

L 11 KR 3177/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 2607/18
Datum
07.09.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3177/20
Datum
25.01.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Dreijahreszeitraum des [§ 48 Abs 1 SGB V](#) wird nach dem Grundsatz der starren Rahmenfrist (Blockfrist) bestimmt. Der erstmalige Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit setzt eine Kette unmittelbar aufeinander folgender Dreijahreszeiträume in Gang, innerhalb derer - bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen - jeweils bis zu 78 Wochen Krankengeld gewährt werden kann (st Rspr zB BSG 21.06.2011, [B 1 KR 15/10 R](#), SozR 4-2500 § 48 Nr 4). Tritt innerhalb eines solchen Dreijahreszeitraums eine neue und eigenständige Erkrankung auf, wird für diese Erkrankung eine eigene Blockfrist gebildet. Eine Hypertonie ist kein Grundleiden, welches dazu zwingt, eine (zuerst aufgetretene und wieder abgeheilte) kardiale Dekompensation und eine (später festgestellte) koronare Drei-Gefäß-Erkrankung als dieselbe Krankheit iSd [§ 48 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zu werten.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 07.09.2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf Gewährung von Krankengeld für die Zeit ab 01.07.2018 streitig.

Der 1958 geborene Kläger ist bei der beklagten Krankenkasse versichert. Er war als Informatiker versicherungspflichtig beschäftigt. Nachdem er durch die Beklagte zum 30.06.2018 ausgesteuert worden war, bezog er Arbeitslosengeld. Seit März 2020 steht er im Bezug einer Altersrente.

In der Zeit vom 26.12.2014 bis 06.03.2015 war der Kläger arbeitsunfähig und bezog Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch seinen Arbeitgeber sowie Krankengeld durch die Beklagte. Er wurde am 26.12.2014 in die Klinik für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie des D-Klinikums S wegen einer globalen kardialen Dekompensation aufgenommen. Dort wurden ua ein etwas dilatierter, konzentrisch hypertrophierter linker Ventrikel mit höchstgradig eingeschränkter LVEF (ca. 18%) bei diffuser Hypokinese, eine normal weite Aortenwurzel, keine relevante Stenose der Aortenklappe trikuspid, keine relevante Insuffizienz, eine sklerosierte Mitralklappe, eine leicht- bis mittelgradige Insuffizienz, eine diastolische Funktionsstörung II. Grades und eine Trikuspidalklappe mit leichtgradiger Insuffizienz festgestellt. Klinisch habe sich das Bild einer globalen kardialen Dekompensation gezeigt. Der J ging in dem Entlassbericht vom 05.01.2015 „am ehesten von einer hypertensiven Herzerkrankung bei schwer einstellbarem Hypertonus“ aus. Zum Ausschluss einer ischämischen Kardiomyopathie wurde dem Kläger eine Koronarangiographie empfohlen, die dieser jedoch ablehnte. Der B berichtete unter dem 23.02.2015 ua über eine normal weite Aortenwurzel, einen normal großen linken Vorhof und linken Ventrikel, eine deutlich hypertrophierte Wand des linken Ventrikels, eine systolische linksventrikuläre Funktion mit 46% mittelstark eingeschränkt, eine unauffällige Mitralklappe, eine Aortenklappe ohne Insuffizienz, keine Stenose, einen normalen Befund am rechten Herzen sowie eine Trikuspidalklappe ohne Insuffizienz. Er sah keinen Anhalt für eine pulmonale Hypertonie sowie die vormals als schwerstgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion ungewöhnlich rasch gebessert, aktuell nur noch mäßig, allenfalls mittelstark reduziert. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde dem Kläger Arbeitsunfähigkeit wegen der Diagnosen I11.90 (hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise), I10.90 (essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise) und I51.9 (Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet) bescheinigt.

Vom 02.11.2015 bis 20.11.2015 war der Kläger wegen der Diagnosen K40.9 (Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet), J434.99 (chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet), I10.90 (essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise), I50.12 (Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung), Z92.2 (Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese) arbeitsunfähig. Wegen der Leistenhernie wurde der Kläger vom 02.11.2015 bis 03.11.2015 im Klinikum L stationär behandelt.

In der Zeit vom 01.01.2017 bis 05.01.2017 befand sich der Kläger erneut in stationärer Behandlung im D-Klinikum S. Dort wurden die Diagnosen NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt) bei koronarer Drei-Gefäß-Erkrankung (Koronarangiographie vom 01.01.2017: Bypassoperation empfohlen; kardiovaskuläre Risikofaktoren: Arterielle Hypertonie, familiäre Disposition, Hyperlipoproteinämie, Nikotinabusus) und vorbekannt global kardiale Dekompensation bei hypertensiver Herzerkrankung 01/2015 genannt. Es wurde eine schwere koronare Drei-Gefäß-Erkrankung festgestellt. Die Echokardiographie ergab folgenden Befund: LVEF um 50%, normal große linke und rechte Herzhöhlen bei Hypokiniese des Apex, leichtgradig eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion, die gegenüber dem Zustand im Januar 2015 deutlich gebessert war. Kardiale Dekompensationszeichen ergaben sich nicht. Während der stationären Aufenthalte vom 13.03.2017 bis 15.03.2017 und 27.04.2017 bis 28.04.2017 im Klinikum A H erfolgten Stentimplantationen sowie vom 15.11.2017 bis 17.11.2017 wegen einer Rezidivhernie eine Leistenoperation.

Der E bescheinigte dem Kläger wegen der Diagnosen I25.13 (atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäß-Erkrankung), I10.90 (essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet), I11.90 (hypertensive Herzkrankheit ohne kongestive Herzinsuffizienz, hypertensive Herzerkrankung ohne nähere Angaben) für die Zeit vom 09.01.2017 bis zum 31.01.2017, vom 24.01.2017 bis 10.02.2017 und vom 06.02.2017 bis 28.02.2017, wegen der Diagnose I11.90 (hypertensive Herzkrankheit ohne kongestive Herzinsuffizienz, hypertensive Herzkrankheit ohne nähere Angaben) vom 27.02.2017 bis 27.03.2017, vom 21.03.2017 bis 21.04.2017, vom 21.04.2017 bis 21.05.2017, vom 19.05.2017 bis 21.06.2017, vom 19.06.2017 bis 19.07.2017, vom 17.07.2017 bis 04.08.2017, vom 31.07.2017 bis 31.08.2017, vom 01.09.2017 bis 30.09.2017, zusätzlich wegen der Diagnose K40.90 (Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet) vom 28.09.2017 bis 28.10.2017, vom 25.10.2017 bis 24.11.2017, vom 22.11.2017 bis 22.12.2017, vom 22.12.2017 bis 22.01.2018, vom 19.01.2018 bis 19.02.2018, vom 16.02.2018 bis 16.03.2018, vom 14.03.2018 bis 14.04.2018, vom 08.05.2018 bis 11.06.2018, vom 08.06.2018 bis 08.07.2018, vom 05.07.2018 bis 31.07.2018, vom 31.07.2018 bis 02.09.2018, vom 03.09.2018 bis 03.10.2018, vom 01.10.2018 bis 31.10.2018, vom 30.10.2018 bis 30.11.2018, vom 28.11.2018 bis 21.12.2018, vom 20.12.2018 bis 21.01.2019, vom 17.01.2019 bis 22.02.2019, vom 21.02.2019 bis 21.03.2019, vom 20.03.2019 bis 19.04.2019, vom 18.04.2019 bis 17.05.2019, vom 16.05.2019 bis 14.06.2019, vom 12.06.2019 bis 12.07.2019 und vom 11.07.2019 bis 31.07.2019 Arbeitsunfähigkeit.

Der Kläger erhielt seitens seines Arbeitgebers für die Zeit vom 01.01.2017 bis zum 31.03.2017 Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Anschließend gewährte die Beklagte dem Kläger Krankengeld bis zum 30.06.2018.

Mit Bescheid vom 23.04.2018 verfügte die Beklagte das Ende der Krankengeldzahlung spätestens am 11.06.2018 und berücksichtigte dabei 19 Tage Arbeitsunfähigkeit vom 02.11.2015 bis 20.11.2015. Dagegen legte der Kläger am 07.05.2018 Widerspruch ein. Er habe in letzter Zeit zwei Herzereignisse mit Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalt erlitten. Nach Genesung des ersten Herzereignisses sei am 02.11.2015 eine Leistenhernie aufgetreten. Am 01.01.2017 sei er dann erneut wegen der Herzkrankheit arbeitsunfähig geworden. Bei der Arbeitsunfähigkeit ab 01.01.2017 handle es sich nicht um eine neue Krankheit, sondern um dieselbe Krankheit wie ab 26.12.2014. Dies zeige sich schon in der Kodierung. Es handle sich um ein einheitliches Krankheitsgeschehen. Die maßgebliche Drei-Jahres-Frist sei am 26.12.2017 ohne Aussteuerung abgelaufen. Es laufe also gerade die zweite Drei-Jahres-Frist.

Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser gelangte unter dem 29.06.2018 zu der Einschätzung, dass die beiden Arbeitsunfähigkeiten das Herz betreffen, es handle sich jedoch nicht um dieselbe Erkrankung. Unter dem 13.07.2018 und 20.07.2018 nahm der MDK dahingehend Stellung, dass zwischen der Arbeitsunfähigkeit wegen der Leistenhernie und den Arbeitsunfähigkeiten wegen der Herzerkrankungen kein Zusammenhang bestehe. Die Arbeitsunfähigkeit vom 26.12.2014 sei aufgrund einer dilatativen Kardiomyopathie, also einer Vergrößerung und Schwäche des Herzens, eingetreten. Hierfür seien verschiedene Ursachen möglich. Im Falle des Klägers sei die Kardiomyopathie wahrscheinlich hypertensiv bedingt. Die Arbeitsunfähigkeit am 01.01.2017 sei aufgrund eines akuten Herzinfarkts bei Drei-Gefäß-koronarer Herzkrankheit eingetreten. Zwischen der koronaren Herzkrankheit und der dilatativen Kardiomyopathie bestehe kein Zusammenhang. Es handle sich nicht um dieselbe Erkrankung.

Mit Bescheid vom 30.07.2018 hob die Beklagte den Bescheid vom 23.04.2018 auf und half dem Widerspruch des Klägers ab. Mit Bescheid vom 30.07.2018 verfügte die Beklagte nunmehr, dass die Krankengeldzahlung am 30.06.2018 ende. Mit Schreiben vom 03.09.2018 nahm die Beklagte dahingehend Stellung, dass sie bisher übersehen habe, dass sich der Kläger mit seinem Widerspruch auch gegen die Berechnung der aktuellen Blockfrist richte. Nach Einschaltung des MDK sei die zunächst angerechnete Vorerkrankung vom 02.11.2015 bis zum 20.11.2015 nicht anzurechnen. Die aktuelle Blockfrist beginne am 01.01.2017.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies am 02.10.2018 den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Für die Arbeitsunfähigkeit ab 01.01.2017 ende der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf des 30.06.2018. Die Blockfrist laufe vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2019. Der MDK habe festgestellt, dass kein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit vom 26.12.2014 bis 06.03.2015 und der Arbeitsunfähigkeit ab 01.01.2017 bestehe. Ohne Anrechnung von Vorerkrankungen ende der Anspruch auf Krankengeld nach insgesamt 546 Tagen am 30.06.2018.

Der Kläger hatte bereits am 21.08.2018 gegen den Bescheid vom 30.07.2018 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben und begehrt, dass seine zwei Herzereignisse vom 26.12.2014 und 01.01.2017 als dieselbe Krankheit gewertet werden und die Aussteuerung Mitte 2018 durch einen Blockfristwechsel verhindert wird. Die Abhilfe der Beklagten (Ende Krankengeldbezug 30.06.2018 statt 11.06.2018) habe mit der Thematik seines Widerspruchs nichts zu tun. Insofern sei keine Abhilfe geschaffen worden. Es handle sich in beiden Erkrankungsfällen im ursächlichen Sinne um eine hypertensive Herzkrankheit mit arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit, Stents und Herzinfarkt als Ausprägungen. Diese Krankheit sei nach dem 26.12.2014 und dem 01.01.2017 nicht geheilt worden. Sie sei chronisch. Am 24.10.2018 hat der Kläger den Widerspruchsbescheid vom 02.10.2018 in das Klageverfahren eingeführt und an seinem Klagebegehren festgehalten. Ursache der Herzerkrankung, die zum stationären Aufenthalt ab dem 26.12.2014 geführt habe, sei die arterielle Hypertonie. Für die ab 01.01.2017 zur Arbeitsunfähigkeit führende koronare Herzkrankung sei die arterielle Hypertonie Hauptursache. Die koronare Herzerkrankung entwickle sich bei arterieller Hypertonie schleichend. Somit bestehe ein klarer ursächlicher Zusammenhang. Es handle sich

um dieselbe Erkrankung.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen einvernommen.

Der M hat mit Schreiben vom 05.08.2019 über Vorstellungen des Klägers seit dem 02.02.2017 berichtet. Beim Kläger bestehe eine schwere koronare Drei-Gefäß-Erkrankung. Dieser habe im Januar 2017 einen Nicht-ST-Hebungsinfarkt erlitten. Im Frühjahr 2017 seien mehrfache Koronarinterventionen an allen drei Kranzgefäßen erfolgt. Die Erstdiagnose der koronaren Herzerkrankung sei im Januar 2017 erfolgt. Der E hat mit Schreiben vom 02.09.2019 über eine regelmäßige Behandlung seit dem Erstkontakt am 07.01.2015 berichtet. Als Gesundheitsstörungen hat er eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzerkrankung, eine koronare Drei-Gefäß-Erkrankung mit Stentimplantation, einen Herzinfarkt und eine Herzinsuffizienz benannt. Die arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzerkrankung und die Herzinsuffizienz bestünden seit dem Erstkontakt im Januar 2015, die Drei-Gefäß-Erkrankung sowie der Herzinfarkt seien im Januar 2017 aufgetreten. Ausgehend von einer wohl schon länger bestehenden arteriellen Hypertonie sei es zu den Folgeerscheinungen wie dekompensierter Herzinsuffizienz und später zum Herzgeschehen mit Stentimplantation gekommen.

Weiter hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines kardiologischen Gutachtens. Der T hat in seinem Gutachten vom 27.11.2019 zusammenfassend ausgeführt, dass bei dem Kläger mindestens seit Anfang 2017 eine hypertensive Erkrankung, eine koronare Drei-Gefäß-Erkrankung mit NSTEMI sowie eine hochgradig reduzierte linksventrikuläre Pumpfunktion initial (12/04) mit EF von 18% (Norm > 60%), zwischenzeitlich deutlich gebessert mit EF von 46% (02/2015), bestehe. Die hypertensive Erkrankung sei erstmals im Dezember 2014 dokumentiert und medikamentös behandelt. Die koronare Drei-Gefäß-Erkrankung sei erstmals im Januar 2017 diagnostiziert worden. Die hochgradig reduzierte linksventrikuläre Pumpfunktion sei im Dezember 2014 erstmalig diagnostiziert worden. Diese habe sich bereits im Februar 2015 deutlich gebessert. Die arterielle Hypertonie werde medikamentös behandelt und könne sehr gut eingestellt werden. Schwere Folgen einer Bluthochdruckerkrankung, wie zB eine Hirnblutung durch Hochdruckentgleisung mit Platzen einer Schlagader, seien nicht aufgetreten. Eine arterielle Hypertonie bedinge keine lange oder langfristige Arbeitsunfähigkeit. Eine koronare Drei-Gefäß-Erkrankung mit Koronarintervention führe im Allgemeinen zu einer Arbeitsunfähigkeit. Nach einem kleinen Infarkt (NSTEMI) seien im Allgemeinen zwei bis drei Wochen plausibel. Bei Herzleistungsschwäche, vorliegend initial deutlich eingeschränkte systolische Pumpfunktion, seien Arbeitsunfähigkeiten von Wochen bis Monaten zu erwarten. Im Falle des Klägers habe sich die Pumpleistung der linken Herzkammer ausweislich des Arztbriefs des B ungewöhnlich rasch erholt. Die hypertensive Erkrankung, die koronare Drei-Gefäß-Erkrankung sowie die reduzierte linksventrikuläre Pumpfunktion seien als eigenständige Erkrankungen zu sehen, auch wenn die koronare Herzerkrankung sowie die Herzleistungsschwäche beide das Herz betreffen. Die Bluthochdruckerkrankung, die vorliegend oft als hypertensive Herzerkrankung bezeichnet werde, sei nicht die Ursache und nicht dieselbe Erkrankung wie die Herzleistungsschwäche. Vorliegend sei nicht plausibel, dass die hochgradig reduzierte Pumpleistung der linken Herzkammer im Dezember 2014 aufgrund der Hochdruckerkrankung aufgetreten sei. Vielmehr werde die Ursache im Dunkeln bleiben, denn es sei keine Myokardbiopsie sowie keine Kernspintomographie der Herzkammer durchgeführt worden. Wahrscheinlicher sei es, dass eine abgelaufene Myokarditis (zB durch Viren) vorgelegen habe, was auch die ungewöhnlich rasche Erhöhung der Pumpleistung von einer Ejektionsfraktion (EF) von 18 im Dezember 2014 zu einer EF von 46 im Februar 2015 erklären würde. Eine Bluthochdruckerkrankung sei lediglich eine von vielen anderen Risikofaktoren, die eine Herzleistungsschwäche oder eine koronare Herzerkrankung begünstige. Die koronare Herzerkrankung sei bei dem Kläger erstmalig im Januar 2017 diagnostiziert worden. Im Rahmen der EKG-Untersuchung hätten sich keine Auffälligkeiten dahingehend gezeigt, dass es bereits im Vorfeld zu einem Myokardinfarkt gekommen sei. Der Zusammenhang zwischen der koronaren Herzerkrankung und der Herzleistungsschwäche sei nicht zwingend als kausal zu betrachten. Analog der Bluthochdruckerkrankung lebten viele Menschen mit koronaren Drei-Gefäß-Erkrankungen und dies auch ohne Herzleistungsschwäche. Der Kläger hat Einwendungen gegen das Gutachten des T erhoben.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 07.09.2020 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Krankengeldzahlung über den 30.06.2018 hinaus, da sein Krankengeldanspruch innerhalb der am 01.01.2017 beginnenden Dreijahresfrist nach 78 Wochen bzw 546 Tagen Bezug wegen derselben Krankheit gemäß [§ 48 Abs 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausgeschöpft sei und die strengen Voraussetzungen des [§ 48 Abs 2](#) SGBV nicht gegeben seien. Bei der am 26.12.2014 aufgetretenen Herzleistungsschwäche wegen der Arbeitsunfähigkeit bis 06.03.2015 und der koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung mit Herzinfarkt am 01.01.2017 handele es sich nicht um dieselbe Krankheit im Rechtssinne. Dabei hat sich das SG auf das Gutachten des T gestützt.

Gegen den ihm am 08.09.2020 zugestellten Gerichtsbescheid wendet sich der Kläger mit seiner am 08.10.2020 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegten Berufung. Der Gutachter habe behauptet, dass die erste Erkrankung nicht auf die arterielle Hypertonie zurückzuführen sei, sondern eventuell auf Viren oder Bakterien. Damit widerspreche er spekulativ der Diagnose der behandelnden Ärzte des D-Klinikums S. Weiter hat der Kläger zur Begründung vorgetragen, dass die Hypertonie die einheitliche Ursache der beiden Arbeitsunfähigkeiten sei. Es sei versucht worden, die Hypertonie als Ursache für die erste Arbeitsunfähigkeit an Weihnachten 2014 zu widerlegen. Die Einschätzung des Gutachters stehe im krassen Widerspruch zur verordneten langjährigen Medikation sowie auch der Einschätzung des MDK. Ebenso widerspreche der Gutachter der Untersuchung, Beurteilung und Behandlung der beiden Fälle im Akutstatus im D-Krankenhaus S. Seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wiesen bei beiden Arbeitsunfähigkeiten allesamt die Diagnose I11.90 (hypertensive Herzerkrankung) auf.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 07.09.2020 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 30.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2018 zu verurteilen, ihm über den 30.06.2018 hinaus Krankengeld zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Der Berichterstatter hat mit den Beteiligten am 15.10.2021 einen Erörterungstermin durchgeführt; hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Niederschrift vom 15.10.2021 Bezug genommen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakte des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet.

Die Berufung des Klägers ist gemäß [§ 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht sowie statthaft ([§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG](#)).

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 30.07.2018, der Gegenstand des Widerspruchsverfahrens betreffend den Bescheid vom 23.04.2018 geworden ist und diesen vollständig ersetzt hat ([§ 86 SGG](#)), in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2018 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte das Ende des Krankengeldbezugs zum 30.06.2018 verfügt und die Gewährung von Krankengeld ab 01.07.2018 abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs 1 und Abs 4, 56 SGG](#)) und begehrt Krankengeld ab 01.07.2018 bis zur Ausschöpfung des Krankengeldanspruchs.

Das SG hat die Klage zu Recht angewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 30.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.10.2018 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Gewährung von Krankengeld ab 01.07.2018.

Rechtsgrundlage des Krankengeldanspruchs sind die [§§ 44 ff SGB V](#). Nach [§ 44 Abs 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestimmt allein das bei Entstehen eines Krankengeldanspruchs bestehende Versicherungsverhältnis, wer in welchem Umfang als Versicherter Anspruch auf Krankengeld hat (BSG 05.05.2009, [B 1 KR 20/08 R, SozR 4-2500 § 192 Nr 4](#); BSG 02.11.2007, [B 1 KR 38/06 R, SozR 4-2500 § 44 Nr 14](#); BSG 26.03.2020, [B 3 KR 9/19 R, BSGE 130, 85-92 = SozR 4-2500 § 46 Nr 10, Rn 14](#)). Die Versicherungsverhältnisse, die die Gewährung von Krankengeld nicht einschließen, sind in [§ 44 Abs 2 SGB V](#) aufgeführt.

Bei Versicherten, die im Zeitpunkt der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einem Arbeitsverhältnis stehen und einen Arbeitsplatz innehaben, liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn diese Versicherten die an ihren Arbeitsplatz gestellten beruflichen Anforderungen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen können. Die Krankenkasse darf diese Versicherten, solange das Arbeitsverhältnis besteht, nicht auf Tätigkeiten bei einem anderen Arbeitgeber verweisen, die sie gesundheitlich noch ausüben könnten. Dem krankenversicherten Arbeitnehmer soll durch die Krankengeldgewährung gerade die Möglichkeit offengehalten werden, nach Beseitigung des Leistungshindernisses seine bisherige Arbeit wieder aufzunehmen (BSG 07.12.2004, [B 1 KR 5/03 R, BSGE 94, 19 = SozR 4-2500 § 44 Nr 3, Rn 15 mwN](#)). Gibt der Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die zuletzt innegehabte Arbeitsstelle auf, ändert sich allerdings der rechtliche Maßstab insofern, als für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die konkreten Verhältnisse an diesem Arbeitsplatz maßgebend sind, sondern nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Der Versicherte darf dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten „verwiesen“ werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeiten entsprechend der Funktion des Krankengeldes eng zu ziehen ist (BSG 08.02.2000, [B 1 KR 11/99 R, BSGE 85, 271-278 = SozR 3-2500 § 49 Nr 4 = SozR 3-2500 § 44 Nr 7 = SozR 3-2500 § 44 Nr 7](#), Rn 13; BSG 07.12.2004, [B 1 KR 5/03 R, BSGE 94, 19 = SozR 4-2500 § 44 Nr 3](#), Rn 16 mwN). Der Kläger wurde in seiner Tätigkeit als Informatiker arbeitsunfähig, sodass diese Tätigkeit maßgeblich war.

Gemäß [§ 48 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) erhalten Versicherte Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen (= 546 Tage) innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt ([§ 48 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)). Der Anspruch auf Krankengeld ruht gemäß [§ 49 Abs 1 Nr 1, Nr 3 und Nr 3a SGB V](#) beispielsweise in Zeiten des Bezugs von Arbeitseinkommen, Arbeitslosengeld und Übergangsgeld. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer gemäß [§ 48 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) nicht verlängert. [§ 48 Abs 1 SGB V](#) enthält damit drei unterschiedliche Regelungen für die Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs (dazu BSG 08.11.2005, [B 1 KR 27/04 R, SozR 4-2500 § 48 Nr 3](#); BSG, 21.06.2011, [B 1 KR 15/10 R, SozR 4-2500 § 48 Nr 4](#)): Zunächst wird der Grundsatz der Krankengeldgewährung ohne zeitliche Begrenzung aufgestellt. Nach der schon im selben Satz geregelten ersten Ausnahme kommt es allerdings zu einer zeitlichen Begrenzung der Leistungsdauer, wenn „dieselbe Krankheit“ die Arbeitsunfähigkeit bedingt. Schließlich wird das während der Arbeitsunfähigkeit erfolgende Hinzutreten einer weiteren Krankheit bezüglich der Rechtsfolge der Leistungsbegrenzung dem Fall „derselben Krankheit“ rechtlich gleichgestellt. Das Hinzutreten einer weiteren Krankheit zu einer weiter bestehenden und fortlaufend Arbeitsunfähigkeit verursachenden Erkrankung führt somit weder zur Entstehung eines gänzlich neuen Krankengeldanspruchs noch bewirkt es die Verlängerung der schon in Ansehung der ersten Krankheit maßgeblichen (begrenzten) Leistungsdauer. Auf diese Weise will der Gesetzgeber sicherstellen, dass die gesetzliche Höchstbezugsdauer bei Arbeitsunfähigkeit sowohl bei identischen Krankheiten als auch bei bestimmten unterschiedlichen und wechselnden Krankheitsbildern nicht überschritten wird.

Der Kläger war ab 01.01.2017 aufgrund der koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung arbeitsunfähig. Unter Anrechnung der Zeiten des Bezugs von Arbeitseinkommen (Lohnfortzahlung) hatte der Kläger bis zum 30.06.2018 insgesamt 546 Tage des Krankengeldanspruchs ausgeschöpft. Dabei hat die Beklagte die Blockfrist von drei Jahren zutreffend vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2019 bestimmt. Entgegen der Auffassung des Klägers begann nicht bereits am 26.12.2014 wegen derselben „Herzerkrankung“ eine erste Blockfrist (26.12.2014 bis 15.12.2017), an

die sich eine zweite Blockfrist, beginnend am 16.12.2017 angeschlossen hätte mit der Folge eines neuen Anspruchs auf Krankengeld für 78 Wochen.

Der Dreijahreszeitraum wird nach dem Grundsatz der starren Rahmenfrist (Blockfrist) bestimmt. Der erstmalige Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit setzt eine Kette unmittelbar aufeinander folgender Dreijahreszeiträume in Gang, innerhalb derer - bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen - jeweils bis zu 78 Wochen Krankengeld gewährt werden kann (zB BSG 21.06.2011, [B 1 KR 15/10 R](#), SozR 4-2500 § 48 Nr 4). Die Blockfrist beginnt mit dem Tage des erstmaligen Eintritts der Arbeitsunfähigkeit wegen der ihr zu Grunde liegenden Krankheit, unabhängig davon, ob ein Anspruch auf Zahlung von Krankengeld bestand oder nicht. Voraussetzung ist allerdings, dass zum Zeitpunkt des erstmaligen Eintritts der Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach bestand. Mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wird daher auch dann eine Blockfrist in Lauf gesetzt, wenn der Zahlungsanspruch in Folge des Zusammentreffens mit einer anderen Leistung ruhte. Nach Ablauf des ersten und jedes weiteren Dreijahreszeitraumes schließt unmittelbar die nächste Blockfrist an.

Bei im Zeitablauf nacheinander auftretenden Erkrankungen handelt es sich im Rechtssinne um dieselbe Krankheit, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankheitsursache bildet, auf ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden zurückzuführen ist (vgl dazu und zum Folgenden zB BSG 21.06.2011, [B 1 KR 15/10 R](#), SozR 4-2500 § 48 Nr 4; [BSGE 83, 7](#)). Dies kann zB bei wiederholt in unterschiedlicher Ausprägung auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Fall sein. Hierbei ist eine stark verfeinernde, eng fachmedizinisch-diagnostische Sichtweise zu vermeiden, die die Gefahr begründet, dass dem Merkmal im Kontext des [§ 48 Abs 1 SGB V](#) letztlich gar keine eigenständige rechtliche Bedeutung mehr zukommt, obwohl das Gesetz damit gerade eine Einengung des zeitlichen Umfangs der Krankengeldgewährung bezweckt. Gleiches gilt bei Versicherten, bei denen wegen des Nebeneinanders verschiedener gravierender akuter oder chronischer Leiden von Anfang an eine Multi- oder Polymorbidität bzw Polypathie besteht. Denn in Bezug auf die Anspruchsdauer des Krankengeldes behandelt das Gesetz den Versicherten, der von vornherein an mehreren Krankheiten leidet und der deshalb arbeitsunfähig ist, nicht anders als denjenigen, bei dem „nur“ ein einziges Leiden die Arbeitsunfähigkeit auslöst. Die dargestellte Begrenzung der Leistungsdauer des Krankengeldes beruht maßgeblich auf der Erwägung, dass es in erster Linie der gesetzlichen Rentenversicherung obliegt, bei dauerhaft eingetretener Erwerbsminderung des Versicherten Entgeltersatzleistungen zur Verfügung zu stellen, während die gesetzliche Krankenversicherung typischerweise nur für den Ausgleich des entfallenden laufenden Arbeitsentgelts bei vorübergehenden, dh behandlungsfähigen Gesundheitsstörungen eintritt. Krankengeld hat auch beim Fehlen von Rentenansprüchen und -anwartschaften nicht die Funktion, dauerhafte Leistungsdefizite bzw eine Erwerbsminderung finanziell abzusichern.

Die koronare Drei-Gefäß-Erkrankung, die Arbeitsunfähigkeit ab 01.01.2017 bedingte, trat erstmals am 01.01.2017 auf. Die am 01.01.2017 erstmalig festgestellte koronare Drei-Gefäß-Erkrankung sowie die zur Arbeitsunfähigkeit ab 26.12.2014 (bis zum 06.03.2015) führende Herzinsuffizienz sind nicht Ausdruck eines einheitlichen Grundleidens. Sie stehen weder in einem ursächlichen Zusammenhang noch lassen sie sich als Krankheitsbündelung iS von multiplen Unfallverletzungen oder Multimorbidität begreifen. Dies entnimmt der Senat insbesondere den Gutachten des MDK, dem vom SG bei T eingeholten Sachverständigenutachten sowie den Entlassberichten des D-Klinikums S. Danach steht für den Senat fest, dass bei dem Kläger am 26.12.2014 wegen einer Herzinsuffizienz mit einer globalen kardialen Dekompensation mit einer höchstgradig eingeschränkten linksventrikulären Ejektionsfraktion (18 %) Arbeitsunfähigkeit eingetreten war. Die dadurch begründete Arbeitsunfähigkeit dauerte längstens bis zum 06.03.2015 an, nachdem sich die Herzinsuffizienz zurückgebildet hatte. Erstmals am 01.01.2017 wurde bei dem Kläger eine kardiale Drei-Gefäß-Erkrankung festgestellt, die zu einer stationären Aufnahme und Arbeitsunfähigkeit führte. Dass diese beiden Erkrankungen auf einem gemeinsamen Grundleiden (arterielle Hypertonie) beruhen, ist nicht belegt. Im Übrigen war die asymptomatische Bluthochdruckerkrankung nicht geeignet, die beiden eigenständigen Herzerkrankungen zu „verklammern“. Dies ergibt sich aus folgenden Erwägungen:

Bei dem Kläger lag am 26.12.2014 eine globale kardiale Dekompensation mit einer höchstgradig eingeschränkten linksventrikulären Ejektionsfraktion (18 %) vor, die zur stationären Aufnahme im D-Klinikum S führte. Dieses Krankheitsgeschehen war geprägt durch eine konzentrisch vergrößerte linke Herzkammer mit einer höchstgradig eingeschränkten linksventrikulären Ejektionsfraktion (18 %) sowie einer diffusen Reduzierung der Herzwandbeweglichkeit, die sich symptomatisch in einer Ruhedyspnoe, Unter- und Oberschenkelödemen zeigten. Die Ursache für die kardiale Dekompensation blieb ungeklärt. Zwar äußerten die Ärzte des D-Klinikums S in dem Entlassbericht vom 05.01.2015 die Vermutung („am ehesten“), dass das Krankheitsgeschehen auf eine hypertensive Herzerkrankung bei schwer einstellbarem Hypertonus zurückzuführen sei, jedoch lehnte der Kläger eine weitere Diagnostik ab. Die von den Klinikärzten empfohlene Koronarangiographie, mit der die Herzkranzgefäße zur Lokalisierung von [Stenosen](#) (Verengungen) sowie deren Einschätzung nach Art und Ausmaß dargestellt werden, konnte deshalb nicht durchgeführt werden, sodass eine koronare Herzerkrankung nicht festgestellt werden konnte. Für die im Dezember 2014 beim Kläger aufgetretene Herzleistungsschwäche kommen zahlreiche Ursachen in Betracht, worauf der Sachverständige T in Einklang mit den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften (vgl zB Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz, 3. Auflage 2019) hingewiesen hat. Häufigste Ursache für eine Herzleistungsschwäche sind eine koronare Herzkrankheit, eine arterielle Hypertonie sowie deren Kombination. Ansonsten können Fälle von Herzleistungsschwäche durch nicht-ischämische Kardiomyopathien, Herzklappenerkrankungen, Arrhythmien, Alkoholmissbrauch oder auch Arzneimittelgebrauch verursacht werden. Risikofaktoren für das Auftreten einer Herzinsuffizienz bilden Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und Adipositas sowie familiäre Dispositionen. Der Kläger wies mit dem regelmäßigen Konsum von Alkohol, Benzodiazepin und Tabak (vgl auch Bericht des ZfP Klinikum A1 vom 28.05.2015), familiärer Belastung und Bluthochdruck mehrere Risikofaktoren auf. Die Bluthochdruckerkrankung kann zwar auch eine Ursache für das Auftreten einer Herzleistungsschwäche darstellen, jedoch ist im vorliegenden Fall nicht ersichtlich, dass sie tatsächlich die Herzleistungsschwäche hervorgerufen hat. Ausweislich des Entlassberichts vom 05.01.2015 gab der Kläger seinerzeit anamnestisch an, dass er zuletzt vor 15 Jahren beim Hausarzt gewesen sei, regelmäßig Oxazepam (ein Benzodiazepin mit angst-, spannungs- und erregungsdämpfenden Eigenschaften sowie sedierenden und hypnotischen Effekten) einnehme, Nikotin und Alkohol konsumiere sowie seit Wochen zunehmende Luftnot habe. Während des stationären Aufenthalts wurde eine milde bis mittlere Hypertonie (160/100 mmHg) dokumentiert und eine medikamentöse Einstellung des Bluthochdrucks empfohlen. Erhebliche Folgen und Komplikationen der Hypertonie wurden nicht festgestellt, worauf T hingewiesen hat. Insbesondere wurde keine hypertensive Herzkrankheit, die durch eine Schädigung des Herzmuskels gekennzeichnet ist, dokumentiert. Auch dem Befundbericht des B vom 23.02.2015 sind keine entsprechenden Hinweise zu entnehmen. Der Sachverständige T hat als wahrscheinlichere Ursache für die im Dezember 2014 aufgetretene Herzleistungsschwäche eine abgelaufene Myokarditis (zB durch Viren) angesehen, wofür die ungewöhnlich rasche Erholung der Pumpleistung von einer (hochgradig eingeschränkten) Ejektionsfraktion von 18 % im Dezember 2014 zu einer (mäßiggradig reduzierten) Ejektionsfraktion von 46 % im Februar 2015 (Befundbericht des B vom 23.02.2015) spricht. Schließlich wurden ausweislich des Entlassberichts des D-Klinikums S vom 04.01.2017 während des stationären

Krankenhausaufenthaltens vom 01.01.2017 bis zum 05.01.2017 insbesondere eine normal große linke und rechte Herzhöhle, eine lediglich nur noch leichtgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (Ejektionsfraktion um 50 %), im Vergleich zur Voruntersuchung im Dezember 2014 eine Normalisierung der Herzgröße, keine kardialen Dekompensationszeichen sowie keine Pleuraergüsse festgestellt, was gegen das Bestehen einer hypertensiven Herzkrankheit spricht.

Dass der E in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ua auch die Diagnosen I11.90 (hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise) und I10.90 (essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise) aufgeführt hat, spielt keine Rolle. Welche konkrete Diagnose der behandelnde Arzt in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aufgeführt hat, ist unerheblich. Das Attest mit der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit hat lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme. Sie bildet eine Grundlage für den über den Krankengeldbezug zu erteilenden Verwaltungsakt der Krankenkasse, ohne dass Krankenkasse und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind (BSG 10.05.2012, [B 1 KR 20/11 R](#), [BSGE 111, 18](#)). Maßgeblich sind vielmehr die tatsächlich vorliegenden Erkrankungen. Insoweit ergibt sich jedoch aus den vorliegenden Befundunterlagen, dass die Arbeitsunfähigkeit des Klägers in der Zeit vom 26.12.2014 bis 06.03.2015 durch die globale kardiale Dekompensation bedingt wurde, nicht jedoch durch eine Hypertonie oder eine hypertensive Herzkrankheit.

Die im Januar 2017 festgestellte koronare Drei-Gefäß-Erkrankung stellt eine neue und eigenständige (Zweit-)Erkrankung dar, die die Bildung einer neuen Blockfrist vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2019 zur Folge hat. Die Ärzte des D-Klinikums stellten anlässlich des stationären Krankenhausaufenthalts ab 01.01.2017 die Diagnose NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt) bei koronarer Drei-Gefäß-Erkrankung. Auch der behandelnde M und der E datieren die koronare Herzerkrankung auf Januar 2017. Ausweislich des Entlassberichts vom 04.01.2017 wurde der Kläger notfallmäßig mit Brustenge und starken Schmerzen stationär aufgenommen. Es wurden hochgradige Stenosen der linken Koronararterie (LCA), ein degenerierte, teilweise funktionell verschlossene rechte Koronararterie (RCA) und eine subtotale Stenose des Ramus posterolateralis festgestellt und eine Bypassoperation empfohlen. Während der stationären Aufenthalte im Klinikum A H im März 2017 und April 2017 wurden zur Beseitigung der Stenosen Stent-Implantationen der RCA, des Ramus interventricularis anterior (RIVA) und des Ramus diagonalis durchgeführt. Der Sachverständige T hat nachvollziehbar und in Einklang mit den Stellungnahmen des MDK begründet, dass kein Zusammenhang zwischen der erstmalig im Januar 2017 aufgetretenen koronaren Herzerkrankung und der im Dezember 2014 vorübergehend bestandenen Herzinsuffizienz nachgewiesen ist. Ursache für die im Januar 2017 sich manifestierende koronare Herzerkrankung war die Arteriosklerose der Herzkranzgefäße (Erkrankung des Organsystems Gefäße), die durch eine Vielzahl von Risikofaktoren begünstigt worden sein kann (vgl Nationale Versorgungsleitlinie, Chronische KHK, 5. Auflage 2019). Auch die arterielle Hypertonie, die oft asymptomatisch und unspezifisch verläuft sowie regelmäßig - wie auch beim Kläger - keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte, stellt nicht das Grundleiden für die im Januar 2017 aufgetretene koronare Herzkrankheit dar. Schließlich stellt die unspezifische und im Wesentlichen symptomlose Hypertonie auch kein einheitliches medizinisches Grundleiden für die Herzleistungsschwäche und die koronare Herzkrankheit dar. Wie bereits dargelegt, ist deren Ursächlichkeit für die vorübergehende Herzinsuffizienz Ende 2014/Anfang 2015 nicht ersichtlich. Wie T zutreffend dargelegt hat, gibt es Millionen Menschen mit einer Bluthochdruckerkrankung ohne Herzleistungsschwäche und/oder ohne koronare Herzerkrankung. Aus dem Umstand, dass im Dezember 2014 eine Herzleistungsschwäche und im Januar 2017 eine koronare Herzerkrankung aufgetreten sind, kann nicht rückgeschlossen werden, dass diese ihre Ursache in der Hypertonie haben.

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

Die Revision wird nicht zugelassen, da ein Grund hierfür ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegt.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-02-25