

L 5 KR 1416/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 41/07
Datum
20.02.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 1416/08
Datum
03.08.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 20.2.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Krankengeld für die Zeit ab 23.12.2005.

Die 1948 geborene Klägerin war als selbstständige Handelsvertreterin für Bausparkassen im Außendienst tätig und bei der Beklagten mit Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit freiwillig krankenversichert.

Am 2.4.2004 war die Klägerin wegen einer Herzerkrankung arbeitsunfähig erkrankt. Deswegen bezog sie Krankengeld bis zur Erschöpfung des Leistungsanspruchs am 10.11.2005 (vgl. Verwaltungsakte. S. 20).

Der Internist und Kardiologe Dr. K. regte im August 2005 eine Kurmaßnahme an. Im Befundbericht vom 4.8.2005 (SG-Akte S. 64) gab er an, die Klägerin leide unter Vorhofflimmern, einem Zustand nach Hyperthyreose mit Myopathie und rezidivierender dekompensierter Herzinsuffizienz unter Belastungsminderung, Luftnot und allgemeiner Schwäche. Auf einem Auszahlungsschein für Krankengeld vom 22.11.2005 (Verwaltungsakte S. 2) vermerkte Dr. K., die Klägerin sei noch bis auf weiteres arbeitsunfähig.

Am 23.12.2005 stellte Dr. K. eine Erstbescheinigung wegen Arbeitsunfähigkeit zunächst bis zum 31.12.2005 aus. Als Diagnosen benannte er Unwohlsein und Ermüdung (ICD-10 R 53) sowie nicht näher bezeichnete Myopathie (G 72.9; SG-Akte S. 15). Unter dem 17.1.2006 (Verwaltungsakte S. 5) gab Dr. K. an, die Klägerin leide unter Myopathie nach Hyperthyreose und werde voraussichtlich im März 2006 wieder arbeitsfähig sein.

Vom 15.2. bis 22.3.2006 absolvierte die Klägerin eine stationäre Rehabilitationsbehandlung im Reha-Zentrum Bad N ... Im Entlassungsbericht vom 24.3.2006 (SG-Akte S. 68) sind die Diagnosen Mitralklappeninsuffizienz Grad II - III, Trikuspidalklappeninsuffizienz Grad II, mittelschwere pulmonale Hypertonie, arterielle Hypertonie, Verdacht auf proximale myotone Myopathie, Zustand nach erfolgreicher Hochfrequenzstromkatheterablation 5/05 bei intermittierendem Vorhofflimmern, Zustand nach Radiojodtherapie 5/04 bei autonomem Adenom der Schilddrüse sowie abdominelle Verwachsungen nach mehrfachen abdominalen Operationen festgehalten. Die körperliche Belastbarkeit der Klägerin sei deutlich reduziert. Sie werde bei ausreichendem Allgemeinbefinden weiter arbeitsunfähig entlassen. Aus kardiologischer Sicht könne die Klägerin die zuletzt verrichtete Tätigkeit als Handelsvertreterin für Bausparkassen im Außendienst aufgrund der noch deutlich reduzierten kardiopulmonalen Belastbarkeit nicht mehr ausüben.

Die Beklagte erhob zunächst das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK, Dr. F.) vom 19.4.2006 (Verwaltungsakte S. 17). Dr. F. führte aus, die Klägerin sei seit 1999 als Handelsvertreterin selbstständig tätig und lege dabei etwa 40.000 Km im Jahr mit dem Kfz zurück. Notwendig seien mittelschweres bis schweres Heben und Tragen sowie häufiges Treppensteigen. Diese Tätigkeit sei nicht leistungsgerecht. Insoweit bestehe Arbeitsunfähigkeit auf Dauer. Auch eine körperlich leichte Tätigkeit könne die Klägerin nicht mehr vollschichtig ausüben; möglich sei eventuell eine leichte Bürotätigkeit bis zu vier Stunden täglich im Innendienst. Weiter wurde das MDK-Gutachten vom 26.4.2006 (Dr. H.) erhoben (Verwaltungsakte S. 24). Dr. H. führte aus, nach jahrelanger latenter Hyperthyreose sei es im April 2004 zu einer hyperthyreoten Stoffwechselentgleisung gekommen. In diesem Zusammenhang habe sich ein Vorhofflimmern mit Tachyarrhythmie (begünstigt durch angelegte rechts-atriale Leitungsbahnen) gekommen. Diese

Herzrhythmusstörung habe eine kardiale Dekompensation mit zeitweilig stark erweiterten Herzhöhlen und schlechter linksventrikulärer Pumpleistung verursacht. Wegen der stark verminderten kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit sei die Klägerin für ihre konkrete Tätigkeit auf Dauer ungeeignet. Sämtliche Diagnosen und Symptombangaben während der Arbeitsunfähigkeitszeit ab April 2004 stünden in einem kausalen inneren Zusammenhang. Auch die jetzige, Arbeitsunfähigkeit begründende Diagnose Myopathie sei als dieselbe Krankheit zu werten.

Mit Bescheid vom 26.4.2006 (Verwaltungsakte S. 27) lehnte die Beklagte die Zahlung von Krankengeld aufgrund der seit 23.12.2005 bestehenden Erkrankung ab. Die Höchstanspruchsdauer für den Krankengeldbezug sei bereits erreicht. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld sei nicht entstanden. Die Klägerin sei seit 2.4.2004 arbeitsunfähig gewesen und habe deswegen Krankengeld für 78 Wochen erhalten. Für die Zeit ab 23.12.2005 habe sie eine neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eingereicht. Nach dem 10.11.2005 sei keine volle Arbeitsfähigkeit eingetreten und bei der ab 23.12.2005 vorliegenden Erkrankung handele es sich um die gleiche Erkrankung, die bereits die Arbeitsunfähigkeit ab 2.4.2004 verursacht habe.

Zur Begründung des dagegen erhobenen Widerspruchs legte die Klägerin ein Schreiben des Dr. K. vom 9.5.2006 (Verwaltungsakte S. 30) vor. Darin ist unter Mitteilung (u.a.) der Diagnose Myopathia unklarer Genese mit peripherer Muskelschwäche ausgeführt, bei der ab dem 23.12.2005 für die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebenden Diagnose Myopathie handele es sich um eine von den bisherigen Diagnosen unabhängige, neu aufgetretene Krankheit. Bis Dezember 2005 hätten eindeutig die kardialen Symptome im Vordergrund gestanden. Mittlerweile sei die periphere Myopathie krankheitsbestimmend.

Die Beklagte erhob das MDK-Gutachten vom 2.6.2006 (Dr. H., Verwaltungsakte S. 38). Dr. H. führte aus, nach den vorliegenden Unterlagen, insbesondere aber auch unter Berücksichtigung des Reha-Entlassungsberichts vom 24.3.2006 handele es sich bei der peripheren Myopathie nach wie vor um eine Verdachtsdiagnose, die weiterer Abklärung und Verifizierung bedürfe. Aus der Rehabilitationsbehandlung sei die Klägerin seinerzeit nach wie vor arbeitsunfähig entlassen worden vorrangig wegen der höhergradigen Mitral- und Trikuspidalklappenvitien und der mittel- bis schwergradigen pulmonalarteriellen Hypertonie. Die Diagnose einer pulmonalarteriellen Hypertonie sei arbeitsunfähigkeitsbegründend bereits im Zeitraum 12.7.2004 bis 10.11.2005 gestellt worden. Sie sei, davon müsse ausgegangen werden und so sehe es auch die Rehaklinik, aktuell weiter arbeitsunfähigkeitsbegründend und es sei aus Gründen der Plausibilität auch davon auszugehen, dass sie in der Zeit zwischen dem 10.11.2005 und der erneuten Arbeitsunfähigkeit ab 23.12.2005 zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit geführt habe. Ob eine periphere Myopathie tatsächlich vorliege und ob diese Erkrankung in kausalem Zusammenhang mit den kardialen Beschwerden stehe, sei für die sozialmedizinische Beurteilung des Sachverhalts daher unmaßgeblich. Sofern die periphere Myopathie tatsächlich vorliegen sollte, handelte es sich - insoweit sei Dr. K. zuzustimmen - um eine hinzugetretene Erkrankung. Das ändere aber nichts an der Wertung, dass die kardiale Erkrankung aktuell wie auch im Zeitraum 2.4.2004 bis 10.11.2005 arbeitsunfähigkeitsbegründend gewesen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4.12.2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Klägerin sei seit 2.4.2004 durchgehend wegen einer Herzerkrankung arbeitsunfähig gewesen. Der maßgebliche Dreijahreszeitraum habe am 2.4.2004 begonnen und am 1.4.2007 geendet. Die Klägerin habe bis 10.11.2005 für 78 Wochen Krankengeld bezogen. Am 23.12.2005 sei die Verdachtsdiagnose Myopathie zur bestehenden Herzerkrankung hinzugetreten. Da eine hinzugetretene Erkrankung die Leistungsdauer nicht verlängere, könne innerhalb des maßgeblichen Dreijahreszeitraums keine weitere Krankengeldzahlung erfolgen. Der Widerspruchsbescheid wurde der Klägerin am 6.12.2006 zugestellt.

Am 5.1.2007 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Konstanz. Sie trug vor, im Arztbrief vom 9.5.2006 habe Dr. K. die Myopathie nicht als bloße Verdachtsdiagnose bezeichnet; er habe lediglich angeführt, dass die Ursache dieser Erkrankung unklar sei. Außerdem habe er klargestellt, dass die neue Erkrankung im Vordergrund stehe und für ihre Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend sei. Die neue Erkrankung Myopathie sei nicht nur (zur Herzerkrankung) hinzugetreten, sondern habe das Krankheitsbild mittlerweile allein bestimmt und geprägt. Auch weiterhin könne davon ausgegangen werden, dass sie aufgrund der Herzerkrankung immer noch arbeitsunfähig sei. Wegen der Herzerkrankung sei sie nicht durchgängig krankgeschrieben gewesen. Aus der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 23.12.2005, einer Erstbescheinigung, sei vielmehr ersichtlich, dass sie ab dem 23.12.2005 nur aufgrund der Diagnosen R 53 G, G 72.9 krankgeschrieben worden sei. Sie sei auch nicht durchgängig krank gewesen. Die erste Erkrankung habe nur bis zum 29.11.2005 gedauert. Auf einem Fragebogen der Beklagten sei außerdem nur die Muskelerkrankung, nicht jedoch die Herzerkrankung aufgeführt.

Das Sozialgericht holte die sachverständige Zeugenaussage des Dr. K. vom 15.11.2007 ein. Darin ist (u.a.) ausgeführt, die am 22.11.2005 als "bis auf Weiteres" bescheinigte Arbeitsunfähigkeit habe auf den bis dahin im Vordergrund stehenden kardialen Beschwerden mit Belastungsintoleranz, Erschöpfungszuständen, Palpitationen und Luftnot beruht. Am 23.12.2005 habe er Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, nachdem die Klägerin beteuert habe, sie habe gearbeitet, leide nun allerdings an einer erheblichen muskulären Schwäche und allgemeiner Müdigkeit, die sich nach klinischen Kriterien nicht auf die bekannte Herzerkrankung zurückführen ließen. Als Diagnose habe er eine unklare Myopathie erwogen, wie sie in ähnlicher Form anschließend auch von einem neurologischen Kollegen während des Reha-Aufenthalts in Bad N. vermutet worden sei. Er habe die Arbeitsunfähigkeit nicht ausdrücklich beendet. Die Klägerin habe angegeben, in der Zeit zwischen dem 22.11. und dem 23.12.2005 kurzzeitig gearbeitet zu haben, nachdem sich die kardialen Beschwerden unter Medikation und körperlicher Schonung gebessert hätten.

In der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 20.2.2008 gab die Klägerin an, sie habe im gesamten Landkreis K. Bestandskunden gehabt und diese beraten müssen; außerdem sei sie für die Gewinnung neuer Kunden zuständig gewesen. Ihr Büro habe sie zu Hause gehabt. Teilweise habe sie die Kunden besucht, teilweise seien die Kunden zu ihr gekommen. Häufig habe sie 12 bis 14 Stunden am Tag gearbeitet. Als sie seinerzeit krank geworden sei, habe sie ihre Tätigkeit eingestellt. Der erste Kundenkontakt habe erst wieder am 30.11.2005 stattgefunden. Danach habe sie noch einige Kunden beraten. Als sie bemerkt habe, dass es wieder zu Problemen mit den Beinen komme und auch Schmerzen aufträten, sei sie wieder zum Arzt gegangen.

Mit Urteil vom 20.2.2008 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Klägerin stehe ab 23.12.2005 Krankengeld nicht mehr zu, weil der Leistungsanspruch erschöpft sei. Innerhalb des maßgeblichen Dreijahreszeitraums vom 2.4.2004 bis 1.4.2007 habe sie 78 Wochen Krankengeld bezogen. Die auf der Herzerkrankung beruhende Arbeitsunfähigkeit der Klägerin habe über den 29.11.2005 hinaus fortbestanden und auch ab dem 23.12.2005 durchgehend vorgelegen. Das ergebe sich aus dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik

Bad N. vom 24.3.2006, wonach im Februar und März 2006 weiterhin die Herzerkrankung im Vordergrund gestanden habe. Die stark verminderte kardiopulmonale Belastbarkeit habe danach die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin als Handelsvertreterin dauerhaft und weiterhin zur Folge gehabt. Insoweit könne dahinstehen, ob es sich bei der ab 23.12.2005 von Dr. K. (zusätzlich) festgestellten Myopathie um dieselbe Krankheit im Rechtssinne wie bei der Herzerkrankung (so MDK-Gutachten vom 26.4.2006) oder um eine hinzugetretene Erkrankung (so Dr. K. und MDK Gutachten am 2.6.2006) handele, da bei dem Hinzutreten einer neuen Erkrankung zu einer bereits bestehenden und zu Arbeitsunfähigkeit führenden Erkrankung der Anspruch auf Krankengeld innerhalb des maßgeblichen Dreijahreszeitraums nicht verlängert werde (§ 48 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V). Ursprüngliche und hinzugetretene Erkrankung bildeten innerhalb der Blockfrist eine Einheit (vgl. BSG, Urt. vom 8.12.1992, - 1 RK 8/92 -). Unerheblich sei, ob die Arbeitsunfähigkeit durch Zeiten der Arbeitsfähigkeit unterbrochen worden sei (BSG, Urt. 24.6.1969, - 3 RK 60/66 -; Urt. vom 12.10.1998, - 3/8 RK 28/87 -). Selbst wenn man mit Dr. K. annehmen würde, dass die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 23.12.2005 alleine auf der Myopathie beruht hätte und dieser auch nicht dieselbe Krankheitsursache wie der Herzerkrankung zugrunde liege (andernfalls handelte es sich um dieselbe Krankheit im Sinne des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V - BSG, Beschl. v. 11.7.2000, - B 1 KR 43/99 B -; Urt. vom 29.9.1998, - B 1 KR 2/97 R -), habe sich die Kammer nicht davon überzeugen können, dass die Myopathie erst nach Beendigung der ersten Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei. Eine (vorübergehende) Arbeitsfähigkeit der Klägerin in der Zeit vom 29.11. bis 22.12.2005 habe nämlich nicht vorgelegen. Die Klägerin habe in dieser Zeit nach ihren Angaben in der mündlichen Verhandlung zwar einige Kundengespräche geführt, ihre Tätigkeit jedoch nicht im früher ausgeübten Umfang (12 bis 14 Stunden am Tag) wieder aufgenommen. Auch das mit den Hausbesuchen verbundene Treppensteigen habe sie nach eigenen Angaben nicht bewältigen können. Die Möglichkeit, die Tätigkeit (wieder) teilweise ausüben zu können, führe nicht zur Arbeitsfähigkeit. Es gebe keine Teil-Arbeitsunfähigkeit. Hinzukomme, dass Dr. K. die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin selbst gar nicht beendet und noch am 22.11.2005 festgestellt habe, dass die Klägerin bis auf weiteres arbeitsunfähig sei. Für eine danach kurzfristig eingetretene deutliche Besserung des Gesundheitszustandes bestünden keine Anhaltspunkte. Auch im MDK-Gutachten vom 2.6.2006 werde durchgehende Arbeitsunfähigkeit angenommen. Zu beachten sei außerdem, dass die Klägerin in einem Schreiben an den Rentenversicherungsträger vom 20.12.2005 selbst von einer "dringendst benötigten" Rehabilitationsmaßnahme ausgegangen sei (SG-Akte S. 62), was mit der Behauptung von Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt nicht vereinbart werden könne. Schließlich könne die Klägerin Krankengeld (schon) ab 23.12.2005 auch deshalb nicht beanspruchen, weil ihr Krankengeld allenfalls ab der siebten Woche und nicht ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zustehen könne.

Auf das ihr am 21.2.2008 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20.3.2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 20.2.2008 habe sie ihre Tätigkeit nur sehr kursorisch geschildert. Seit 1999 sei sie als Bezirksleiterin für eine Bausparkasse tätig gewesen. Die Arbeit sei mit sehr vielen Außenkontakten und Besuchen bei Kunden verbunden. Seinerzeit habe sie etwa 600 Kunden gehabt. Die Kunden habe sie hauptsächlich abends aufgesucht; aus diesem Grund komme es teilweise zu 12 bis 14 Stundentagen. Das sei jedoch nicht ständig der Fall. Ihr Büro befände sich in ihrer Eigentumswohnung im dritten Stock eines Gebäudes ohne Aufzug. Ihre Tätigkeit setze deswegen erhebliche körperliche Beweglichkeit voraus. Im Frühjahr 2004 habe sie eine erhebliche Leistungsreduzierung festgestellt; beim Treppensteigen habe sie kaum Luft bekommen. Ein EKG habe gezeigt, dass die Herztätigkeit beeinträchtigt sei; außerdem habe man eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt. Sie habe sich einer Radiojod-Therapie unterzogen und zahlreiche Klinikaufenthalte absolviert. Nach dem Aufenthalt in der Reha-Klinik Bad N. sei sie wieder zu Hause gewesen und umfangreich mit Medikamenten behandelt worden; die auf der Schilddrüsenerkrankung beruhende Verkleinerung des Herzumfanges habe reduziert werden sollen. Am 22.11.2005 sei sie zwar noch einmal krankgeschrieben worden, es habe aber die Aussicht bestanden, dass sie wieder werde arbeiten können. Sie habe auch tatsächlich beabsichtigt, ab dem 30.11.2005 die Arbeit wieder aufzunehmen. Deswegen sei die Herzerkrankung entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht als fortdauerndes Kontinuum anzusehen. Vielmehr habe es sich dabei um eine temporäre Erscheinung gehandelt, hervorgerufen durch die Schilddrüsenerkrankung, die beseitigt und wieder habe zum Besseren geführt werden können. Die hierauf bezogenen Behandlungen seien erfolgreich gewesen. Wegen ihrer Herzkrankheit nehme sie daher auch keine Medikamente mehr ein. Die Herzerkrankung habe sie hinter sich gebracht; es fänden nur noch Kontrolluntersuchungen statt. Ihre Arbeit habe sie wieder aufgenommen, habe wegen der Unterbrechung jedoch neue Kontakte knüpfen müssen. Deswegen sei der Arbeitseinsatz auch nicht so umfangreich gewesen wie zuvor. Die Zeit ab 30.11.2005 könne nicht als bloßer Arbeitsversuch eingestuft werden. Sie habe eine Reihe von Kunden beraten und wieder voll gearbeitet. Dr. K. habe einen Arztbesuch am 8.12.2005 vermerkt; dieser habe sich jedoch auf psychische Probleme bezogen. Auch bei Arztbesuchen in der Folgezeit seien somatische Beschwerden nicht festgehalten worden.

Die von Dr. K. sodann vermutete Myopathie habe mit der Herzerkrankung nichts zu tun und stelle eine neue Erkrankung dar. Diese habe sich damals erst angekündigt. Es handele sich um eine später von dem Orthopäden Berberich (Attest vom 28.10.2008, Senatsakte S. 45) diagnostizierte Coxarthrose beidseits bei Coxa valga beidseits, eine LWS-Skoliose und eine Chondrose L5/S1. Im Vordergrund stehe die schwere Coxarthrose, die erhebliche Beschwerden beim Gehen verursache. Dr. K. habe ihr bestätigt, dass der seinerzeit geäußerte Verdacht einer Myopathie gerade die Ankündigung dieser Erkrankungen gewesen sei. Am 23.12.2005 seien erste Erscheinungen dieser Erkrankungen aufgetreten. Man möge Dr. K. hierzu befragen und sodann ein Gutachten erheben. Nach dem Jahreswechsel 2005 habe für sie festgestanden, dass sie nicht mehr arbeiten könne. Die erfolgte Krankschreibung habe mit der Herzerkrankung aber nichts zu tun, sondern mit Einschränkungen des Bewegungsapparats, wenngleich die Diagnose weiterhin unklar gewesen sei. Deswegen habe sie auch eine Reha-Maßnahme absolviert; dabei seien aber nicht so sehr kardiologische Behandlungen durchgeführt worden. Dass sie wegen einer orthopädischen Erkrankung arbeitsunfähig sei, habe sich erst später herausgestellt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 20.2.2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 26.4.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4.12.2006 zu verurteilen, ihr ab Beginn der siebten Woche nach dem 23.12.2005 Krankengeld in gesetzlicher Höhe für den Zeitraum von 78 Wochen zu gewähren.

Die Klägerin beantragt weiter, auf Grund des in der Berufungsbegründung gestellten Antrags nach § 109 SGG zur Beantwortung des Beweisthemas Ziffer 3 einen Gutachter auf kardiologischen Gebiet anzuhören.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beklagte hat zunächst das MDK-Gutachten der Ärztin F. vom 8.9.2009 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, die Herzerkrankung der Klägerin sei im November 2005 weder bewältigt noch überstanden gewesen. Dafür spreche, dass sowohl über weite Strecken des Jahres 2005 (also vor Leistungsende) als auch während der Rehabilitationsbehandlung im Februar/März 2006 in Bad N. (nach Leistungsende) eine Herzerkrankung (mittel- bis schwergradige pulmonalarterielle Hypertonie mit Insuffizienz der Mitralklappe - Grad II bis III - und eine Einschränkung der Pumpfunktion des Herzens) beschrieben worden seien. Die Herzerkrankung habe in einem so starken Maße angehalten, dass die Leistungsfähigkeit der Klägerin allein deswegen auf maximal 4 Stunden täglich im Innendienst abgesunken sei. Bei einer Herzerkrankung, die sogar eine Minderung der Erwerbsfähigkeit begründe, könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit auch durchgehend im streitigen Zeitraum begründet habe. Die Weigerung des Dr. K., eine Einschreibung in das DMP-Programm "koronare Herzkrankheit" vorzunehmen, sei ohne Weiteres nachvollziehbar und habe in vorliegendem Zusammenhang keinen Beweiswert; die Klägerin habe nie an einer koronaren Herzkrankheit gelitten. Es sei durchaus möglich, dass die am 23.12.2005 festgestellten Beschwerden Vorboten einer später diagnostizierten Coxarthrose beidseits gewesen seien und für sich betrachtet ab 23.12.2005 ebenfalls zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Bei weiter bestehender und Arbeitsunfähigkeit begründender Herzkrankheit sei aber von einer hinzugetretenen Erkrankung auszugehen.

Der Senat hat sodann auf Antrag der Klägerin gem. [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Orthopäden PD Dr. K. (Universitätsklinik F.) vom 24.4.2010 mit ergänzender Stellungnahme vom 4.6.2011 erhoben. Dieser hat ausgeführt, die Klägerin sei nach eigenen Angaben wegen einer Herzerkrankung vom 2.4.2004 bis 1.11.2005 krankgeschrieben gewesen. Danach habe wieder - so die Klägerin - Arbeitsfähigkeit bestanden; die Herzerkrankung sei vollständig ausgeheilt gewesen und sie habe ab November 2005 bis 22.12.2005 wieder vollschichtig gearbeitet. Dann sei es zu anderen Beschwerden - nämlich an beiden Hüften und an der Wirbelsäule - gekommen. Deswegen sei sie ab 23.12.2005 krankgeschrieben worden; sie sei bis heute arbeitsunfähig. Ihre Tätigkeit als Außendienstvertreterin habe sie nicht wieder aufgenommen. Im Jahr 2009 habe sie einen Schlaganfall erlitten; deswegen nehme sie ASS ein. Die Herzerkrankung spiele keine Rolle mehr; hierfür bekomme sie auch keine Medikamente mehr. Für ihren Lebensunterhalt kämen ihre Kinder auf.

Der Gutachter fand degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, des Beckens und des rechten Kniegelenks. Die Gesundheitsstörungen könnten zeitweise (aber nicht dauerhaft) zu Arbeitsunfähigkeit führen, hinderten die Klägerin aber nicht an der vollschichtigen Verrichtung leichter bis mittelschwerer Arbeit; bei der Untersuchung am 16.3.2010 habe Arbeitsunfähigkeit auch nicht vorgelegen. Die Klägerin habe den Beginn der Beschwerden mit dem 23.12.2005 angegeben. Ob sie in der Lage gewesen sei, an dem genannten Tag als selbständige Handelsvertreterin zu arbeiten oder leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu verrichten, könne retrospektiv nicht beantwortet werden. Nach Angaben der Klägerin sei sie ab 23.12.2005 ausschließlich wegen Schmerzen im Bereich der Hüften und der Wirbelsäule arbeitsunfähig gewesen. Über die Arbeitsunfähigkeit (hinsichtlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten) aufgrund der Herzerkrankung ab 2.4.2004 könne aus orthopädischer Sicht keine Auskunft gegeben und nur auf die Angaben der Klägerin verwiesen werden (Beendigung der Arbeitsunfähigkeit wegen der Herzerkrankung am 22.11.2005; Arbeitsfähigkeit bis 23.12.2005, dann wieder Arbeitsunfähigkeit wegen Hüft- und Rückenschmerzen). Ob zum 23.12.2005 noch eine Herzgrunderkrankung bestanden habe, könne nur aus kardiologischer Sicht beantwortet werden. Der Einfluss der diagnostizierten Herzerkrankung auf die Krankschreibung sei unklar.

Die Beklagte hat hierzu das MDK-Gutachten des Dr. B. vom 26.7.2010 vorgelegt. Dieser hat Arztunterlagen- und -berichte ausgewertet und hierauf gestützt ausgeführt, die Klägerin sei seit dem 2.4.2004 wegen einer Herzerkrankung arbeitsunfähig gewesen und habe Krankengeld bis zum Erreichen der Höchstanspruchsdauer am 10.11.2005 bezogen. Mit MDK-Gutachten vom 7.9.2009 sei eine Herzrhythmusstörung (Tachyarrhythmia absoluta. d.h. schneller, unregelmäßiger Herzschlag) mit kardialer Dekompensation (Entgleisung der Pumpfunktion des Herzens) bei Schilddrüsenüberfunktion als Anlass der Krankschreibung am 2.4.2004 festgestellt worden. Im Befundbericht des Endokrinologen Dr. D. vom 16.12.2004 werde diese Vorgeschichte bestätigt (kardiale Dekompensation Anfang April, offenbar mit Bauchwassersucht). Laut Befundbericht des Kardiologen PD Dr. W. vom 28.1.2005 hätten seinerzeit eine Tachyarrhythmie (mit EKG-Frequenz um 130/Min., Pulsfrequenz um 90/Min.), echokardiographisch das Bild eines betont die rechte Herzhälfte betreffenden Muskelschadens mit deutlicher Vergrößerung der Vorhöfe und Vergrößerung der rechten Herzkammer, ausgeprägter Insuffizienz der Trikuspidalklappe (krankhafter Rückfluss von der rechten Herzkammer in den rechten Vorhof) mit Hinweisen auf Druckerhöhung im Lungenkreislauf, bei normaler Funktion der linken Herzkammer und mäßiger Mitralsuffizienz (Rückfluss von der linken Herzkammer in den linken Vorhof) vorgelegen. Dementsprechend habe sich sonographisch das Bild einer Stauungsleber und einer geringen Aszitesmenge (Bauchwassersucht) gezeigt. Es sei eine medikamentöse Umstellung empfohlen worden, wobei als erste Diagnose allerdings "allgemeiner Erschöpfungszustand" angegeben worden sei. Ausweislich des Entlassungsberichts des Sanatoriums U., Bad K., wo die Klägerin vom 11.1. bis 1.2.2005 (u.a.) auch kardiologisch behandelt worden sei, habe man eine gewisse Besserung der Gesamtbefindlichkeit erreicht bei eingeschränkter Belastbarkeit aufgrund der Herzerkrankung; so sei das Ergometertraining "im Leerlauf" durchgeführt worden. Nach einem Bericht des Herz-Diabetes-Zentrum N.-W. vom 13.5.2005 habe sich die Klägerin am Vortag in der dortigen kardiologischen Ambulanz mit global dekompensierter Herzschwäche mit massiven Unterschenkel- und Fußödemen und massivem Aszites sowie mäßigem Pleuraerguss rechts bei erneuter Tachyarrhythmia absoluta (Kammerfrequenz 140 bis 170/Min.) vorgestellt, nachdem sie die frequenzkontrollierenden Medikamente wegen diverser Unverträglichkeiten abgesetzt habe. Echokardiographisch (mittels Ultraschalluntersuchung des Herzens) habe sich eine hochgradig reduzierte linksventrikuläre systolische Pumpfunktion (Auswurfraction: EF 20 bis 30%) bei mittel- bis hochgradiger Mitrals- und hochgradiger Trikuspidalinsuffizienz, außerdem ein zirkulärer Perikarderguss (Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel) gezeigt. Der Klägerin sei die stationäre Aufnahme dringend nahegelegt worden; sie sei hierzu jedoch trotz eines Hinweises auf bestehende Todesgefahr nicht bereit gewesen. Nach dem Entlassungsbericht der K.-Klinik, Bad N., vom 9.6.2005 (stationäre Behandlung vom 19.5. bis 7.6.2005) hätten bei Aufnahme die vorbekannte Tachyarrhythmie und eine eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion (EF 40%) bestanden. Die Herzrhythmusstörung sei durch Kardioversion am 20.5.2005 beseitigt worden. Eine danach auftretende Rhythmusstörung (atriale Tachykardie) sei um den 31.5.2005 mit Katheterablation erfolgreich behandelt worden. Im Behandlungsverlauf seien 8 Liter Flüssigkeit ausgeschwemmt worden; bei Entlassung habe man die Klägerin als "beschwerdefrei" bezeichnet und Kontrollen bezüglich der eingeschränkten linksventrikulären Funktion sowie der Mitrals- und Trikuspidalinsuffizienz empfohlen.

Nach dem vorliegendem Langzeit-EKG-Befund (der Langzeit-ekg-Gemeinschaft B.) vom 21.12.2005 habe damals, soweit bei gehäuftem Artefakten und eingeschränkter Signalqualität beurteilbar, durchgehend ein normofrequenter Sinusrhythmus (regelmäßiger Herzrhythmus) vorgelegen. Im Befundbericht des Nervenarztes Dr. Dr. Z. vom 20.2.2006 sei festgehalten, die Klägerin habe nach eigenen Angaben von

2004 bis 2005 keine Flaschen aufmachen können und sei vor einigen Monaten immer mit Schmerzen im rechten Arm aufgewacht, zur Zeit sei der Zustand etwas gebessert. Sie könne aber nicht vom Sitzen aufstehen, sondern müsse sich stützen. Dr. Dr. Z. habe den Verdacht auf proximale myotone Myopathie geäußert (eine seltene, vererbliche Muskelerkrankung mit Muskelschwäche und Steifigkeit, die auch Herzrhythmusstörungen und kardiale Dekompensation verursachen könne). Vom 15.2. bis 22.3.2006 habe die Klägerin eine stationäre kardiologische Rehabilitationsbehandlung im Rehazentrum Bad N. absolviert. Im Entlassungsbericht vom 24.3.2006 sei (u.a.) ausgeführt, die Klägerin habe eingeschränkte Muskelkraft angegeben; sie müsse sich morgens beim Aufstehen und auch nach längerem Sitzen oder Liegen am Tage erst einlaufen und habe dabei auch Schwindel- und Leeregefühle im Kopf sowie Konzentrationsstörungen; außerdem bestehe Atemnot beim Bergangehen, schon bei leichter Steigung. Schmerzen habe sie nicht. Sie sei durch die geschilderten Beschwerden derart eingeschränkt, dass sie den Alltag nicht alleine bewältigen könne; einen Wiedereinstieg in den Beruf könne sie sich derzeit nicht vorstellen. Die Klinikärzte hätten echokardiographisch erweiterte Vorhöfe, eine gute linksventrikuläre Funktion (EF 57 %), eine Mitralsuffizienz Grad II bis III, eine Trikuspidalsuffizienz Grad II und Hinweise auf eine mittel- bis schwergradige pulmonale Hypertonie (Hochdruck im Lungenkreislauf: P_{max} systolisch 50 mmHg + ZVD) gefunden. Ergonomisch sei die Klägerin bis 75 Watt belastbar gewesen. Die Belastung sei wegen der vorbekannten Herzklappenfehler und der Beinmuskelschwäche abgebrochen worden. Die deutliche Reduktion der körperlichen Belastbarkeit sei vordergründig auf die Herzklappenfehler und den Lungenhochdruck zurückgeführt worden; die Klägerin könne ihre Tätigkeit (als selbständige Bausparkassenvertreterin im Außendienst mit jährlich 40.000 km Fahrleistung und Kundenbesuchen, dabei Belastung durch Tragen eines Notebook und von Informationsmaterial sowie durch Treppensteigen) aus kardiologischer Sicht nicht mehr ausüben.

Die Natur der Herzerkrankung sei an Hand der vorliegenden Informationen nicht vollständig zu klären. Fest stehe, dass es ab April 2004 - im Verlauf teilweise wohl auch ausgelöst durch Unterbrechungen der Medikamenteneinnahme - infolge Rhythmusstörungen und eingeschränkter Herzleistung wiederholt zu kardialen Dekompensationen mit erheblicher Flüssigkeitseinlagerung gekommen sei, und dass eine im Mai/Juni 2005 erzielte Normalisierung des Herzrhythmus und medikamentöse Therapie zu einer deutlichen Besserung geführt habe; dieser Verlauf wäre durch eine durchgemachte Herzmuskelentzündung zu erklären. Bei der Krankenhausentlassung am 7.6.2005 sei die Herzfunktion jedoch nicht normalisiert gewesen. Vielmehr habe noch eine mäßig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion sowie eine Mitrals- und Trikuspidalsuffizienz vorgelegen. Auch sei davon auszugehen, dass der bereits im Januar 2005 festgestellte und im März 2006 als mittelschwer bestätigte Lungenhochdruck weiter bestanden habe; das Krankenhaus habe eine echokardiographische Kontrolle nach 3 Monaten empfohlen (ein entsprechender Befund liege nicht vor). Bis zur Echokardiographie während der Rehabilitationsbehandlung im März 2006 habe sich die linksventrikuläre Pumpfunktion normalisiert. Die Klappenfehler hätten aber in unverändertem Schweregrad fortbestanden und es sei insbesondere eine nunmehr mittelschwere pulmonale Hypertonie im kleinen Kreislauf festgestellt worden. Für diese Erkrankung seien die bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung klagten Beschwerden, wie schlechte Leistungsfähigkeit, rasche Ermüdung, Atemnot bei Belastung und Schwindel nach dem Aufstehen, typisch. Die selbst noch im März 2006 bestehenden kardialen Veränderungen erklärten (auch nach damaliger Einschätzung der kardiologischen Rehaklinik) ausreichend die seinerzeit festgestellte Leistungsminderung, die die Berufsausübung unmöglich gemacht habe.

Lege man eine etwa kontinuierliche Entwicklung zwischen Juni 2005 und März 2006 zugrunde (entgegenstehende Informationen lägen nicht vor und bereits im Februar 2006 habe die Klägerin ihrem Nervenarzt von einer gewissen Besserung ihres Zustands berichtet), sei davon auszugehen, dass die Herzfunktion im November 2005 eher noch schlechter und die Leistungsfähigkeit der Klägerin - auch unter Berücksichtigung der Dekonditionierung durch die vorausgegangene schwere Krankheitsphase - noch eingeschränkter gewesen sei. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass auch nach dem 1.11.2005 weitere Arbeitsunfähigkeit wegen der Herzerkrankung bestanden habe.

Für eine frühe Coxarthrose seien belastungsabhängige Schmerzen, u. a. morgens bei den ersten Schritten, zwar nicht immer in der Leiste, sondern teilweise im Oberschenkel oder zum Knie ausstrahlend, typisch. Am 23.12.2005 habe der behandelnde Arzt aber nach dem Vorbringen der Klägerin keine Schmerzen dokumentiert. Noch im Rahmen der nervenärztlichen Untersuchung im Februar 2006 sei lediglich von vergangenen Schmerzen im rechten Arm die Rede; bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung im Februar 2006 sei festgehalten worden, Schmerzen bestünden nicht direkt im Skelettsystem. Eine Coxarthrose sei nach den vorliegenden Unterlagen erst 2006 diagnostiziert worden. Die vorliegenden Informationen gäben kaum etwas dafür her, dass eine untypisch schmerzlose Manifestation einer noch jahrelang unentdeckten Hüftarthrose die Ursache der Beschwerden gewesen wäre. Allenfalls die (allerdings erst im Februar 2006 gegenüber dem Nervenarzt und nicht als schmerzhaft angegebene) morgendlichen Anlaufschwierigkeiten und der damals festgestellte "Watschelgang" könnten dafür sprechen. Letzterer sei jedoch bei der Begutachtung im März 2010 (PD Dr. K.) nicht mehr nachweisbar gewesen, könne also retrospektiv nicht auf eine (progrediente) Hüftarthrose zurückgeführt werden.

Insgesamt spreche daher sehr viel mehr dafür als dagegen, dass die am 23.12.2005 geklagten Beschwerden Ausdruck der allgemeinen Leistungsminderung durch die Herzerkrankung und die dadurch bedingte Dekonditionierung gewesen seien, zumal bereits im Dezember 2004 eine allgemeine Muskelschwäche und im Januar 2005 ein allgemeiner Erschöpfungszustand aktenkundig seien.

PD Dr. K. habe in seinem Gutachten nicht objektivierend anhand damaliger Dokumentationen argumentiert und statt dessen auf die aktuellen Angaben der Klägerin abgestellt. Diese unterschieden sich, wie dargelegt, sehr von ihren damaligen Angaben, indem nunmehr eine Coxarthrose-typische Schmerzanamnese geboten werde.

Während der streitigen Zeit lägen zu einer im Februar 2006 - insbesondere wegen spezifischer elektrophysiologischer Befunde an Handmuskeln - vermuteten generalisierten Muskelerkrankung keine weiteren Unterlagen vor. Angesichts des im Rahmen der orthopädischen Begutachtung (durch PD Dr. K.) 4 Jahre später erhobenen unauffälligen Muskelbefundes könne eine derartige Erkrankung aber wohl ausgeschlossen werden. Da bis zur Rehabilitationsbehandlung im Februar/März 2006 eher Besserungs- als Verschlechterungstendenzen dokumentiert seien und noch bei der Entlassung lediglich eine reine Büroarbeit an 4 Stunden täglich für möglich erachtet worden sei, müsse man davon ausgehen, dass die Klägerin ab 23.12.2005 (wie bereits zuvor) weder die zuletzt ausgeübte, noch eine andere leichte Tätigkeit habe vollschichtig verrichten können. Nach dem nachvollziehbaren Ergebnis des Gutachtens des PD Dr. K. seien die durch die (prinzipiell fortschreitenden) Hüftarthrosen verursachten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit über 4 Jahre später noch im Wesentlichen mit den Anforderungen der zuletzt verrichteten Tätigkeit vereinbar (aktuell wohl mit Einschränkungen bzgl. häufigen Treppensteigens). Wie dargelegt sei von durchgehender Arbeitsunfähigkeit der Klägerin auszugehen; eine kurzfristige Besserung und erneute Verschlechterung sei nicht nachvollziehbar dokumentiert und vor dem Hintergrund der festgestellten Krankheiten auch äußerst

unwahrscheinlich.

PD Dr. K. hat in seiner (gem. [§ 109 SGG](#) erhobenen) ergänzenden Stellungnahme vom 4.6.2011 zu Einwendungen der Klägerin gegen sein (gem. [§ 109 SGG](#) erhobenes) Gutachten Stellung genommen und u.a. ausgeführt, die Klägerin sei ausführlich untersucht und auch zu ihrer Vorgeschichte befragt worden. Während der Anamneseerhebung und auch den Fragen zur Vorgeschichte habe sie mehr als eine halbe Stunde gesessen und sich bei der danach durchgeführten klinischen Untersuchung erheben und sich entsprechend der Untersuchung auch fortbewegen können. Nach Abschluss der Untersuchung habe sie die Klinik selbstständig verlassen. Er habe auch eine ausführliche Schmerzanamnese erhoben. In der Gesamtbeurteilung seien sowohl die Beschwerdesymptomatik als auch die Schmerzsymptomatik sowie die vorliegenden degenerativen Veränderungen gewertet worden. Dabei sei er zu der Auffassung gelangt, dass trotz der genannten Veränderungen vollschichtige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Stehen und Gehen bestehe. Aus den vorliegenden degenerativen Veränderungen könne keine Arbeitsunfähigkeit kreiert werden; dass die Klägerin aus der Reha-Klinik als arbeitsunfähig entlassen worden sei, stehe dem nicht entgegen. Vorliegende Arztberichte seien zur Kenntnis genommen worden. Die Würdigung von Herzerkrankungen sei nicht Aufgabe eines orthopädischen Gutachtens.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akte der Beklagte, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihr über den 23.12.2005 hinaus Krankengeld zu gewähren; sie hat darauf keinen Anspruch.

I. Versicherte haben gem. [§ 44 Abs. 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht von dem Tage an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt ([§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Die Dauer des Krankengeldbezuges regelt [§ 48 SGB V](#). Damit die Versicherten wirksam gegen den Ausfall des Arbeitsentgelts durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit absichert sind, sollen sie gem. [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB V Krankengeld (grundsätzlich) ohne zeitliche Begrenzung erhalten. Als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung soll das Krankengeld allerdings nur den vorübergehenden Lohnausfall bei zeitlich begrenzter Arbeitsunfähigkeit ausgleichen. Ist die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auf Dauer (auf nicht absehbare Zeit i. S. d. [§ 43 Abs. 1](#) und [2](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch, SGB VI) vermindert, muss die gesetzliche Rentenversicherung den Entgeltausfall durch entsprechende Dauerleistungen (Erwerbsminderungsrenten) auffangen, sofern die dafür festgelegten Voraussetzungen (des [§ 43 SGB VI](#)) erfüllt sind.

Da Dauerleiden danach (eher) dem Risikobereich der gesetzlichen Rentenversicherung zuzuordnen sind, ist der Grundsatz zeitlich unbeschränkter Krankengeldbezugs für den praktisch wichtigen Fall der Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines lang dauernden einheitlichen Grundleidens erheblich eingeschränkt. So besteht gem. [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V der Anspruch auf Krankengeld im Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit (nur) für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Eine während der Arbeitsunfähigkeit hinzutretende weitere Erkrankung, verlängert die Leistungsdauer nicht ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Bestehende und hinzutretende Erkrankung werden in Ansehung der Leistungsdauer rechtlich als Einheit - als eine Erkrankung - betrachtet, auf die sodann die zeitliche Bezugsgrenze des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) angewendet wird. Damit ist sichergestellt, dass die Höchstbezugsdauer von 78 Wochen ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) auch bei wechselnden Krankheitsbildern gewahrt bleibt und das Krankengeld in solchen Fällen nicht funktionswidrig zur rentenähnlichen Dauerleistung wird. Für die (leistungsrechtliche) Verklammerung beider Krankheiten zu einer Krankheit (im Rechtssinne) ist notwendig, dass die weitere Krankheit während (also weder vor noch nach) der Arbeitsunfähigkeit zu der bestehenden Krankheit hinzutritt, wobei es genügt, wenn die Arbeitsunfähigkeit wegen beider Krankheiten zeitgleich für 1 Tag bestanden hat (vgl. präzisierend aber: LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 24.2.2010, - [L 5 KR 112/08](#) -). Dann ist auch unschädlich, wenn kein zeitliches Nacheinander der Krankheiten vorliegt, beide Krankheiten vielmehr zeitgleich aufgetreten sind (dazu näher KassKomm-Höfler, SGB V [§ 48](#) Rdnr. 7a).

Die Dreijahreszeiträume des [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V (Blockfristen) beginnen mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wegen der jeweiligen Krankheit und setzen sodann eine Reihe auf einander folgender jeweils drei Jahre umfassender Blockfristen in Gang. Wurde im letzten Dreijahreszeitraum (in der letzten Blockfrist) wegen derselben Krankheit bereits für 78 Wochen Krankengeld bezogen, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit nur unter den (erschwerenden) Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 2 SGB V](#). Notwendig ist dann insbesondere, dass der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig und erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand ([§ 48 Abs. 2 Nr. 1](#) und [2 SGB V](#)). Dieselbe Krankheit i. S. d. [§ 48 SGB](#) schließlich liegt vor bei einem einheitlichen Krankheitsgeschehen im ursächlichen Sinn; bspw. genügt es, dass ein nicht ausgeheiltes Grundleiden, eine nicht behobene Krankheitsursache, Krankheitsschübe bewirkt, etwa ein degeneratives Wirbelsäulenleiden in zeitlichen Abständen behandlungsbedürftige Beschwerden auslöst (näher BSG, Urt. v. 7.12.2004, - [B 1 KR 10/03 R](#) -).

II. Davon ausgehend steht der Klägerin Krankengeld über den 23.12.2005 hinaus nicht mehr zu. Die Beklagte hat ihr im maßgeblichen Dreijahreszeitraum (Blockfrist) vom 2.4.2004 bis 1.4.2007 wegen der auf einer Herzerkrankung beruhenden Arbeitsunfähigkeit für die Höchstbezugsdauer von 78 Wochen (bis 10.11.2005) Krankengeld gewährt. Der Leistungsanspruch ist damit erschöpft. Ein neuer Leistungsanspruch ist nicht entstanden.

Für die Zeit ab dem 23.12.2005 hat Dr. K. der Klägerin unter dem 23.12.2005 eine Arbeits-unfähigkeitsbescheinigung gem. [§ 46 Satz 1 SGB V](#) ausgestellt. Darin sind die Diagnosen Unwohlsein und Ermüdung sowie nicht näher bezeichnete Myopathie angegeben. Handelt es sich bei dem damit beschriebenen Krankheitsgeschehen - wie Dr. H. im MDK-Gutachten vom 26.4.2006 angenommen hat - um dieselbe Krankheit, nämlich eine Herzerkrankung, wegen der die Klägerin bereits seit 2.4.2004 arbeitsunfähig war und bis 10.11.2005 Krankengeld bezogen hatte, ist die Weitergewährung der Leistung schon gem. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ausgeschlossen, da (innerhalb der Blockfrist) wegen derselben Erkrankung Krankengeld nur für höchstens 78 Wochen gezahlt wird und der Leistungsanspruch daher mit dem Bezug von Krankengeld vom 2.4.2004 bis 10.11.2005 erschöpft war. Sollte die Arbeitsunfähigkeit ab 23.12.2005 - wie die Klägerin geltend macht - auf

einer von der Herzerkrankung verschiedenen Erkrankung, etwa auf orthopädischen Leiden, beruht haben, scheitert der Leistungsanspruch an der Vorschrift in [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Nach den vorliegenden Arztberichten und Gutachten, namentlich dem MDK-Gutachten des Dr. B. vom 26.7.2010, hat die zur Arbeitsunfähigkeit seit 2.4.2004 führende Herzerkrankung über den 23.12.2005 hinaus fortbestanden. Dass diese Krankheit, anders als die Klägerin geltend macht, am 30.11.2005 nicht gleichsam ausgeheilt gewesen war und nicht geendet hatte, sie danach nicht bis zum 23.12.2005 wieder gesund und arbeitsfähig gewesen war und ab 23.12.2005 nicht eine erneute Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen neu aufgetretener Erkrankungen, nämlich Erkrankungen des Bewegungsapparats, eingetreten war, steht für den Senat fest. Es liegt allenfalls eine hinzugetretene Krankheit i. S. d. [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Diese bildet mit der Herzerkrankung eine leistungsrechtliche Einheit, weswegen es bei der Erschöpfung des Leistungsanspruchs bleibt. Hierfür sind folgende Erwägungen des Senats maßgeblich:

Dr. H. hat im MDK-Gutachten vom 2.6.2006 ausgeführt, die Diagnose einer pulmonalarteriellen Hypertonie sei für die bis 10.11.2005 bestehende Arbeitsunfähigkeit und für die Arbeitsunfähigkeit ab 23.12.2005 ursächlich gewesen. Andere Erkrankungen, etwa eine periphere Myopathie – nicht anders als eine orthopädische Erkrankung – wäre zu dieser Erkrankung nur hinzugetreten. Die Herzerkrankung (kardiale Erkrankung) sei aktuell wie in der Zeit vom 2.4.2004 bis 10.11.2005 arbeitsunfähigkeitsbegründend gewesen. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung sprechen die Erkenntnisse der Ärzte, die die Klägerin während eines stationären Rehabilitationsaufenthalts in der Reha-Klinik Bad-N. vom 15.2. bis 22.3.2006 untersucht haben. So sind im Entlassungsbericht der Klinik vom 24.3.2006 (u.a.) die Diagnosen Mitralklappeninsuffizienz Grad II – III, Trikuspidalklappeninsuffizienz Grad II, mittelschwere pulmonale Hypertonie, arterielle Hypertonie und Verdacht auf proximale myotone Myopathie festgehalten. Deswegen wurde die körperliche Belastbarkeit der Klägerin für deutlich reduziert erachtet und sie wurde weiter als arbeitsunfähig eingestuft. Dabei gelangten die Reha-Ärzte zu der Einschätzung, dass die Klägerin ihre letzte Tätigkeit als Handelsvertreterin für Bausparkassen im Außendienst aus kardiologischer Sicht aufgrund der noch deutlich reduzierten kardiopulmonalen Belastbarkeit nicht mehr ausüben kann. Das steht der Annahme, bei der Herzerkrankung habe es sich um eine temporäre und bis Ende November 2005 in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Klägerin wieder beseitigten Krankheitserscheinung gehandelt, klar entgegen. Dr. K. hatte die im Februar/März 2006 durchgeführte Kurmaßnahme im August 2005 angeregt, und zur Begründung (u.a.) auf Vorhofflimmern sowie rezidivierende dekompensierte Herzinsuffizienz unter Belastungsminderung hingewiesen (Befundbericht vom 4.8.2005). Auch dies unterstreicht die Kontinuität und Fortdauer eines auf die (seit April 2004 aufgetretene) Herzerkrankung zurückgehenden und Arbeitsunfähigkeit begründenden Krankheitsgeschehens über den November/Dezember 2005 hinaus. Dr. H. kam im MDK-Gutachten 26.4.2006 – damit in Einklang – zu der Erkenntnis, dass die Klägerin wegen der stark verminderten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit für ihre konkrete Tätigkeit auf Dauer ungeeignet sei, wobei er die schlechte linksventrikuläre Pumpleistung (des Herzens) auf eine Herzrhythmusstörung zurückführte, die letztendlich auf einer im April 2004 eingetretene hyperthyreoten Stoffwechselentgleisung mit Vorhofflimmern und Tachyarrhythmie beruhte. Dr. K. hat demgegenüber im Schreiben vom 9.5.2006 nur davon gesprochen, die kardialen Symptome (die Herzerkrankung) hätten bis Dezember 2005 "im Vordergrund" gestanden, während jetzt die periphere Myopathie krankheitsbestimmend sei. Daraus kann nicht entnommen werden, die Herzerkrankung sei nach Ansicht des Arztes als bloß temporäre Entscheidung ab Dezember 2005 (gänzlich) verschwunden. Auch im Bericht vom 15.11.2007, den das Sozialgericht erhoben hat, hat Dr. K. ausgeführt, die am 22.11.2005 "bis auf Weiteres" bescheinigte Arbeitsunfähigkeit habe auf den bis dahin (immer) noch "im Vordergrund" stehenden kardialen Beschwerden mit Belastungsintoleranz, Erschöpfungszuständen, Palpitationen und Luftnot beruht. Dass die Herzerkrankung schon eine Woche später (als temporäre Erscheinung) für die Arbeitsfähigkeit der Klägerin praktisch bedeutungslos geworden wäre, ist damit nicht zu vereinbaren. Dr. K. hat sich für die ab 23.12.2005 bescheinigte Arbeitsunfähigkeit – so der Bericht vom 15.11.2007 – im Kern auch auf Beteuerungen der Klägerin und deren Angaben zu (jetzt bestehenden) erheblichen muskulären Schwächen und allgemeiner Müdigkeit gestützt, die er klinisch nicht auf die bekannte Herzerkrankung zurückführen konnte. Das Fortbestehen der Herzerkrankung hat er damit nicht ausgeschlossen, diese vielmehr ausdrücklich als "bekannt" bezeichnet und darauf abgestellt, die kardialen Beschwerden hätten sich – wiederum nach Angaben der Klägerin – unter Medikation und körperlicher Schonung gebessert. Dass diese bei erneuter körperlicher Belastung durch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständige Handelsvertreterin (mit erheblicher Fahrtätigkeit, mittelschwerem bis schwerem Heben und häufigem Treppensteigen – MDK-Gutachten Dr. F. vom 19.4.2006) wieder auftreten und Arbeitsunfähigkeit verursachen können, hat er damit nicht ausgeschlossen. Schließlich hat das Sozialgericht auch zu Recht darauf abgestellt, dass die Klägerin selbst in einem Schreiben an den Rentenversicherungsträger vom 20.12.2005 eine "dringendst benötigte" Rehabilitationsmaßnahme erbeten hatte, was ihre Angaben zur erneuten Arbeitsfähigkeit ab 30.11.2005 jedenfalls in Zweifel ziehen muss.

Aus dem auf Antrag der Klägerin gem. [§ 109 SGG](#) erhobenen Gutachten des PD. Dr. K. sowie dessen (ebenfalls auf Antrag der Klägerin gem. [§ 109 SGG](#) erhobene) ergänzenden Stellungnahme geht anderes nicht hervor. Dieser hat Aussagen zum Fortbestehen der Herzerkrankung über den 30.11.2005 hinaus und zur weiteren Entwicklung dieses Krankheitsgeschehens nicht abgeben können, sich vielmehr (seinem Fachgebiet entsprechend) auf die Eruierung orthopädischer Leiden der Klägerin beschränkt. Deswegen konnte er auch nicht feststellen, ob die Klägerin ab 23.12.2005 ausschließlich wegen orthopädischer Leiden oder (auch) wegen der noch andauernden Herzerkrankung arbeitsunfähig war. Hierzu hat er eigene Erkenntnisse nicht gewinnen, sondern nur auf das entsprechende Vorbringen der Klägerin verweisen können.

Dem zuletzt vorgelegten MDK-Gutachten des Dr. B. vom 26.7.2010 entnimmt der Senat, dass die Herzerkrankung der Klägerin im November/Dezember 2005 (über den 23.12.2005 hinaus) fortbestand und Arbeitsunfähigkeit verursachte. Dr. B. hat die verfügbaren Arztunterlagen und -berichte sorgfältig ausgewertet und hieraus – soweit im Nachhinein möglich – das Krankheitsgeschehen, insbesondere den Verlauf der Herzerkrankung der Klägerin retrospektiv eruiert. Er hat überzeugend dargelegt, dass die Natur der Herzerkrankung nicht vollständig geklärt werden kann und es im Jahr 2005 ersichtlich zu wechselnden Manifestationen der Krankheit kam. So hat der Kardiologe PD Dr. W. im Januar 2005 eine Tachyarrhythmie (mit EKG-Frequenz um 130/Min., Pulsfrequenz um 90/Min.), echokardiographisch das Bild eines betont die rechte Herzhälfte betreffenden Muskelschadens mit deutlicher Vergrößerung der Vorhöfe und Vergrößerung der rechten Herzkammer, ausgeprägter Insuffizienz der Trikuspidalklappe (krankhafter Rückfluss von der rechten Herzkammer in den rechten Vorhof) mit Hinweisen auf Druckerhöhung im Lungenkreislauf, bei normaler Funktion der linken Herzkammer und mäßiger Mitralsuffizienz (Rückfluss von der linken Herzkammer in den linken Vorhof) gefunden. Nach einer gewissen Besserung im Zuge eines Sanatoriumsaufenthalts in Bad K. wurde im Mai 2005 bei der Vorstellung der Klägerin in der kardiologischen Ambulanz des Herz-Diabetes-Zentrums N.-W. wiederum eine global dekompensierte Herzschwäche mit massiven Unterschenkel- und Fußödemen und massivem Aszites sowie mäßigem Pleuraerguss rechts bei erneuter Tachyarrhythmia absoluta (Kammerfrequenz 140 bis 170/Min.) diagnostiziert. Außerdem zeigte sich bei der Ultraschalluntersuchung des Herzens eine hochgradig reduzierte linksventrikuläre systolische Pumpfunktion (Auswurfraction: EF 20 bis 30%) bei mittel- bis hochgradiger Mitrals- und hochgradiger Trikuspidalinsuffizienz sowie ein zirkulärer Perikarderguss (Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel), weswegen nach Ansicht der Klinikärzte sogar Lebensgefahr bestand und eine

stationäre Behandlung notwendig gewesen wäre. Offenbar fand eine stationäre Therapie sodann im Mai/Juni 2005 in der K.-Klinik, Bad N., statt, aus der man die Klägerin als "beschwerdefrei", freilich mit der Notwendigkeit von Kontrollen bezüglich der eingeschränkten linksventrikulären Funktion sowie der Mitral- und Trikuspidalinsuffizienz entlassen konnte. Nach einem - soweit infolge von gehäuftem Artefakten und eingeschränkter Signalqualität hinreichend beurteilbaren EKG-Befund vom 21.12.2005 mit normofrequentem Sinusrhythmus (regelmäßigem Herzrhythmus) wurden bei der stationären kardiologischen Rehabilitationsbehandlung (15.2. bis 22.3.2006) im Rehakentrum Bad N. echokardiographisch erweiterte Vorhöfe, eine gute linksventrikuläre Funktion (EF 57 %), eine Mitralinsuffizienz Grad II bis III, eine Trikuspidalinsuffizienz Grad II und Hinweise auf eine mittel- bis schwergradige pulmonale Hypertonie (Hochdruck im Lungenkreislauf: PAmx systolisch 50 mmHg + ZVD) gefunden. Die ergonomische Belastung musste (bei 75 Watt) wegen der vorbekannten Herzklappenfehler und der Beinmuskelschwäche abgebrochen werden. Die deutliche Reduktion der körperlichen Belastbarkeit führten die Klinikärzte auf die Herzklappenfehler und den Lungenhochdruck zurück und erachteten die Klägerin deswegen aus kardiologischer Sicht für außerstande, ihre bisherige Tätigkeit als selbständige Bausparkassenvertreterin im Außendienst mit jährlich 40.000 km Fahrleistung und Kundenbesuchen aus kardiologischer Sicht weiterhin auszuüben. Im Hinblick auf diesen Krankheitsverlauf hat Dr. B. schlüssig angenommen, dass es ab April 2004 - im Verlauf teilweise wohl auch ausgelöst durch Unterbrechungen der Medikamenteneinnahme - infolge Rhythmusstörungen und eingeschränkter Herzleistung wiederholt zu kardialen Dekompensationen mit erheblicher Flüssigkeitseinlagerung gekommen ist, dass eine im Mai/Juni 2005 erzielte Normalisierung des Herzrhythmus und eine medikamentöse Therapie zwar zu einer deutlichen Besserung geführt haben, bei der Krankenhausentlassung am 7.6.2005 die Herzfunktion jedoch nicht normalisiert war und noch eine mäßig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion sowie eine Mitral- und Trikuspidalinsuffizienz vorgelegen hat sowie außerdem der bereits im Januar 2005 festgestellte und im März 2006 als mittelschwer bestätigte Lungenhochdruck weiter bestand. Unbeschadet der Normalisierung der linksventrikulären Pumpfunktion bis zur Echokardiographie während der Rehabilitationsbehandlung im März 2006 lagen die Herzklappenfehler weiterhin in unverändertem Schweregrad vor und man stellte in der Rehabilitationsklinik außerdem eine nunmehr mittelschwere pulmonale Hypertonie im kleinen Kreislauf fest. Die selbst noch im März 2006 bestehenden kardialen Veränderungen erklärten nach damaliger Einschätzung der Klinikärzte die seinerzeit festgestellte Leistungsminderung der Klägerin mit der Unmöglichkeit, ihre bisherige Tätigkeit fortzusetzen. Angesichts dessen ist die Schlussfolgerung des Dr. B., bei einer etwa kontinuierlichen Entwicklung zwischen Juni 2005 und März 2006 sei davon auszugehen, dass die Herzfunktion im November 2005 eher noch schlechter und die Leistungsfähigkeit der Klägerin - auch unter Berücksichtigung der Dekonditionierung durch die vorausgegangene schwere Krankheitsphase - noch eingeschränkter gewesen sei, nachvollziehbar und überzeugend. Damit kann aus dem ärztlichen Befunden jedenfalls abgeleitet werden, dass das Herzleiden Ende November nicht als lediglich temporäre Erscheinung gleichsam ausgeheilt gewesen und die auf der Herzerkrankung beruhende Arbeitsunfähigkeit nicht beendet gewesen war. Dementsprechend ist mit Dr. B. von durchgehender Arbeitsunfähigkeit der Klägerin wegen der Folgen ihres Herzleidens auszugehen. Für die behauptete kurzfristige Besserung im November/Dezember 2005 und eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands fehlt es vor allem im Hinblick auf die Eigenart des vorliegenden Herzleidens an entsprechenden (dokumentierten) Befunden.

Der Senat war nicht gehalten, dem am Nachmittag vor dem Termin zur mündlichen Verhandlung per Fax vorsorglich und in der mündlichen Verhandlung gestellten Antrag auf Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) stattzugeben. Durch die Zulassung wäre die Erledigung des Rechtsstreits verzögert worden und der Antrag ist nach Überzeugung des Senats aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden. Der Beteiligte muss den Antrag spätestens dann innerhalb angemessener Frist stellen, wenn er erkennen muss, dass das Gericht keine (weiteren) Erhebungen von Amts wegen durchführt. Dies ist bei sachkundig vertretenen Klägern anzunehmen, wenn das Gericht mitteilt, es seien keine weiteren Ermittlungen vorgesehen oder wenn der Rechtsstreit ohne weitere Mitteilung terminiert wird (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, § 109 Rz. 11 m. w. N.). Im vorliegenden Fall ist den Bevollmächtigten der Klägerin bereits mit Verfügung vom 22.09.2009 mitgeteilt worden, dass weitere medizinische Ermittlungen von Amts wegen nicht vorgesehen seien. Er hat daraufhin im November 2009 einen Antrag nach [§ 109 SGG](#), der in der Berufungsbegründung lediglich vorsorglich gestellt war, auf Einholung eines orthopädischen Sachverständigengutachten gestellt, mit dessen Erstellung schließlich PD Dr. K. beauftragt werden konnte. Dieses Sachverständigengutachten lag am 26.05.2010 vor und wurde am 31.05.2010 an die Beteiligten weitergeleitet. Nachdem die Beklagte das Sozialmedizinische Gutachten von Dr. B. vorgelegt hatte, wurde dem Kläger-Vertreter mit Verfügung vom 31.08.2010 erneut mitgeteilt, dass der Rechtsstreit entscheidungsreif sei. Erst am 16.10.2010 wurde dann der Antrag gestellt, den Sachverständigen PD Dr. K. zur mündlichen Verhandlung zu laden. Es wurde u.a. mitgeteilt, dass die Klägerin mit dem Ergebnis des Gutachtens nicht einverstanden sei und nichts anderes übrig bleiben könne, als im Wege des [§ 109 SGG](#) ein Gutachten einzuholen, welches den notwendigen Anforderungen gerecht werde. Der Kläger-Vertreter wurde daraufhin mit Verfügung vom 24.11.2010, der er erst am 03.03.2011 nachkam, aufgegeben, die beabsichtigten Fragen mitzuteilen. Wenn dann erst nach Vorliegen der schriftlichen Antworten des Sachverständigen am 22.06.2011 und deren Weiterleitung am 24.06.2011 sowie Terminbestimmung zum 03.08.2011, dem Kläger zu gegangen am 13.07.2011, am 02.08.2011 vorsorglich und in der mündlichen Verhandlung unbedingt, ein Antrag auf Einholung eines kardiologischen Sachverständigengutachten nach [§ 109 SGG](#) gestellt wird, ist dieser nicht mehr innerhalb angemessener Frist gestellt. Durch die Zulassung wäre die Erledigung des Rechtsstreits verzögert worden, da der Senat nicht aufgrund der mündlichen Verhandlung hätte entscheiden können und der Antrag ist nach Überzeugung des Senats aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden. Denn entscheidungserheblich war von Anfang der Vortrag der Klägerin, dass nach der Arbeitsunfähigkeit aufgrund ihrer Herzerkrankung am 22.11.2005 Arbeitsfähigkeit bis zum 23.12.2005 bestanden habe. Es hätte sich aufgedrängt, von Anfang an ein kardiologisches Gutachten mit dieser Fragestellung zu beantragen. Das orthopädische Gutachten und die ergänzende Stellungnahme machten ein kardiologisches Gutachten dagegen eher überflüssig, nachdem der Vortrag der Klägerin, sie sei ausschließlich aufgrund von orthopädischen Beschwerden arbeitsunfähig gewesen, nicht gestützt wurde. Denn ein kardiologisches Gutachten, dass ihren Vortrag, sie sei hinsichtlich der Herzerkrankung am 22.11.2005 bis zum 23.12.2005 arbeitsfähig und danach nicht aufgrund der Herzerkrankung arbeitsunfähig gewesen sei, beweisen würde, hätte zur Folge, dass ein Krankengeldanspruch daran scheitern müsste, dass bereits Arbeitsunfähigkeit nicht festgestellt werden könnte.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-09-05