

L 4 R 253/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KNR 341/07
Datum
17.12.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 253/08
Datum
11.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 17. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung.

Der Kläger ist am 1953 in Polen geboren. Nach seiner Schulausbildung absolvierte er dort vom 15. August 1969 bis 30. Juni 1972 eine Ausbildung zum Kraftfahrzeugmechaniker und arbeitete bis zum 04. Juni 1976 in diesem Beruf. Am 07. Juli 1976 übersiedelte er in die Bundesrepublik. Hier bezog er vom 08. Juli 1976 bis zum 23. April 1977 Arbeitslosen- bzw. Unterhaltsgeld und war im Anschluss daran mit einigen Unterbrechungen wiederum als Kraftfahrzeugmechaniker oder als Kraftfahrer tätig. Vom 17. August 1992 bis zum 30. April 1997 war er als Betriebsschlosser und Schwergerädefahrer in einem knappschaftlichen Betrieb tätig. Nach einer kurzen Arbeitslosigkeit war er vom 14. Juli 1997 bis zum 25. Dezember 2005 als Montageschlosser bei der D. AG beschäftigt. Während dieser Beschäftigung erlitt der Kläger seinen Angaben nach im April 2001 und Juni 2002 Arbeitsunfälle mit Verletzungen der rechten Schulter. Die D. AG teilte auf Anfrage der Beklagten mit (Auskünfte vom 01. Dezember 2005 und ohne Datum, bei der Beklagten am 20. März 2006 eingegangen), der Kläger habe bei ihr - nach den Arbeitsunfällen - seit 01. Juni 2004 als Montageschlosser/Facharbeiter bei der Vormontage von Dachhimmeln gearbeitet, aufgrund körperlicher Beschwerden und daraus resultierender eingeschränkter Einsetzbarkeit außerhalb der Montagelinie, auch in Nachtschicht. Es handle sich um Arbeiten, die von betriebsfremden ungelernten Kräften nach kurzer Einweisung (zwei Wochen) verrichtet würden. Vorkenntnisse in allgemeinen Montagetätigkeiten an verschiedenen Stationen und allgemeine technische oder handwerkliche Vorkenntnisse hätten verwertet werden können. Der Kläger sei zuletzt in die Lohngruppe VIII des Tarifvertrags der Metallindustrie Nordwürttemberg-Nordbaden mit einem Bruttogehalt von EUR 2.081,85 monatlich eingruppiert gewesen und habe Leistungs- und Schichtzulagen erhalten ... Vom 22. bis 25. September 2005 war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt, vom 26. September bis 24. Oktober 2005 absolvierte er eine teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Beklagten und nach Wiederaufnahme seiner Arbeit am 25. Oktober 2005 war er wegen eines Herzinfarkts ab dem 26. Dezember 2005 erneut arbeitsunfähig erkrankt. Nach dem Ende der Entgeltfortzahlung bezog er ab 08. Februar 2006 Krankengeld, seinen Angaben nach für 78 Wochen, sowie anschließend Arbeitslosengeld für ca. 1,5 Jahre.

Der Kläger hatte bereits am 10. November 2005 bei der Beklagten Rente wegen voller Erwerbsminderung beantragt. Er gab an, er leide seit Oktober 2005 an Problemen im rechten Schultergelenk und der Halswirbelsäule sowie an einem Bandscheibenschaden. Die Beklagte zog medizinische Unterlagen bei und erhob die genannten Auskünfte der D. AG. Aus einem von der Beklagten beigezogenen Gutachten von Prof. Dr. C. vom 17. Januar 2005, das in einem Rechtsstreit des Klägers gegen die Süddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft vor dem Sozialgericht Karlsruhe (S 4 U 4491/03) erstattet worden war, ergab sich, dass der Kläger im Bereich der rechten Schulter an einer Verschmächigung der schulterumgebenden Muskulatur, einer endgradigen Einschränkung der Beweglichkeit, einer Minderung der groben Kraft an der Rotatorenmanschette und an einem Muskelwulst am rechten Oberarm nach Riss der langen Bizepssehne leide. Weiter bestünden erhebliche degenerative Veränderungen des Schultergelenks, ein Hochstand des Oberarmkopfes, ein Riss der Rotatorenmanschette, ein Riss der langen Bizepssehne und degenerative Veränderungen im Ansatzbereich des Obergrätenmuskels, am Unterrand des knöchernen Schulterdachs zugrunde sowie eine Schuppenflechte. Prof. Dr. C. meinte, aus den Beeinträchtigungen des Klägers ergebe sich funktionell - lediglich - eine Einschränkung hinsichtlich Überkopfarbeiten. Die Beklagte ließ den Kläger durch den Unfallchirurgen und Sozialmediziner S. begutachten. Dieser kam in seinem Gutachten vom 16. Dezember 2005 zu dem Ergebnis, der Kläger leide an einem Rotatorenmanschetten Syndrom der rechten Schulter bei traumatischem Abriss der langen Bizepssehne, Muskelminderung des Schultergürtels rechts und einer Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, an einem chronisch rezidivierenden Lendenwirbel-

Syndrom mit muskulären Verspannungen bei bekannter Spondylose an den Segmenten L5/S1, an einem Halswirbelsäulen-Syndrom bei anamnestisch bekannten Bandscheibenschäden und einer Bewegungseinschränkung des Kopfes, an einer medikamentös unbefriedigend eingestellten arteriellen Hypertonie, an mittelgradiger Schwerhörigkeit beidseits mit subjektiv angegebenen Ohrgeräuschen und es bestehe Verdacht auf ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom links mit zeitweiligen Sensibilitätsstörungen der linken Hand. Mit diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei der Kläger sowohl in seiner letzten Tätigkeit als Montagearbeiter als auch für Tätigkeiten als Verwieger, Lampenwärter, Magazinarbeiter und Maschinenwärter sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig leistungsfähig. Er könne noch leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne ständige Überkopfarbeit, ohne häufige Arbeiten über Schulterhöhe, ohne häufiges Bücken, ohne ständige Wirbelsäulenzwangshaltung, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und ohne besondere Anforderungen an das Hörvermögen ausüben. Die Beklagte lehnte daraufhin den Antrag des Klägers auf Rente wegen voller Erwerbsminderung mit Bescheid vom 10. Mai 2006 ab. Auch liege teilweiser Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit sowie verminderte Berufsunfähigkeit im Bergbau nicht vor.

Der Kläger erhob Widerspruch. Er legte den Abhilfebescheid des Landratsamts K. vom 12. Mai 2006 (Zuerkennung eines Grades der Behinderung von 50 seit dem 16. Januar 2006) vor. Die Beklagte holte die Stellungnahme ihres Sozialmedizinischen Dienstes, Dr. Kr., vom 15. September 2006 ein, die weiterhin von vollschichtigem Leistungsvermögen ausging. Daraufhin wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2006 zurück. Er führte aus, der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit oder Rente wegen voller Erwerbsminderung. Nach dem Ergebnis der medizinischen Sachaufklärung könne der Kläger noch mehr als sechs Stunden täglich körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne ständige Überkopfarbeiten, ohne häufige Arbeiten über Schulterhöhe, ohne häufiges Bücken, ohne ständige Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie ohne besondere Anforderungen an das Hörvermögen ausüben. Mit diesem Leistungsvermögen könne der Kläger in der bisher ausgeübten knappschaftlichen Beschäftigung (Hauptberuf) als angelernter Metallhandwerker mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein.

Am 18. Januar 2007 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG). Er begehrte allein, die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren. Er trug vor, sein Leistungsvermögen sei auf unter drei Stunden täglich abgesunken, selbst wenn es noch bei drei bis unter sechs Stunden täglich liege, könne er nicht mehr zu den üblichen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt beschäftigt werden. Der Kläger legte Befundberichte des Prof. Dr. Ki., Chirurgische Klinik der V.-Kliniken K., vom 30. November 2006 über die stationäre Behandlung vom 30. September bis 26. Oktober 2006 (operative Versorgung eines mechanischen Ileus [Darmverschluss] bei Verwachsungsbauch) und vom 02. Oktober 2007 (mehrere kleinere hyperplastische Polypen im Rectosigmoid), des Radiologen Dr. F. vom 23. Oktober 2007 (Osteochondrosen der Halswirbelsäule an zwei Segmenten mit rechts betontem Bandscheibenvorfall), des Prof. Dr. Sc., Orthopädische Klinik der V.-Kliniken K., vom 04. November 2007 (Osteochondrose C3/4, C6/7 sowie rechter Bandscheibenprolaps C6/7 ohne Wurzelkompression; wegen fehlender neurologischen Ausfälle bestehe derzeit keine Indikation für eine Operation; wegen der Steilstellung der Halswirbelsäule komme es zu muskulären Funktionsstörungen und pseudoradikulären Schmerzen, die mittels intensiver Krankengymnastik behandelt werden sollten) sowie des Dr. Kl. vom 23. November 2007 (pseudoradikuläre Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule ohne manifeste Paresen, L5-Syndrom rechts, kernspintomographisch deutliche Verschleißerscheinungen der Halswirbelsäule; langfristige Verbesserung nur durch kontinuierliche Krankengymnastik) vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf die Ausführungen in ihrem Widerspruchsbescheid entgegen.

Das SG vernahm die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen. Prof. Dr. Ki. bekundete unter dem 22. Juni 2007, er habe bei dem Kläger am 30. September 2006 einen mechanischen Ileus bei Verwachsungsbauch bei Zustand nach zwei Ileusoperationen, eine postoperative Nachblutung, eine Leistenhernie rechts mit Netzinkarzeration sowie eine Sepsis und postoperative Pneumonie diagnostiziert. Der Kläger leide an einer Neigung zu Verwachsungen im Darmbereich. Trotz der Schwere dieses Krankheitsbildes könne der Kläger nach einer Rekonvaleszenz eine körperlich leichte und nervlich wenig belastende Tätigkeit im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche für mindestens sechs Stunden täglich nachgehen. Dr. Fu., Chefarzt der D-Klinik B.-B., teilte unter dem 26. Juni 2007 mit, der Kläger habe sich in seiner Klinik vom 17. Januar bis 07. Februar 2006 zu einer stationären kardiologischen Anschlussheilbehandlung befunden. Der Kläger leide an einer koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung mit Hauptstammstenose, an einem Zustand nach Myokardvorder- und Hinterwandinfarkt mit hieraus resultierender Herzinsuffizienz (NYHA [New York Heart Association] IV) am 26. Dezember 2005 bei erfolgreicher Dilatation des Hauptstammes, des RIVA und der RCX, an arterieller Hypertonie sowie an einigen orthopädischen Beeinträchtigungen. Während der Behandlung habe sich der Gesundheitszustand des Klägers verbessert. Er sei zuletzt über 23 Minuten auf dem Fahrradergometer mit bis zu 65 Watt belastet worden, in der Abschlussergometrie seien 125 Watt ohne Nachweis einer Koronarinsuffizienz festgestellt worden. Hiernach sei der Kläger für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ständig im Stehen, überwiegend im Gehen, ständig im Sitzen und in allen Schichten leistungsfähig. Zu vermeiden seien Tätigkeiten in Kälte, Hitze oder mit starken Temperaturschwankungen, der Umgang mit gefährdenden Stoffen, ein Schichtdienst mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus und ohne Akkordarbeiten sowie Tätigkeiten in Zwangshaltungen. Dr. Fu. legte außerdem seinen Entlassungsbericht vom 13. Februar 2006 über die genannte Heilbehandlung vor. Dieser ging ebenfalls von einem Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr sowohl für die letzte Tätigkeit als Montierer als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Fachärztin für Chirurgie Dr. Go. gab unter dem 03. Juli 2007 an, der Kläger habe bei den Behandlungen über Schmerzen der linken Schulter geklagt. Sie habe einen Oberarmkopfhochstand und Kalkeinlagerung im Acromio-Clavikular-Gelenk (AC-Gelenk) und eine kalkdichte Verschattung des Oberarmkopfes, einen kleinen Riss der Supraspinatussehne und eine AC-Gelenks-Arthrose diagnostiziert. Eine operative Versorgung sei aktuell wegen der Einnahme von Blutverdünnern nicht möglich. Anamnestisch sei auf einen Herzinfarkt im "Februar 2006" mit nachfolgenden Bypass-Operationen hinzuweisen. Bezüglich der Schulter sei eine Tätigkeit ohne Belastung des Arms möglich. Sie legte ihre Auskunft einen Auszug aus der Karteikarte ihrer Praxisvorgängerin Dr. Z. sowie Arztbriefe bei. Unter dem 26. September 2007 gab sie ergänzend an, auch neuere radiologische Befunde hätten keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Der Kläger werde zunächst konservativ mit manueller krankengymnastischer Therapie behandelt. Eine Abweichung zu ihrer bisherigen Einschätzung zu dem Leistungsvermögen des Klägers ergebe sich auch aus den neuen Röntgenbildern nicht. Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Em. gab unter dem 25. Juli 2007 an, bei dem Kläger bestehe seit dem Herzinfarkt eine erheblich eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei Belastungsdyspnoe und Angina pectoris. Außerdem leide er an Schmerzen in der rechten Schulter nach Rotatorenmanschettenruptur und Abriss der langen Bizepssehne sowie an rezidivierenden lumbalen Rückenschmerzen bei nachgewiesenen Bandscheibenprotrusionen an zwei Wirbelsäulensegmenten. Die kardiale Situation habe sich nach sechsfacher Stentimplantation und medikamentöser Therapie stabilisiert. Aktuell bestehe eine mittelgradige

eingeschränkte linksventrikuläre Funktion. Seit April 2007 bestünden keine Angina pectoris und keine Atemnot mehr. Hinsichtlich der gebesserten kardialen Situation sei eine Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten für sechs Stunden am Tag möglich. Eine abschließende Beurteilung sei jedoch erst nach der notwendigen Operation des rechten Schultergelenks möglich. Auch er legte seiner Auskunft einen Auszug seiner Karteikarte sowie Arztbriefe bei.

Mit Gerichtsbescheid vom 17. Dezember 2007 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung. Sämtliche den Kläger behandelnde Ärzte hätten zwar von qualitativen Leistungseinschränkungen berichtet, jedoch auch ausgeführt, dass aus den vorhandenen Beschwerden keine quantitativen Leistungseinschränkungen resultierten. Chirurgin Dr. Go. habe ausdrücklich ausgeführt, bezüglich der Schulter sei eine Tätigkeit, die den Arm nicht belaste, noch möglich. Auch Internist Dr. Fu. habe ausgeführt, dass die kardiopulmonale Belastbarkeit des Klägers trotz des Herzinfarkts im Rahmen der Anschlussrehabilitation habe verbessert werden können. Auch die vom Kläger noch vorgelegten Befundberichte ergäben keine andere Einschätzung. Dr. Ki. habe unter dem 02. Oktober 2007 von einer endoskopischen Untersuchung von Darmverwachsungen berichtet. Dieser Bericht lasse nicht auf eine länger andauernde Erkrankung schließen. Der Kläger sei bereits zweimal aufgrund eines mechanischen Ileus bei Verwachsungsbauch stationär behandelt worden, und zwar zuletzt ebenfalls bei Prof. Dr. Ki. ... Ausweislich des damals ausgestellten Entlassungsberichts vom 30. November 2006 sei die stationäre Behandlung komplikationslos verlaufen. Im Hinblick darauf habe Prof. Dr. Ki. in seiner Arztauskunft vom 22. Juni 2007 eine quantitative Leistungseinschränkung trotz der Darmerkrankung nicht angenommen. Auch der Bericht des Prof. Dr. Sc. weiche von demjenigen von Dr. Go. nicht ab. Der Kläger zeige eine Schonhaltung an der Halswirbelsäule, die Drehbewegung sei jedoch nur leicht schmerzhaft und es würden keine radikulären Ausfälle beschrieben. Zwar zeige sich inzwischen eine vermehrte Osteochondrose in zwei Zwischenwirbelbereichen, eine Wurzeleinengung sei jedoch nicht nachweisbar. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Nach der von der Beklagten eingeholten Auskunft der D. AG vom "15. November 2005" (gemeint 01. Dezember 2005) habe es sich bei der letzten Tätigkeit des Klägers als Montageschlosser in der Vormontage um eine Tätigkeit mit einer Anlernzeit von lediglich zwei Wochen gehandelt. Hiernach sei der Kläger allenfalls als angelernter Arbeiter des unteren Bereichs zu qualifizieren und demnach auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar. Auch die Tätigkeit, die der Kläger vor dem Arbeitsunfall bei D. AG außerhalb der Montagelinie ausgeübt habe, sei in gleicher Weise ein Anlernberuf gewesen. Letztlich seien auch die Voraussetzungen für eine Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau nicht nachgewiesen.

Gegen diesen Gerichtsbescheid hat der Kläger am 15. Januar 2008 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Er könne sich nach wie vor nicht mit der Einschätzung des SG, er sei noch zu einer Erwerbstätigkeit von wirtschaftlichem Wert in der Lage, einverstanden erklären. Sein Gesundheitszustand habe sich zudem nochmals massiv verschlechtert. Er habe erst kürzlich erneut einen Herzinfarkt erlitten. Aufgrund seiner schweren Herzerkrankung bestehe keine hinreichende Leistungsfähigkeit mehr. Er hat das Attest von Dr. Em. vom 23. April 2008 vorgelegt (seit dem Herzinfarkt erhebliche eingeschränkte Leistungsfähigkeit, Belastungsdyspnoe und Angina pectoris sowie orthopädische Beeinträchtigungen, keine Stabilisierung der kardialen Situation nach sechsfacher Stentimplantation und medikamentöser Therapie, aktuell mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion, panische Ängste bei extremer psychischer Belastung; der Kläger sei auf nicht absehbare Zeit arbeitsunfähig und nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar).

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 17. Dezember 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 10. Mai 2006 in Gestalt des Widerspruchsbeseids vom 19. Dezember 2006 zu verurteilen, ihm ab dem 01. Juli 2008 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt den angegriffenen Gerichtsbescheid und ihre Entscheidungen unter Berufung auf die Stellungnahme ihres Sozialmedizinischen Dienstes (Internistin Dr. Lange) vom 22. Dezember 2008 (erstmaliges Auftreten einer relevanten Herz-Rhythmus-Störung, die jedoch habe beherrscht werden können).

Der Berichterstatter des Senats hat die behandelnden Ärzte des Klägers erneut als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. Sch. hat unter dem 04. Juli 2008 bekundet, er habe den Kläger seit Februar 2006 neunmal behandelt, er habe immer wieder Angina-Pectoris-Beschwerden angegeben, die meist auf einem objektiven pathologischen Befund, d.h. einer Stenose oder rezidivierenden Restenose, beruht hätten. Bei einem Belastungs-EKG am 08. April 2008 habe der Kläger bei Anstieg der Herzfrequenz auf 114 Schläge/Minute und des Blutdrucks auf 180/100 mmHg bis zu 125 Watt belastet werden können, der Abbruch habe auf muskuläre Erschöpfung und Angina pectoris beruht. Dr. Em. hat unter dem 29. Oktober 2008 u.a. angegeben, der Gesundheitszustand des Klägers habe sich seit Juli 2007 nicht wesentlich verändert. Der Kläger sei - jedoch - aufgrund der dramatischen kardialen Anamnese und den jetzt immer wieder auftretenden intermittierenden Tachyarrhythmien (Herzrhythmusstörungen) massiv verunsichert. Es bestehe weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Er hat seiner Auskunft Arztbriefe beigelegt, u.a. des Prof. Dr. Schmitt, Medizinische Klinik des Städtischen Klinikums K., vom 09. Mai 2008 über die stationäre Behandlung vom 05. bis 10. Mai 2008 wegen absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern).

Der Berichterstatter des Senats hat ferner das Gutachten des Chefarztes der Klinik für Kardiologie, Pulmologie und Angiologie des Klinikums P., Prof. Dr. Z., vom 03. Juli 2009 erhoben (Untersuchung am 04. Juni 2009). Prof. Dr. Z. hat angegeben, der Kläger leide an einer koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung mit Hauptstammstenose bei Zustand nach Vorder- und Hinterwandinfarkt am 26. Dezember 2005 mit kardiogenem Schock und akuter Linksherzdekompensation (NYHA IV) und Akut-PTCA des Hauptstamms mit Einsätzen von sechs Stents und nach weiteren PTCA mit Einsätzen bzw. Ersatz von Stents im Juli 2006 und Februar 2007, an einer mittelgradig eingeschränkten linksventrikulären Funktion bei diastolischer Funktionsstörung des Schweregrades II und klinisch einer Belastungsdyspnoe NYHA II, an einer leichtgradigen Mitralinsuffizienz und an einer erstmals im Mai 2008 diagnostizierten intermittierenden Tachyarrhythmia absoluta, an einem Zustand nach Nikotinabusus bis Ende 2007, einer arteriellen Hypertonie, einer Hypercholesterinämie und an einer familiären Disposition zur koronaren Herzkrankheit als kardiovaskulären Risikofaktoren sowie an einer leichtgradigen restriktiven Ventilationsstörung. Auf fachfremdem Gebiet lägen vor ein dreimaliger mechanischer Ileus mit operativer Adhäsilyse, zuletzt September 2006, wobei es nach der Operation zu einer

Sepsis gekommen sei, eine Psoriasis, chronische LWS- und HWS-Beschwerden bei bekannten degenerativen Veränderungen und Bandscheibenprolaps ohne Wurzelkompression, eine Rotatorenmanschettenruptur und ein Abriss der langen Bizepssehne rechts 2002, aus der sich ein Impingementsyndrom rechts und anamnestisch eine Gonarthrose links entwickelt hätten, sowie ein Zustand nach Leistenbruchoperation Oktober 2006. Bei der Untersuchung am 04. Juni 2009 sei der Kläger ergometrisch bis zu 125 Watt (für eine Minute 20 Sekunden) belastet worden, dem Abbruch habe eine periphere Erschöpfung zugrunde gelegen, eine Angina pectoris, eine Dyspnoe, Schwindel oder Palpitationen hätten sich nicht gezeigt. Herzrhythmusstörungen seien ebenfalls nicht aufgetreten. Aus internistisch-kardiologischer Sicht sei die körperliche Belastbarkeit des Klägers derart eingeschränkt, dass nur noch leichte körperliche Arbeit und vornehmlich sitzende Tätigkeiten verrichtet werden könnten. Schwere oder mittelschwere Tätigkeiten, insbesondere isometrische Kraftanstrengungen, seien aufgrund der mittelgradig eingeschränkten Pumpfunktion zu vermeiden. Leichte körperliche Arbeiten vorwiegend sitzend könne der Kläger noch für sechs Stunden und mehr an fünf Tagen pro Woche ausüben. Dafür sprächen die ergometrische Belastbarkeit bis 125 Watt ohne kardiale Beschwerden sowie die anamnestisch vorhandene gute Belastbarkeit in der Verrichtung von Alltagsaktivitäten. Die Auswirkungen der intermittierenden Tachyarrhythmie, nämlich vermehrte Palpitationen mit zum Teil Schwindel und subjektiv verminderter Belastbarkeit, beschränkten sich anamnestisch auf ein bis zwei Tage pro Monat. Der Kläger sollte nicht an Maschinen beschäftigt werden, an denen er sich bei auftretendem Schwindel festhalten und selbst verletzen könne. Besondere Pausen erschienen nicht erforderlich. Solange der Arbeitsweg mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Auto zurückgelegt werden könne, seien auch hier keine Beschränkungen ersichtlich. Die koronare Drei-Gefäß-Erkrankung mit mittelgradig eingeschränkter Pumpfunktion sei klinisch seit einem guten Jahr stabil. Zum Zeitpunkt der Angaben des Dr. Sch. vom 04. Juli 2008 und des Dr. Em. vom 29. Oktober 2008 habe noch die intermittierende Tachyarrhythmie bestanden. Mit einer seit Oktober 2008 erfolgten frequenzregulierenden Behandlung sei eine bessere Frequenzkontrolle erreicht worden.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist nach [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegt und auch sonst zulässig, insbesondere statthaft, weil der Kläger laufende Leistungen für mehr als ein Jahr begehrt (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat seine Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) zu Recht abgewiesen. Der angegriffene Bescheid der Beklagten vom 10. Mai 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

1. Soweit der Kläger im Berufungsverfahren auch einen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung geltend macht, ist die Berufung bereits deshalb unbegründet, weil der Bescheid der Beklagten vom 10. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2006 insoweit bestandskräftig geworden ist. Der Kläger hat diesen Bescheid mit der Klage nur hinsichtlich der Ablehnung der Rente wegen voller Erwerbsminderung angefochten. Denn er hat in der Klageschrift beim SG lediglich begehrt, die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren, nicht aber auch Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Bei den Renten wegen voller Erwerbsminderung, wegen teilweiser Erwerbsminderung sowie wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit handelt es sich um unterschiedliche Rentenarten (vgl. [§ 33 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VI)) und damit um unterschiedliche Streitgegenstände.

2. Dem Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung.

a) Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) kann jedoch auch bei einem vollen oder nur eingeschränkten Restleistungsvermögen ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bestehen, wenn nämlich der für den Versicherten (noch) in Betracht kommende Arbeitsmarkt verschlossen ist. So kann ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bestehen, wenn der Versicherte nur unter betriebsunüblichen Bedingungen arbeiten kann oder den täglichen Weg zur Arbeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zurücklegen kann, wobei dies der Fall ist, wenn er nicht mindestens viermal täglich 500 m in höchstens 20 Minuten zurücklegen kann. Ebenso besteht trotz eines noch vollschichtigen Leistungsvermögens für leichte Tätigkeiten ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn der Versicherte an einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen leidet oder eine schwere spezifische Leistungseinschränkung vorliegt. Und bei einer teilweisen Erwerbsminderung (Einschränkung des Leistungsvermögens auf drei bis unter sechs Stunden arbeitstätig) kann eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ("Arbeitsmarktrente") verlangt werden, wenn der Versicherte keinen leidensgerechten Teilzeitarbeitsplatz innehat und ihm der Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit binnen eines Jahres ab Antragstellung keinen solchen Arbeitsplatz anbieten können.

b) Nach diesen Voraussetzungen ist der Kläger für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht voll erwerbsgemindert. Er kann eine solche Tätigkeit vielmehr für sechs Stunden und mehr arbeitstätig bei einer Fünf-Tage-Woche ausüben. Die Wegefähigkeit ist

erhalten, eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsminderung liegen nicht vor.

aa) Auf kardiologischem Gebiet leidet der Kläger an einer koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung mit Hauptstammstenose nach dem Vorder- und Hinterwandinfarkt im Dezember 2005 und den anschließenden Operationen, bei denen ihm mehrere Stents eingesetzt wurden, an einer mittelgradig eingeschränkten linksventrikulären Funktion mit diastolischer Funktionsstörung im Schweregrad II, an einer leichtgradigen Mitralinsuffizienz und an einer intermittierenden Tachyarrhythmia absoluta. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren kommen hinzu ein Zustand nach Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie und eine familiäre Disposition zur koronaren Herzkrankheit. Ebenso besteht eine leichtgradige restriktive Ventilationsstörung. Diese Diagnosen ergeben sich aus dem Gutachten von Prof. Dr. Z. vom 03. Juli 2009. Sie können zugrunde gelegt werden. Der Sachverständige hat seine Diagnosen nach der Untersuchung des Klägers am 04. Juni 2009 und der Auswertung aller vorliegenden medizinischen Unterlagen gestellt. Die aktuellen Diagnosen, insbesondere die Anfang 2006 erstmals aufgetretene zusätzliche Tachyarrhythmia, haben auch der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. Em. in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 29. Oktober 2008 sowie Kardiologe Dr. Sch. in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 04. Juli 2008 und in dem an Dr. Em. gegangenen Arztbrief vom 07. Oktober 2008 angegeben. Auch mit den Diagnosen aus den vorgelegten aktuellen medizinischen Unterlagen decken sich die Feststellungen von Prof. Dr. Z. ... So hatte Prof. Dr. Schmitt im Arztbericht vom 09. Mai 2008 eben diese Diagnosen genannt. Aus den kardiologischen Beeinträchtigungen des Klägers folgen mehrere qualitative funktionelle Einschränkungen. So ist der Kläger lediglich noch zu körperlich leichten Tätigkeiten in vorwiegend sitzender und nur gelegentlich gehender oder stehender Position in der Lage. Insbesondere isometrische Kraftanstrengungen sind zu vermeiden, damit unnötige Blutdruckspitzen und Tachyarrhythmie-Episoden vermieden werden. Auch ein Arbeiten an gefährlichen Maschinen ist auszuschließen, weil der Kläger ein- bis zweimal im Monat während einer Tachyarrhythmia an Schwindel und subjektiv verminderter Belastbarkeit leidet und sich daher an einer solchen Maschine verletzen könnte. Auf kardiologischem Gebiet bestehen jedoch keine quantitativen Leistungseinschränkungen. Der Kläger ist nach wie vor in der Lage, für sechs Stunden und mehr arbeitstäglich bei einer Fünf-Tage-Woche eine berufliche Tätigkeit mit den genannten qualitativen Einschränkungen auszuüben. Auch dies ergibt sich überzeugend aus dem Gutachten von Prof. Dr. Z. ... Der Kläger war bei der Untersuchung am 04. Juni 2009 ohne das Auftreten kardiologischer Beeinträchtigungen ergometrisch bis zu 125 Watt belastet worden. Diese Belastbarkeit schließt sogar mittelschwere körperliche Tätigkeiten nicht aus. Jedenfalls leichte Tätigkeiten bleiben möglich, wie Prof. Dr. Z. dargelegt hat. Prof. Dr. Z.s Einschätzung wird auch durch die Angaben des Klägers bei der Begutachtung gestützt. Der Kläger hatte mitgeteilt, er arbeite noch im Haushalt, beim Einkaufen, im Keller und fahre kleinere Strecken Fahrrad. Dass diese Tätigkeiten noch möglich sind, deutet ebenfalls nicht auf eine Einschränkung des Durchhaltevermögens während eines Arbeitstages hin. Nach den Feststellungen des Sachverständigen treten bei dem Kläger keine Angina pectoris und keine Dyspnoen mehr auf, auch hat sich die Anzahl der akuten Anfälle der Herzrhythmusstörungen durch entsprechende Behandlung auf ein bis zwei im Monat verringert. Demgemäß können die Beurteilungen von Dr. Sch. und Dr. Em. in ihren sachverständigen Zeugenaussagen vom 04. Juli und 29. Oktober 2008 nicht eine quantitative Leistungsminderung begründen. Auch vor dem Auftreten der intermittierenden Tachyarrhythmia ist ein eingeschränktes quantitatives Leistungsvermögen nicht festzustellen. Der Entlassungsbericht des Dr. D. vom 13. Februar 2006 nannte bei im Wesentlichen selben Diagnosen wie die anderen kardiologisch behandelnden Ärzte und Prof. Dr. Z. ein Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr sowohl für seine letzte Tätigkeit als Montierer als auch für leichte - bis sogar mittelschwere - Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ständig im Stehen, ständig im Sitzen oder überwiegend im Gehen in Tages- und Früh- und Spätschicht.

bb) Auf gastroenterologischem Gebiet leidet der Kläger an einem Verwachsungsbauch bei Zustand nach insgesamt drei Operationen eines mechanischen Ileus (Darmverschluss) in den Jahren 2005 bis 2007. Diese Beeinträchtigungen hat Prof. Dr. Ki. in seiner schriftlichen Zeugenaussage gegenüber dem SG vom 22. Juni 2007 angegeben. Er hat auch mitgeteilt, bei der vorletzten Ileusoperation sei es zu einer postoperativen Nachblutung und einer Sepsis gekommen. Aus diesen Beeinträchtigungen im Darmtrakt folgen jedoch keine qualitativen oder quantitativen Einschränkungen. Es handelt sich nach Prof. Dr. Ki.s Angaben regelmäßig um akute Ereignisse, die einer Operation und einer Rekonvaleszenzphase bedingen, jedoch die Erwerbsfähigkeit nicht für mindestens sechs Monate einschränken. Dies wird bestätigt durch den vom Kläger vorgelegten Arztbrief des Prof. Dr. Ki. vom 02. Oktober 2007. Hiernach hatte sich der Kläger am 26. September 2007 in der Klinik vorgestellt, jedoch wegen rezidivierenden wässrigen und breiigen Diarrhöen sowie Stauungsgefühlen und Krämpfen im Abdomen vorgestellt. Diagnostiziert wurden mehrere hyperplastische Polypen, von denen einer entfernt werden konnte. Aus der Aussage ergibt sich, dass der Kläger bislang nicht an inoperablen Ileusattacken leidet, die möglicherweise eine dauerhafte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zur Folge haben. Solange kein Darmverschluss vorliegt, ist auch nicht ersichtlich, aus welchen Gründen das quantitative Leistungsvermögen des Klägers eingeschränkt sein sollte. Vielmehr können die diagnostizierten Polypen, wie sich aus dem Bericht ergibt, operativ entfernt werden, gegebenenfalls nicht im Wege einer Endoskopie, sondern nur unter Vollnarkose. Die Durchfälle, sofern diese überhaupt einen mindestens sechs Monate währenden Dauerzustand bedingen, erreichen nicht das Ausmaß einer Inkontinenz, die möglicherweise Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit hätte.

cc) Auch die orthopädischen Beeinträchtigungen des Klägers bedingen keine volle Erwerbsminderung. Der Kläger leidet auf diesem Gebiet im Wesentlichen an einem Rotatorenmanschettensyndrom der rechten Schulter nach traumatischem Abriss der langen Bizepssehne und an chronisch rezidivierenden LWS- und HWS-Syndromen bei muskulären Verspannungen, jedoch ohne erhebliche Bewegungseinschränkungen oder Nervenwurzelreizerscheinungen. Diese Diagnosen hat nicht nur Dr. Go. in ihren Zeugenaussagen vom 03. Juli und 26. September 2007 genannt, sie ergeben sich auch aus den Berichten anderer behandelnder Ärzte sowie bereits aus dem von der Beklagten eingeholten unfallchirurgischen Gutachten des Sozialmediziners S. vom 16. Dezember 2005. Insbesondere die Bewegungsausmaße, die keine wesentlichen Einschränkungen ergeben, sind in diesem Gutachten dargestellt worden (S. 6 des Gutachtens). Aus ihnen ergibt sich, dass die Beweglichkeit des Kopfes lediglich für Seitneigung und Drehbewegung nach rechts leichtgradig vermindert ist und die Beweglichkeit der linken Schulter für das seitliche Heben als auch das Vorwärtshen des Arms eingeschränkt ist. Diesen Bewegungseinschränkungen tragen die genannten qualitativen Leistungsausschlüsse Rechnung. Die behandelnde Unfallchirurgin Dr. Go. hat in ihren Zeugenaussagen vom 03. Juli und 26. September 2007 mitgeteilt, eine leichte körperliche Tätigkeit sei möglich. Sie hat lediglich Arbeiten ausgeschlossen, bei denen der linke Arm oder die linke Schulter belastet werden müssen.

dd) Für eine Erkrankung auf psychiatrischem Gebiet gibt es keine Anhaltspunkte. Entsprechende Krankheitsbilder werden in den ärztlichen Berichten nicht beschrieben und auch vom Kläger nicht behauptet.

ee) Dass die Wegefähigkeit des Klägers nicht eingeschränkt ist und keine betriebsunüblichen Arbeitsbedingungen notwendig sind, ergibt sich überzeugend aus dem Gutachten von Prof. Dr. Z. und den Aussagen der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Der Kläger hat bei Prof. Dr. Z. selbst angegeben, noch in größerem Umfang im Haushalt zu arbeiten und für kleinere Strecken Fahrrad zu fahren. Auch

ist nicht ersichtlich, warum er nicht zu Fuß gehen oder den öffentlichen Nahverkehr benutzen könnte.

ff) Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen bei dem Kläger liegt nicht vor. Dass der Kläger auf leichte körperliche Tätigkeiten beschränkt ist und vornehmlich im Sitzen und nur gelegentlich im Stehen oder Gehen arbeiten sollte, nicht mehr schwer tragen kann und nicht an gefährlichen Maschinen eingesetzt werden soll, stellen durchaus übliche Leistungseinschränkungen dar, die eine Tätigkeit z.B. in einem Büro nicht verhindern. Das Gleiche gilt insoweit, als der Kläger nicht dauerhaft in einer Nachtschicht bei wesentlicher Störung des Tag-Nacht-Rhythmus arbeiten sollte. Vor diesem Hintergrund ist möglicherweise die letzte Tätigkeit des Klägers nicht mehr leidensgerecht, insbesondere weil sie durchgängig in Nachtschichten stattfand, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt es jedoch ausreichend viele Berufe, die in Tages- oder Früh- und Spätschicht ausgeübt werden können.

3. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-12-20