

L 4 KR 175/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1812/06
Datum
27.08.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 175/08
Datum
25.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. August 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Klägerin Krankengeld (Krg) auch vom 24. Dezember 2005 bis 27. Mai 2006 zusteht.

Die am 1954 geborene Klägerin, die gelernte Einzelhandelskauffrau ist, ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie war seit 01. Juli 1989 bei der Firma A. in R. als Lagerarbeiterin (Staplerfahrerin) in Teilzeit (vier Stunden täglich an fünf Tagen je Woche) beschäftigt. Sie wohnt als Grenzgängerin in Frankreich. Seit 07. April 2006 bezieht sie jetzt von der Agentur für Arbeit R. Arbeitslosengeld in Höhe von kalendertäglich EUR 20,66. Ein am 11. Mai 2006 bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz gestellter Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung wurde mit Bescheid vom 22. Juni 2006 abgelehnt.

Vom 26. Februar bis 14. März 2003 war die Klägerin arbeitsunfähig (au) krank (Diagnose M 53.9 = Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet). Nach der Angabe des behandelnden Arztes für Allgemeinmedizin Dr. E. berichtete die Klägerin über Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen. Der Arzt stellte die Diagnose eines funktionell überlagerten Zervikalsyndroms. Seit 07. April 2003 war die Klägerin au wegen Ménière-Krankheit. Dr. E., der auch Auszahlungsscheine für Krg vom 22. Mai, 06. Juni, 26. Juni und 18. Juli 2003 ausstellte, gab am 26. Mai 2003 weiterhin die Diagnose H 81.0 (Ménière-Krankheit), am 10. Juni 2003 neben der genannten Diagnose die weitere Diagnose F 43.0 (Akute Belastungsreaktion) und am 08. Juli 2003 außer den beiden genannten Diagnosen noch die Diagnose M 53.9 an. Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. P. gab im Arztbrief vom 16. April 2003 Verdacht auf zervikal ausgelösten Schwindel als Diagnose an. Vom 06. bis 08. Mai 2003 wurde die Klägerin stationär im Kreiskrankenhaus R. (Innere Abteilung) behandelt, wobei folgende Diagnosen gestellt wurden: Funktionell überlagerter Lagerungsschwindel, Adipositas, arterielle Hypertonie und psychische Belastung. Ein am 20. Mai 2003 durchgeführtes Computertomogramm der Halswirbelsäule ergab geringgradige Retrospondylophyten beim Halswirbelkörper 5 und 6 (Arztbrief des Oberarztes Dr. H. von der Radiologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses R. vom 21. Mai 2003). Nach Ende der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber gewährte die Beklagte der Klägerin Krg vom 15. Mai bis 05. August 2003. Am 01. Juli 2003 hatte die Klägerin dann bei der Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg (LVA) medizinische Leistungen zur Rehabilitation beantragt. Die LVA erhob einen Befundbericht des Dr. E. vom 24. Juni 2003, in dem eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung mit Zwangsschonhaltung genannt wurde. Die Klägerin habe über zunehmende Schmerzen im gesamten Rückenbereich, insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule, geklagt. Als Diagnosen wurden Wirbelsäulensyndrom und Halswirbelsyndrom genannt. Dr. S., Ärztin für Anästhesie/Sozialmedizin, nahm bei der Klägerin als Hauptleiden M 53 (sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert) sowie als Nebenleiden H 81 (Störungen der Vestibularisfunktion), E 66 (Adipositas), I 10 (Essentielle [primäre] Hypertonie) und F 32 (Depressive Episode) an. Die LVA bewilligte der Klägerin eine stationäre Heilbehandlung, die vom 06. August bis 03. September 2003 in der Rehaklinik K. durchgeführt wurde. Während dieser stationären Behandlung erhielt die Klägerin Übergangsgeld. Im Entlassungsbericht des Leitenden Arztes Dr. D. vom 29. September 2003 wurden als Diagnosen genannt: Chronisch rezidivierendes Cervicalsyndrom mit Cervicobrachialgien (M 53), rezidivierende Vertigosymptomatik, derzeit nahezu remittiert (Lagerungsschwindel, H 101), Übergewicht (E 66), arterielle Hypertonie (I 101) und rezidivierende lumbalgische Beschwerden mit Ischialgien rechtsseitig (M 54). Die Klägerin wurde als arbeitsfähig entlassen. Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Sc. nannte im Arztbrief vom 30. Oktober 2003 die Diagnose eines funktionell überlagerten Cervicalsyndroms. Die Klägerin hatte inkonstant auftretende, rechtsseitige, ziehend drückende Kopfschmerzen mit Missempfindungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie davon unabhängig auftretende Sensibilitätsstörungen der Extremitäten rechts betont angegeben.

Am 22. November 2004 suchte die Klägerin erneut Dr. E. auf; sie gab an, vor drei Tagen einen Hexenschuss erlitten zu haben mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sowie Druckgefühl im rechten Bein. Dr. E. stellte Arbeitsunfähigkeit (AU) fest mit der Diagnose M 54.16 (Radikulopathie im Lumbalbereich). Nach Ende der Entgeltfortzahlung bis 02. Januar 2005 gewährte die Beklagte der Klägerin Krg ab 03. Januar 2005 in Höhe von kalendertäglich (netto) EUR 27,07. Arzt für Orthopädie Dr. A. stellte bei der Klägerin nach dem Arztbrief vom 20. Dezember 2004 als Diagnosen Wirbelsäulenfehlstatik, rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom und Intercostal neuralgie Th 3/4 rechts. Am 09. Februar 2005 erstattete Dr. L. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in R. ein Gutachten über die Klägerin. Darin stellte er als Diagnosen Radikulopathie (Lumbalbereich, M 54.16), Lese- und Schreibstörung (F 81.0), Krankheiten der Wirbelsäule (M 53.9), Lagerungsschwindel, Adipositas und arterielle Hypertonie. Er nahm aufgrund der weiter bestehenden Wirbelsäulensymptomatik eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin an. Diese stellte am 20. Februar 2005 dann bei der LVA erneut einen Rehabilitationsantrag. Als gesundheitliche Probleme gab sie Kreuzschmerzen und Kreislaufstörung an. Dr. E. nannte im dazu eingeholten Befundbericht vom 25. Februar 2005 als Hauptdiagnose Wirbelsäulensyndrom und als Nebendiagnose Diabetes mellitus. Insoweit nahm Medizinaldirektor MUDr. H., Lungenarzt - Sozialmedizin -, am 15. März 2005 als Diagnosen M 54.4 (Lumboischialgie) und F 81.0 an. Die LVA führte daraufhin bei der Klägerin vom 06. April bis 04. Mai 2005 eine stationäre Heilbehandlung in der Z.-Klinik in S. B. durch. Im Entlassungsbericht des Dr. W. vom 19. Mai 2005 wurden als Diagnosen genannt: Oberes Cervicalsyndrom mit Spannungskopfschmerzen (M 53.0), Verdacht auf labyrinthären Schwindel (H 81.9), Lumboischialgie ohne Wurzelreiz-Symptomatik bei ausgeprägter Spondylosis deformans der unteren Lendenwirbelsäule und medizinischer Bandscheibenvorfall L5/S1 (M 54.4), Adipositas Grad II (E 66.0) sowie Hypercholesterinämie (E 78.0). Die Klägerin wurde als arbeitsunfähig entlassen. Während dieser Heilbehandlung erhielt die Klägerin Übergangsgeld und danach wieder Krg.

Der Beklagten wurden in der Folgezeit Auszahlungsscheine für Krg des Dr. E. für die Zeit bis zum 08. Mai 2006 vorgelegt. Am 12. Mai 2005 gab Dr. E. als Diagnose M 54.16 ebenso wie am 15. Juni, 07. September und 10. Oktober 2005 an. Mit Schreiben vom 06. September 2005 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie sei seit 22. November 2004 au. Im Hinblick auf die Höchstdauer von Krg für 78 Wochen ende der Anspruch auf Krg voraussichtlich am 23. Dezember 2005 und es sei berücksichtigt worden, dass die Klägerin wegen der jetzigen Krankheit bereits früher krank geschrieben gewesen sei, und zwar vom 07. April bis 03. September 2003. Die 78-Wochen-Frist gelte auch dann, wenn während der drei Jahre eine weitere Krankheit hinzugekommen sei. Zeiten, in denen der Arbeitgeber das Entgelt weitergezahlt habe, würden mitgerechnet. Am 02. September 2005 wurde bei der Klägerin eine Kernspintomographie des Schädels und der Felsenbeine durchgeführt (Befund des Arztes für Radiologie Dr. Z. vom 05. September 2005). Nach dem Arztbrief der Hals-Nasen-Ohrenärzte Dres. He. und Sp. vom 13. September 2005 wurde ein otogener Schwindel ausgeschlossen. Facharzt für Neurologie Dr. Di. (Arztbrief vom 16. September 2005) nannte als Diagnosen Spannungskopfschmerzen, Halswirbelsäulensyndrom und Verdacht auf Somatisierungsstörungen. Die Ärzte der Gemeinschaftspraxis für Orthopädie Dres. v. Lo. und N. nannten im Arztbrief vom 27. September 2005 als Diagnosen Wirbelsäulensyndrom sowie Periarthropathia coxae. Krg wurde an die Klägerin bis zum 23. Dezember 2005 in Höhe von kalendertäglich zuletzt EUR 31,54 gezahlt.

Mit Bescheid vom 26. September 2005 bestätigte die Beklagte der Klägerin gegenüber erneut, dass der Anspruch auf Krg am 23. Dezember 2005 ende. Dagegen wandte die Klägerin ein, sie habe Anspruch auf Krg bis 28. Mai 2006, denn die angerechnete Vorerkrankung habe mit der derzeitigen Erkrankung nichts zu tun; es handle sich nicht um dieselbe Krankheit. Dazu teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 15. Dezember 2005 mit, aufgrund der vorliegenden Unterlagen und nach ärztlicher Beratung sei festgestellt worden, dass die jetzige Erkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung ab 07. April 2003 stehe. Deshalb sei die frühere Erkrankungszeit auf die Leistungsdauer anzurechnen. Dazu machte die Klägerin unter Vorlage einer Karteikarte (Krankenkarte) geltend, daraus sei zu ersehen, dass die beiden Erkrankungen nicht im Geringsten miteinander im Zusammenhang stünden. Dies könne für die Diagnosen H 81.0 (Cervicalsyndrom) und M 54.16 (Wirbelsäulenerkrankung) nicht bejaht werden. Die Beklagte erhob daraufhin eine Auskunft des Dr. E. vom 08. Februar 2006, wonach die Zeiten der AU in unmittelbarem Zusammenhang stünden. Diese Einschätzung wurde auch von Dr. Kü. vom MDK in R. in Stellungnahmen vom 15. und 16. Februar 2006 bestätigt. Es sei ein ursächlicher Zusammenhang der AU ab 07. April 2003 und der aktuellen AU zu bejahen. Dies bezeichnete die Klägerin als willkürliche Einschätzung. Ihr Widerspruch blieb jedoch erfolglos (Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsausschusses vom 17. März 2006).

Deswegen erhob die Klägerin am 18. April 2006 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie bestritt erneut das Vorliegen derselben Erkrankung. Es solle Dr. E. befragt und erforderlichenfalls ein Gutachten von Amts wegen erhoben werden. Sie reichte nochmals die Karteikarte des Dr. E. mit den Diagnosennummern ein. Ferner legte sie den Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit R. vom 19. Mai 2006 über die Gewährung von Arbeitslosengeld nach § 117 des Dritten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB III) ab 07. April 2006 sowie die Bescheinigung der Firma Aldi vom 21. Februar 2007 vor. Das SG erhob die schriftliche Auskunft als sachverständiger Zeuge des Dr. E. vom 20. Juli 2006, der weitere Arztbriefe einreichte. Der Arzt führte aus, die Wirbelsäule sei anatomisch als ein Organ anzusehen. Funktionell unterscheide man wegen der sehr unterschiedlichen Ausprägung der Beschwerdebilder zwischen Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Die Krankheit der Halswirbelsäule verursache Schwindel, die der Lendenwirbelsäule überwiegend schmerzhafte Bewegungseinschränkungen des Segments. Insoweit handle es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsgeschehen. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Dr. E. bestätigte auch in seiner schriftlichen Zeugenaussage, dass es sich um dieselbe Krankheit handle. Die Diagnose eines funktionell überlagerten Zervikalsyndroms habe seit 24. Februar 2003 bis heute bestanden. Dazu sei am 22. November 2004 das Lumbalsyndrom hinzugetreten. Im vorläufigen Entlassungsbericht der Rehaklinik K. seien die lumbalen Beschwerden jedoch schon früher genannt gewesen. Dr. E. bestätigte auch, dass alle Beschwerden ihre Ursache in Erkrankungen der Wirbelsäule hätten, die anatomisch ein Organ darstelle, jedoch verschiedene Beschwerdebilder verursachten. Es bestehe zwischen den Krankheiten somit ein innerer Zusammenhang, sodass es sich um dieselbe Krankheit im Sinne des § 48 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) handle. Dies ergebe sich auch aus den von Dr. E. beigefügten Befundberichten. Während beider Zeiten der AU würden das Zervikalsyndrom, der Schwindel und die Lumbalbeschwerden als Diagnosen genannt. Mit Urteil vom 27. August 2007 wies das SG die Klage ab. Es bejahte ein einheitliches Krankheitsgeschehen, weshalb die Höchstbezugsdauer des Krg am 23. Dezember 2005 geendet habe. Das Urteil wurde der Klägerin in Frankreich zugestellt.

Am 27. Dezember 2007 hat die Klägerin dagegen beim SG Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Sie hat erneut die Karteikarte des behandelnden Arztes vorgelegt. Ihr stehe Krg bis zum 27. Mai 2006 zu. Dem stehe auch nicht entgegen, dass sie durch die Beklagte gezwungen worden sei, ab 07. April 2006 Leistungen der Agentur für Arbeit in Anspruch nehmen zu müssen. Ob dieselbe Erkrankung vorliege, beurteile sich lediglich nach der vom behandelnden Arzt gestellten Diagnose für die AU. Im Schreiben des Dr. E. vom 08. Juli 2003 seien insoweit Diagnosen aufgeführt, wegen der sie nicht krank geschrieben gewesen sei, wie die vorgelegte Karteikarte belege. Sie habe

auch nach Ablehnung ihres Widerspruchs weiterhin Auszahlungsscheine für Krg bei der Beklagten und später bei der Agentur für Arbeit eingereicht.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. August 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 26. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. März 2006 zu verurteilen, ihr Krankengeld vom 24. Dezember 2005 bis 27. Mai 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Auszahlungsscheine für Krg lägen durchgehend bis zum 08. Mai 2006 vor. Die Klägerin habe zuletzt Krg in Höhe von kalendertäglich EUR 31,54 erhalten. Bei Bejahung einer neuen Erkrankung seit 22. November 2004 wäre der Anspruch auf Krg dann am 23. Mai 2006 erschöpft gewesen.

Der Berichterstatter des Senats hat von der Rechtsnachfolgerin der LVA die Reha-Akte der Klägerin beigezogen, ferner ihre Leistungsakte der Agentur für Arbeit R ...

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten sowie der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten und der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1](#) und 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153](#), Abs. 1, [124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig, jedoch nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 26. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. März 2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat ab 24. Dezember 2005 keinen Anspruch auf Krg.

Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krg, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ([§ 23 Abs. 4](#), [§§ 24, 40](#) und [§ 41 SGB V](#)) behandelt werden. Für die Dauer des Anspruchs auf Krg bei fortbestehender festgestellter AU, die der Krankenkasse auch rechtzeitig gemeldet worden ist (vgl. [§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)), gilt [§ 48 Abs. 1 SGB V](#). Nach dessen Satz 1 erhalten Versicherte Krg ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der AU wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78-Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tag des Beginns der AU an. Um dieselbe Krankheit handelt es sich bei einer wiederholten Erkrankung, wenn ihr dieselbe, nicht behobene Krankheitsursache zu Grunde liegt. Der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankheitsursache bildet, braucht dabei weder ständig Krankheitserscheinungen hervorzurufen noch fortlaufend Behandlungsbedürftigkeit zu bewirken. Es genügt vielmehr, wenn ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden latent weiter besteht und nach einem beschwerdefreien oder beschwerdearmen Intervall erneut Krankheitssymptome hervorruft (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 07. Dezember 2004 [B 1 KR 10/03 R -](#)). Nach Satz 2 der Vorschrift gilt: Tritt während der AU eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Insoweit wird die Leistungsdauer des Krg auch dann nicht im Sinne von [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verlängert, wenn innerhalb einer laufenden Blockfrist eine Krankheit, wegen derer bereits Krg gewährt wurde, wieder auftritt und am selben Tag zusätzlich eine weitere Krankheit die AU des Versicherten bedingt. Insoweit liegt ein "Hinzutreten während der AU" im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch dann vor, wenn zeitgleich mit dem Vorliegen oder Wiedervorliegen einer zur AU führenden ersten Erkrankung unabhängig von dieser Krankheit zugleich eine weitere Krankheit die AU des Versicherten bedingt. Es reicht insoweit aus, dass die Krankheiten zumindest an einem Tag zeitgleich nebeneinander bestanden haben. Das Eingreifen des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erfordert nicht, dass zwei Krankheiten bei dem Versicherten im Falle bestehender AU in der Weise aufeinandertreffen, dass eine zweite Krankheit einer schon zuvor eingetretenen fortbestehenden ersten Krankheit zeitlich nachfolgt (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 48 Nr. 3](#)). Bei der Feststellung der Leistungshöchstdauer von 78 Wochen werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krg ruht oder für die das Krg versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krg berücksichtigt ([§ 48 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Nach [§ 48 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) bleiben Zeiten, für die kein Anspruch auf Krg besteht, unberücksichtigt. Dabei ruht der Anspruch auf Krg u.a. nach [§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten, also bei der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, ferner nach Nr. 3 der Vorschrift auch, soweit und solange Versicherte Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld beziehen.

Zutreffend hat die Beklagte, wie auch das SG zu Recht entschieden hat, die Weiterzahlung des Krg ab 24. Dezember 2005 abgelehnt, weil die Frist von 78 Wochen nach [§ 48 Abs. 1](#) in Verbindung mit Abs. 3 Satz 1 SGB V am 23. Dezember 2005 erschöpft war. Auf diesen Zeitraum von 78 Wochen war, ausgehend von der wieder durch Dr. E. festgestellten und bescheinigten AU seit 22. November 2004, die Zeit der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers vom 22. November 2004 bis 02. Januar 2005 (vgl. [§ 49 Abs. 1 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 48 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)) und die Zeit des Bezugs von Übergangsgeld vom 06. April bis 04. Mai 2005 (vgl. [§ 49 Abs. 1 Nr. 3](#) in Verbindung mit [§ 48 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)) anzurechnen neben der Zeit der tatsächlichen Gewährung von Krg vom 03. Januar bis 05. April sowie vom 06. Mai bis 23. Dezember 2005.

Entgegen der Ansicht der Klägerin handelt es sich bei der Erkrankung, die seit 22. November 2004 AU begründet hat, jedoch nicht um eine "neue" Erkrankung, die einen Anspruch auf Krg für insgesamt 78 Wochen ausgelöst hätte. Vielmehr hat die Beklagte zu Recht auch die Zeit der AU (mit Entgeltfortzahlung, Zahlung von Übergangsgeld sowie von Krg) vom 07. April bis 03. September 2003 angerechnet. Der Senat

entnimmt den medizinischen Unterlagen aus der Zeit seit 22. November 2004 eine Vielzahl von Diagnosen im Sinne einer Multi- oder Polymorbidität, die gestellt worden sind und vorgelegen haben und aufgrund derer AU begründet war. Es handelte sich um Radikulopathie im Lumbalbereich bzw. Wirbelsäulensyndrom und Diabetes mellitus (Dr. E.), Wirbelsäulenfehlstatik, rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom und Interkostalneuralgie Th 3/4 rechts (Dr. A.), Radikulopathie (Lumbalbereich), Lese- und Schreibstörung, Krankheiten der Wirbelsäule, Lagerungsschwindel, Adipositas und arterielle Hypertonie (Dr. L.), Lumboischialgie sowie Lese- und Schreibstörung (Medizinaldirektor MUDr. H.), oberes Zervikalsyndrom mit Spannungskopfschmerzen, Verdacht auf labyrinthären Schwindel, Lumboischialgie ohne Wurzelreiz-Symptomatik bei ausgeprägter Spondylosis deformans der unteren Lendenwirbelsäule und medizinischer Bandscheibenvorfall L 5/S 1, Adipositas Grad II sowie Hypercholesterinämie (Dr. W.), Spannungskopfschmerzen, Halswirbelsäulensyndrom und Verdacht auf Somatisierungsstörungen (Dr. Di.) sowie Wirbelsäulensyndrom und Periarthropathia coxae (Gemeinschaftspraxis Dres. v. Lo. und N.). Diese Multi- oder Polymorbidität bestand bei der Klägerin auch bereits in der Zeit vom 07. April bis 03. September 2003, weshalb ab 22. November 2004 von derselben Krankheit ausgegangen werden muss. Dr. E. hat in seiner Auskunft vom 20. Juli 2006 für die Zeit seit 24. Februar 2003 durchgehend ein funktionell überlagertes Zervikalsyndrom festgestellt. Die bei der Klägerin ab 07. April 2003 bestehende AU vermag der Senat daher nicht allein auf die Diagnose einer Ménière-Krankheit zu beziehen, die Dr. E. dann auch noch unter dem 26. Mai 2003 allein bescheinigt hat. Denn Dr. P. äußerte nach dem Arztbrief vom 16. April 2003 den Verdacht auf zervikal ausgelösten Schwindel. Auch bei der stationären Behandlung im Kreiskrankenhaus R. vom 06. bis 08. Mai 2003 wurden die Diagnosen eines funktionell überlagerten Lagerungsschwindels, einer Adipositas, einer arteriellen Hypertonie und einer psychischen Belastung gestellt. Ein am 20. Mai 2003 durchgeführtes Computertomogramm der Halswirbelsäule ergab geringfügige Retrospondylophyten beim Halswirbelkörper 5 und 6. Ferner erwähnte Dr. E. am 10. Juni 2003 zusätzlich eine akute Belastungsreaktion. Im Befundbericht vom 24. Juni 2003 wies er darauf hin, dass die Klägerin über zunehmende Schmerzen im gesamten Rückenbereich, insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule, geklagt habe. Als Diagnosen nannte er insoweit ein Wirbelsäulensyndrom und ein Halswirbelsäulensyndrom. Dr. S. nahm als Hauptleiden der Klägerin Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens an, als Nebendiagnosen Störungen der Vestibularisfunktion, Adipositas, essentielle Hypertonie und depressive Episode. Auch nach dem Entlassungsbericht des Dr. D. vom 29. September 2003 bestanden folgende Diagnosen: chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom mit Cervicobrachialgien, rezidivierende Vertigosymptomatik, derzeit nahezu remittiert, Übergewicht, arterielle Hypertonie und rezidivierende lumbalgische Beschwerden mit Ischialgien rechtsseitig. Noch am 30. Oktober 2003 stellte Arzt für Neurologie Sc. die Diagnose eines funktionell überlagerten Zervikalsyndroms. Insoweit ergibt sich, dass die bei der Klägerin bestehenden Erkrankungen, die AU bis zum 03. September 2003 bedingt hatten, damals nicht völlig ausgeheilt waren. Soweit Dr. E. in der Auskunft vom 20. Juli 2006 zwar die Wirbelsäule anatomisch als ein Organ ansieht, jedoch funktionell wegen der unterschiedlichen Ausprägung der Beschwerdebilder zwischen Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule unterscheiden will, weil die Erkrankung der Halswirbelsäule Schwindel verursache, die Lendenwirbelsäule jedoch überwiegend schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen des Segments, weswegen er ein einheitliches Krankheitsgeschehen verneinen will, überzeugt diese Beurteilung im Falle der Klägerin schon deswegen nicht, weil, wie dargelegt, Dr. E. im Befundbericht vom 24. Juni 2003 darauf hingewiesen hat, dass die Klägerin bereits damals zunehmende Schmerzen im gesamten Rückenbereich angegeben hatte, weswegen Dr. E. die Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms und eines Halswirbelsäulensyndroms gestellt hat. Die Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms ist auch in seinem Befundbericht vom 25. Februar 2005 enthalten. Eine enge fachmedizinisch-anatomische Sicht, wie sie Dr. E. darlegt, ist hier bei dem durchgehend vorliegenden Wirbelsäulengrundleiden nicht gerechtfertigt (vgl. auch BSG, Urteil vom 07. Dezember 2004 [B 1 KR 10/03 R -](#); BSG [SozR 4-2500 § 48 Nr. 3 Rdnr. 25](#)).

Auf die mehrfach in Bezug genommene Karteikarte des behandelnden Arztes Dr. E. vermag sich die Klägerin nicht zu stützen. Soweit darin am 04. April, 14. April, 25. April und 08. Mai 2003 lediglich die Diagnose H 81.0 (Ménière-Krankheit) genannt wird, wird nicht berücksichtigt, dass Dr. E. am 10. Juni 2003 auch die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion sowie am 08. Juli 2003 noch die Diagnose einer Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens genannt hat. Die Erhebung eines Sachverständigengutachtens war nicht geboten.

Die Beklagte hat auch die Frist von 78 Wochen zutreffend berechnet. Darauf, ob hier AU auch über den 08. Mai 2006 bescheinigt worden ist, kommt es nicht an. Ebenfalls ist es unerheblich, dass die Klägerin seit 07. April 2006 Arbeitslosengeld gemäß [§ 117 SGB III](#) bezogen hat.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-29