Vermerk von Dr. K. vor, wonach sie weiterhin arbeitsunfähig und (wegen des psychovegetativen Erschöpfungssyndroms) ein neurologisches Konsil geplant sei. Dr. K. bescheinigte der Klägerin mit Auszahlungsscheinen vom 17.08.2009, 25.08.2009, 07.09.2009, 14.09.2009, 22.09.2009 sowie 15.10.2009 wegen den selben Erkrankungen weiterhin arbeitsunfähig zu sein. Eine neurologische Untersuchung fand sodann am 03.09.2009 bei der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. H., G., statt. Diese diagnostizierte ausweislich ihres Arztbriefes vom selben Tag eine Belastung bei familiärer Konfliktsituation. Durch die bestehenden Schwierigkeiten am Arbeitsplatz mit Entlassung sei sie unter finanziellem Druck, ihr Mann sei ebenfalls krank. Dr. H. vertrat die Auffassung, der bestehende familiäre Konflikt sei bei der Klägerin unzweifelhaft vorhanden, es bestünden erhebliche materielle Sorgen, sie reagiere mit körperlichen Beschwerden. Die Prognose sei bei ihr insgesamt nicht günstig, derzeit sei es schwer vorstellbar, dass sie in den Arbeitsprozess wieder hineinfinde. Dr. B. vom MDK vertrat in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 11.09.2009 hierzu die Auffassung, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ergebe der Befund von Dr. H. keine neuen medizinischen Aspekte. Die Beschwerden der Klägerin bestünden schon seit Jahren, ohne dass eine ambulante nervenärztliche Therapie durchgeführt werde. Stationäre Rehabilitationsverfahren oder stationäre fachspezifische Behandlungen habe die Klägerin in der Vergangenheit abgelehnt (Hinweis auf ein Gutachten vom 11.05.2006). Aus der aktuell schwierigen Situation der Klägerin könne ein aufgehobenes Leistungsvermögen jedoch nicht abgeleitet werden. Im Befundbericht vom 03.09.2009 seien weder schwere depressive noch sonstige psychische Störungen diagnostiziert worden, es werde auch keine weitere Behandlung empfohlen. Die Feststellung, dass es schwer vorstellbar sei, dass die Klägerin wieder in den Arbeitsprozess hineinfinde, könne nicht als ausreichende Begründung für weitere

Arbeitsunfähigkeit akzeptiert werden.

Vom 23.09.2009 bis 14.10.2009 befand sich die Klägerin im S. Reha-Klinikum Bad K ... Dort wurden ein Cervicobrachialsyndrom, ein Lumbalsyndrom, PVS sowie eine Colitis ulcerosa diagnostiziert. Aus orthopädischer Sicht könne die Klägerin ihre letzte Tätigkeit vollschichtig ausüben. Sie sei in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine mittelschwere körperliche Tätigkeit im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen vollschichtig zu verrichten. Unter der Rubrik weitere Therapie heißt es: "Aufgrund des erheblich eingeschränkten psychischen Zustands ist aus psychologischer Sicht gegenwärtig eine dringende psychotherapeutische Mitbetreuung sowie Weiterführung der psychiatrischen Behandlung am Heimatort zu empfehlen. Desweiteren auch die Fortführung und Vertiefung der Entspannungstherapie". Die Klägerin werde bei reduziertem Wohlbefinden als arbeitsunfähig entlassen. Der daraufhin von der Beklagten erneut befragte MDK (sozialmedizinisches Gutachten Dr. S. vom 28.10.2009) kam nach Auswertung des Entlassberichts vom 14.10.2009 zu dem Ergebnis, die ergänzend vorgelegten medizinischen Unterlagen begründeten keine Änderung der gutachterlichen Voreinschätzung. Weiterhin bestehe ein positives vollschichtiges Leistungsbild auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne erhöhte Stressbelastung, ohne Nacht- und Wechselschichten, ohne Akkordarbeit, ohne erhöhte Verantwortung für Personen und Dinge sowie unter Ausschluss der Einnahme von Zwangshaltungen. Der Aufnahmebefund habe eine 41-jährige Patientin ohne neurologische Defizite mit unauffälligem Gangbild, verspannter Schulter- und Nackenmuskulatur gezeigt, die HWS Rotation sei beidseits bis 75 Grad möglich gewesen, der Finger-Boden-Abstand habe 10 cm betragen. Eine psychiatrische Diagnose sei nicht gestellt worden, der Rehabilitationsverlauf sei unproblematisch gewesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.11.2009 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch der Klägerin zurück. Eine eingehende Prüfung der gesamten Unterlagen habe ergeben, dass der Leistungs-Einstellungsbescheid vom 12.08.2009 nicht zu beanstanden sei.

Hiergegen erhob die Klägerin am 26.11.2009 Klage bei dem Sozialgericht Ulm. Sie sei weiterhin arbeitsunfähig krank, was ihr sowohl der Hausarzt als auch die anderen behandelnden Ärzte bescheinigt hätten.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte der Klägerin. Orthopäde Dr. D. teilte mit Schreiben vom 09.06.2010 mit, er habe die Klägerin erstmalig am 03.05.2010 und letztmals am 20.05.2010 wegen Blockaden im Bereich der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule behandelt. Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. gab in ihrer schriftlichen Aussage als sachverständige Zeugin vom 09.06.2010 an, die Klägerin habe bei der Untersuchung am 03.09.2009 eine familiäre Konfliktsituation beschrieben, desweiteren Angst und Depression angegeben. Sie habe die Klägerin nicht krankgeschrieben und diese auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit untersucht. Facharzt für Orthopädie Sch. teilte mit Schreiben vom 10.06.2010 mit, er habe die Klägerin letztmals im Juni 2009 gesehen und könne über ihren Zustand danach nichts aussagen. Dipl.-Psych. J. (Auskunft vom 17.06.2010) gab als Behandlungszeitraum den 01.03.2010 bis 19.05.2010 an, innerhalb dieses Zeitraums seien drei probatorische Sitzungen absolviert worden. Nach ihrem Kenntnisstand habe die Klägerin eine mittelgradige depressive Episode (wegen Arbeitsplatzverlustes) mit somatischem Syndrom gehabt. Zur Arbeitsfähigkeit der Klägerin könne sie nichts sagen. Dr. K. teilte als sachverständiger Zeuge mit schriftlicher Aussage vom 14.06.2010 mit, die Klägerin sei bei ihm seit Juli 2007 wegen HWS-Syndrom, Discopathie, Depressionen durchgehend in Behandlung. Arbeitsunfähigkeit habe er wegen der Diagnose "Neurasthenie" unter anderem mit Auswahlschein vom 17.08.2009, 25.08.2009, 31.08.2009, 07.09.2009, 14.09.2009, 22.09.2009, 15.10.2009, 27.10.2009 und in der Folge durchgehend bis 31.05.2010 bescheinigt.

Dr. B. vom MDK wertete diese Unterlagen aus und kam in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 20.09.2010 zu dem Ergebnis, die vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen bezögen sich überwiegend auf die Zeit nach dem hier in Frage stehenden Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit. Die Klägerin sei vom Hausarzt arbeitsunfähig geschrieben worden, der darauf hingewiesen habe, dass die Einschätzung des Leistungsbildes aus dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet erforderlich sei. Die behandelnde Nervenärztin habe jedoch keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Es gebe keinen Anlass zur Änderung der gutachtlichen Einschätzung.

Die Klägerin hat ergänzend eine Bescheinigung vorgelegt, wonach sie vom 25.10.2010 bis 08.02.2011 im C., G., Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie stationär in Behandlung gewesen sei.

Mit Urteil vom 21.12.2011 wies das SG die Klage ab. Es sei nicht davon überzeugt, dass die Klägerin über den 15.08.2009 hinaus arbeitsunfähig erkrankt gewesen sei. Zwar habe der behandelnde Arzt Dr. K. die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin wegen Neurasthenie bescheinigt, er habe sich aber nicht mit der in Teilzeit verrichteten Arbeit der Klägerin auseinandergesetzt und habe zudem darauf verwiesen, dass erst eine Beurteilung aus dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet eine aussagekräftige Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit ermögliche. Auszugehen sei deshalb zunächst von den Angaben der Klägerin selbst am 15.06.2009, sie leide nicht häufig an Depressionen. Nehme man nun im Weiteren insbesondere auch den Entlassungsbericht über den Reha-Aufenthalt vom 23.09.2009 bis 14.10.2009 näher unter die Lupe, dann fänden sich im Rahmen der behandelten Diagnosen nahezu ausschließlich körperliche Gesundheitsstörungen. Hinweise darauf, dass bei der Klägerin nervenärztliche Gesundheitsstörungen für die Begründung der Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund stünden, seien diesen Unterlagen nicht zu entnehmen. Ziehe man dann noch den zeitnah erstellten Arztbrief der Neurologin und Psychiaterin Dr. H. vom 03.09.2009 zu Rate, dann bescheinige die Fachärztin keine ausdrückliche Arbeitsunfähigkeit, sie habe es lediglich - ohne hierfür weitere Gründe anzugeben - für schwer vorstellbar gehalten, dass die Klägerin in den Arbeitsprozess hineinfinde.

Auch habe die Neurologin und Psychiaterin Dr. H. als sachverständige Zeugin eine ausdrückliche Festlegung bei der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit vermieden. Unter dem 09.06.2010 habe sie geschrieben, dass die Klägerin von ihr nicht krankgeschrieben worden sei; in einer späteren Auskunft vom 28.10.2010 habe sie erklärt, dass sich für sie die Frage der Arbeitsunfähigkeit nicht gestellt habe. Sie könne sich daher dazu nicht kompetent äußern. Zusammenfassend bedeute dies, dass das Gericht seine Überzeugung nicht darauf stützen könne, die Klägerin sei tatsächlich über den 15.08.2009 hinaus arbeitsunfähig erkrankt gewesen.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 02.02.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 02.03.2012 Berufung eingelegt. Der Einwand des SG, Dr. K. habe sich nicht mit einer Teilzeittätigkeit auseinandergesetzt, sei irrelevant, weil aus Sicht des Arztes dies keine Rolle gespielt habe. Wenn überhaupt gar keine Tätigkeit mehr möglich sei, spiele auch die Teilzeittätigkeit schlicht keine Rolle. Auch sei falsch, dass dem Reha-Bericht keine nervenärztlichen Gesundheitsstörungen zu entnehmen seien. Zunächst habe es sich bei der S. Reha-Klinik Bad K. um eine orthopädische Reha-Klinik gehandelt, sodass von vornherein nicht zu erwarten gewesen sei, dass diese Klinik psychiatrische Maßnahmen ergreife. Interessant sei allerdings der Hinweis auf den labilen psychischen Zustand der Klägerin, der psychotherapeutische

Betreuung und die Weiterführung psychiatrischer Behandlung am Heimatort erfordere. Die Einschätzung dieser Reha-Klinik, dass die Klägerin geeignete Arbeiten noch vollschichtig verrichten könne, beziehe sich lediglich auf das orthopädische Fachgebiet. Wohl deswegen sei abschließend von der Reha-Klinik festgestellt worden "bei reduziertem Wohlbefinden werde die Klägerin arbeitsunfähig entlassen". Hinsichtlich der Aussagen von Dr. H., wonach diese zu keinem Zeitpunkt das Wort Arbeitsunfähigkeit verwendet habe, sei entgegenzuhalten, dass nach deren Einschätzung die Klägerin nicht wieder in den Arbeitsprozess finden werde. Ein inhaltlicher Unterschied sei darin nicht zu sehen. Insgesamt seien die Ausführungen von Dr. K. und Dr. H. so eindeutig, dass von Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Ergänzend hierzu legte die Klägerin die Bescheinigung von Dr. K. vom 05.01.2012 vor, wonach seit dem 26.05.2009 durchgehend eine psychiatrische und psychovegetative Komponente der Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, ferner den ärztlichen Entlassungsbericht der Universitäts- und Rehabilitationsklinik U., wo die Klägerin vom 20.06.2012 bis 31.07.2012 wegen anhaltender mittelgradiger depressiver Episoden bei langjährigem Krankheitsverlauf, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie verminderter kognitiver psychischer Belastbarkeit, chronischer Cervicobrachialgie rechts, Lumboischialgie rechts, chronischem Schmerz und Schlafstörungen in stationärer Behandlung war. Schließlich ließ die Klägerin noch vortragen, ihr sei ab dem 01.09.2011 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bewilligt worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.12.2011 sowie den Bescheid vom 12.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.11.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr vom 16.08.2009 bis zur Erschöpfung des Anspruchs am 22.11.2010 Krankengeld in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Ihres Erachtens sei nach wie vor nicht nachvollziehbar, wie aus den vorhandenen ärztlichen Unterlagen Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden könne. Der vorgelegte ärztliche Entlassungsbericht über den stationären Aufenthalt vom 20.06.2012 bis 31.07.2012 ändere an dieser Beurteilung nichts. Dies folge allein bereits aus der zeitlichen Distanz des aktuellen Berichts zum streitgegenständlichen Arbeitsunfähigkeitszeitraum. Weder die stationäre Aufnahme am 25.10.2010 noch spätere Krankschreibungen begründeten einen Anspruch auf Krankengeld, weil die nach dem 15.08.2009 bestehenden Versicherungsverhältnisse als Alg II- Bezieherin und Familienversicherte einen Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen hätten.

Beide Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die die Klägerin betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 1](#), [124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden.

Die Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143](#), [144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von 750 EUR ist bei mit der Berufung beehrtem Krankengeld in Höhe von kalendertäglich 14,33 EUR netto für weitere mindestens 70 Wochen bei Weitem überschritten. Die Berufung ist auch sonst gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung ist aber nicht begründet. Der Klägerin steht Krankengeld über den 15.08.2009 hinaus nicht zu.

I.

Rechtsgrundlage für die Gewährung von Krankengeld sind die Bestimmungen der [§§ 44 ff. SGB V](#). Gem. [§ 44 Abs. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Keinen Anspruch auf Krankengeld haben gem. [§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (u.a.) die nach [§ 10 SGB V](#) Versicherten; das sind Personen in der Zeit, für die sie über die Familienversicherung mitversichert sind.

Unter welchen Voraussetzungen Arbeitsunfähigkeit i. S. d. [§ 44 Abs. 1 SGB V](#) vorliegt, richtet sich nach dem Umfang des Krankenversicherungsschutzes im jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Entstehung des Krankengeldanspruchs, außerhalb von Krankenhausbehandlungen oder von Behandlungen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung also der Tag, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt ([§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#); vgl. auch BSG, Urt. v. 10.5.2012, - [B 1 KR 19/11 R](#) - und - [B 1 KR 20/11 R](#) -). Die aufgrund der Ausübung einer Beschäftigung gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) Versicherten, die im maßgeblichen Zeitpunkt in einem Arbeitsverhältnis (Beschäftigungsverhältnis) stehen (zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit am letzten Tag des Beschäftigungsverhältnisses Senatsurteil vom 3.8.2011, - [L 5 KR 1056/10](#) -) und einen Arbeitsplatz innehaben, sind arbeitsunfähig, wenn sie die an ihren Arbeitsplatz gestellten beruflichen Anforderungen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen können (vgl. näher auch [§ 2 Abs. 1 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien](#)). Solange das Arbeitsverhältnis besteht, dürfen sie nicht auf (gleichartige) Tätigkeiten verwiesen werden, die sie gesundheitlich noch ausüben könnten (jurisPK-SGB V/Meyerhoff, [§ 44 Rdnr. 56, 57](#) auch zum Sonderfall der Zuweisung einer gesundheitlich noch möglichen anderen Tätigkeit beim gleichen Arbeitgeber). Dem krankenversicherten Arbeitnehmer soll durch die Krankengeldgewährung nämlich die Möglichkeit offen gehalten werden, nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit seine bisherige Arbeit wieder aufzunehmen (BSG, Urt. v. 7.12.2004 - [B 1 KR 5/03 R](#) -). Ähnliches gilt für Versicherte, die noch während des Beschäftigungs- bzw. Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig werden und bei (deswegen) laufendem Bezug von Krankengeld aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden und sich arbeitslos melden. Ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch das bisherige, auf [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gegründete Versicherungsverhältnis zur Krankenversicherung der Beschäftigten

bleiben gem. [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder Krankengeld bezogen wird.

Liegt Arbeitsunfähigkeit vor, setzt das Entstehen des Krankengeldanspruchs - abgesehen von Behandlungen im Krankenhaus oder in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen - weiter voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird (ggf. durch Auszahlungsschein für Krankengeld - vgl. § 6 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien); gem. [§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) entsteht der Leistungsanspruch nämlich erst von dem Tag an, der auf den Tag dieser ärztlichen Feststellung folgt. Weitere verfahrensrechtliche Bestimmungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Vertragsärzte enthalten die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien. Dort ist auch die Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem MDK näher geregelt. Gem. § 7 Abs. 2 Satz 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien ist ein Gutachten des MDK zur Frage der Arbeitsunfähigkeit für den Vertragsarzt verbindlich. Bei Meinungsverschiedenheiten kann er allerdings unter schriftlicher Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse unverzüglich nach Kenntnisnahme der abweichenden Beurteilung des MDK eine erneute Beurteilung auf der Basis eines Zweitgutachtens beantragen (§ 7 Abs. 2 Satz 2 und 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien). In beweisrechtlicher Hinsicht kommt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Bedeutung einer ärztlich-gutachterlichen Stellungnahme zu. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist daher im sozialgerichtlichen Verfahren ein Beweismittel wie jedes andere, so dass der durch sie bescheinigte Inhalt durch andere Beweismittel widerlegt werden kann. Die Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bewirkt zu Gunsten des Versicherten weder eine Beweiserleichterung noch gar eine Beweislastumkehr (BSG, Urt. v. 8.11.2005, - [B 1 KR 18/04 R](#) -).

Der Anspruch auf Krankengeld endet (erlischt) - wie alle Leistungsansprüche - gem. [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) grundsätzlich mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet ([§ 190 Abs. 2 SGB V](#)). Die Mitgliedschaft besteht jedoch fort, wenn ein Erhaltungstatbestand des [§ 192 SGB V](#) erfüllt ist. Das ist gem. [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) insbesondere der Fall, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder Krankengeld (tatsächlich) bezogen wird.

Ist die Mitgliedschaft auch unter Berücksichtigung der Erhaltungstatbestände in [§ 192 SGB V](#) beendet, besteht gem. [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) noch ein nachgehender Leistungsanspruch ggf. auch auf Krankengeld längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Der beitragsfreie nachwirkende Versicherungsschutz dient der Vermeidung sozialer Härten. Er soll verhindern, dass Betroffene bei kurzzeitigen Beschäftigungslücken, etwa wegen eines Arbeitsplatzwechsels, vorübergehend keinen Krankenversicherungsschutz haben. Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt durch die Zahlung von Krankengeld aufgrund des nachgehenden Leistungsanspruchs aber nicht aufrechterhalten (BSG, Urt. v. 5.5.2009, - [B 1 KR 20/08 R](#) -). Eine Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung), ebenso eine freiwillige Krankenversicherung ([§ 9 SGB V](#)), hat Vorrang vor dem (grundsätzlich subsidiären, vgl. BSG, Urt. v. 20.8.1986, - [8 RK 74/84](#) -) nachgehenden Leistungsanspruch (vgl. [§ 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Mitglieder, deren eigene Mitgliedschaft endet, die aber nach § 10 Familienversicherte sein oder werden können, sind daher auf den Familienversicherungsschutz oder ggf. nach näherer Maßgabe des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) auf den Schutz einer freiwilligen Krankenversicherung verwiesen. Sie haben (mangels Schutzbedürftigkeit - vgl. BSG, Urt. v. 20.8.1986, - [8 RK 74/84](#) -) keinen nachgehenden Leistungsanspruch aus [§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (vgl. auch LSG Hessen, Urt. v. 26.10.2010, - [L 1 KR 84/10](#) -; Senatsurteil vom 3.8.2011, - [L 5 KR 1056/10](#) -).

II.

Hiervon ausgehend hat die Beklagte zu Recht das Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit über den 15.08.2009 hinaus verneint. Arbeitsunfähigkeit lässt sich bei der Klägerin mit der allein als Ursache angegebenen Neurasthenie nicht weiter begründen. Jedenfalls für den Zeitraum vom 16.08.2009 bis zum Beginn der Reha-Maßnahme in der S. Reha-Klinik Bad K. am 23.09.2009 liegen keine Befunde vor, aus denen zuverlässig auf ein Krankheitsbild geschlossen werden könnte, das zur Arbeitsunfähigkeit führt. Die Ermittlungen des Sozialgerichts haben aber auch keine Hinweise dafür ergeben, dass später beschriebene Befunde bereits Ende August 2009 oder Anfang September 2009 vorgelegen haben könnten. Der Orthopäde D. hat die Klägerin erstmals am 03.05.2010 behandelt, Orthopäde Sch. hat die Behandlung der Klägerin im Juni 2009 abgeschlossen und die psychologische Psychotherapeutin J. hat mit probatorischen Sitzungen erst am 01.03.2010 begonnen. Konkrete Befunde wurden von all diesen Ärzten nicht mitgeteilt, erst recht keine Befunde, aus denen rückwirkend auf frühere Zeiträume hätte geschlossen werden können.

Dr. K. hat der Erkrankung der Klägerin mit "Neurasthenie" zwar eine Bezeichnung gegeben, er vermochte aber trotz Befragung nicht anzugeben, welche Symptome er beobachtet hat und auf welche Weise er eventuell damit einhergehende Beschwerden behandelt hat. Maßnahmen der Heilbehandlung sind nicht bekannt, weder wurde eine fachärztliche psychotherapeutische Behandlung eingeleitet noch erfolgte eine medikamentöse oder irgendeine andere Therapie. Die ärztliche Tätigkeit von Dr. K. hat sich offensichtlich darauf beschränkt, der Klägerin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Veranlasst wurde von ihm lediglich eine ambulante Untersuchung bei Frau Dr. H., die am 03.09.2009 jedoch keine klaren Ergebnisse brachte. Dr. H. hat in dem Arztbrief vom 03.09.2009 lediglich von einer Belastung bei familiärer Konfliktsituation gesprochen, konkretere Befunde fehlen indes völlig. Auffällig ist, dass von Dr. H. auch keinerlei Behandlungsmaßnahmen veranlasst oder empfohlen wurden. Einzuräumen ist der Klägerin allerdings, dass Dr. H. am Ende ihres Arztbriefes schreibt, es sei derzeit schwer vorstellbar, dass die Klägerin in den Arbeitsprozess hineinfinde. Unklar bleibt, was sich verglichen mit dem Zeitraum vor drei Monaten, wo die Klägerin noch im Arbeitsprozess stand, eigentlich verschlimmert haben könnte. Der Hinweis auf Probleme seit dem Tod der Schwester vor 20 Jahren hilft nicht weiter, weil die Klägerin trotz des Todes ihrer Schwester vor 20 Jahren bis 25.05.2009 in einer Drogeriekette ihre Arbeit verrichten konnte. Nicht beschrieben werden auch die körperlichen Beschwerden, unter denen die Klägerin gelitten haben soll, nicht einmal die eigenen Beschwerdegaben der Klägerin werden mitgeteilt. Insoweit hat auch die spätere Befragung durch das Sozialgericht keine weitere Klarheit ergeben. Zwar werden nun mehr Angst und Depression als weitere Diagnosen benannt, zugleich wird von Dr. H. jedoch betont, dass sie die Klägerin nicht krankgeschrieben habe und diese Frage bei ihrer Konsultation keine Rolle gespielt habe, weswegen sie die Klägerin auch nicht unter dieser Fragestellung untersucht habe. Hat Dr. H. aber die Klägerin unter der Fragestellung der Arbeitsunfähigkeit nicht untersucht und hat sie auch offensichtlich in ihren internen Unterlagen keine Befunde dokumentiert, die Arbeitsunfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt nahelegen würden, so fehlen zu Gunsten der Klägerin beweisende Befunde.

Streitigkeiten mit dem Ehemann wegen schwieriger finanzieller Verhältnisse führen nicht unbesehen zur Arbeitsunfähigkeit. Wenn solche länger anhaltenden Streitigkeiten krank machen, können ggfs. auftretende Krankheitssymptome auch beschrieben werden und dann als Grundlage für eine einzuleitende Psychotherapie oder für eine andere verbale Interventionen des Arztes dienen. Es gehört zu den Pflichten von Fachärzten, die von ihnen erhobenen Befunde zu dokumentieren und den behandelnden Hausärzten mitzuteilen. Solche Befundbeschreibungen sind offensichtlich nicht erfolgt, woraus zu schließen ist, dass auch die entsprechenden Feststellungen nicht

getroffen wurden. Dies bedeutet, dass Dr. H. den geklagten Problemen der Klägerin keinen ernst zu nehmenden Krankheitswert zugemessen hat.

In gleicher Weise unschlüssig ist auch der Entlassbericht der S. Reha-Klinik Bad K. vom 14.10.2009. Als Befund bei der Aufnahmeuntersuchung wird als psychische und soziale Belastung angegeben, die Schwester sei vor 17 Jahren ermordet worden und es bestünden finanzielle Probleme. Über daraus resultierende Beschwerden wurde offensichtlich nicht geklagt. Die Psyche wurde im Aufnahmebefund als bewusstseinsklar und allseitig orientiert ohne mnestiche Einbußen beschrieben. Als Ergebnis der wahrgenommenen psychologischen Angebote wurde demgegenüber ein labiler psychischer Zustand angegeben, der zur Empfehlung einer psychotherapeutischen Betreuung sowie der Weiterführung der psychiatrischen Behandlung am Heimatort geführt hat. Welche Befunde dem allerdings zugrunde liegen, bleibt völlig unklar. Festzuhalten ist deshalb auch, dass der ärztliche Entlassbericht zwar einerseits Hinweise auf psychische Labilität gibt, andererseits ebenfalls keine konkreten Befunde hinsichtlich einer aus psychiatrischen Gründen verminderten beruflichen Einsatzfähigkeit gibt. Der Senat teilt die Auffassung des MDK, dass aufgrund der vorliegenden Befunde nicht nachvollziehbar ist, warum die Klägerin nicht ihrer bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin in einer Drogeriemarktkette hätte weiter nachgehen können. Soweit die Klägerin im Erörterungstermin vorgebracht hat, sie sei zuletzt bei ihrer Tätigkeit in dem Drogeriemarkt dermaßen unkonzentriert gewesen, dass sie viele Fehler gemacht habe, gibt der psychische Befund keinen Anhaltspunkt dafür, dass dieser Zustand über längere Zeit hinweg angehalten hat. Abgesehen davon würden nur familiäre Konflikte, die zu einer Minderleistung am Arbeitsplatz führen, noch nicht eine Erkrankung darstellen, die Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Der Umstand, dass die Schwester der Klägerin vor ca. 20 Jahren ermordet worden ist, mag sehr belastend sein, die Klägerin hat gleichwohl nach dieser Tat eine Familie gegründet und ihre drei Kinder erfolgreich erzogen. Warum diese Tat jetzt wieder in den Vordergrund des Bewusstseins der Klägerin gerückt sein soll, lässt sich den vorliegenden ärztlichen Berichten nicht entnehmen. Das völlige Fehlen konkreter Befundbeschreibungen geht somit nach alledem zu Lasten der Klägerin. Der Senat vermag ebenfalls Arbeitsunfähigkeit nicht als nachgewiesen anzusehen.

III.

Ob bei der Klägerin wegen einer Verschlimmerung der psychischen Erkrankung nach dem 23.09.2009 erneut Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, brauchte nicht abgeklärt zu werden. Denn die Klägerin hatte für nach dem 23.09.2009 gelegene Zeiträume keinen Anspruch auf Krankengeld.

Die Klägerin war bis zur Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses zum 31.07.2009 bei der Beklagten pflichtversichert in der Krankenversicherung der Beschäftigten ([§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)). Wegen des Bezugs von Krankengeld bestand das Versicherungsverhältnis zunächst bis 15.08.2009 fort ([§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)). Da jedenfalls in der Zeit nach dem 15.08.2009 mehrere Wochen lagen, in denen Arbeitsunfähigkeit bei der Klägerin nicht nachweisbar war, hat die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Beschäftigten geendet.

Für das erneute Entstehen eines Krankengeldanspruchs ist das Versicherungsverhältnis der Klägerin maßgebend, das zum Zeitpunkt des erneuten Eintritts von Arbeitsunfähigkeit besteht. Dies waren vom 23.09.2009 bis 30.09.2009 das Versicherungsverhältnis auf Grund des Alg II-Bezugs, danach die über den Ehemann begründete Familienversicherung. Diese Versicherungsverhältnisse gewährleisteten zwar die Behandlung im Krankheitsfall, umfassen jedoch die Zahlung von Krankengeld nicht ([§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)). Spätere Erkrankungen, die Arbeitsunfähigkeit im früheren Beschäftigungsverhältnis zur Folge gehabt hätten, sind deshalb nicht mehr in der Lage einen Krankengeldanspruch der Klägerin zu begründen. Es kann deshalb wegen der nach dem 15.08.2009 eingetretenen Unterbrechung von Arbeitsunfähigkeit offen bleiben, ob und von welchem späteren Zeitraum an die Klägerin erneut arbeitsunfähig erkrankt ist.

IV.

Nach alledem ist das angefochtene Urteil des Sozialgerichtes nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat zu Recht mit Ablauf des 15.08.2009 die Gewährung von Krankengeld eingestellt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-07-22