

L 2 R 2874/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 12 R 3667/12

Datum

26.05.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 2 R 2874/14

Datum

06.10.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26. Mai 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt im Wege des Überprüfungsverfahrens die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Grund des Rentenanspruchs im Mai 2004.

Der Kläger ist ausgebildeter Mechaniker. Danach arbeitete er ab 1977 bis 1997 als Einrichter, technischer Fachberater, Betriebsmechaniker und Fachverkäufer. Von September 1997 bis 23.10.2002 war er als technischer Verkaufsleiter (Führung der Filiale) bei der Firma Gebr. H. in T. beschäftigt. Nach Krankheit ab 25.04.2001 war der Kläger von August 2003 bis Oktober 2003 als technischer Fachberater im Außendienst bei der Firma N. beschäftigt. Seitdem war er arbeitslos bzw. arbeitsunfähig. In seinem Versicherungskonto bei der Beklagten sind Pflichtbeitragszeiten und Zeiten der Arbeitslosigkeit lückenlos bis 31.12.2004 und danach Zeiten mit Bezug von Arbeitslosengeld II erst wieder vom 12.10.2009 bis 31.12.2010 gespeichert (Versicherungsverlauf vom 2.10.2014, Bl. 38 LSG-Akte).

Am 10.5.2004 beantragte der Kläger Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung verwies er auf Wirbelsäulenleiden, Herzerkrankung, Kopfschmerzen und psychische Erschöpfung. Die Beklagte veranlasste eine orthopädische und internistische Begutachtung des Klägers. Der Chirurg Dr. P. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 28.6.2004: akut rezidivierende Dorsolumbalgien bei degenerativen Veränderungen der Brustwirbelsäule (BWS), Fehlstatik der Lendenwirbelsäule (LWS) und Verdacht auf psychasthenische Erschöpfung. Die funktionelle Untersuchung der Wirbelsäule habe weitgehend altersentsprechende Normalbefunde gezeigt, auch bestünden keine sicheren Hinweise auf eine Nervenwurzelreizung im Bereich aller Wirbelsäulenabschnitte. Die Leistungsfähigkeit des Klägers sei auf chirurgisch/orthopädischem Gebiet mittelgradig eingeschränkt. Die Rückkehr in den bisher ausgeübten Beruf sei zumutbar, sofern regelmäßig keine körperlich belastenden Tätigkeiten ausgeführt werden müssten. Der Kläger sei in der Lage, leichte Tätigkeiten ohne häufiges Bücken, Zwangshaltungen, regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zeitdruck, Temperaturschwankungen, Lärm und ohne Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr 6 Stunden täglich zu verrichten. Der Internist Dr. V. nannte auch unter Auswertung von Befundberichten des Klinikums H. vom Oktober 2002 und März 2003 in seinem Gutachten vom 01.07.2004 folgende Diagnosen: angiographisch gesicherte Mehrgefäßerkrankung der Koronarien mit Z.n. RCA-Intervention 09/02 mit Rezidivstenose, Z.n. Cutting, verschlossene CX; belastungsinduzierte Herzrhythmusstörungen, ausgeprägte Risikohyperlipidämie, erhebliches degeneratives Wirbelsäulensyndrom und Bandscheibenleiden mit Osteochondrosen, Spondylitis und 3-Etagen-Bandscheibenvorfall, Hypertonie, chronisches Kopfschmerzsyndrom nach frühkindlicher Meningitis und V.a. somatoforme Schmerzstörung - langjährig und fixiert erscheinend. Der Kläger sei in seiner zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit noch 6 Stunden und mehr belastbar. Körperlich schwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollten nicht zugemutet werden. Gut möglich seien eine Verkaufs- oder Beratungstätigkeit, eine Außendiensttätigkeit mit Kundenbesuch ohne körperliche Belastung, Verkaufsgespräche, Informationen und Bürotätigkeit ohne ausgesprochen starken Stress.

Mit Bescheid vom 26.7.2004 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab. Auf den Widerspruch des Klägers holte die Beklagte weitere Befundberichte ein und veranlasste eine nervenärztliche Begutachtung durch Dr. G ... Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 7.1.2005 Verdacht auf hypochondrische Störung und einen thorakalen 3-Etagen-Bandscheibenvorfall. Neurologisch und im psychischen

Befund hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Der Kläger scheine fixiert auf Schmerzmittelgebrauch bei Rückenschmerzen sowie Kopfschmerzen ohne wesentliche Reflektionsmöglichkeit. Die berufliche Belastungsfähigkeit sei bis auf schwere körperliche Tätigkeiten im nervenärztlichen Bereich nicht eingeschränkt. Mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Da der Kläger in der Lage sei, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und in seinem bisherigen Beruf als technischer Fachberater mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein, sei er weder erwerbsgemindert noch berufsunfähig.

Dagegen erhob der Kläger am 14.3.2005 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG - S 4 648/05) und machte geltend, er sei aufgrund seiner Wirbelsäulenproblematik verbunden mit chronischen Kopfschmerzen und einem wenig belastbaren Herzen erwerbsgemindert. Er verwies auf das Schreiben des Dipl.-med. H. von August 2004 sowie einen Schmerzkalender und legte im weiteren Verfahren noch die Arztbriefe des Klinikums H. vom 27.7.2006 und vom 24.8.2006 vor.

Das SG hörte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen an. Orthopäde Dr. Schr. teilte mit, er habe den Kläger zuletzt im Oktober 2003 untersucht und Massagen verordnet. Soweit beurteilbar, könne der Kläger leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten (Auskunft vom 10.6.2005). Dipl.-med. H. legte Befundberichte des Klinikums H. vom September 2004, des Arztes für Neurologie und Psychiatrie O. vom Juni 2004 sowie des Radiologen Dr. R. über die im Mai 2005 durchgeführten Kernspintomographien des Zerebrums, der HWS, der BWS und der LWS vor und berichtete über regelmäßige hausärztliche Behandlungen des Klägers seit Juli 2003. Eine wesentliche Verschlechterung der Beschwerden und der Befunde seit Mai 2004 habe sich nicht ergeben. In den Intervallen mit starken Spannungskopfschmerzen könne der Kläger nicht beraten oder verkaufen. Die Wirbelsäulenveränderungen spielten nur für schweres Heben und Tragen eine Rolle, genauso die koronare Herzerkrankung, die nur starke körperliche Arbeit limitiere. Die zuletzt ausgeübte Außendiensttätigkeit mit langem Autofahren sei seines Erachtens bei dem Wirbelsäulenbefund nicht leistungsgerecht. Leichte Arbeiten ohne ständiges Heben und Tragen von Lasten, nach Möglichkeit im Wechsel zwischen Stehen und Sitzen, könne der Kläger vollschichtig oder untervollschichtig ausüben.

Auf Antrag des Klägers holte das SG das neurochirurgische Gutachten des Dr. S. vom 21.9.2006 ein. Er nannte als Diagnosen ein chronisches multilokuläres, somatoformes Schmerzsyndrom, ein chronisches postmeningitisches Kopfschmerzsyndrom, ein Zervikalsyndrom bei Spondylosis deformans C5/6 mit Foramenstenosen, ein Thorakalsyndrom bei Osteochondrosen Th3/4, Th6/7, Th7/8, Th8/9 mit rechts betonten Bandscheibenvorfällen Th6/7, Th 7/8, Th 8/9 ohne Myelonkompression, ein Lumbalsyndrom bei Diskopathie und mediale Protrusion L4/5 und Verdacht auf posttraumatisches Carpaltunnelsyndrom rechts nach Radiusfraktur (Februar 2006). Trotz dieser Gesundheitsstörungen sei der Kläger in der Lage, seine bisherige Tätigkeit als technischer Fachberater und auch andere Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen (keine Überkopparbeiten, kein schweres Heben und Tragen, wechselnde Positionen, kein ständiges Sitzen, regelmäßige Ruhepausen, kein geräuschintensiver Arbeitsplatz, keine Nässe, keine hohen Temperaturunterschiede, keine langen Autofahrten, keine Schichtarbeit, keine ausschließliche Computertätigkeit, nicht bei ausschließlich künstlichem Licht) mindestens 6 Stunden auszuüben. Mit Urteil vom 15.3.2007 wies das SG hierauf gestützt die Klage ab.

Im anschließenden Berufungsverfahren ([L 11 R 2019/07](#)) hörte das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B., den Internisten Dr. G. und PD Dr. S. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. B. berichtete über Behandlungen des Klägers am 28.11.2006, 30.1.2007 und 24.4.2007. Die klinisch neurologische Untersuchung habe einen unauffälligen Hirnnervenstatus, keinen Nachweis von manifesten oder latenten Paresen, beidseits seitengleich mittelbhabhafte Reflexe, keinen Nachweis von Sensibilitätsstörungen, beidseits negative Zeichen nach Lasègue und unauffällige Stand-, Gang- sowie Koordinationsversuche gezeigt. Es seien der Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung mit Kopfschmerzen, Brustwirbelsäulenschmerzen und ein Z.n. Herzinfarkt 1998 diagnostiziert worden. Aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung sei es dem Kläger derzeit nicht möglich, seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Inwieweit er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Tätigkeiten ausüben könne, könne von ihr schlecht eingeschätzt werden. Ergänzend teilte Dr. B. am 13.3.2008 mit, der Kläger habe sich seit Juni 2007 nicht mehr bei ihr vorgestellt (Auskunft vom 20.6.2007). Dr. G. berichtete über die seit April 2007 erhobenen Befunde des Klägers und fügte Befundberichte unter anderem der Kardiologie des Klinikums H. von Juli und August 2006 bei. Aufgrund der koronaren Herzerkrankung mit deutlichen Beschwerden und eingeschränkter Belastbarkeit bei geringer bis mittlerer Belastung mit häufig auch Ruhebeschwerden (Messwerte der Ergometerbelastungen pathologisch bei 75 Watt) seien dem Kläger selbst leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch unter 3 Stunden täglich zumutbar. Erschwerend kämen eine Niereninsuffizienz und ein Belastungshypertonus hinzu, psychische Faktoren verstärkten die Symptomatik. Auch die orthopädischen Leiden seien zusätzlich zu berücksichtigen (Auskunft vom 18.6.2007). PD Dr. S., Kardiologie Klinikum H., legte die von ihm seit Juli 2006 erstellten Befundberichte vor und berichtete über die seit 1998 im Rahmen von mehreren ambulanten und stationären Behandlungen erhobenen Befunde. Als maßgebliches Leiden fänden sich beim Kläger aus kardialer Sicht die schwere progrediente koronare Herzerkrankung sowie aus orthopädischer Sicht das chronische Wirbelsäulenleiden. Im medikamentenfrei durchgeführten Belastungs-EKG hätten sich schon auf geringer bis mittlerer Belastungsstufe deutliche Koronarinsuffizienzzeichen gezeigt. Eine Kontrolle im August 2006 unter Beta-Blockade habe dann erst bei höherer Belastungsstufe eine Ischämiereaktion im Sinne von ST-Streckensenkungen im gesamten posterolateralen Bereich aufgewiesen. Bei Wiedervorstellung am 11.7.2007 hätten sich aus kardiologischer Sicht Zeichen einer erheblichen Verschlechterung der Koronarsituation mit ausgeprägter Ischämiereaktion im Belastungs-EKG ergeben. Die Katheter-Untersuchung am 17.7.2007 habe dann auch eine ausgeprägte Progression der koronaren Herzerkrankung gezeigt. Bei der vorliegenden Kombination aus schwerer Wirbelsäulenerkrankung und progredienter, prognostisch ungünstiger Koronarerkrankung mit multiplen Interventionen sei auch eine leichte Tätigkeit am Arbeitsmarkt über 6 Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche nicht möglich. Denkbar sei allenfalls ein Einsatz von weniger als 3 Stunden am Tage.

Das LSG holte das internistisch-kardiologische Gutachten des Dr. H. vom 25.01.2008 ein. Hierin wurden als Diagnosen eine koronare Herzerkrankung mit bekanntem RCX-Verschluss, ein Z.n. mehrfacher RCA-PCI, zuletzt 07/07, Rezidivstenose nicht auszuschließen, arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit, Hyperlipidämie (diätetisch und medikamentös nicht optimal eingestellt) und kompensierte Niereninsuffizienz benannt. Im Vordergrund des Beschwerdebildes stünden nach Angaben des Klägers vor allem die chronische Schmerzsymptomatik und auch die Kopfschmerzen. Von internistisch-kardiologischer Seite sei aufgrund der Angina pectoris auf der 100 Watt-Stufe eine Rezidivstenose nach RCA-PCI vom Juli 2007 nicht auszuschließen. Er habe deshalb eine Kontrollangiographie im Klinikum H. empfohlen. Ebenso habe er eine Optimierung der medikamentösen Behandlung des Bluthochdrucks und der Hyperlipidämie vorgeschlagen. Aufgrund der koronaren Herzerkrankung seien mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten, Arbeiten in Wechselschicht, Nachtschicht und unter Akkordbedingungen nicht mehr möglich, daneben gälten die Einschränkungen des orthopädischen Gutachtens. Momentan könne der Kläger auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht 6 Stunden an 5 Tagen in der Woche ausüben, da eine

kardiologische Untersuchung mittels Herzkatheterkontrolle im Klinikum H. notwendig sei, ebenso eine Optimierung der medikamentösen Therapie. Danach halte er jedoch die Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten für gegeben, z.B. bei Ausschluss einer erneuten Stenosierung oder Behandlung einer Rezidivstenose und Optimierung der medikamentösen Therapie. Aus internistisch-kardiologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit weiterhin möglich. Durch die letzte Aufdehnung im Juli 2007 sei eine Besserung eingetreten, bei wieder angegebener Verschlechterung der Beschwerden sei eine Kontrollangiographie vorzuschlagen.

Das LSG zog den Befundbericht des PD Dr. S. über die Vorstellung des Klägers am 22.04.2008 bei und holte eine ergänzende Stellungnahme beim Gutachter Dr. H. ein, der bei seiner Leistungseinschätzung blieb. In der Ergometrie bei PD Dr. S. seien 100 Watt erreicht worden, dann Angina pectoris und auch ST-Senkungen. Eine Belastbarkeit von 100 Watt schließe von kardiologischer Seite eine leichte körperliche Arbeit mit Einschränkungen nicht aus (Stellungnahme vom 6.10.2009).

Letztlich holte das LSG das neurologisch-psychiatrische Gutachten des Dr. K. vom 8.4.2009 ein. Der Gutachter nannte als Diagnosen eine Migräne mit häufigen und überdurchschnittlich intensiven Attacken, Kopfschmerzen vom Spannungstyp und eine reaktiv depressive Entwicklung. Die Gesundheitsstörungen erlaubten auf nervenärztlichem Fachgebiet eine vollschichtige Tätigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten. Eine Einschränkung ergebe sich durch mehrfach monatliche Ausfälle durch schwere Migräne-Attacken sowie durch verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule und der Herzleistung. Es sei möglich, aber nicht sicher, dass vorbeugend wirksame Medikamente die Häufigkeit und Intensität der Migräne-Attacken verminderten. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sei der Kläger noch in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 Stunden und mehr auszuüben. Durch eine intensive Schmerztherapie und eine medikamentöse Prophylaxe der Migräne sei ein teilweiser Wegfall der Leistungseinschränkungen möglich.

Mit Urteil vom 29.9.2009 wies das LSG die Berufung des Klägers zurück. Die Nichtzulassungsbeschwerde wurde vom Bundessozialgericht mit Beschluss vom 19.1.2010 als unzulässig verworfen (B 5 R 498/98 B).

Am 1.12.2010 beantragte der Kläger erneut Rente wegen Erwerbsminderung.

Mit Bescheid vom 17.3.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6.6.2011 lehnte die Beklagte den Antrag ab, da der Kläger die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, nämlich die Belegung von 36 Monaten mit Pflichtbeiträgen, ausgehend vom Eintritt des Leistungsfalles am 1.12.2010 nicht erfülle.

Dagegen war beim Sozialgericht Ulm das Klageverfahren S 11 R 2128/11 anhängig, in dem der Kläger sich darauf berief, aufgrund seiner seit 1998 aufgetretenen Erkrankungen in jedem Fall schon im Oktober/November 2003 voll erwerbsgemindert gewesen zu sein.

Auf seinen Antrag wurde gemäß [§ 109 SGG](#) das internistisch-kardiologische Gutachten des PD Dr. S. vom 1.11.2011 eingeholt. Dieser nannte als Diagnosen schwerste koronare 3-Gefäß-Erkrankung mit z.n. Posterolateralinfarkt 1998, aktuell: ausgedehnte Ischämiezeichen im Belastungs-EKG bei chronischem CX-Verschluss mit hochgradigem Verdacht auf deutliche Progredienz der Koronarerkrankung mit erheblicher klinischer Beeinträchtigung, Hyperlipidämie, therapeutisch kaum angebar, arterielle Hypertonie, derzeit mäßig eingestellt und Leistenbruch links, bislang beschwerdefrei. Bei der körperlichen Untersuchung hätten sich zunächst keine wesentlichen Befunde gezeigt, die eine höhergradige Einschränkung erkennen ließen. Jedoch hätten sich im Belastungs-EKG bereits bei niedriger Wattstufe Zeichen einer erheblichen Belastungs-Koronarinsuffizienz ergeben. Dieser Befund habe sich eindrucksvoll in der daraufhin veranlassten Spiroergometrie vom 10.10.2011 bestätigen lassen. Durch die genannten Gesundheitsstörungen sei der Kläger derzeit nur gering belastbar. Auch eine leichte Tätigkeit am Arbeitsmarkt über 6 Stunden und mehr an 5 Tagen in der Woche sei nicht möglich. Aus kardialer Sicht sei allenfalls der Einsatz von weniger als 3 Stunden in sitzender Tätigkeit denkbar. Der Kläger sei schon am 26.7.2006 ambulant vorstellig gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe er über eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit sowie über pektanginöse Symptome geklagt. Im Belastungs-EKG hätten sich zudem schon damals, auf geringer bis mittlerer Belastungsstufe, deutliche Koronarinsuffizienzzeichen gefunden. Trotz Anpassung der medikamentösen Therapie und durch erneute Herzkatheteruntersuchungen mit Intervention sei eine Stabilisierung der koronaren Herzkrankheit nicht zu erreichen gewesen, vielmehr habe sich eine Progredienz der Koronarsklerose mit offensichtlicher Einschränkung der Leistungsfähigkeit gezeigt. Die Leistungseinschränkung bestehe seit 2004.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 27.6.2012 stellte der Kläger einen Antrag auf Überprüfung des Bescheids vom 26.7.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.3.2005 und erklärte das Verfahren S 11 R 2128/11 für erledigt.

Mit Bescheid vom 25.7.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2012 lehnte die Beklagte den Überprüfungsantrag ab und teilte mit, die Überprüfung des Bescheids vom 26.7.2004 habe ergeben, dass weder das Recht unrichtig angewandt noch von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen worden sei. Es lägen diverse ärztliche Berichte vor, die die Annahme einer Leistungsminderung vor 10/2011 nicht begründeten. In einem kardiologischen Gutachten von 01/2008 seien noch 100 Watt erreicht und keine Endstreckenveränderungen im EKG angegeben worden. Die Herzauswurfleistung (EF) habe noch 70-80% betragen, sei also im hohen Normbereich gewesen (55%). Somit habe nicht der Koronarinfarkt, sondern die abgenommene Herzleistung zur Annahme eines qualitativ verminderten Leistungsvermögens geführt, welches noch nicht für die Zeit vor 10/2011 angenommen werden könne.

Dagegen hat der Kläger am 21.11.2012 Klage zum SG erhoben ([S 12 R 3667/12](#)) und sich zur Begründung im Wesentlichen auf das im Verfahren S 11 R 2128/11 eingeholte Gutachten des PD Dr. S. vom 1.11.2011 bezogen, woraus sich ergebe, dass bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung im Jahr 2004 die Voraussetzungen für eine Rente wegen voller Erwerbsminderung vorgelegen hätten.

Das SG hat den Internisten Dr. G. erneut als sachverständigen Zeugen schriftlich befragt. In seiner Auskunft vom 12.1.2013, der umfangreiche Befundberichte beilagen, hat er mitgeteilt, den Kläger seit 1997 mit einer längeren Pause von 2002 bis 13.4.2007 zu behandeln.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, dass die Herzleistungsfähigkeit des Klägers nach der stationären Behandlung im Klinikum H. mit erfolgreicher Gefäßerweiterung vom 31.10.2011 bis 2.11.2011 bei einer ergometrischen Belastbarkeit mit 100 Watt und einer EF von 64 % keine Leistungsminderung begründe. Auch die vorgelegten medizinischen Unterlagen begründeten keine Leistungsminderung zum

begehrten Leistungsfall in 2004. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien letztmalig im Januar 2007 erfüllt.

Wiederum auf das Kostenrisiko des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat das SG das weitere Gutachten des Kardiologen PD Dr. S. vom 17.09.2013 eingeholt. Der Gutachter stellte als Gesundheitsstörungen eine koronare 3 Gefäßerkrankung mit Zustand nach mehrzeitigen Interventionen an RCA und RIVA bei bekanntem medialem RCX-Verschluss, einen Zustand nach Posterolateralwandinfarkt 1998, globalsystolisch noch gute linksventrikuläre Funktion mit einer Ejektionsfraktion von ca. 60 % bei umschriebener Akinese der Posterolateralwandinfarkt sowie Hypokinese der lateral angrenzenden Gebiete, aktuell ausgedehnte Koronarischämie im Rahmen der Spiroergometrie bereits auf der 25 Wattstufe fest. Aktuell sei keine berufliche Tätigkeit möglich, nach einer erneuten koronaren Intervention bzw. nach möglicher ACB-Operation könne diese Frage neu beurteilt werden. Die kardiale Belastbarkeit sei seit 1998 eingeschränkt, leichte bis mittelschwere Arbeiten seien aber möglich gewesen. Eine deutliche Progredienz habe sich 2002 nachweisen lassen bei nachgewiesener koronarer Insuffizienz auf der 75- bzw. 100 Wattstufe. Nur leichte Tätigkeiten seien möglich gewesen. Seit dem Jahr 2011 sei sicherlich keine geregelte Arbeit aufgrund des kardiologischen Befundes möglich.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 26.5.2014 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Beklagte zu Recht die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 01.06.2004 unter Rücknahme des Bescheids vom 26.0.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.3.2005 abgelehnt habe. Der Kläger sei jedenfalls nicht vor Oktober 2011 erwerbsgemindert gewesen. Insbesondere ergebe sich aus den Gutachten des PD Dr. S. vom 17.9.2013 und vom 01.11.2011 kein neuer Sachverhalt aus kardiologischer Sicht. Sowohl im Verwaltungsverfahren (Gutachten des Dr. V. vom 1.7.2004), im SG Verfahren als auch vor dem Landessozialgericht (internistische Gutachten des Kardiologen Dr. H. vom 25.1.2008) seien jeweils die aktuellen Arztbriefe des Klinikums H. (PD Dr. S.) mit den jeweiligen Untersuchungsbefunden auf kardiologischem Fachgebiet berücksichtigt worden. Im Gutachten des PD Dr. S. vom 17.9.2013 und dem im vorangegangenen Klageverfahren S 11 R 2128/11 eingeholten Gutachten des PD Dr. S. vom 1.11.2011 seien keine neuen ärztlichen Befunde erwähnt worden. Darüber hinaus lägen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die vorliegenden Befunde im Hinblick auf die Frage einer zeitlichen Leistungseinschränkung fehlerhaft ausgewertet worden seien. Erst in der im Rahmen der Begutachtung durch PD Dr. S. am 10.10.2011 durchgeführten Spiroergometrie habe sich aufgrund der bereits auf niedriger Belastungsstufe (40 Watt) diagnostizierten Koronarischämie ein Befund ergeben, der als Nachweis für eine zeitliche Leistungseinschränkung geeignet sei, was dann auch im weiteren Gutachten des PD Dr. S. vom 17.9.2013 nach zwischenzeitlicher Besserung des Befundes nochmals bestätigt worden sei, da sich bereits auf niedrigster Belastungsstufe (25 Watt) Zeichen einer Koronarischämie gezeigt hätten. Im Übrigen habe sich auch PD Dr. S. in seinen Gutachten vom 1.11.2011 und vom 17.9.2013 nicht eindeutig bezüglich des Eintritts der Leistungsminderung festgelegt. Im Gutachten vom 1.11.2011 habe er zwar die Auffassung vertreten, dass der Kläger derzeit nicht in der Lage sei, mindestens 6 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein, habe aber nicht mitgeteilt, ab welchem Zeitpunkt diese zeitliche Leistungseinschränkung gelte. Er habe zwar erwähnt, dass sich bei der Vorstellung des Klägers am 26.7.2006 im Belastungs-EKG bereits damals auf geringer bis mittlerer Belastungsstufe deutliche Koronarinsuffizienzzeichen gefunden hätten und habe mitgeteilt, dass trotz Anpassung der medikamentösen Therapie und erneuten Herzkatheteruntersuchungen mit Intervention keine Stabilisierung der koronaren Herzkrankheit zu erreichen gewesen sei. Daraus habe er aber keine eindeutigen Rückschlüsse bezüglich der Leistungsfähigkeit des Klägers gezogen. Im Gutachten vom 17.9.2013 hielt er ab dem Jahr 1998 trotz eingeschränkter kardialer Belastbarkeit noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten und ab 2002 bei Progredienz der koronaren Herzkrankheit und verschlechterter Ergometrie-Belastbarkeit nur noch leichte Tätigkeiten für möglich, ohne jedoch Angaben zum zeitlichen Umfang dieser Tätigkeiten zu machen. Eindeutig habe sich PD Dr. S. erst für die Zeit ab 2011 festgelegt, dass sicherlich keine geregelte Arbeit auf Grund des kardiologischen Befundes möglich sei. Aus der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. G. vom 12.01.2013 ergäben sich keine neuen Erkenntnisse. Zwar habe Dr. G. den Kläger ab der Stentimplantation bzw. Ballondilatation im Jahr 2002 nur noch für weniger als drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt belastbar gehalten. Diese Angaben könnten jedoch schon deshalb die bisherige rechtliche Beurteilung nicht in Frage stellen, weil Dr. G. den Kläger in der Zeit von 2002 bis 2007 gar nicht behandelt habe und deshalb keine verwertbare Aussage zum Leistungsvermögen des Klägers in dieser Zeit machen können. Darüber hinaus lägen ausreichende fachärztliche Befunde zur Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers auf kardiologischem Fachgebiet vor, die bei der angefochtenen Entscheidung in rechtlich nicht zu beanstandender Weise Berücksichtigung gefunden hätten. Anhaltspunkte dafür, dass eine andere rechtliche Beurteilung im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf anderen Fachgebieten vorzunehmen sei, lägen nicht vor und seien vom Kläger auch nicht vorgetragen worden. Es könne in vollem Umfang auf die im Verwaltungs- bzw. im Klage- und Berufungsverfahren erstellten Gutachten des Dr. P., des Dr. G., des Dr. S. und des Dr. K. verwiesen werden, die auf ihrem jeweiligen Fachgebiet übereinstimmend der Ansicht gewesen seien, dass der Kläger in der Lage sei, mit bestimmten qualitativen Einschränkungen zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Umfang von mindestens 6 Stunden täglich zu verrichten. Die Voraussetzungen des [§ 44 Absatz 1 SGB X](#) für eine Rücknahme des Bescheids vom 26.07.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.3.2005 lägen nicht vor. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 25.7.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2012 sei somit nicht zu beanstanden.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 2.7.2014 zugestellte Urteil hat dieser am 9.7.2014 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Gestützt auf die Auskunft des Dr. G. als sachverständiger Zeuge vom 12.1.2013 und die Sachverständigengutachten des PD Dr. S. vertritt der Kläger die Auffassung, dass er aufgrund der Einschränkungen insbesondere im koronaren Bereich bereits seit 2002 erwerbsgemindert sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26. Mai 2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. November 2012 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter Rücknahme des Bescheids vom 26. Juli 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. März 2005 dem Kläger eine Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 1. Juni 2004 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beteiligten sind im Erörterungstermin am 25.9.2014 zur beabsichtigten Entscheidung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) angehört worden und haben sich damit einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (4 Band) sowie die Prozessakten und die beigezogenen Akten S 11 R 2128/11, [L 11 R 2019/07](#) sowie S 12 SB 303/13 Bezug genommen.

II. Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 und Abs. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, unter Beachtung der maßgebenden Form- und Fristvorschriften ([§151 Abs. 1 und 3 SGG](#)) eingelegte zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten, die für den Senat keinen Anlass zu einem anderen Verfahren gegeben hat, gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 25.7.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2012 ist rechtmäßig. Der Kläger kann von der Beklagten nicht die Rücknahme des eine Rente wegen Erwerbsminderung ablehnenden Bescheids vom 26.7.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.3.2005 und Gewährung entsprechender Leistungen ab 1.6.2004 beanspruchen.

Streitgegenstand ist der eine Rücknahme der vorangegangenen Entscheidung ablehnende Bescheid der Beklagten vom 25.7.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.11.2012 hinsichtlich einer Korrektur des Erwerbsminderungsrente versagenden Bescheids vom 26.7.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.3.2005.

Als Rechtsgrundlage für eine Aufhebung des Erwerbsminderung Rente versagenden Bescheids vom 26.7.2004 kommt nur [§ 44 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) in Betracht. Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit u.a. zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt worden ist und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind.

Der Anwendung der Norm steht nicht entgegen, dass die Rechtmäßigkeit des Bescheids vom 26.7.2004 bereits Gegenstand eines sozialgerichtlichen Verfahrens war, das rechtskräftig durch Urteil des LSG vom 29.9.2009 ([L 11 R 2019/07](#)) endete. [§ 44 SGB X](#) ist eine gesetzliche Bestimmung, die eine Durchbrechung der Bindungswirkung zulässt. Sie vermittelt einen einklagbaren Anspruch auf Rücknahme eines rechtswidrigen Verwaltungsakts unabhängig davon, ob dieser durch ein rechtskräftiges Urteil bestätigt wurde (BSG, Urteil vom 10.12.2013 – [B 13 R 91/11 R](#) –, juris Rn. 18).

Die Beklagte hat mit der Ablehnung eines Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente im Bescheid vom 26.7.2004 im Sinne des [§ 44 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) das Recht nicht unrichtig, sondern zutreffend angewandt.

Das SG hat die Rechtsgrundlage für einen Anspruch des Klägers auf Rente wegen Erwerbsminderung - [§ 43 SGB VI](#) - zutreffend benannt und in nicht zu beanstandender Weise festgestellt, dass der Kläger die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die begehrte Rente letztmalig für Januar 2007 erfüllt, was sich durch den im Berufungsverfahren von der Beklagten vorgelegten Versicherungsverlauf vom 2.10.2014 (Bl. 38 LSG Akte) bestätigt hat. Weiter hat es sich umfassend mit den medizinischen Unterlagen und insbesondere mit dem nach Abschluss des Ursprungsverfahrens neuen Gutachten des PD Dr. S. vom 17.9.2013 auseinandergesetzt und ausführlich begründet, warum sich daraus für die Vergangenheit kein neuer kardiologischer Sachverhalt ergibt und sich ein Eintritt von Erwerbsminderung jedenfalls vor Oktober 2011 daraus nicht ergibt. Dem schließt sich der Senat nach eigener Prüfung an, sieht deshalb zur Vermeidung von Wiederholungen von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend wird ausgeführt, dass auch die von PD Dr. S. mitgeteilten kardiologischen Befunde bis zum für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit maßgeblichen Zeitpunkt Januar 2007 eine Einschränkung der Herzleistungsfähigkeit in rentenberechtigendem Grade nicht belegen. So ist durch den Befundbericht vom 24.8.2006, den PD Dr. S. im Rahmen der Befragung als sachverständiger Zeuge dem LSG ([L 11 R 2019/07](#)) mit Schreiben vom 27.8.2007 vorgelegt hat, eine Belastung bis 100 Watt ohne Nachweis von ST-Streckensenkungen, also nicht pathologisch, belegt. Die vorübergehende deutliche kardiale Verschlechterung der Leistungsfähigkeit mit Angina pectoris unter geringer Belastung bei 25 Watt wurde durch eine erneute Mehrgefäßintervention mit PTCA und Stentimplantation sowie Ballondilatationen (Gefäßerweiterung) wieder verbessert werden. PD Dr. S. berichtete im Befundbericht vom 25.4.2008 bei einer stufenweisen Belastung bis 100 Watt beim Belastungs-EKG von einer Besserung im Vergleich zum Vorbelastungs-EKG. Ausgehend davon, dass für die Eignung, leichte Arbeit zu leisten, eine Mindestbelastbarkeit von 50 beziehungsweise über 50 – 75 Watt zu fordern ist, für mittelschwere Arbeit 75 – 125 Watt und für schwere Arbeit mindestens 125 Watt (vgl. Deutsche Rentenversicherung, Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit (KHK) , Januar 2010, 6.3., S. 33), ist für den Kläger nachgewiesen, dass er zumindest leichte körperliche Arbeiten, der auch die von ihm ausgeübte Beratungstätigkeit entspricht, noch im Umfang von 6 Stunden und mehr zu leisten vermochte. Hierfür spricht auch, dass die Herzauswurfleistung (EF) noch 70-80% betragen hat, also im hohen Normbereich, der bei) 55% liegt, gewesen ist.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-09