

L 11 R 679/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 12 R 3258/03
Datum
12.12.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 679/06
Datum
03.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 12. Dezember 2005 und der Bescheid vom 6. Mai 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 2003 abgeändert, soweit die Beklagte zur Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.10.2003 bis 30.09.2006 verurteilt wurde, und die Klage insoweit abgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger zwei Drittel der außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um den Zeitpunkt des Beginns der Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der 1952 geborene Kläger erlernte das Maler- und Lackierer-Handwerk und erwarb im Juni 1978 den Meisterbrief. Zuletzt war er seit Mai 1996 bis zum Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2002 als Fahrzeuglackierer bei der Firma K. V. beschäftigt. Im Dezember 2002 erlitt er einen subakuten inferolateralen Myocardinfarkt und es erfolgte bei der Diagnose einer koronaren Drei-Gefäßerkrankung eine Dilatation der rechten Kranzarterie und direkte Stentimplantation im Ramus circumflexus (RCX).

In der Zeit vom 27.12.2002 bis 17.01.2003 bewilligte die Beklagte dem Kläger eine Anschlussheilbehandlung in der A. S. Klinik in K., aus der er arbeitsunfähig entlassen wurde (Diagnosen: 1. Koronare Drei-Gefäßerkrankung, 2. Zustand nach Posterolateralinfarkt 08.12.2002, 3. arterielle Hypertonie). In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wurde der Kläger für fähig erachtet, seine bisherige berufliche Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen (keine Lasten über 30 kg) wieder sechs Stunden und mehr täglich aufzunehmen.

Am 13.03.2003 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. M. und eine Auskunft des letzten Arbeitgebers ein, derzufolge der Kläger als Fahrzeuglackierer - Facharbeiter ohne Vorgesetztenfunktion - beschäftigt sei und nach Lohngruppe 6 des Tarifvertrages des baden-württembergischen Karosserie- und Fahrzeugbauer-Handwerks (Vorarbeiter und Spezialisten) entlohnt werde.

Mit Bescheid vom 06.05.2003 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung und auch keine Berufsunfähigkeit vorliege. Der Kläger könne im erlernten Beruf als Spritzlackierer Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausüben.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch und legte ein Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. S. sowie das sozialmedizinische Gutachten des Dr. S. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK) vom April 2003 (weiterbestehende Arbeitsunfähigkeit - stufenweise Eingliederung noch nicht möglich) vor. Die Beklagte zog über Dr. S. dessen Befundunterlagen mit dem letzten kardiologischen Untersuchungsbefund bei und hörte hierzu erneut Dr. M. ... Diese führte aus, die Abklärung des Berufsbildes "Spritzlackierer" zeige, dass es sich um eine überwiegend leichte Arbeit handle, die dem Leistungsprofil des Klägers entspreche. Der Herzbefund sei stabil mit einer Belastbarkeit bis 150 Watt und die zwischenzeitlich festgestellte schlafbezogene Atmungsstörung werde mit einer nächtlichen CPAP-Gerätebehandlung therapiert. Es verbleibe bei der bisherigen Leistungsbeurteilung, wonach leichte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) und ohne Gefährdung durch Kälte sechs Stunden und mehr zumutbar seien. Mit Widerspruchsbescheid vom 22.10.2003 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Am 03.11.2003 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) mit der Begründung, er habe zunächst einen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit, denn bei der Tätigkeit des Autolackierermeisters handle es sich um eine Arbeit im Stehen

und Gehen unter Einnahme von Zwangshaltungen. Das Heben und Tragen von Lasten sei bis zu 60 kg erforderlich, auch müssten die Arbeiten wegen des Einwirkens von Lösungsmitteldämpfen teilweise mit Atemschutzmaske verrichtet werden. Diese Tätigkeit könne er aufgrund der bestehenden Erkrankungen nicht mehr verrichten, zumal er während seiner Tätigkeit auch erheblichem Zeitdruck ausgesetzt gewesen sei. Darüber hinaus sei es ihm aufgrund der Vielzahl seiner Erkrankungen nurmehr möglich, leichte Tätigkeiten im Haushalt für maximal eine Stunde am Stück zu verrichten. Bereits bei leichter Belastung trete starke Luftnot auf, mit dem verordneten CPAP-Gerät komme er nicht zurecht. Er leide an Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten und fühle sich psychisch sehr schlecht. Nach der Operation eines Parotistumors 2003 bestünden eine Mundastschwäche links, ein brennendes linkes Auge sowie ein Taubheitsgefühl um das Ohr, außerdem massivste Kopfschmerzen.

Das SG hörte zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen.

Der Orthopäde H. teilte mit, er habe den Kläger lediglich einmal im Juni 2003 untersucht.

Der behandelnde Hausarzt Dr. S. berichtete unter Beifügung weiterer Arztunterlagen (u.a. Arztbriefe des Orthopäden H. vom Juni 2003, der Kardiologin Dr. B. und der Universitätsklinik T.) über die Krankheitsäußerungen des Klägers, zuletzt insbesondere Nervenschmerzen nach der operativen Halslymphom-Entfernung links, präkardiale Schmerzen druckbelastungsbedingt und Rückenbeschwerden. Aus medizinischer Sicht könne der Kläger keine Tätigkeiten sechs Stunden täglich verrichten, wenn überhaupt dann höchstens vier Stunden.

Als gerichtlicher Sachverständiger erstattete Prof. Dr. H., Universitätsklinik T., ein internistisch-kardiologisches Fachgutachten (Untersuchung am 08.09.2004). Prof. Dr. H. diagnostizierte beim Kläger eine koronare Drei-Gefäßerkrankung mit deutlich eingeschränkter linksventrikulärer Funktion, eine Herzinsuffizienz NYHA II (-III), eine medikamentös in Ruhe gut kontrollierte arterielle Hypertonie, eine medikamentös gut kontrollierte Cholesterinämie, einen Diabetes mellitus im Anfangsstadium sowie eine Adipositas per magna. Der Kläger sei von Seiten der Auswurfraction her als herzinsuffizient einzustufen, d.h. er könne bereits leichte körperliche Belastungen nicht mehr bewältigen. Es müsse nämlich davon ausgegangen werden, dass sämtliche auf das Herz bezogene Befunde in Ruhe erhoben worden seien. Bereits bei einer leichten körperlichen Belastung werde sich erfahrungsgemäß bei dem Kläger die zentrale Hämodynamik massiv verschlechtern, was aus zahlreichen Rechtsherzkatheteruntersuchungen unter Belastungen bekannt sei. Der Kläger könne mithin nicht mehr vollschichtig erwerbstätig sein, und zwar im Prinzip seit Dezember 2002, da sich im Rahmen der damals durchgeführten Herzkatheterisierung bereits Hinweise auf eine deutlich eingeschränkte linksventrikuläre Funktion in Ruhe gezeigt hätten mit einem erhöhten enddiastolischen Druck von 15 mm Hg und posterobasaler und diaphragmaler Hypokinesie. Die vorliegende koronare Herzkrankheit umfasse sämtliche drei Gefäße und habe in diesen Gefäßen systemischen Charakter, so dass eine Besserung dieser Situation nicht möglich sei, im Gegenteil, die koronare Herzkrankheit trage einen progressiven Charakter in sich. Er empfehle, den Kläger aufgrund der schweren koronaren Drei-Gefäßerkrankung mit deutlich eingeschränkter linksventrikulärer Funktion bereits in Ruhe zu berenten.

Die Beklagte legte hierzu eine sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. B., Facharzt für Innere Medizin, vor. Danach könne der Leistungseinschätzung im kardiologischen Gutachten insgesamt nicht gefolgt werden, da die Einschätzung nicht nachvollziehbar begründet werde. Die vorliegenden kardiologischen Berichte würden nicht berücksichtigt. Während des dreiwöchigen stationären Aufenthaltes in der A.-S.-Klinik K. habe der Kläger sogar zuletzt bis 150 Watt belastet werden können. Im Mai 2003 sei der Kläger bei der Kardiologin Dr. B. ebenfalls bis 150 Watt belastbar gewesen, wobei sich klinisch keine Angina pectoris ergeben habe. Der alleinige Verweis auf einen erhöhten enddiastolischen Druck von 15 mm Hg anlässlich der ersten Herzkatheteruntersuchung vom Dezember 2002 sowie der Anstieg auf 22 mm Hg anlässlich der Herzkatheteruntersuchung vom April 2004 erscheine keineswegs ausreichend, eine quantitative Leistungseinschränkung bereits für leichte Tätigkeiten nachvollziehbar zu begründen.

In einer ergänzenden Stellungnahme führte Prof. Dr. H. aus, zum Zeitpunkt der Anschlussheilbehandlung sei eine koronare Drei-Gefäßerkrankung mit den bereits beschriebenen Akinesien bei doch normaler systolischer und diastolischer linksventrikulärer Funktion feststellbar gewesen. Auffällig sei jedoch eine Abnahme der Sauerstoffsättigung im Rahmen einer Ergooxymetrie, die routinemäßig nicht durchgeführt werde, gewesen. Dieses Ergebnis sei ätiologisch nicht mit der Herzerkrankung in Verbindung zu bringen, sondern es liege entweder eine Lungendiffusionsstörung vor, oder es sei im Rahmen der Adipositas zu sehen. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der im Kreiskrankenhaus S. auf Veranlassung von Dr. B. im August 2004 durchgeführten Kontrollangiographie habe sich der fahrradergometrische Befund gegenüber den Voruntersuchungen während des Kuraufenthaltes in der A.-S.-Klinik eindeutig verschlechtert und das Körpergewicht habe seit dem damaligen Zeitpunkt um 10 kg zugenommen. Auch wenn die Echokardiographie bei einer so erheblichen Adipositas schwierig sei, sei davon auszugehen, dass beim Kläger in Ruhe bereits eine Herzinsuffizienz vorliege mit einer Auswurfraction, die man zwischen 36 und 45 % ansiedeln könne. Der Kläger könne deshalb auch eine bereits leichte körperliche Belastung nicht mehr bewältigen. Zusätzlich sei die als absolut pathologisch einzustufende Diffusionsstörung im Bereich der Lungenfunktion zu berücksichtigen. Zur Untermauerung der Beurteilung werde die Durchführung einer Rechtsherzkatheterisierung mit Belastung vorgeschlagen, um völlig objektive Zahlen für die zentrale Hämodynamik bei 25, 50 oder 75 Watt zu bekommen. Sollten sich hier wider Erwarten normale Druckwerte und Sauerstoffsättigungen finden, so würde dies gutachterlich relevant in die Beantwortung der Fragen eingehen. Allerdings sei er (der Gutachter) bereits aufgrund der vorliegenden Befunde der Ansicht, dass der Kläger von der kardialen und pulmonalen Seite her erwerbsunfähig sei. Insgesamt müsse von einer deutlichen Befundverschlechterung im Bereich der linksventrikulären Funktion seit dem Aufenthalt in K. ausgegangen werden. Die tägliche Stundenzahl sei unter drei Stunden anzusetzen und liege im Prinzip bei Null Stunden.

Dr. B. wies für die Beklagte in einer weiteren Stellungnahme darauf hin, dass im Herzkatheterbefund der medizinischen Universitätsklinik T. vom Dezember 2002 eine normale linksventrikuläre Funktion beschrieben werde. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass die Abnahme der Sauerstoffsättigung unter Belastung bis 100 Watt anlässlich der Begutachtung nicht näher berücksichtigt worden und insbesondere nicht Anlass gewesen sei, im Rahmen der damaligen Belastung die einfache Untersuchung einer Blutgasanalyse vor und nach Belastung durchzuführen. Ferner werde nicht berücksichtigt, dass im April 2004 bei der Herzkatheteruntersuchung im Krankenhaus S. ein gutes angiographisches Langzeitresultat in RCA und RCX dokumentiert worden sei. Auch lasse sich eine signifikante Änderung der fahrradergometrischen Belastung nicht nachvollziehen, da auch im Rahmen der jetzigen kardiologischen Begutachtung bis 125 Watt hätte belastet werden können. Ebenso wenig könne der Einschätzung des Gutachters gefolgt werden, wonach der Kläger bereits leichte körperliche Belastungen nicht mehr bewältigen könne. Insgesamt werde zu großer Wert auf technische Untersuchungen gelegt, während der Anamnese und insbesondere den Beschwerden gerade auch im Hinblick auf die Entwicklung im zeitlichen Verlauf nur eine sehr untergeordnete Bedeutung beigemessen werde.

Nachdem der Kläger eine erhebliche Verstärkung seiner psychischen Beeinträchtigung geltend machte, holte das SG ein neurologisches Fachgutachten bei dem Neurologen und Psychiater Dr. M. ein. Dieser kam zu dem Ergebnis, deutlich im Vordergrund stehe beim Kläger eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mittlerer Ausprägung infolge einer koronaren Herzerkrankung und der sich daraus ergebenden beruflichen und sozialen Auswirkungen. Kaum leistungsmindernd wirkten sich die Meralgia parästhetica rechtsbetont sowie die beginnende möglicherweise diabetische Polyneuropathie aus. Gefährdend sei die zunehmende Adipositas mit inzwischen 122 kg. Es habe auch eine leichte Plaquebildung im Bereich des ACI-Abganges, linksbetont, festgestellt werden können. Unter Berücksichtigung der Kombination körperlicher und psychischer Einschränkungen erheblichen Ausmaßes sei davon auszugehen, dass der Kläger selbst für leichte Tätigkeiten mit gewissen zusätzlichen Einschränkungen auch nicht halbschichtig belastbar sei. Der Kläger stelle selbst bei kleinen Tätigkeiten bereits nach 10 bis 15 Minuten stärkere Symptome der Unruhe und Unkonzentriertheit fest mit Fehlerhäufung und Filmrissen. Unter Druck müsste mit einer zunehmenden psychischen und dann auch vegetativen und kardialen Kompensation bei Blutdruckerhöhung gerechnet werden. Bereits im September 2003 sei durch Dr. B. vom MDK eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt beschrieben worden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sei die von ihm festgestellte Leistungseinschränkung nachweisbar.

Gestützt auf eine beratungsärztliche Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. bot die Beklagte dem Kläger an, zunächst eine psychosomatische Reha-Maßnahme durchzuführen.

Der Kläger erklärte sich damit nicht einverstanden.

Mit Urteil vom 12.12.2005, der Beklagten zugestellt am 20.01.2006, verurteilte das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06.05.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.2003, dem Kläger für die Zeit ab dem 01.03.2003 eine unbefristete Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und vom 01.10.2003 bis 30.09.2006 eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren. Im übrigen wies es die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte das SG im Wesentlichen aus, der Kläger erfülle die Voraussetzungen einer befristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung, da er zur Überzeugung der Kammer seit 01.03.2003 nicht mehr in der Lage sei, leichte Arbeiten mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten und ihm der Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen sei. Desweiteren bestehe ein Anspruch auf eine unbefristete teilweise Erwerbsminderungsrente ab März 2003. Dies ergebe sich zur Überzeugung der Kammer aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens, insbesondere unter Berücksichtigung der Wechselwirkung der auf internistischem und nervenärztlichem Fachgebiet vorliegenden Leiden. Die Kammer stütze sich hierbei auf die Gutachten von Prof. Dr. H. und Dr. M. sowie auf die sachverständige Zeugenaussage des behandelnden Arztes Dr. S ... Der Einschätzung der Gutachter Prof. Dr. H. und Dr. M., dass beim Kläger dauerhaft ein eingeschränktes Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden bestehe, habe die Kammer jedoch nicht folgen können. Insbesondere sei bisher noch keine adäquate Behandlung der nervenärztlichen Problematik erfolgt, so dass von keinem Dauerzustand ausgegangen werden könne. In Anbetracht der doch recht erheblichen Belastbarkeit des Klägers im Rahmen des Ergometertrainings seien bei der Kammer auch gewisse Zweifel im Hinblick auf die von Prof. Dr. H. angenommene dauerhafte Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden auch für leichte Tätigkeiten verblieben. Ein dauerhaft eingeschränktes Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden halte die Kammer zumindest aktuell nicht für nachgewiesen. Dem Kläger stehe mithin ein Anspruch auf eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zu, da von einem praktisch verschlossenen Arbeitsmarkt auszugehen sei. Für die Zeit vor und nach der befristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung bestehe ein unbefristeter Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, welche ab 01.03.2003 zu leisten sei, da die Kammer vom Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen seit Beginn des Monats März ausgehe. Nach den Darlegungen von Prof. Dr. H. sei eine Besserung der Herzerkrankung nicht möglich, sondern mit einer sukzessiven Verschlechterung in den kommenden Jahren zu rechnen, weshalb von einem dauerhaften Absinken der Leistungsfähigkeit auf unter sechs Stunden auszugehen sei.

Hiergegen richtet sich die von der Beklagten am 13.02.2006 eingelegte Berufung. Zur Begründung trägt sie vor, da nach der Auffassung des SG die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung im März 2003 eingetreten seien, hätte dem Kläger die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erst vom 01.04.2003 an bewilligt werden dürfen. Ungeachtet dessen überzeugten weder das Gutachten von Prof. Dr. H. noch das Gutachten des Dr. M., was bereits daran deutlich werde, dass auch das SG gewisse Zweifel an der Beurteilung der Sachverständigen geäußert habe. Nach Auffassung der Beklagten sei bisher nicht mit der für eine Rentengewährung erforderlichen Gewissheit bewiesen, dass der Kläger aus gesundheitlichen Gründen unfähig sei, selbst leichte körperliche Arbeiten mindestens sechs Stunden pro Tag zu leisten. Insoweit berufe sie sich auf die beiliegende beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. B ...

Der Kläger erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend. Zunächst sei festzustellen, dass er sowohl die Gesellenprüfung als auch die Meisterprüfung im Maler- und Lackierhandwerk erfolgreich absolviert habe und auch als Autolackierer beruflich tätig gewesen sei, weshalb er für diese Tätigkeit Berufsschutz genieße. Bereits im Vorverfahren habe sein behandelnder Arzt Dr. S. ihn als berufsunfähig eingestuft. Darüber hinaus sei er nach den Gutachten von Prof. Dr. H. und Dr. M. selbst für leichte Tätigkeiten nicht mal mehr halbschichtig belastbar.

Der Senat hat zunächst Dr. M., Dr. S. und Dr. B. als sachverständige Zeugen gehört.

Dr. M. hat mitgeteilt, er habe den Kläger lediglich einmal im Rahmen der Begutachtung für das SG gesehen. Eine Behandlung habe nicht stattgefunden. Er verweise auf sein Gutachten.

Dr. S. hat die beim Kläger bestehenden Beschwerden beschrieben und die erhobenen Befunde mitgeteilt. Beim Kläger liege eine benigne Prostatahyperplasie vor, die der jährlichen Kontrolle bedürfe. Aufgrund der bestehenden Sehverschlechterung in Nähe und Blendung beim Autofahren nachts sei dem Kläger das Tragen einer getönten Brille empfohlen worden. Die zuletzt durchgeführte kardiologische Kontrolluntersuchung habe einen unregelmäßigen Blutdruck bestätigt, wobei die Medikamentenumstellung erfolgt sei. Die Weiterbehandlung des durchgehend obstruktiven Schnarchens werde im Schlaflabor in K. regelmäßig überprüft. Dr. S. hat seine Befundunterlagen beigelegt.

Dr. B. hat über die erstmalige Vorstellung des Klägers im Mai 2003, Kontrolluntersuchungen im August 2004, August und September 2005 und zuletzt im Juli 2006 berichtet und auf die beigelegten eigenen Arztbriefe verwiesen. Bei der letzten Vorstellung im Juli 2006 sei eine Reduktion der ergometrischen Belastbarkeit von 150 Watt (im August 2005) auf nur noch 100 Watt zu objektivieren gewesen. Der Kläger habe belastungsinduzierten thorakalen Druck ohne Nachweis von Repolarisationsstörungen im EKG beklagt, weshalb am 04.08.2006 eine Stressechokardiographie durchgeführt worden sei. Eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Klägers liege vor, er sei nur bis zur

mittleren Belastungsstufe körperlich belastbar. Dr. B. hat noch den Bericht über die am 04.08.2006 durchgeführte Stressechokardiographie vorgelegt mit der Beurteilung, aufgrund der anamnestischen Angaben und des vorläufigen Stressechokardiographiebefundes bestehe der Verdacht auf eine neuerliche Progression der koronaren Herzkrankheit.

Der Kläger hat auf Anfrage des Senats mitgeteilt, dass die letzte Vorstellung im Schlaflabor im Jahr 2003 erfolgt sei und die Berichte der S. Klinik vom Februar und März 2003 vorgelegt (Bl. 97/99 LSG-Akte), ferner den Entlassungsbrief des Krankenhauses A. über die stationäre Behandlung vom 15.08. bis 17.08.2006 zur invasiven Koronardiagnostik. Danach hätten in der Koronarangiographie alle Gefäße Plaquebildung ohne hämodynamisch relevante Stenosierungen aufgewiesen, es bestehe eine Akinesie der Hinterwand bei Zustand nach Infarkt sowie eine Mitralklappeninsuffizienz I - II° bei dilatiertem linken Ventrikel. Die kardiovaskulären Risikofaktoren seien ausführlich besprochen worden, es werde eine engmaschige Überwachung der Blutdruckeinstellung empfohlen. Der Kläger habe beschwerdefrei in die weitere ambulante Behandlung entlassen werden können.

Der Senat hat noch das Herzkatheterprotokoll vom August 2006 beigezogen.

Die Beklagte hat dazu Stellungnahmen von Dr. B. vorgelegt. Dieser weist darauf hin, dass die behandelnde Kardiologin über jährliche Kontrolluntersuchungen, zuletzt im Juli 2006, berichtet habe, wonach der Kläger im August 2005 noch bis 150 Watt und zuletzt nur bis 100 Watt habe belastet werden können. Anlässlich der durchgeführten Stressechokardiographie im August 2006 habe der Kläger wieder bis 150 Watt belastet werden können. Herzrhythmusstörungen seien während der Belastung nicht aufgetreten und es werde auch nicht über pathologische EKG-Veränderungen berichtet. Eine höhergradige funktionelle Beeinträchtigung lasse sich auch nicht dem Herzkatheterprotokoll entnehmen, es zeige sich nur eine leicht eingeschränkte Herzfunktion. Von einer mittelgradig eingeschränkten linksventrikulären Funktion bzw. einer deutlich eingeschränkten linksventrikulären Funktion bereits in Ruhe, wie im kardiologischen Gutachten von Prof. Dr. H. genannt, könne nicht ausgegangen werden, auch nicht im seitherigen zeitlichen Verlauf. Auch aus den weiteren Unterlagen ergäben sich keine eindeutigen medizinischen Gesichtspunkte. Weder aus internistisch-kardiologischer noch aus nervenärztlicher Sicht erscheine eine quantitative Leistungseinschränkung bereits hinsichtlich leichter Tätigkeiten belegt.

Der Senat hat sodann Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des Internisten und Kardiologen Dr. H. (Untersuchung 05.02. und 29.03.2007). Dieser hat zusammenfassend ausgeführt, beim Kläger bestünden eine koronare Drei-Gefäßerkrankung mit arterieller Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit, ein Zustand nach Posterolateralinfarkt, Zustand nach RCA/RX-PCI mit gutem angiographischem Langzeitergebnis, eine Herzinsuffizienz klinischer Schweregrad III und eine Adipositas per magna. Aufgrund der Hämodynamik mit eindeutig pathologisch erhöhtem linksventrikulären enddiastolischen Druck in Ruhe sowie ebenso dem konsekutiv erhöhten Pulmonalarteriendruck seien schwere, mittelschwere und auch leichte körperliche Arbeiten nicht mehr möglich. Bei der Einschwemm-Katheteruntersuchung habe sich in Ruhe ein deutlich erhöhter linksventrikulärer enddiastolischer Druck (PC) mit 22 mm Hg (Normwerte bis 13 mm Hg) gezeigt. Auch das Herzvolumen sei in Ruhe erniedrigt. Daher sei eine Tätigkeit auch leichter Art nicht mehr zumutbar. Die festgestellte Leistungseinschränkung bestehe mit Sicherheit seit dem Zeitpunkt des Einschwemm-Katheters. Im Vorfeld seien ähnliche Beschwerden nachweisbar, ein objektiver Nachweis fehle jedoch. Im Prinzip sei der Ausführung von Prof. Dr. H. zuzustimmen. Als Hauptgrund lasse sich die objektive Messung der Hämodynamik mittels des Einschwemm-Katheters heranzuführen.

Die Beklagte hat daraufhin, gestützt auf weitere Stellungnahmen von Dr. B., eine volle Erwerbsminderung des Klägers seit 05.02.2007 anerkannt, weil er auch leichte Arbeiten nur noch weniger als drei Stunden verrichten könne, und sich bereit erklärt, dem Kläger ab 01.03.2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Der Kläger hat das Vergleichsangebot nicht angenommen unter Hinweis auf die Gutachten von Prof. Dr. H. und Dr. M. ...

Der Senat hat zu den Einwendungen von Dr. B. ergänzende gutachterliche Stellungnahmen von Dr. H. eingeholt.

Dr. H. hat in seiner Stellungnahme vom 28.09.2007 zunächst darauf hingewiesen, dass hinsichtlich des Zeitpunktes einer Funktionsstörung, wie sie bei der Einschwemmkatheteruntersuchung festgestellt worden sei, der Herzkatheterbericht vom September 2004 im Kreiskrankenhaus S. heranzuziehen sei. Hier sei der enddiastolische Druck mit 22 mm Hg auch eindeutig in den hochpathologischen Bereich erhöht. Im Jahr 2002 sei der enddiastolische Druck auf 15 mm Hg erhöht gewesen, so dass zusammenfassend beim Kläger aufgrund der objektiven Messung im Herzkatheter ab 14.09.2004 das Leistungsvermögen mit weniger als drei Stunden täglich anzusetzen sei. Im Zeitraum davor sei dies aufgrund der fehlenden objektiven Nachweise nicht anzunehmen. Die objektive Druckmessung mittels der Einschwemmkatheteruntersuchung stelle bei Fragen der Belastbarkeit den Golden Standard dar.

In einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme wies Dr. B. darauf hin, dass der Sachverständige das aufgehobene Leistungsvermögen mit den erhobenen Befunden im Rahmen einer Einschwemmkatheteruntersuchung begründe, d.h. mit den Ergebnissen einer Rechts-Herzkatheteruntersuchung. In den ergänzenden Stellungnahmen argumentiere Dr. H. aber plötzlich mit den Ergebnissen einer Links-Herzkatheteruntersuchung von Dezember 2002 und September 2004. Damals sei jeweils nur eine Links-Herzkatheteruntersuchung erfolgt. Die Ergebnisse einer Rechts- und einer Links-Herzkatheteruntersuchung seien nicht ohne weiteres vergleichbar. Nicht verständlich erscheine auch, dass Dr. H. die Ergebnisse der Herzkatheteruntersuchung vom 16.08.2006 nicht erwähne und auch nicht berücksichtige. Dr. H. stütze sich weiterhin nahezu ausschließlich auf Ergebnisse technischer Untersuchungen, andere eindeutige objektive Befunde hingegen würden weitgehend ignoriert. Der Kläger habe wiederholt mit über 100 Watt eindeutig objektiv belastet werden können.

Dr. H. hat dazu gutachterlich dargelegt, mit einem Wert von 22 mm Hg (enddiastolisch) habe im Jahr 2004 bereits ein eindeutig pathologischer Befund vorgelegen. Es treffe zu, dass damals keine Rechtsherzkatheteruntersuchung und Belastung durchgeführt worden sei, so dass zum Verhalten des pulmonalen Kapillardrucks unter Belastung keine Aussage gemacht werden könne. Es sei jedoch wahrscheinlich, dass eine Rechtsherzkatheteruntersuchung zum damaligen Zeitpunkt ein ähnliches Ergebnis erbracht hätte. Objektiv sei jedoch erst durch den Einschwemmkatheter vom 29.03.2007 nachgewiesen, dass eine Belastbarkeit auch für nur noch leichte körperliche Arbeit nicht mehr gegeben ist. Es möge zwar auf den ersten Blick widersprechen, dass im Belastungs-EKG 100 Watt erreicht worden seien, bei diesen Belastungsstufen sei jedoch aufgrund der Rechtsherzkatheteruntersuchung ein gefährlich hoher pathologischer Druck anzunehmen.

Die Beklagte hat unter Vorlage einer weiteren Stellungnahme von Dr. B. ihren Standpunkt aufrechterhalten und den Bescheid vom 19.03.2008 erteilt, mit dem dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.03.2007 gewährt worden ist.

In der mündlichen Verhandlung am 3. Juni 2008 hat die Beklagte anerkannt, dass dem Kläger eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 1. April 2003 auf Dauer zusteht.

Der Kläger hat dieses Anerkenntnis angenommen und auf die Rechte aus dem Urteil vom 12.12.2005, soweit ihm Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auch für den Monat März 2003 zugesprochen wurde, verzichtet.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 12. Dezember 2005 abzuändern, soweit der Bescheid vom 6. Mai 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 2003 für den Zeitraum vom 01.10.2003 bis 30.09.2006 aufgehoben wurde, und die Klage insoweit abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

über die Anerkenntnisse hinaus die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet, soweit sie für die Zeit ab 01.10.2003 bis 30.09.2006 zur Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit verurteilt wurde. Nur dieser Zeitraum ist aufgrund des Anerkenntnisses der Beklagten in der mündlichen Verhandlung und des Verzichts des Klägers noch streitig. Der Versicherungsfall der vollen Erwerbsminderung ist indes entgegen dem SG erst im Februar 2007, wie von der Beklagten in dem gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens gewordenen Bescheid vom 19.03.2008 anerkannt, nachgewiesen.

Die gesetzlichen Voraussetzungen des [§ 43](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) für einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung in der hier ab 01.01.2001 gültigen Fassung sind im angefochtenen Bescheid vom 06.05.2003 und Widerspruchsbescheid vom 22.10.2003 zutreffend zitiert. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug.

Der Versicherungsfall der vollen Erwerbsunfähigkeit ist nach Auffassung des Senats in Übereinstimmung mit der Beklagten erst im Februar 2007 eingetreten. Dies folgt zur Überzeugung des Senats aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens, insbesondere dem urkundsbeweislich verwertbaren Entlassungsbericht der A. S. Klinik, den Arztberichten der Kardiologin Dr. B., den technischen Untersuchungsbefunden und vor allen auch aus dem Gutachten von Dr. H. und dessen ergänzenden Stellungnahmen. Der gerichtliche Sachverständige hat aufgrund seiner Untersuchung im Februar 2007 und der durchgeführten Einschwemmkatheter-Untersuchung vom 29. März 2007 eine Herzinsuffizienz mit klinischem Schweregrad III festgestellt und deutlich gemacht, dass aufgrund der Hämodynamik mit eindeutig pathologisch erhöhtem linksventrikulärem enddiastolischen Druck in Ruhe sowie ebenso dem konsekutiv erhöhten Pulmonalarteriendruck dem Kläger selbst leichte Arbeiten nicht mehr zumutbar sind.

Ein früherer Versicherungsfall der Erwerbsminderung ist nicht nachgewiesen. Die objektive Druckmessung mittels der Einschwemmkatheteruntersuchung stellt nach den Darlegungen des Sachverständigen Dr. H. bei Fragen der Belastbarkeit den Golden Standard dar. Zwar war bereits bei der Untersuchung im August 2004 im Kreiskrankenhaus S. der enddiastolische Druck des linken Ventrikels mit einem Wert von 23 (22) mmHG im eindeutig pathologischen Bereich, es wurde damals aber keine Rechtsherzkatheteruntersuchung unter Belastung durchgeführt, so dass zum Verhalten des pulmonalen Kapillardrucks unter Belastung nach den Darlegungen von Dr. H. keine Aussage gemacht werden kann. Wenn Dr. H. davon ausgeht, dass eine Rechtsherzbelastung zum damaligen Zeitpunkt ein ähnliches Ergebnis gebracht hätte, handelt es sich, worauf Dr. B. zu Recht hinweist, nicht um gesicherte Erkenntnisse. Der Senat stimmt Dr. B. auch insoweit zu, als eine kritische Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Kardiologin Dr. B. fehlt.

Der Kläger kann sich nicht mit Erfolg auf das Gutachten von Prof. Dr. H. berufen (Untersuchung 08.09.2004). Den Senat überzeugt der Einwand von Dr. B., dass der Kläger auf dem Fahrradergometer bis 125 Watt belastet werden konnte, ohne dass ST-Streckensenkungen beobachtet wurden. Diese Belastbarkeit bis 125 Watt spricht dafür, dass der Kläger bei leichten Arbeiten eine Arbeitszeit von 6 Stunden täglich noch tolerierte. Soweit Prof. Dr. H. eine quantitative Leistungsminderung bereits seit Dezember 2002 annahm, steht dem der Herzkatheterbefund der medizinischen Universitätsklinik T. vom Dezember 2002 entgegen, der eine normale linksventrikuläre Funktion zeigte. In der A. S. Klinik war der Kläger zuletzt bis 150 Watt belastbar. Im Rahmen des monitorüberwachten Fahrradergometertrainings konnte der Kläger nach dem Entlassungsbericht abschließend 75 bis 100 Watt beschwerdefrei durchfahren, was auch erklärt, dass der Kläger nach dem Entlassungsbericht für fähig erachtet wurde, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten 6 Stunden und mehr zu verrichten. Mit dieser Leistungseinschätzung hat sich Prof. Dr. H. nicht auseinander gesetzt. Im Mai 2003 erfolgte bei Dr. B. ebenfalls eine Belastung bis 150 Watt. Bei der Kontrollangiographie des Klägers im August 2004 ergab sich eine leicht- bis mittelgradige Einschränkung der Pumpfunktion des linken Ventrikels in Ruhe, die Auswurfraction wurde mit 45 % angegeben, was in das Bild einer mittelgradig eingeschränkten linksventrikulären Einschränkung der Pumpfunktion passt. Die Herzkatheteruntersuchung 2004 ergab ein gutes angiographisches Langzeitergebnis der RCA und RCX. Die objektiven Untersuchungsbefunde begründen mithin im Anschluss an Dr. B. kein unter 6-stündiges Leistungsvermögen. Die behandelnde Kardiologin Dr. B. hat im August 2004 eine Belastbarkeit bis 75 Watt und den Verdacht auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit mit Belastungskoronarinsuffizienz auf mittlerer Belastungsstufe geäußert, die bei der Herzkatheteruntersuchung indes nicht verifiziert werden konnte. Im August 2005 ergab sich bei der Untersuchung durch Dr. B. ein stabiler Befund hinsichtlich der bekannten koronaren Herzkrankheit ohne Hinweis für eine Belastungskoronarinsuffizienz bis zur 150 Watt-Stufe. Im Juli 2006 war dann eine Reduktion der ergometrischen Belastbarkeit von 150 Watt auf nur noch 100 Watt zu objektivieren. Bei der

daraufhin im August 2006 durchgeführten Stressechokardiographie wurde der Kläger aber bis 150 Watt belastet, wobei sich klinisch eine leichte Angina pectoris-Symptomatik zeigte, unter Belastung jedoch keine Herzrhythmusstörungen. Bei der Herzkatheteruntersuchung im Krankenhaus A. im August 2006 bestätigte sich der von Dr. B. geäußerte Verdacht auf ein Fortschreiten der Herzerkrankung nicht. Unter Belastung traten klinisch keine AP-Beschwerden auf, d.h. - so Dr. B. - keine Beschwerden im Sinne von Durchblutungsstörungen im Bereich der Herzkranzgefäße. Höhergradige, interventionsbedürftige Stenosen fanden sich nicht im Bereich der Herzkranzgefäße, im Vergleich zur Voruntersuchung von 2004 bestand kein wesentlicher Progress der koronaren Herzkrankheit. Dr. B. weist insoweit für den Senat überzeugend darauf hin, dass bei den dokumentierten Befunden von einer "mittelgradig eingeschränkten linksventrikulären Funktion" bzw. einer "deutlich eingeschränkten linksventrikulären Funktion bereits in Ruhe", wie im Gutachten von Prof. Dr. H. genannt, nicht ausgegangen werden kann, auch nicht im seitherigen zeitlichen Verlauf. Aufgrund dieser Entwicklung des Krankheitsbildes und den dokumentierten Befunden kann das von Dr. H. beschriebene aufgehobene Leistungsvermögen auch hinsichtlich leichter Tätigkeiten erst ab dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. H. angenommen werden, denn erst ab diesem Zeitpunkt zeigt sich auch die verminderte Belastbarkeit auf dem Fahrradergometer auf nur noch maximal 75 Watt, während davor eine Belastung von über 100 Watt möglich war. Ein objektiver Nachweis für eine quantitative Leistungsminderung vor Februar 2007 fehlt. Im Gegensatz zu Prof. Dr. H. wird in keinem der vorliegenden Berichte der behandelnden Kardiologin eine Herzinsuffizienz auch nur leichten Grades erwähnt. Eine wiederholt dokumentierte objektive körperliche Belastbarkeit von 100 Watt und mehr lässt sich im Anschluss an Dr. B. nicht in Einklang bringen mit einer angegebenen Herzinsuffizienz Grad II bis III, nach der NYHA-Klassifikation. Der Senat folgt daher Dr. B. und Dr. H., dass gesichert ein unter 3-stündiges Leistungsvermögen des Klägers erst ab Februar 2007 angenommen werden kann. Bis dahin war der Kläger noch in der Lage, leichte Tätigkeiten mindestens 6 Stunden täglich auszuüben.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund des nervenärztlichen Gutachtens von Dr. M. ... Dessen Leistungsbeurteilung kann nicht gefolgt werden. Der Kläger befand sich niemals in fach(nerven-) ärztlicher Behandlung. Es liegen weder für den Zeitraum vor der Untersuchung durch Dr. M. noch danach fachärztliche Befunde auf nervenärztlichem Fachgebiet vor. Nach Auffassung des Senats erlaubt die einmalige Untersuchung des Klägers durch Dr. M. nicht den Schluss, dass der Kläger bereits seit September 2003 und weiterhin aus nervenärztlicher Sicht nur noch halbschichtig belastbar war. Worauf Dr. M. diese Leistungsbeurteilung stützt, ist für den Senat nicht nachvollziehbar, zumal nervenärztliche Befunde nicht dokumentiert sind. Dr. M. orientiert sich im Wesentlichen an den subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers und legt diese seiner Beurteilung zugrunde. Von einer anhaltenden (d.h. mehr als 6 Monate) Beeinträchtigung kann nicht ausgegangen werden, insbesondere auch im Hinblick darauf, dass niemals eine Behandlung erfolgte. Zu Recht weist Dr. D. in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Dr. M. gerade die Frage der Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit des Leidens nicht genügend berücksichtigt hat. Maßgebend für den Senat ist insoweit, dass der behandelnde Arzt Dr. S. auch in Kenntnis der MDK-Untersuchung im Jahr 2003 niemals eine entsprechende Überweisung zum Nervenarzt und sei es auch nur zur medikamentösen Behandlung der Schlafstörungen veranlasste. Dr. S. hat auch auf Anfrage des Senats im Berufungsverfahren keinerlei psychische Beeinträchtigungen des Klägers erwähnt, was entscheidend dagegen spricht, dass beim Kläger insoweit ein krankheitswertiger Befund besteht bzw. bestand. Allein die subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers rechtfertigen nicht die Annahme einer zeitlichen Leistungsminderung, zumal auch der vom Kläger mitgeteilte Tagesablauf, worauf Dr. D. zutreffend hinweist, dagegen spricht. Der Kläger hat das Angebot der Beklagten, eine psychosomatische Reha-Maßnahme durchzuführen, abgelehnt. Vor allem unter Berücksichtigung der von Dr. S. im Berufungsverfahren mitgeteilten Beschwerden und Befunde und der vorgelegten Befundberichte, denen insgesamt keine Hinweise auf eine psychische Komponente entnommen werden können, sah sich der Senat nicht veranlasst, von Amts wegen ein nervenärztliches Gutachten einzuholen.

Schließlich ergeben sich auch aus den von Dr. S. zur Verfügung gestellten Arztberichten hinsichtlich der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem, augenärztlichem, urologischem, HNO-ärztlichem oder chirurgischem Fachgebiet keine Anhaltspunkte für eine rentenrelevante Leistungsminderung. Dies gilt auch bezüglich der im Schlaflabor in K. im Jahr 2003 festgestellten Befunde, zumal danach keine Vorstellung mehr erfolgte, was darauf schließen lässt, dass eine nennenswerte funktionelle Beeinträchtigung nicht mehr besteht bzw. bestand.

Der Berufung war deswegen im tenorisierten Umfang stattzugeben, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht und dem Umstand Rechnung trägt, dass der Versicherungsfall der vollen Erwerbsminderung erst während des Berufungsverfahrens eingetreten ist.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-09