

## L 4 R 3536/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 R 1106/09  
Datum  
25.06.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 R 3536/10  
Datum  
02.09.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. Juni 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung über den 31. Juli 2008 hinaus.

Der am 1961 geborene Kläger erlernte in dreijähriger Ausbildung den Beruf des Fliesenlegers, in welchem er nach Ausbildungsabschluss noch etwa drei Jahre erwerbstätig war. Anschließend war der Kläger zunächst drei Jahre als Lagerarbeiter sowie im Folgenden sechs Jahre als LKW-Fahrer bei einer Spedition versicherungspflichtig beschäftigt. Nach einer sich anschließenden Zeit vorübergehender Arbeitslosigkeit trat der Kläger im Jahr 1996 eine Stelle als Feuerwehrmann im B.-Airport in S. an, in welcher er fortan durchgängig versicherungspflichtig beschäftigt war.

Vom 25. November 2003 bis 16. Dezember 2003 nahm der Kläger aufgrund eines akuten Wurzelreizsyndroms L5 links und Lumboischialgie bei Bandscheibenvorfall LWK 4/5 und LWK 5/S1 an einer von der Beklagten bewilligten medizinischen Reha-Maßnahme in der Mediantlinik B. L. teil. Ausweislich des Reha-Entlassungsberichts des Chefarztes und Orthopäden Dr. F. vom 17. Dezember 2003 wurde beim Kläger außer den orthopädischen Gesundheitsstörungen eine Leberparenchymstörung und eine mediale Meniskusläsion rechts diagnostiziert. Er wurde von dort als noch arbeitsunfähig, jedoch voraussichtlich alsbald auch als Feuerwehrmann wieder arbeitsfähig entlassen. Aufgrund seiner Rückenbeschwerden wurde der Kläger durch seinen Arbeitgeber in die Einsatzleitung der Feuerwehr umgesetzt.

Nachdem der Kläger in der Folgezeit durch Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz aufgefallen war, bewilligte die Beklagte ihm nach erfolgloser ambulanter Entziehungsbehandlung eine stationäre Reha-Maßnahme in der Fachklinik Haus R. in R. in der Zeit vom 13. Dezember 2005 bis 04. April 2006. Ausweislich des Reha-Entlassungsberichts des Dr. Sc. vom 04. April 2006 wurde beim Kläger eine Alkoholabhängigkeit, eine Fettleberhepatitis, ein Koffeinabusus, eine äthyltoxische sensible Polyneuropathie und ein Mitralklappenprolaps mit Mitralklappeninsuffizienz zweiten Grades mit leichter Dilatation diagnostiziert. Aus dieser Maßnahme wurde der Kläger sowohl hinsichtlich seiner letzten Tätigkeit als Feuerwehrmann in der Einsatzleitung als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit einem Leistungsvermögen von sechs Stunden täglich und mehr entlassen. Es sei gelungen, hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs ein plausibles Störungsmodell zu erarbeiten, wobei sich der Alkoholkonsum als Emotionsregulativ in Bezug auf Verluste herausgestellt habe (Trennung, Scheidung und Tod, insbesondere der Tod der Schwester in der Kindheit). Weiterhin sei der Alkohol vom Kläger eingesetzt worden, um mit frustrierenden Situationen besser umgehen zu können. Bis zuletzt sei beim Kläger eine gewisse Bagatellisierungsneigung geblieben, die nie vollständig verschwunden sei. Nach Entlassung aus der Reha-Maßnahme bestand nur kurze Trockenheit. Infolge der Alkoholkrankung wurde dem Kläger die Beschäftigung am B.-Airport zu Ende August 2006 gekündigt.

Am 25. September 2006 trat der Kläger eine Stelle als LKW-Fahrer bei einer Spedition an, in welcher er schon am 29. September 2006 aufgrund eines Herzleidens bei Dekompensation einer vorbestehenden Mitralinsuffizienz krankgeschrieben wurde. Am 15. November 2006 erfolgte eine operative Mitralklappenrekonstruktion. Im Anschluss wurde dem Kläger durch die Beklagte eine medizinische Reha-Maßnahme in der Klinik L. in B. K. für die Zeit vom 29. November 2006 bis 20. Dezember 2006 bewilligt. Prof. Dr. H. gab in seinem Reha-Entlassungsbericht vom 27. Dezember 2006 als Diagnosen eine Mitralklappenrekonstruktion bei schwerer Mitralklappeninsuffizienz, intermittierend Vorhofflimmern und ein chronisches LWS-Syndrom an. Postoperativer Verlauf wie auch Anschlussheilbehandlung seien problemlos verlaufen. Echokardiographisch finde sich weiterhin eine leicht bis mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion. Der

orientierende Belastungstest bis 75 Watt sei unauffällig gewesen. Die Entlassung erfolge zunächst für weitere acht Wochen als arbeitsunfähig. Sollte sich bei weiteren kardiologischen Kontrollen eine Besserung der linksventrikulären Funktion abzeichnen, könnte die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, die mit dem Heben und Tragen von Lasten verbunden sei, versuchsweise wieder aufgenommen werden. Reine Fahrtätigkeiten ohne wesentliche Ladetätigkeiten könne der Kläger in jedem Falle wieder in einem Umfang von sechs Stunden täglich und mehr verrichten. Im Folgenden war der Kläger bei Bezug von Krankengeld bis zu seiner Aussteuerung am 15. April 2007 weiterhin arbeitsunfähig krankgeschrieben. Seit 16. April 2007 bezog er Leistungen der Arbeitsagentur.

Vom 20. April bis 03. Mai 2007 hielt sich der Kläger zur kardiologischen Abklärung einer festgestellten Verschlechterung der linksventrikulären Funktion des Herzens in der medizinischen Klinik des Klinikums M. auf. Während dieses Aufenthalts erfolgte am 30. April 2007 eine Defibrillatorimplantation.

Am 11. Mai 2007 stellte der Kläger bei der Beklagten Antrag auf Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Er gab an, sich seit Januar 2003 aufgrund von Wirbelsäulenleiden, Alkoholkrankheit, Herzleiden bei Mitralklappeninsuffizienz und mittlerweile implantiertem Defibrillator für erwerbsgemindert zu halten. Der Kläger fügte seinem Antrag den Bericht vom 08. Mai 2007 des Chefarztes Prof. Dr. K. der Medizinischen Klinik des Klinikums M. über seinen stationären Aufenthalt in der Klinik bei. Prof. Dr. K. gab an, beim Kläger sei eine Koronarangiographie erfolgt, die eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion ergeben habe. Damit habe sich die Indikation zur Implantation eines Defibrillators ergeben, die am 30. April 2007 komplikationslos erfolgt sei. Da der Kläger über rezidivierende Synkopen berichtet habe, sei eine EEG zum Ausschluss eines zerebralen Krampfanfalls durchgeführt worden. Die Untersuchung habe keinen Herdbefund sowie keine epileptischen Potentiale gezeigt. Eine weitere Ausübung des bisherigen Berufs als LKW-Fahrer komme nicht mehr in Betracht. Eine frühzeitige Rente solle mit dem Kläger diskutiert werden.

Die Beklagte veranlasste daraufhin unter Auswertung dieses Entlassungsberichts ein Gutachten über den Kläger nach Aktenlage durch den Chirurgen und Sozialmediziner Dr. S. (Gutachten vom 29. Juni 2007). Dieser diagnostizierte eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion bei dilatativer Kardiomyopathie, eine mit guter Funktion im November 2006 rekonstruierte Mitralklappe, Alkoholabhängigkeit (derzeit nicht vollständig trocken) und ein rezidivierendes LWS-Syndrom. Trotz der rekonstruierten Mitralklappe sei es zu einer erheblichen Abnahme der Herzleistung gekommen. Dies habe sich im Alltag durch zunehmende Atemnot bei zuletzt leichter Belastung gezeigt und am 20. April 2007 zu einem erneuten stationären Aufenthalt im Klinikum M. geführt. Als Ursache hätten eine Durchblutungsstörung, aber auch eine Klappendysfunktion ausgeschlossen werden können. Aufgrund der jetzt hochgradig eingeschränkten Herzleistung sei auch eine leichte Arbeit nicht mehr in zumindest sechsstündigem Rahmen zumutbar. Das jetzt bestehende Leistungsvermögen müsse seit der Verschlechterung der Herzfunktion im März/April 2007 angenommen werden. Bei Alkoholkarenz und kardialer Medikation sei eine Besserung des Leistungsvermögens durchaus noch möglich, zumal der genaue Grund für die weitere Abnahme der Herzfunktion aktuell nicht definitiv geklärt sei. Mit Bescheid vom 10. Juli 2007 bewilligte die Beklagte dem Kläger daraufhin für die Zeit vom 01. November 2007 bis 31. Juli 2008 befristet eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Am 09. September 2008 beantragte der Kläger - bei einstweiligem Bezug von Arbeitslosengeld II und Verrichtung einer Beschäftigung in einem Supermarkt auf 400 EUR-Basis, in welcher er Supermarktregale einzuräumen hatte - die Weiterzahlung der Rente wegen Erwerbsminderung über den Wegfallmonat hinaus. Er fügte seinem Antrag ein ärztliches Attest seines Hausarztes Dr. Kr. vom 04. September 2008 sowie den Bericht des Dr. Kl., U.-Klinikum F., über eine Vorstellung dort am 07. Mai 2008 zur Abklärung der (verneinten) Indikation einer Herztransplantation bei. Die Beklagte zog weitere medizinische Unterlagen, insbesondere den Entlassungsbericht des Chefarztes Dr. W. der Inneren Abteilung des Klinikums M. vom 14. Mai 2008 über einen Aufenthalt des Klägers dort in der Zeit vom 17. März bis 07. April 2008 bei, ausweislich dessen die Aufnahme des Klägers unter dem Bild einer global dekompensierten Herzinsuffizienz bei bekannter dilatativer Kardiomyopathie äthyltoxischer Genese erfolgt sei. Echokardiographisch habe sich eine massiv reduzierte linksventrikuläre Funktion gezeigt. Es sei eine Vorstellung des Klägers im U.-Klinikum F. zur Überprüfung der Indikation für eine Herztransplantation empfohlen worden. Gegen ärztlichen Rat habe der Kläger weiterhin Alkohol getrunken. Darüber sei mit ihm ein ausführliches Gespräch geführt worden.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine sozialmedizinische Begutachtung des Klägers in der ärztlichen Untersuchungsstelle K. durch den Internisten, Sport- und Sozialmediziner Dr. Mü. am 06. Oktober 2008. Der Gutachter berichtete in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2008 vom Vorliegen einer leichtgradig eingeschränkten Herzfunktion nach Mitralklappenrekonstruktion bei äthyltoxischer Kardiomyopathie bei einer Belastbarkeit bis 100 Watt und einer prophylaktischen Implantation eines Defibrillators, einer Alkoholkrankheit mit derzeitiger Abstinenz, eines rezidivierenden LWS-Syndroms mit Nervenwurzelreizzuständen, jedoch ohne derzeitige Bewegungsstörung, einer allergischen Diathese mit Hautveränderungen sowie Heuschnupfen. Gegenüber der Vorbegutachtung habe sich eine deutliche Besserung ergeben, so dass nach Ablauf der Zeitrente wieder ein vollschichtiges Leistungsvermögen für körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes gegeben sei. Der Kläger arbeite zur Zeit gegen Entgelt in einem Mini-Job auf 400 EUR-Basis. In leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könne er auch wieder sechs Stunden täglich und mehr erwerbstätig sein. Mit Bescheid vom 21. Oktober 2008 lehnte daraufhin die Beklagte den Antrag des Klägers auf Weiterzahlung der Rente wegen Erwerbsminderung ab.

Der Kläger legte gegen die Ablehnung Widerspruch ein und legte ein ärztliches Attest seines Hausarztes Dr. Kr. vom 30. Oktober 2008 vor. Dr. Kr. gab an, beim Kläger handele es sich um eine mittel- bis schwergradige Herzerkrankung. Der Bescheid spreche demgegenüber von einer nur leichtgradigen Einschränkung. Aus seiner Sicht bestehe weiterhin eine Leistungseinschränkung mit nur unter halbschichtigem Restleistungsvermögen auch für leichtere Tätigkeiten. Die Kreislaufstabilität sei nicht gewährleistet, und es träten rezidivierend Synkopen auf. Beigefügt waren zwei Befundberichte des Internisten und Kardiologen Dr. L. vom 29. August und 19. September 2008. Die Beklagte ließ diese Unterlagen durch Dr. Mü. auswerten, der bei seiner Leistungsbeurteilung verblieb (Stellungnahme vom 13. November 2008). Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Februar 2009 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Der sozialmedizinische Dienst habe sämtliche Unterlagen überprüft und komme nach Würdigung aller Umstände zu dem Ergebnis, dass dem Kläger auch unter Berücksichtigung der festgestellten Erkrankungen leichte Arbeiten seit dem 01. August 2008 wieder mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien. Volle bzw. teilweise Erwerbsminderung liege daher beim Kläger über den 31. Juli 2008 hinaus nicht vor.

Der Kläger erhob am 12. März 2009 zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage. Er leide unter einer Herzerkrankung, die sich weiterhin erheblich auf seine Leistungsfähigkeit auswirke, mit rezidivierenden stechenden Schmerzen im Brustbereich. Außerdem komme es auch bei

nur leichter Belastung häufig zu Atemnot. Daneben sei er sehr schnell erschöpft; er müsse sich häufig hinlegen und lange Ruhepausen zur Erholung einlegen. Dieser Zustand habe sich seit Rentengewährung nicht wesentlich gebessert. Insbesondere seit Ende des Jahres 2008 sei es zu einer weiteren Verschlechterung gekommen. Zudem leide er unter Sehstörungen und gelegentlicher Bewusstlosigkeit verbunden mit Stürzen. Hier bestehe der Verdacht auf das Vorliegen einer Epilepsie. Derzeit würden weitere Untersuchungen vorgenommen. Die Leistungsbeurteilung durch Dr. Mü. sei daher nicht zutreffend. Insgesamt sei er nicht mehr in der Lage, einer auch nur leichten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes im erforderlichen Umfang von sechs Stunden und mehr pro Tag nachzugehen. Im Verlauf des Klageverfahrens reichte er einen Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr. Ha. vom 26. Juni 2009 ein, ausweislich dessen die Synkopen am ehesten epileptisch zu deuten seien. Das EEG habe ein mäßig ausgeprägtes Alpha-EEG ergeben, einzelne Zwischenwellenparoxysmen, aber keine eindeutigen epilepsiespezifischen Potentiale. Aufgrund der wiederholt aufgetretenen Anfälle sei die Medikation jetzt noch einmal erhöht worden.

Die Beklagte trat dem Klagebegehren entgegen. Sie legte im Verlaufe des Klageverfahrens drei Stellungnahmen des Internisten Le. von ihrem Sozialmedizinischen Dienst vor (Stellungnahme vom 29. Juni 2009, vom 27. November 2009 sowie vom 16. Februar 2010). Einen Reha-Antrag des Klägers vom 06. August 2009 lehnte sie bestandskräftig mit Bescheid vom 31. August 2009 ab. Während eines laufenden Rentenklageverfahrens sei die Durchführung von medizinischen Reha- Leistungen nicht erfolgsversprechend.

Das SG vernahm Dr. L. sowie Dr. Kr. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. L. (Auskunft vom 15. Juni 2009) gab an, der Kläger stehe seit 2005 bei ihm in ärztlicher Behandlung. Bis April 2008 sei eine stetige Verschlechterung der Pumpleistung des Herzens des Klägers fassbar gewesen. Danach sei eine Vorstellung in der Herztransplantationsambulanz der Uniklinik Freiburg eingeleitet und die Herzinsuffizienztherapie maximiert worden. Am 29. August 2008 sei passend zur Besserung der Symptome eine Besserung der linksventrikulären Funktion fassbar gewesen. Allerdings sei zwischenzeitlich eine Umprogrammierung der Defibrillatortherapie erforderlich gewesen. Am 15. Januar 2009 sei eine weitere Besserung des Ventrikulationsschadens bei persistierender Herzinsuffizienz im Stadium II fassbar gewesen. Bei der letzten Rhythmusuntersuchung am 03. März 2009 seien wenige, immer noch kürzere nicht anhaltende Kammertachykardien fassbar gewesen. Ferner sei eine Epilepsie bekannt und behandelt. Nach seiner Einschätzung sei der Kläger nicht in der Lage, einer körperlich leichten und nervlich wenig belastenden Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich nachzugehen. Derzeit halte er ein Restleistungsvermögen von drei bis sechs Stunden täglich für zutreffend. Dr. L. fügte seiner Auskunft sämtliche Arztbriefe über seine Behandlung des Klägers sowie einen Entlassungsbrief der zentralen Notaufnahme des Städtischen Klinikums K. über eine Notaufnahme des Klägers am 09. März 2009 infolge einer Synkope und eines Kollapses bzw. differentialdiagnostisch epileptischer Anfälle bei. Dr. Kr. gab in seiner Auskunft vom 11. Juni 2009 an, er kenne den Kläger bereits seit 1999, damals noch aufgrund seiner betriebsmedizinischen Tätigkeit am Flughafen sowie seither aus hausärztlicher Betreuung. Der Kläger habe im Laufe der letzten Jahre in immer kürzerer Zeit eine zunehmende Morbidität entwickelt, die sich in Symptomvielfalt und körperlichen Einschränkungen niederschläge. Bezüglich der Bandscheibenerkrankung sei eine Besserung nicht zu erwarten. Die Alkoholkrankheit sei im Verlauf von Rückfällen geprägt, der Kläger neige zu psychischer Instabilität, eine Konsolidierung bleibe abzuwarten. Die Herzerkrankung zeige einen progredienten Verlauf und habe durch medizinische Maßnahmen bisher ebenfalls nur zeitweise kompensiert werden können. Sie führe immer wieder zu Insuffizienzen und elektrischen Störungen. Die synkopalen Ereignisse seien am ehesten durch eine Krampfleiden bedingt. Symptomfreie Intervalle und Ereignishäufungen unter Therapie stellten jedoch die eindeutige ätiologische Zuordnung immer wieder in Frage. Vermutlich handele es sich hier um ein Mischbild aus kardialer und zentraler Ursache. Weitere medizinische Maßnahmen seien hier notwendig. Dr. Kr. berichtete insoweit vom Auftreten einer Synkope erstmals im September 2006, im August 2008 sei der Kläger zweimal synkopiert, anamnestisch zu Jahresbeginn 2009 insgesamt zwölfmal kurzzeitig, im Juni 2009 erneut zweimalige Synkope zuhause bei Verdacht auf Medikamenteneinnahmefehler. Derzeit halte er den Kläger für nicht in der Lage, noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Auch Dr. Kr. fügte seiner Arztauskunft Arztbriefe aktuellen und älteren Datums über den Kläger bei.

Im Auftrag des SG erstattete Arzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen der S. R. Klinken B. S. Dr. Th. über den Kläger sein internistisch-kardiologisches Gutachten vom 10. Oktober 2009. Der Sachverständige berichtete aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 08. Oktober 2009 von einer toxischen Kardiomyopathie mit Zustand nach Mitralklappenrekonstruktion und Implantation eines Defibrillators bei derzeit hochgradig eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Pumpfunktion, rezidivierenden Synkopen unklarer Ätiologie (Epilepsie, Herzrhythmusstörungen oder hypotone Kreislaufdysregulationen), einem Asthma bronchiale mit derzeit geringer Atemwegsobstruktion bei Pollenallergie, einem LWS-Syndrom mit Bandscheibenvorfällen L4/L5 und L5/S1, derzeit konservativ therapiert, und Ex-Alkohol- und Ex-Nikotinabusus. Bei bekannter Kardiomyopathie und Erreichung von Auslastungskriterien habe eine maximale Leistung von 94 Watt abgegeben werden können. Dies entspreche 58 % der Erwachsenenleistung und etwa 1,5 Watt pro Kilogramm Körpergewicht. Bezüglich der einschlägigen Blut-Parameter gebe es keinen Hinweis für einen massiven Alkoholabusus in den letzten Wochen. Unzweifelhaft leide der Kläger an einer dilatativen Kardiomyopathie. Durch eine Mitralklappenrekonstruktion habe zumindest die Klappeninsuffizienz gut therapiert werden können. Der Defibrillator verhindere lebensbedrohliche Rhythmusstörungen. Unter derzeitiger Medikation mit ACE-Hemmern und Beta-Blockern wie auch mehreren Diuretika sei der Kläger derzeit kompensiert. Seine Leistungsfähigkeit von ca. 94 Watt im Rahmen der Spiroergometrie (56% der Erwachsenenleistung) resultiere aber vor allem aus seiner muskulären Kraft. Die kardiale Pumpleistung sei analog der Vorbefunde unverändert als hochgradig reduziert zu sehen. Des Weiteren gebe es rezidivierende Synkopen unklarer Ätiologie. Erstmals sei der Kläger mit einem synkopalen Ereignis mit einer längeren Bewusstlosigkeit im Rahmen seiner Berufstätigkeit als LKW-Fahrer auffällig gewesen. Er habe einen Sturz mit einer Schädelplatzwunde erlitten und erst wieder im Krankenhaus sein Bewusstsein erlangt. Seither seien zahlreiche ähnliche Ereignisse dokumentiert worden. So sei es immer wieder zu Schwindelanfällen, Bewusstseinsverlusten und Stürzen gekommen. Der Kläger habe sich mehrfach auf dem Boden liegend wiedergefunden. Phasenweise sei es zu Zungenbissen, phasenweise zu Einnässen oder Absetzen von Stuhlgang gekommen. Die Ursache der rezidivierenden Synkopen seien nicht eindeutig. Mehrfach habe Dr. L. die klinischen Ergebnisse dokumentiert. Auch im Vorfeld seiner ambulanten Begutachtung im September sei es zu einem erneuten synkopalen Ereignis gekommen. Im Rahmen der Defibrillator-Kontrollen würden immer wieder ventrikuläre Tachykardien dokumentiert, phasenweise bis zu 400 in sechs Monaten. Zum Teil handele es sich um Ventrikulärtachykardien, die mehrere Minuten angedauert hätten. Insofern sei zwar möglich, dass es sich um epileptische Anfälle handele, auch wenn die derzeitige hochpotente antiepileptische Therapie vom Kläger eingenommen werde. Dr. Ha. führe in seinen Arztbriefen mehrfach aus, dass er die epileptischen Anfälle für wahrscheinlich erachte. Er sei sich jedoch nicht sicher und beschreibe auch, dass in mehrfach abgeleiteten EEG keine eindeutigen epileptischen Potentiale erkennbar gewesen seien. Insofern sei eine rhythmogene Komponente zu diskutieren. Der Defibrillator könne zwar Kammerflimmern durch Elektroschocks terminieren. Trotzdem könne der Blutdruck im Rahmen einer Kammertachykardie sehr schnell abfallen, dies vor allem, weil der Kläger unter Therapie mit Diuretika, ACE-Hemmer und Beta-Blockern stehe. Bei nachweislich hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion könne so der Herzmuskel nicht den

notwendigen Blutdruck aufbringen. Entsprechend seien durchaus hypostatische Kollapsneigungen wahrscheinlich. Trotz engmaschiger Anbindung an einen Kardiologen wie auch trotz engmaschiger Anbindung an einen Neurologen mit entsprechenden optimalen Therapieformen sei es nicht gelungen, die Synkopen des Klägers in Griff zu bekommen. Beim Kläger müsse jederzeit damit gerechnet werden, dass erneut eine Bewusstseinsbeeinträchtigung erfolge. Er halte den Kläger daher nur für unter drei Stunden täglich belastbar. Im Vordergrund stünden die rezidivierenden Synkopen unklarer Ursache, welche bereits seit mehr als zwei Jahren bekannt seien. Kritisch sei noch zu erwähnen, dass der Kläger aufgrund der erfolgenden Marcumartherapie bei Stürzen und der daraus folgenden Möglichkeit hohen Blutverlusts besonders gefährdet sei. Beachtenswert sei, dass der Kläger derzeit im Alltag kardial kleinere Belastungen weitgehend leisten könne. Die gute muskuläre Situation des Klägers trage dazu bei, dass trotz hochgradig reduzierter Pumpleistung die körperliche Belastbarkeit auf einem geringen Niveau erhalten sei.

Auf den Einwand der Beklagten (Stellungnahme des Arztes Le. vom 27. November 2009), dass die wenigen vom Sachverständigen Dr. Th. mitgeteilten Parameter der Spirometrie (maximale Sauerstoffaufnahme und BNP-Parameter) sowie die Alltagsaktivitäten des Klägers (leichte Gartenarbeiten und Radfahren) allenfalls auf eine leichte Herzinsuffizienz hinwiesen und daher das Gutachten des Dr. Th. nicht nachvollzogen werden könne, auch die synkopalen Zustände nur dazu führen könnten, dass man Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr wie auch das Führen eines Kfz ausschließen müsse, holte das SG bei Dr. Th. eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme ein (Stellungnahme vom 04. Januar 2010). Der Sachverständige gab an, in der von ihm durchgeführten Untersuchung sei im Rahmen der Echokardiographie mehrfach die Pumpleistung der linken Herzkammer gemessen worden. Dabei sei es im Durchschnitt zu Werten um 35 % gekommen. Die von Arzt Le. eingewandte maximale Sauerstoffaufnahme sei in der Person des Klägers auch damit zu erklären, dass er ein schlanker sportlicher Mensch mit ausgezeichneter muskulärer Ausstattung sei, infolge derer er eine höhere Sauerstoffaufnahme erzielen könne, als dies von der Herzleistung eigentlich zu erwarten wäre. Arzt Le. sei darin Recht zu geben, dass der Kläger hinsichtlich des BNP-Parameters eine deutliche Besserung erfahren habe. Mit den gemessenen Werten liege der Kläger aber dennoch im Grau- und nicht mehr im Normbereich. Da der Kläger jedoch entsprechende Medikamente einnehme, sei der nur leicht erhöhte BNP-Spiegel kein absolutes Indiz dafür, dass sich seine Herzleistung dramatisch erholt habe, sondern lediglich für eine gewisse Besserung, die allerdings tatsächlich gegeben sei. Eine weitere Diskrepanz in der Interpretation der Arbeitsfähigkeit bestehe bezüglich der synkopalen Zustände. Unzweifelhaft sei, dass der Kläger unter mehreren solcher Zustände leide. Die Auffassung, dass aufgrund dieser Synkopen nur Arbeiten mit höherer Verletzungsgefahr oder Arbeiten mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs ausgeschlossen seien, könne er nicht nachvollziehen. Es sei kein Arbeitsplatz vorstellbar, bei welchem der Arbeitnehmer mehrfach mit anschließender Bewusstlosigkeit synkopieren könne. In Anlage fügte Dr. Th. die Ergebnisse der spirometrischen Untersuchung bei.

Das SG hörte den Kläger in der nichtöffentlichen Sitzung vom 24. März 2010 zum Umfang der von ihm erlittenen Synkopen an. Der Kläger gab an, er leide jeden Tag bis zu zehn Mal an auftretenden Synkopen, die verschiedene Auswirkungen hätten. Manchmal werde ihm nur schwarz vor Augen, manchmal falle er jedoch auch in Ohnmacht. Die Ohnmachtsanfälle dauerten bis zu einer halben Stunde, danach müsse er sich hinlegen und sei den ganzen Tag nicht mehr in der Lage, einer Tätigkeit nachzugehen. Die schweren Anfälle ereigneten sich etwa drei- bis viermal im Monat.

Mit Gerichtsbescheid vom 25. Juni 2010 wies das SG die Klage ab. Zwar leide der Kläger an einer eingeschränkten Herzfunktion nach einer Mittelklappenrekonstruktion, an einer Alkoholkrankheit mit derzeitiger Abstinenz, an einem rezidivierenden Lendenwirbelsäulensyndrom mit Nervenwurzelreizuständen ohne Bewegungsstörung, an einer allergischen Diathese mit Hautveränderungen und Heuschnupfen. Gleichwohl verfüge er über ein mehr als sechsstündiges arbeitstägliches Leistungsvermögen. Der von Dr. Th. im Rahmen seines Gutachtens vom 10. Oktober 2010 vorgenommenen Einschätzung zum Leistungsvermögen des Klägers auf unter drei Stunden arbeitstäglich habe sich das Gericht nicht anschließen können. Dr. Th. habe diese Leistungseinschätzung mit den beim Kläger auftretenden rezidivierenden Synkopen begründet. Das Gericht halte die Ausführungen des Sachverständigen in diesem Punkt für nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar. Er sei der Auffassung, dass die beim Kläger vorliegenden synkopalen Zustände lediglich die genannten qualitativen, nicht jedoch quantitativen Leistungseinschränkungen begründeten. Die Synkopen träten bei dem Kläger nicht so häufig auf, dass aufgrund der damit einhergehenden Ausfallzeiten von einem praktisch aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen sei. Nach den gutachtlichen Feststellungen hätten im Zeitraum von Januar 2009 bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Oktober 2009 beim Kläger lediglich zwölf synkopale Ereignisse festgestellt werden können. Dies entspreche einer Häufigkeit von weniger als zwei Synkopen pro Monat. Der Kläger habe zwar im Termin zur Erörterung des Sachverhalts ausgeführt, er leide unter drei bis vier monatlichen Absenzen. Diese Angaben des Klägers hätten jedoch nicht objektiviert werden können. Soweit der Sachverständige in diesem Zusammenhang auf die Markumareinnahme des Klägers und einen im Falle eines Sturzes zu befürchtenden erhöhten Blutverlust verweise, führe auch dies nicht zu einer quantitativen Leistungseinschränkung.

Gegen diesen ihm am 30. Juni 2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 28. Juli 2010 Berufung eingelegt. Das SG habe sich nicht damit beschäftigt, dass der Sachverständige Dr. Th. die zeitliche Leistungsfähigkeit auch im Hinblick auf seine Herzleistung für eingeschränkt halte. Dr. Th. habe mehrfach mitgeteilt, dass er davon ausgehe, dass die am 08. Oktober 2009 gemessene Leistungsfähigkeit vor allem durch seine muskuläre Kraft bedingt gewesen sei. Es sei daher die Einholung eines weiteren internistischen Sachverständigengutachtens erforderlich. Zudem sei Dr. Ha. bislang nicht als sachverständiger Zeuge angehört worden. Im Übrigen bemühe er sich derzeit um eine stationäre Aufnahme in das Epilepsiezentrum K./K ... Auch befinde er sich nun in kardiologischer Behandlung durch Internisten und Kardiologen Prof. Dr. Str., der Praxisnachfolger des Dr. L. sei. Der Kläger hat den Arztbrief des Prof. Dr. Str. vom 19. Juli 2011 vorgelegt, welchem zufolge sich insgesamt bei deutlich eingeschränkter kardiovaskulärer Leistungsfähigkeit kein Hinweis auf eine lastinduzierte Ischämie ergebe. Aus kardiologischer Sicht bestünden erhebliche Zweifel an einer Wiedereingliederung in das Berufsleben im erlernten Beruf als Fliesenleger oder bei der Berufsfuerwehr. Eine Teilzeittätigkeit mit wenig körperlicher Belastung sei ihm möglich. Es werde eine Wiedervorstellung zur Verlaufskontrolle in ca. sechs bis zwölf Monaten empfohlen. Als Diagnose hat Prof. Dr. Str. unter anderem eine dilatative Kardiomyopathie mit noch leicht eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion gestellt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 25. Juni 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 21. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Februar 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm über den 31. Juli 2008 hinaus Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Der Senat hat zunächst Dr. Ha. schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Dr. Ha. hat in seiner Auskunft vom 10. Dezember 2010 angegeben, er habe den Kläger in der Zeit vom 13. März 2009 bis 20. Juli 2010 mehrfach untersucht. Beim Kläger träten zwei Formen von Synkopen auf. Die einen seien eher belastungsabhängig nach Anspannung und körperlicher Anstrengung mit Schwarzwerden vor den Augen und Luftnot, teilweise auch mit kurzer Bewusstlosigkeit. Eine zweite Form von Synkopen trete ohne Vorboten auf. Der Kläger werde plötzlich bewusstlos im Rahmen einiger Sekunden, könne danach jedoch sofort wieder aufstehen. Seit der Medikation mit Keppra, die gut vertragen werde, seien weniger Anfälle als früher aufgetreten. Die letzten ihm bekannten Anfälle seien im Juli (2010) aufgetreten mit mehrfach täglichen Synkopen. Es sei eine Abklärung durch das Epilepsiezentrum Kehl/Kork vorgesehen.

Der Senat hat zudem den Internisten Prof. Dr. Str. schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Dieser hat in seiner Auskunft vom 14. Februar 2011 angegeben, der Kläger leide nach wie vor an den bekannten Erkrankungen, neue Therapien seien von ihm nicht eingeleitet worden, lediglich eine Kontrolle der bestehenden Therapie durchgeführt und diese für richtig befunden worden. Aus seiner Sicht bestehe aufgrund der bekannten kardialen Erkrankungen kein Einwand gegen eine leichte Tätigkeit von sechs Stunden täglich. Inwieweit die nicht kardialen Erkrankungen des Klägers im täglichen Leben relevant seien, könne er aufgrund der erst kürzlich begonnenen Tätigkeit seinerseits nicht beurteilen.

Vom 27. bis 29. Januar 2011 hat sich der Kläger zur Durchführung eines Untersuchungsaufenthalts im Epilepsiezentrum in K./K. aufgehalten. Der Senat hat den Kurzbrief vom 07. Februar 2011 des Prof. Dr. Ste. darüber beigezogen. Prof. Dr. Ste. hat davon berichtet, dass sich momentan kein Anhalt für das Vorliegen einer Epilepsie ergebe. Während der gesamten Ableitedauer sei vom Kläger nichts Besonderes gemeldet und auch von anderen Personen und Pflegepersonal nichts Besonderes beobachtet oder bemerkt worden. Der Kläger habe zu keinem Zeitpunkt einen Herdbefund oder epilepsietypische Potentiale oder EEG-Abläufe aufgewiesen, die auch nur entfernt den Verdacht auf etwas Iktales erwecken könnten. Aus seiner Sicht gebe es keine Indikation für eine antiepileptische Therapie.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (einen Band Verwaltungsakten sowie zwei Bände Reha-Akten) und die Gerichtsakten in beiden Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1](#), [124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig, jedoch nicht begründet. Mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 25. Juni 2010 hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Die Ablehnung des Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung über den Wegfallzeitpunkt des 31. Juli 2008 hinaus durch den Bescheid der Beklagten vom 21. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Februar 2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser 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 bzw. teilweise 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. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 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 sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als 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](#)). Gem. [§ 99 Abs. 1 SGB VI](#) wird eine Rente nur auf einen entsprechenden Antrag hin geleistet.

Ausgehend davon steht dem Kläger über den 31. Juli 2008 hinaus ein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nicht zu. Es kann dabei dahingestellt bleiben, ob es für den Monat August 2008 bereits - aufgrund Antragstellung erst am 09. September 2008 - an einer rechtzeitigen Antragstellung des Klägers fehlt, weil möglicherweise die Regelung des [§ 99 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) für das erstmalige Vorliegen aller Voraussetzungen auf den (insoweit vor dem ersten Bewilligungszeitraum liegenden) Eintritt der Erwerbsminderung abstellt und folglich für den Fortzahlungsantrag die Dreimonatsfrist nach dieser Regelung nicht gilt. Denn auch für den Monat August 2008 käme ein Anspruch des Klägers schon deshalb nicht in Betracht, weil er zur Überzeugung des Senats über den 31. Juli 2008 hinaus weder voll noch teilweise erwerbsgemindert ist. Er kann seitdem leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts wieder in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Das steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der über den Kläger vom SG und vom Senat eingeholten Auskünfte der behandelnden Internisten (zunächst Dr. L. sowie später Prof. Dr. Str.), des Hausarztes Dr. Kr. und des Neurologen Dr. Ha., des Verwaltungsgutachtens des Dr. Mü. vom 10. Oktober 2008, des Kurzbriefs des Prof. Dr. Ste. vom Epilepsiezentrum K./K. vom 07. Februar 2011 sowie nach Auswertung der vom Sachverständigen Dr. Th. in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2009 mitgeteilten Befunde fest. Der aus den von ihm mitgeteilten Befunden abgeleiteten Leistungseinschätzung des Dr. Th. vermochte sich der Senat demgegenüber nicht anzuschließen.

Beim Kläger liegen Gesundheitseinschränkungen auf internistischem, orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet vor.

Internistischerseits leidet der Kläger an einer dilatativen Kardiomyopathie bei erfolgter Mitralklappenrekonstruktion und Defibrillatorimplantation. Dies stützt der Senat auf die insoweit übereinstimmend sowohl von den behandelnden Internisten (Dr. L. in seiner Auskunft vom 15. Juni 2009 und Prof. Dr. Str. in seiner Auskunft vom 14. Februar 2011) als auch von Gutachter Dr. Mü. in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2008 und dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. Th. in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2009 mitgeteilten Befunde. Darüber hinaus ist beim Kläger eine Asthma-Erkrankung dokumentiert, so insbesondere im Befundbericht des Lungenspezialisten Dr. Braig vom 11. März 2009 und zuletzt in der Arztauskunft des Prof. Dr. Str. vom 14. Februar 2011. Auf orthopädischem Fachgebiet leidet der Kläger an einem LWS-Syndrom bei stattgehabten Bandscheibenvorfällen. Dies stützt der Senat insbesondere auf die Arztauskunft des Dr. Kr. vom 11. Juni 2009 und den zum Nachweis beigefügten Arztbrief des Radiologen Dr. Stoldt vom 24. Februar 2009 über ein entsprechendes bildgebendes Verfahren. Auf nervenfachärztlichem Gebiet leidet der Kläger an einer Alkoholkrankheit mit Neigung zu Rückfällen, derzeit trocken, wie sich ebenfalls aus der Arztauskunft des Dr. Kr. vom 11. Juni 2009 ergibt. Schließlich geht der Senat davon aus, dass der Kläger - wenigstens zeitweise innerhalb der letzten Jahre - an auftretenden Synkopen gelitten hat, wobei mit Blick auf den Entlassungsbericht des Prof. Dr. Ste. vom Epilepsiezentrum Kehl/Kork vom 11. Februar 2011 eine neurologische Verursachung dieser Anfälle auf der Grundlage einer Epilepsieerkrankung zur Überzeugung des Senats ausgeschlossen werden kann, nachdem die durchgeführten neurologischen Untersuchungen keinerlei entsprechende Befunde ergeben haben und die Medikation mit antiepileptischen Arzneimitteln sogar eingestellt werden kann. Da aber gleichwohl jedenfalls die im September 2007 erlittene Synkope durch dritte Personen wahrgenommen wurde, geht der Senat vom Vorliegen einer entsprechenden Gesundheitsstörung - möglicherweise kardiologisch bedingt - aus.

Aus den Gesundheitsstörungen des Klägers resultieren zur Überzeugung des Senats Leistungseinschränkungen qualitativer Art. Infolge seiner Herzerkrankung mit herabgesetzter Pumpfunktion des Herzens kann der Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten nur bis zu fünf kg verrichten. Die orthopädischerseits vorliegenden Gesundheitsstörungen schließen überdies Tätigkeiten verbunden mit Zwangshaltungen, häufigem Bücken und dem Ersteigen von Leitern und oder Gerüsten aus. Aufgrund der auftretenden Synkopen sind Tätigkeiten mit Fremd- oder Eigengefährdung, etwa an laufenden Maschinen oder Büromaschinen, sowie das Arbeiten unter nervlicher Belastung nicht möglich. Wegen der Asthmaerkrankung des Klägers sind zudem Belastungsfaktoren wie Arbeiten in Nässe, in schwankenden Temperaturen oder unter inhalativen Belastungen zu vermeiden. In der Zugrundelegung dieser qualitativen Leistungseinschränkungen folgt der Senat sowohl der Einschätzung des Dr. Mü. in seinem über den Kläger erstellten Gutachten vom 10. Oktober 2008 als auch derjenigen des Dr. Th. in seinem Sachverständigen Gutachten vom 10. Oktober 2009, die entsprechende Tätigkeitseinschränkungen übereinstimmend und für den Senat plausibel aus den beim Kläger vorhandenen verschiedenen Krankheitsbildern abgeleitet haben.

Die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen, die zu den beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen führen, bedingen indes keine Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Der Kläger ist noch in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt jedenfalls leichte körperliche Arbeiten sechs Stunden täglich und mehr zu verrichten. Der anders lautenden Einschätzung des Sachverständigen Dr. Th. vermochte sich der Senat nicht anzuschließen.

Dr. Th. hat für seine Leistungseinschätzung das beim Klägers bestehende Anfallsleiden, das auch damals schon unklarer Ursache war, in den Vordergrund gerückt und ganz maßgeblich hierdurch eine auch quantitative Minderung des Leistungsvermögens des Klägers begründet gesehen. Dem vermag der Senat nicht zu folgen. Inwieweit ein Anfallsleiden die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, bestimmt sich einerseits nach der Häufigkeit, andererseits nach Art und Schwere der erfolgten Anfälle. Maßgebende Kriterien sind z.B. Bewusstsein, Willkürmotorik, Sturz, Verhalten im Anfall, Verhalten nach dem Anfall, Dauer des Anfalls, Ursache bzw. auslösende Faktoren, tageszeitliche Bindung und Verlauf der Erkrankung (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2006 - [B 13 R 27/06 R](#) -, [SozR 4-2600 § 43 Nr. 10](#)). Dr. Th. führt hierzu an, dass in den vergangenen zwei Jahren Synkopen durch den Hausarzt regelmäßig dokumentiert seien, die Synkopen insgesamt nicht in den Griff zu bekommen seien und es mehrfach zu Stürzen mit Bewusstlosigkeit, Zungenbissen, Einnässen und Absetzen von Stuhl gekommen sei. In dieser Zusammenfassung des Anfallsleidens zeichnet der Sachverständige indes ein Beschwerdebild, das an keiner Stelle in dieser Schwere durch die Angaben des Hausarztes Dr. Kr., des behandelnden Neurologen Dr. Ha. wie auch durch den Kläger selbst im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung bestätigt wird. Der Kläger hat - im Übrigen nur auf Anfrage und ohne dass dies anhand der Arztbriefe dokumentarisch bestätigt wird - angegeben, dass Einnässen oder Absetzen von Stuhl "nur ganz selten" zu beobachten gewesen seien. Anhand der weiteren Schilderungen des Klägers ist zudem nicht ersichtlich, dass die Neigung zu Synkopen seinen Tagesablauf maßgeblich bestimmt. Der Kläger versorgt sich und seinen Haushalt - mit Ausnahme des Einkaufens, bei welchem er Unterstützung durch den Vater erfährt - vollständig selbst; er geht spazieren, fährt gelegentlich mit dem Fahrrad in die Innenstadt, nimmt leichte Gartenarbeiten vor und sieht im Übrigen viel fern. Dass er sein Leben vollständig an einer Anfallsproblematik ausrichtet, ergibt sich hiernach aus Sicht des Senats nicht. Der Senat sieht sich darin im Übrigen auch durch das Ergebnis der Beobachtungsuntersuchung im Epilepsiezentrum Kehl/Kork bestätigt. Nach dem Kurzbrief des Prof. Dr. Ste. vom 11. Februar 2011 ist beim Kläger während der gesamten Zeit seines dreitägigen Aufenthalts kein einziger Anfallsvorfall aufgetreten. Auch die gerichtlicherseits eingeholten Arztauskünfte zeichnen nicht das Bild eines von regelmäßigen Synkopen dominierten Alltags des Klägers auf. Hausarzt Dr. Kr. hat (anamnestisch) von einer Anfallshäufung zu Beginn des Jahres 2009 sowie von zwei weiteren im Sommer 2009 erfolgten Synkopen berichtet. Im Jahr 2008 ist der Kläger ausweislich der von Dr. Kr. umfassend mitgeteilten Patientenakte nur zweimal (nämlich im August) synkopiert. Überdies ist ein Krampfanfall im Juli 2007 (der einzige mit Zungenbiss) dokumentiert, der jedoch als Alkoholentzugskampf qualifiziert wird. Der behandelnde Neurologe Dr. Ha. hat dem Senat gegenüber in seiner Auskunft vom 10. Dezember 2010 angegeben, unter der Medikation mit Keppra seien die Anfälle mit Bewusstlosigkeit zurückgegangen, insgesamt gebe es weniger Anfälle als noch früher. Auch anhand einer Zusammenschau dieser Angaben ist die Einschätzung von Dr. Th. über ein den Kläger auch quantitativ einschränkendes Anfallsleiden nicht nachvollziehbar. Die Anfälle treten nicht in einer den Tagesablauf dominierenden Häufigkeit auf. Es ergibt sich daher - selbst wenn man sämtliche von den behandelnden Ärzten anamnestisch dokumentierten Anfälle zugrunde legt - eine Gesundheitsstörung, der durch die aufgezeigten qualitativen Leistungseinschränkungen hinreichend begegnet werden kann.

Im Falle des Klägers liegt überdies infolge der Synkopen auch kein Seltenheits- oder Katalogfall vor, der zur Pflicht der Benennung eines konkreten Arbeitsplatzes führen würde (vgl. dazu BSG, Beschluss vom 19. Dezember 1996 - [GS 2/95](#) - [BSGE 80, 24, 35](#)). Durch das Anfallsleiden werden insbesondere keine unüblichen Arbeitsbedingungen erforderlich. Selbst für einen Versicherten, der an einer Grand-mal-Epilepsie mit seltenen großen Anfällen leidet, ist nach der Rechtsprechung des BSG der Arbeitsmarkt nicht deshalb stets praktisch verschlossen, da bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern große Vorbehalte gegenüber Anfallsleidenden bestünden und Arbeitgeber heutzutage nicht mehr bereit seien, solche Kranken einzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 08. November 1995 - [13/4 RA 93/94](#) - [SozR 3-2600 § 44 Nr. 5](#)). Die dahingehende Argumentation des Sachverständigen Dr. Th. verfängt daher von vornherein nicht. Die ärztlicherseits dokumentierte Art und

Weise der Anfälle des Klägers und die Anfallsfrequenz lassen insgesamt eine Unzumutbarkeit der Beschäftigung durch einen Arbeitgeber aus Sicht des Senats gerade nicht offenkundig werden.

Auch aus der beim Kläger vorliegenden Herzerkrankung ergibt sich über den 31. Juli 2008 hinaus keine Leistungseinschränkung qualitativer Art mehr. Auch dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats ganz wesentlich anhand der Arztauskünfte der behandelnden Internisten des Klägers sowie der von Dr. Th. im Rahmen seiner Begutachtung erhobenen Befunde. Dr. L. hat in seiner Auskunft vom 15. Juni 2009 die im Jahr 2008 erfolgte Entwicklung der Herzerkrankung des Klägers deutlich aufgezeigt. Er hat dargestellt, dass sich die Erkrankung im Frühjahr 2008 zunächst noch einmal deutlich verschlechtert hat mit der Folge einer Vorstellung des Klägers in der Transplantationsabteilung der Universitätsklinik Freiburg, dass aber gleichzeitig hierdurch eine Umstellung der Medikation (wie auch des Defibrillators) erfolgt ist, die zu einer deutlichen Verbesserung in der Befundsituation geführt hat. Am 29. August 2008 war daher in der damals durchgeführten Kontrolluntersuchung eine Besserung der linksventrikulären Funktion des Herzens fassbar, die zum 15. Januar 2009 hin nochmals gesteigert werden konnte. Diese gebesserte Befundlage wird auch anhand der am 06. Oktober 2008 von Dr. Mü. im Rahmen seiner Begutachtung erhobenen Alltagsschilderungen des Klägers bestätigt. Der Kläger gab damals dem Gutachter gegenüber an, er stehe morgens ganz früh auf, fahre mit dem Bus zur Arbeitsstelle, räume dort zwei Stunden lang Supermarktregale ein, mache anschließend noch einige Bestellungen und fahre dann mit dem Bus wieder nach Hause. Ein bis zweimal in der Woche fahre er in den Schwarzwald, mache dort ca. ein- bis zweistündige Wanderungen; zu Hause ruhe er sich aus und lese Zeitung. Als Freizeitbeschäftigung angele er gerne, er gehe ein bis zwei Stunden täglich spazieren und fahre Fahrrad. Ein in diesem Sinne anspruchsvolles Freizeitverhalten im Herbst 2008 bestärkt das Bild eines deutlich gebesserten kardiologischen Befundes. Auch die Angaben, die der Kläger Dr. Th. gegenüber gemacht hat, lassen nicht auf eine seine Leistungsfähigkeit auch quantitativ einschränkende Herzfunktionseinschränkung des Klägers schließen. Der Kläger hat Dr. Th. gegenüber angegeben, das Treppensteigen über eine Etage noch ohne Probleme bewältigen zu können. Auch in diesem Zusammenhang ist im Übrigen von Relevanz, dass der Kläger nach wie vor leichte Gartenarbeiten zu verrichten vermag und sich und seinen Haushalt eigenständig versorgt. Zudem hat Dr. Th. schon im Rahmen des Gutachtens vom 10. Oktober 2009 die Herzerkrankung des Klägers gar nicht im Vordergrund der Leistungseinschränkungen gesehen. Für den Senat war daher der Hinweis des Arztes Le. in seiner für die Beklagten abgegebenen ärztlichen Stellungnahme vom 27. November 2009 maßgeblich, dass sich die von Dr. Th. erhobenen kardialen Daten von den durch Dr. Mü. zuvor erhobenen Parametern nicht wesentlich unterscheiden. Arzt Le. hat darauf verwiesen, dass die Messwerte des Herzens praktisch identisch zu den Untersuchungen bei Dr. Mü. waren. Auch die maximale Sauerstoffbelastung lag in einem Bereich, die allenfalls eine milde Herzinsuffizienz dokumentiert. Dem hat Dr. Th. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Januar 2010 nicht wesentlich widersprochen. Er hat vielmehr ausdrücklich eingeräumt, dass die Herzleistung des Klägers eine gewisse Besserung erfahren habe, dass aber die von ihm erhobenen BNP-Werte kein "absolutes Indiz" dafür seien, dass sich die Herzleistung dramatisch gebessert habe. Anhand dieser vagen Aussage hält der Senat ein quantitativ herabgesetztes Leistungsvermögen nicht für begründbar. Bestätigt sieht er sich schließlich auch in der Auskunft des nunmehr den Kläger behandelnden Kardiologen Prof. Dr. Str. vom 14. Februar 2011. Dieser hat dem Senat gegenüber mitgeteilt, dass die beim Kläger seit Jahren bestehende Herzerkrankung unverändert bestehe, durch ihn inzwischen unverändert weiter behandelt werde, er aber infolge dieser Erkrankung das Leistungsvermögen des Klägers für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht eingeschränkt sieht. Soweit Prof. Dr. Str. in seinem weiteren Arztbrief vom 19. Juli 2011 von einem halbschichtigen Leistungsvermögen ausgeht, erscheint dies nicht aussagekräftig, da Prof. Dr. Str. insoweit keinerlei Änderungen im Befundbereich mitgeteilt hat.

Soweit Dr. Th. überdies darauf verwiesen hat, dass die - trotz eingeschränkter Pumpfunktion des Herzens - erstaunliche Belastbarkeit des Klägers z.T. auch auf dessen gute Muskulatur zurückzuführen ist, spricht auch dies nicht gegen, sondern eher für eine hinreichende Ausdauerfähigkeit des Klägers. Leistungsrelevant ist nämlich nicht der Schweregrad einer Erkrankung, sondern deren tatsächliche Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Soweit aber Erkrankungen durch andere körperliche Vorzüge kompensiert werden können, wie hier offenbar die Herzerkrankung durch eine gut ausgeprägte Muskulatur des Klägers, ist dies für die Beurteilung des Restleistungsvermögens des Klägers sehr wohl beachtlich und fügt sich in das Gesamtbild einer insgesamt seit August 2008 wieder hergestellten quantitativen Belastbarkeit des Klägers in leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ein.

Im Übrigen resultieren weder aus den orthopädischerseits bestehenden Gesundheitsstörungen noch aus dem asthmatischen Beschwerdebild des Klägers quantitative Leistungseinschränkungen. Dem Gutachten des Dr. Th. vom 10. Oktober 2009 ist zu entnehmen, dass der Kläger in Bezug auf seine LWS-Beschwerden mit z.T. guten Erfolg eine konservative Therapie durchgeführt hat. Ausweislich des Gutachtens des Dr. Mü. vom 10. Oktober 2008 resultiert aus den LWS-Beschwerden insbesondere auch keine Bewegungseinschränkung. Durch den Kläger selbst ist im Rahmen der Berufung insoweit keine relevante Befundänderung vorgetragen worden. Letzteres gilt auch mit Blick auf seine asthmatische Erkrankung. Der durch Dr. Kr. vorgelegte Befundbericht des Lungenspezialisten Dr. Braig vom 11. März 2009 weist einen hinsichtlich der Lungen auskultatorisch unauffälligen Befund und in der Bodyplethysmographie keine Obstruktionen oder Restriktionen aus. Mit Blick darauf ergeben sich auch insoweit keine Anhaltspunkte für eine die Ausdauerfähigkeit des Klägers einschränkende Gesundheitsstörung.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-09-08