

**L 11 R 397/12**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 14 R 3681/09  
Datum  
28.11.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 R 397/12  
Datum  
23.04.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.11.2011 abgeändert. Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheids vom 17.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.07.2009 verurteilt, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.03.2012 bis 28.02.2018 zu gewähren.

Die Beklagte trägt drei Viertel der außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung von der Beklagten.

Der Kläger ist am 06.07.1955 geboren. Er verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Von 1976 bis zum 23.01.2008 war er als Kranfahrer bei der Firma S. Fliesen GmbH in M. beschäftigt. Er entlud Eisenbahnwaggons, befüllte Silos und überwachte Förderanlagen. Ab August 2006 war er arbeitsunfähig.

Vom 05.12.2006 bis 02.01.2007 fand ein stationäres medizinisches Heilverfahren statt, aus dem der Kläger wegen noch nicht abgeschlossener Rekonvaleszenz und einer geplanten Hämorrhoidal-OP arbeitsunfähig entlassen wurde. Im Entlassungsbericht vom 05.02.2007 (Bl 133 Verwaltungsakte) sind folgende Diagnosen aufgeführt: Colitis ulcerosa, COPD, Borderline-Symptomatik einer schizophrenen Störung, Adipositas, Hämorrhoidalleiden. Die letzte berufliche Tätigkeit als auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könnten sechs Stunden und mehr täglich verrichtet werden. Ab November 2007 war ein GdB von 50 zuerkannt (Bl 69 Verwaltungsakte). Vom 01.03. bis zum 12.03.2008 wurde der Kläger im Krankenhaus M. wegen eines akuten Schubs der Colitis ulcerosa (Erstdiagnose August 2006) stationär behandelt. Am 03.03.2008 wurde mit einer Cortisontherapie begonnen und ab dem 12.03.2008 mit einer zusätzlichen Therapie durch Imurek. Die Entlassung aus der Klinik erfolgte "in ordentl AZ" (Arztbrief vom 12.03.2008, Bl 97 f der Verwaltungsakte).

Am 12.08.2008 beantragte der Kläger Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung wies er auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa), eine chronische Bronchitis mit Lungenfunktionseinschränkung, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung sowie eine seelische Störung hin. Seine Erwerbstätigkeit habe er auf Grund der Erkrankungen aufgegeben.

Die Beklagte zog medizinische Befundunterlagen bei und veranlasste eine Begutachtung durch die Fachärztin für Innere Medizin/Sozialmedizin Dr. R. ... Im Gutachten vom 12.11.2008 (Bl 139 Verwaltungsakte) stellte Dr. R. folgende Diagnosen: - Colitis ulcerosa, - chronisch obstruktive Bronchitis, - Übergewicht, Hämorrhoiden, - Angst- und depressive Störung, Somatisierung, - zeitweilige Lumbalbeschwerden ohne Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Reizzeichen, degenerative Veränderungen, Osteoporose. Schwere und überwiegend mittelschwere Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Die letzte berufliche Tätigkeit könne nur noch unter drei Stunden täglich verrichtet werden. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könnten sechs Stunden und mehr täglich verrichtet werden.

Mit Bescheid vom 17.11.2008 (Bl 185 Verwaltungsakte) lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, da weder volle noch teilweise Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit vorliege. Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen könnten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden.

Hiergegen erhob der Kläger am 11.12.2008 Widerspruch. Es würden immer wieder Schübe der Colitis ulcerosa auftreten, die die

Belastungsfähigkeit massiv einschränkten. Es bestehe aufgrund der Lungenfunktionsstörung eine schwerwiegende Funktionseinschränkung; auch bei leichter Tätigkeit trete nach kürzester Zeit Luftnot auf. Aufgrund einer schweren depressiven Episode und einer organischen affektiven Störung bestünden erhebliche Funktionseinschränkungen; trotz intensiver Therapiemaßnahmen sei es nicht zu einer wesentlichen Besserung gekommen. Gleichfalls nicht gewürdigt habe Dr. R. die Wirbelsäulenveränderungen und die hieraus resultierenden erheblichen Funktionsdefizite. Auch der Entlassungsbericht der Rehaklinik gehe von Arbeitsunfähigkeit aus. Eine Wiedereingliederung habe er aufgrund zunehmender Beschwerden abrechnen müssen.

Der Kläger legte Atteste des Internisten Dr. N., des Facharztes für Psychiatrie Dr. G. und des Betriebsarztes/Arbeitsmediziners Dr. F. vor, die jeweils ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden annehmen (Bl 223 ff Verwaltungsakte).

Die Beklagte veranlasste hierauf eine Begutachtung bei dem Facharzt für Neurologie Dr. S ... Im Gutachten vom 20.04.2009 diagnostizierte Dr. S. eine protrahierte Anpassungsstörung mit depressiv-resignativer Verstimmung, somatoform überlagerten Schmerzen und Schlafstörungen sowie einen chronischen Lumbago bei Zustand nach Lendenwirbelkörperfraktur. Hinweise auf eine mehr als leichtgradige depressive Episode hätten sich nicht gefunden. Der Kläger könne keine mehr als körperlich oder geistig mittelschwere Tätigkeiten mehr leisten, auch nicht unter Akkord, mit häufig wechselnden Arbeitszeiten oder Nachtschicht. Zudem könnten Tätigkeiten mit mehr als leichter Beanspruchung von Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit, mit überwiegendem Publikumsverkehr, mit Überwachung oder Steuerung komplexer Arbeitsabläufe nicht verlangt werden. Tätigkeiten mit überwiegender Arbeit über Kopf oder mit mehr als leichter Belastung der Wirbelsäule oder der Gelenke oder mit häufigen Zwangshaltungen könne er nicht mehr verrichten, Gleiches gelte für Tätigkeiten mit häufigem Besteigen von Treppen und Leitern und im ständigem Stehen und Gehen bzw. Sitzen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne er leichte Tätigkeiten sechs Stunden täglich verrichten.

Die Beklagte holte eine Arbeitgeberauskunft bei der Firma S. Fliesen GmbH ein (Bl 265 Verwaltungsakte). Die frühere Arbeitgeberin teilte mit, es habe sich um Tätigkeiten gehandelt, die nach dem Tarifvertrag der Feinkeramischen und Glas-Industrie Baden-Württemberg tariflich erfasst gewesen seien und im Allgemeinen von ungelerten Arbeitern (bis zu drei Monate Anlernzeit) verrichtet würden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.07.2009 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie nahm auf die Gutachten von Dr. R. und Dr. S. Bezug. Es liege weder volle noch teilweise Erwerbsminderung vor. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit komme nicht in Betracht. Nach der Auskunft der Arbeitgeberin sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit dem Leitberuf des ungelerten Arbeiters zuzuordnen, weshalb der Kläger auf sämtliche ungelerten Tätigkeiten verwiesen werden könne.

Hiergegen hat der Kläger am 19.08.2009 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Wegen der Lungenerkrankung komme es bereits bei geringsten Belastungen zu Atemnot und öfters auch zu Ohnmachtsanfällen. Er sei außerdem durch die psychisch-somatischen Beschwerden in seinem Leistungsvermögen beeinträchtigt. Wegen der chronischen Colitis ulcerosa leide er unter Bauchschmerzen, Durchfällen, teilweise auch unter Stuhlinkontinenz. Hinzugekommen sei nunmehr ein Hüftleiden (Osteoporose).

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat auf die Begründung der angefochtenen Bescheide Bezug genommen.

Das SG hat Beweis erhoben durch die Einholung sachverständiger Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte. Der Facharzt für Psychiatrie Dr. G. hat mit Schreiben vom 03.01.2010 mitgeteilt, dass eine Angst- und depressive Störung gemischt vorliege und er den Kläger für nur noch unter drei Stunden täglich leistungsfähig erachte. Der Arbeitsmediziner Dr. F. hat mit Schreiben vom 08.02.2010 ausgeführt, er habe den Kläger betriebsärztlich betreut; verschiedene Arbeitsversuche seien wiederholt gescheitert (stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell). Die vorliegenden Gesundheitsstörungen, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Knochenschwund, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung hätten dazu geführt dass bereits leichte bis mittelschwere körperliche Belastungen nicht mehr möglich gewesen seien. Das Restleistungsvermögen habe er im Dezember 2008 auf unter drei Stunden für eine leichte körperliche Tätigkeit eingeschätzt. Der Internist Dr. N. hat mit Schreiben vom 08.02.2010 mitgeteilt, dass der Kläger aus seiner Sicht nur noch unter halbschichtig tätig sein könne. Aufgrund der COPD bestehe eine Belastungsatemnot auf niedrigster Stufe, bereits nach wenigen Schritten in der Ebene einsetzend; diese Erkrankung habe die gravierendsten Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

Nach der Implantation einer Hüft-TEP bei Coxarthrose mit beginnender Hüftkopfnekrose am 11.03.2010 hat in der Zeit vom 30.03.2010 bis 20.04.2010 ein weiteres stationäres Heilverfahren in Form einer Anschlussheilbehandlung in der Orthopädischen Fachklinik W. stattgefunden. Im Entlassungsbericht vom 21.04.2010 (Bl 76 SG-Akte) wird prognostisch ein sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen angenommen.

Das SG hat eine Auskunft bei der früheren Arbeitgeberin des Klägers zur Art und Entlohnung der verrichteten Tätigkeit eingeholt (Bl 59 SG-Akte).

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch die Einholung eines internistisch-arbeitsmedizinischen Gutachtens bei dem Internisten Dr. S ... Im Gutachten vom 22.10.2010 (Bl 96 SG-Akte) hat der Sachverständige folgende Diagnosen gestellt: - Colitis ulcerosa, - Zustand nach Unterschenkel-Venenthrombose links 05/2010, - Mäßige Adipositas, - aktuell überhöhter kontrollbedürftiger Blutdruck. Auf dem Fahrradergometer habe bis 50 Watt belastet werden können (Bl 104 SG-Akte), weniger als drei Minuten, dies entspreche 25% der altersentsprechenden Maximalleistung. Die Lungenfunktionsprüfung habe Hinweise auf eine ausgeprägte Restriktion und deutliche Obstruktion ergeben, wobei jedoch vermindert in das Gerät eingeblasen worden sei. Die Lungenerkrankung werde indes in diesem Gutachten nicht mit beurteilt. Eine organische Herzerkrankung liege nicht vor. Leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten im Gehen, Sitzen oder Stehen in geschlossenen Räumen könne der Kläger aus internistischer Sicht - ohne Mitbeurteilung der Lungenerkrankung - noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Die Wegfähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch die Einholung eines lungenfachärztlichen Gutachtens bei Dr. B ... Im Gutachten vom 24.01.2011 (Bl 121 SG-Akte) hat der Sachverständige folgende Diagnose gestellt: COPD im GOLD-Stadium III (vgl Bl 133 SG-Akte: schwere COPD, fortschreitende Ventilationsstörung, gesteigerte Kurzatmigkeit und wiederholte Exazerbationen, die die Lebensqualität des Patienten stark beeinflussen). Bei der Untersuchung im Juli 2010 bei Dr. S. habe eine deutlich eingeschränkte Lungenfunktion vorgelegen; bei der Belastungs-ergometrie im Sitzen habe der Kläger nur 2,5 Minuten 50 Watt belastet werden können und wegen Atemnot abrechnen müssen.

Der Blutdruck sei sowohl in Ruhe als auch unter Belastung zu hoch gewesen. Bei der jetzigen Belastungserprobung auf dem Laufband habe der Kläger bei einer Belastung von 123 Watt wegen Erschöpfung und Erreichen der Abbruchkriterien abbrechen müssen. Auffällig sei das starke Hyperventilieren des Klägers gewesen. Körperlich schwere Tätigkeiten seien nicht und mittelschwere nur in Belastungsspitzen möglich. Die Exposition mit Atemwegs irritierenden Stoffen, Kälte und Nässe sei zu vermeiden. Leichte und in Belastungsspitzen mittelschwere Tätigkeiten seien aus lungenfachärztlicher Sicht sechs Stunden werktäglich möglich. Der Kläger sei auch in der Lage, viermal täglich zu Fuß eine Wegstrecke von 500 Meter in weniger als 20 Minuten zurückzulegen.

Auf Antrag des Klägers hat das SG gemäß § 109 SGG weiteren Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. B ... Im Gutachten vom 10.08.2011 (Bl 169 SG-Akte) hat Dr. B. folgende Diagnosen gestellt: - Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung im Stadium III - Störung des Gasaustausches in Ruhe und unter Belastung - Behandlungsbedürftige Colitis ulcerosa mit häufigen Durchfällen, - Osteoporose mit Schmerzzuständen, - Zustand nach Wirbelkörpertrümmerfraktur - Schlafapnoesyndrom - Depressive Störungen - Angststörung Der Gasaustausch hinsichtlich der COPD dritten Grades sei sowohl bezüglich der Blutgasanalyse unter Belastung als auch bezüglich der Diffusionskapazität eingeschränkt. Die gemessenen Parameter seien im Vergleich zur Vorbegutachtung verschlechtert (Belastung 40 Watt). Bislang sei von keinem Gutachter eine zusammenfassende Wertung aller Krankheitsbilder vorgenommen worden. Unter Zusammenschau aller vorliegenden Einschränkungen und Beeinträchtigungen auf den verschiedenen Fachgebieten sei von einer Arbeitsfähigkeit von unter drei Stunden täglich auszugehen. Vor dem Hintergrund der Atemwegserkrankung sei eine Zurücklegung von viermal 500 Metern täglich zu Fuß in jeweils weniger als 20 Minuten nicht möglich. Die Erkrankung habe Dauercharakter.

Mit Bescheid vom 21.09.2011 hat das Landratsamt E. den Grad der Behinderung mit 80 festgestellt (Bl 196 SG-Akte).

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Arztes für Allgemeinmedizin, Sportmedizin/ Sozialmedizin Dr. H. vom 19.09.2011 vorgelegt. Dr. H. hat darauf hingewiesen, dass beide Lungenfachärzte die Diagnose COPD im Goldstadium III gestellt hätten. Diese Diagnose sei die führende Diagnose. Die sozialmedizinischen Leistungsbeurteilungen von Dr. B. seien nicht ausreichend zu reproduzieren. Zumindest körperlich leichte Arbeiten unter Beachtung von Funktionseinschränkungen seien sechs Stunden täglich möglich.

Mit Urteil vom 28.11.2011 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 17.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 verurteilt, dem Kläger ab dem 01.09.2011 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren. Die angefochtenen Bescheide seien teilweise rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten, soweit für die Zeit ab dem 01.09.2011 ein Rentenanspruch abgelehnt werde. Im Vordergrund stehe die Atemwegserkrankung COPD GOLD III, hinzu würden internistische, orthopädische und psychiatrische Beschwerden treten. Die Einschätzung Dr. B. sei insoweit nachvollziehbar, dass in einer Gesamtwürdigung aller vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ein Leistungsvermögen von nur noch unter drei Stunden täglich vorliege. Die Rente sei unbefristet zu leisten, da ein Dauercharakter der Erkrankung vorliege, dies hätten sowohl Dr. B. als Dr. B. ausgeführt. Es sei unwahrscheinlich, dass die hieraus folgende Leistungsminderung behoben werden könne.

Gegen das ihr am 30.12.2011 gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil des SG hat die Beklagte am 25.01.2012 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat sie auf die Stellungnahme Dr. H. vom 19.09.2011 Bezug genommen. Der Beurteilung Dr. B. sei nicht zu folgen. Jedenfalls sei eine weitere Sachaufklärung erforderlich, da ab September 2011 eine nächtliche CPAP-Therapie beginnen solle, was erfahrungsgemäß zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit führe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.11.2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er nimmt auf die Ausführungen des SG sowie das Gutachten von Dr. B. vom 10.08.2011 Bezug.

Am 02.08.2012 ist dem Kläger eine Hüft-TEP rechts bei Coxarthrose rechts implantiert worden. Anschließend hat vom 15.08. bis 05.09.2012 die Anschlussheilbehandlung als stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik W. stattgefunden. Im Entlassungsbericht vom 06.09.2012 (Bl40 Senatsakte) wird der Kläger als arbeitsunfähig entlassen, prognostisch seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden täglich möglich, ebenso die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kranfahrer.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung sachverständiger Zeugenauskünfte bei den behandelnden Ärzten. Der Internist Dr. N. hat mit Schreiben vom 22.10.2012 mitgeteilt, er könne sich dem Entlassungsbericht der Fachklinik W. nicht anschließen, da dort lediglich der Zustand nach Implantation der Hüft-TEP rechts beurteilt werde. Aus seiner Sicht sei der Kläger auf Dauer nicht mehr in der Lage drei Stunden täglich zu arbeiten, dies folge aus der schweren COPD.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Prof. Dr. K ... Im Gutachten vom 04.05.2013 (Bl 101 Senatsakte) hat der Sachverständige folgende Diagnosen gestellt: - Mittelgradige chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD GOLD-Stadium III), - Adipositas WHO-Grad 2 (BMI 36,3 kg/m<sup>2</sup>), - obstruktives Schlafapnoesyndrom. Im Vergleich zum Vorgutachten Dr. B. habe sich eine Verbesserung der ergometrischen Belastbarkeit von 40 Watt auf aktuell 75 Watt ergeben. Damit sei aktuell bei persistierender, mittelgradiger obstruktiver Ventilationsstörung und Vorliegen einer mittelgradigen Diffusionskapazität die Belastbarkeit unter nCPAP-Therapie richtungsweisend verbessert worden. Nach aktuellem Sachstand sei sowohl aus fachpneumologischer Sicht als auch aus fachpsychiatrischer Sicht ein Absinken der körperlichen Leistungsfähigkeit auf weniger als drei Stunden nicht nachgewiesen.

Der Senat hat weiteren Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Arzt für Neurologie Dr. S ... Im Gutachten vom 22.10.2013 hat der Sachverständige auf seinem Fachgebiet depressive Verstimmungen bei körperlichen Erkrankungen und

belastender sozialer Situation im Sinne von Anpassungsstörungen sowie asthenische Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Eine Tätigkeit als Kranfahrer sei nicht möglich. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche möglich. Tätigkeiten unter vermehrtem Zeitdruck oder verschärften Akkordbedingungen seien nicht leidensgerecht. Tätigkeiten mit vermehrt psychischen Belastungen oder erhöhtem Konfliktpotential seien nicht vertretbar. Die körperliche Belastbarkeit sei vor allem durch das Lungenleiden eingeschränkt.

Vom 21.11. bis 27.11.2013 hat sich der Kläger in stationärer Behandlung in der Thorax-Klinik H. befunden. Der Kläger hat eine Mehrfertigung des Entlassungsberichts vom 26.11.2013 vorgelegt. Es ist eine COPD im Stadium D diagnostiziert und es wird mitgeteilt, dass das Belastungs-EKG bei 45 Watt aufgrund von Dyspnoe abgebrochen werden musste.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung einer schriftlichen Auskunft bei dem Internisten und Kardiologen Dr. A., der mit Schreiben vom 29.04.2014 mitgeteilt hat, dass der Kläger nach dem aktuellen klinischen Befund wegen der fortgeschrittenen COPD nicht arbeitsfähig sei. Es liege bereits Atemnot beim Aufstehen aus einem Wartezimmerstuhl und bei einer Gehstrecke von 10 Metern vor.

Der Senat hat weiteren Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Kardiologie, Allergologie Dr. M., S ... Im Gutachten vom 07.10.2014 hat der Sachverständige eine schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung Gold III diagnostiziert. Im Zuge der Untersuchung seien mehrere Belastungsuntersuchungen durchgeführt worden, bei denen besonderes Augenmerk auf die Messung der transkutanen Sauerstoffsättigung gelegt worden sei. Es habe sich bei einer Belastungsdauer ab vier Minuten ein Abfall der Sauerstoffsättigung auf 91/92 % gezeigt. Aufgrund der erhobenen Befunde sei von einer signifikanten und reproduzierbaren Sauerstoffsättigung bei einer Belastung von 50 Watt auszugehen. Die Lungenfunktionswerte hätten seit Klageerhebung im Jahr 2009 geschwankt, auch im kurzfristigen Verlauf seien ungewöhnliche Schwankungen zu verzeichnen, die nicht recht nachzuvollziehen seien. Unabhängig von der Lungenfunktionsprüfung erscheine die Untersuchung der Blutgasanalyse als deutlich valider. Auch hier seien Schwankungen im Rahmen der bisherigen Begutachtung zu verzeichnen. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. K. im März 2013 habe sich eine unter Belastung mit vier Minuten 50 Watt und drei Minuten 75 Watt eine bessere Leistungsfähigkeit bei nur geringgradiger Einschränkung des Gasaustausches gezeigt. Aus diesem Grunde sei die Belastungsuntersuchung jetzt zweimalig durchgeführt worden. Es hätten sich dabei bei einer Belastung von 50 Watt vergleichbare Ergebnisse mit eindeutigem Abfall der transkutanen Sauerstoffsättigung gezeigt. Die jetzt vorgefundenen Ergebnisse seien am ehesten vergleichbar mit der nachgewiesenen Belastungsfähigkeit am 05.08.2011 im Rahmen der Begutachtung bei Dr. B ... Dr. B. habe jedoch seine Ergebnisse ohne Angabe der Sauerstoffsättigung bei maximaler Belastung referiert. Aufgrund der Einschränkungen durch die chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit jetzt eindeutig nachgewiesener respiratorischer Insuffizienz bereits bei leichter körperlicher Belastung (50 Watt) könne der Kläger auch leichte körperliche Arbeiten nicht mehr durchführen. Die weiter vorliegenden Leiden (Schlafapnoesyndrom, Adipositas), seien diesbezüglich von untergeordneter Bedeutung. Eine Bewältigung von viermal 500 Metern täglich sei bei guten Wetterverhältnissen ohne inhalative Belastung möglich. Dies sei aber üblicherweise zu den Hauptverkehrszeiten innerstädtisch nicht gegeben.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Sozialmediziners Dr. S. vom 22.12.2014 vorgelegt. Das Gutachten von Dr. M. sei nicht in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Unklar sei insbesondere der Nikotinkonsum des Klägers. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. B. im August 2011 habe ein noch erheblicher Nikotinkonsum vorgelegen und die CPAP-Behandlung habe noch nicht begonnen gehabt. Im weiteren Verlauf der CPAP-Behandlung habe der Kläger offensichtlich zumindest vorübergehend das Rauchen eingestellt. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. K. im Mai 2013 habe sich die Situation definitiv gebessert. Bei der Untersuchung durch Dr. M. im Oktober 2014 seien wiederum Werte erhoben worden, die nachvollziehbar das sechsstündige Verrichten einer geeigneten Arbeit nicht zulassen würden. Die Werte von Dr. M. seien jedoch wieder vor dem Hintergrund der nicht vorliegenden Nikotinkarenz zu sehen. Jedenfalls könne gefolgert werden, dass im Anschluss an die Begutachtung durch Dr. B. noch keine dauerhafte schwere anhaltende Einschränkung der pulmonalen Kapazität vorgelegen habe. Es könne sicher gesagt werden, dass sich die krankheitsbedingten Einschränkungen nicht verlieren würden. Ob sich bei erneuter Nikotinkarenz das System wieder auf ein Level einstelle, wie es bei Prof. Dr. K. vorgelegen habe, sei unklar, ebenso, ob und wann dies der Fall sein werde. Dies hänge auch vom Verhalten des Versicherten und der Eigendynamik der Lungenerkrankung ab und sei nicht vorhersehbar.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 28.02.2015 hat Dr. M. ausgeführt, dass er den grundsätzlichen Ausführungen Dr. S. zustimme. Den Einfluss des inhalativen Rauchens auf die aktuelle Lungenfunktion überschätze dieser jedoch. Die vorliegenden Schwankungen könnten nicht durch einen wechselnden Nikotinabusus erklärt werden. Aufgrund der aktenkundigen Differenzen habe er die Belastungsuntersuchung mehrfach durchgeführt, um die Ergebnisse zu validieren.

Die Beklagte hat hierauf eine weitere Stellungnahme Dr. S. vom 18.03.2015 vorgelegt. Jedenfalls zwischenzeitlich im Frühjahr 2013 habe keine hochgradige Einschränkung der Lungenfunktion vorgelegen. Der weitere Verlauf der Krankheit könne nicht vorhergesagt werden. Eine gewisse Besserung sei jedoch auch im Weiteren keineswegs ausgeschlossen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat teilweise Erfolg.

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft, zulässig und teilweise begründet. Zu Unrecht hat das SG dem Kläger die Rente wegen voller Erwerbsminderung als Dauerrente bewilligt. Dem Kläger steht die begehrte Rente in Form einer Zeitrente zu.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach [§ 43](#) Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch - (SGB VI) in der ab 01.01.2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 ([BGBl I, 554](#)).

Versicherte haben nach [§ 43 Abs 2 Satz 1 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, 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](#)).

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und große Witwenrenten oder große Witwerrenten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit werden auf Zeit geleistet. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn ([§ 102 Abs 2 S 1](#) und 2 SGB VI). Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann; hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen ([§ 102 Abs 2 S 5 SGB VI](#)). Befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden nicht vor Beginn des siebten Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet ([§ 101 Abs 1 SGB VI](#)).

Der Senat teilt die Auffassung des SG, dass ab der Untersuchung bei Dr. B. am 05.08.2011 ein Leistungsfall der vollen Erwerbsminderung nachgewiesen ist. Dr. B. hat im Gutachten vom 10.08.2011 folgende Diagnosen gestellt: - Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung im Stadium III - Störung des Gasaustausches in Ruhe und unter Belastung - Behandlungsbedürftige Colitis ulcerosa mit häufigen Durchfällen, - Osteoporose mit Schmerzzuständen, - Zustand nach Wirbelkörpertrümmerfraktur - Schlafapnoesyndrom - Depressive Störungen - Angststörung Im Vergleich zur Begutachtung bei Dr. B. haben sich die maßgeblichen Parameter verschlechtert und es ist nur noch eine Belastung bis 40 Watt möglich gewesen. Wegen der COPD Grad III ist der Gasaustausch unter Belastung als auch insgesamt hinsichtlich der Diffusionskapazität eingeschränkt gewesen. Der Sachverständige hat nachvollziehbar ausgeführt, dass der Kläger auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich verrichten kann.

Dies steht in Übereinstimmung mit den Leitlinien der DRV für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale vom Januar 2010, die (S 36) davon ausgehen, dass ein aufgehobenes Leistungsvermögen auch für eine leichte körperliche Tätigkeit bei einer schweren Dyspnoe schon bei geringster Belastung, einer maximalen ergometrischen Belastbarkeit unter 50 Watt, besteht.

Ein Dauerzustand hat allerdings entgegen der Auffassung des SG nicht vorgelegen, weshalb die Rente zu befristen war.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und große Witwenrenten oder große Witwerrenten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit werden auf Zeit geleistet. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn ([§ 102 Abs 2 S 1](#) und 2 SGB VI). Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann; hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen ([§ 102 Abs 2 S 5 SGB VI](#)). Eine Besserung im Gesundheitszustand ist solange noch nicht unwahrscheinlich, solange nicht alle therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind. Hierzu zählen alle anerkannten Behandlungsmethoden, auch geläufige Operationen, die zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit führen können, soweit nicht im Gesundheitszustand des Versicherten liegende Kontraindikationen entgegenstehen (BSG 29.03.2005, [B 13 RJ 31/05 R](#), [SozR 4-2600 § 102 Nr 2](#)). Die Frage, ob die Behebung unwahrscheinlich ist, ist zum Zeitpunkt der Bewilligung prognostisch zu beurteilen und unterliegt als unbestimmter Rechtsbegriff der umfassenden gerichtlichen Nachprüfung.

Dr. H. hat in seiner beratungsfachärztlichen Stellungnahme vom 19.09.2011 zu Recht darauf hingewiesen, dass ab September 2011 eine nächtliche CPAP-Therapie beginnen solle, was erfahrungsgemäß zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit führe. Insoweit waren noch nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und die Rente war nicht als Dauer-, sondern als Zeitrente zu gewähren.

Befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden nicht vor Beginn des siebten Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet ([§ 101 Abs 1 SGB VI](#)). Danach ist der Rentenbeginn am 01.03.2012. Sie hat dem Kläger befristet bis zum 28.02.2015 zugestanden. Danach hat der Kläger Anspruch auf Verlängerung der Zeitrente ([§ 102 Abs 2 S 3 SGB VI](#)) bis zum 28.02.2018. Die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung oder die Weitergewährung einer befristeten Rente setzen zwar grundsätzlich die Antragstellung iS der [§§ 99 Abs 1, 115 Abs 1 SGB VI](#) voraus. Bei einem laufenden Gerichtsverfahren über den Rentenanspruch ist ein solcher Antrag immer in dem Fortbetreiben des Verfahrens durch den Versicherten zu sehen (vgl LSG Sachsen-Anhalt 19.07.2011, [L 3 R 485/07](#) unter Hinweis auf BSG 14.11.2002, [B 13 RJ 47/01 R](#), [BSGE 90, 136](#), [SozR 3-2600 § 300 Nr 18](#)).

Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass es im Zuge der CPAP-Therapie beim Kläger zu einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustands gekommen ist, mit der Folge, dass die Rente weggefallen wäre ([§ 101 Abs 3 S 1 SGB VI](#)). Prof. Dr. K. hat im Gutachten vom 04.05.2013 folgende Diagnosen gestellt: - Mittelgradige chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD GOLD-Stadium III), - Adipositas

WHO-Grad 2 (BMI 36,3 kg/m<sup>2</sup>), - obstruktives Schlafapnoesyndrom. Der Sachverständige hat zwar ausgeführt, das sich im Vergleich zum Vorgutachten Dr. B. eine Verbesserung der ergometrischen Belastbarkeit von 40 Watt auf 75 Watt ergeben habe. Eine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustands ist aber nicht eingetreten, wie sich aus den Berichten der vom 21.11. bis 27.11.2013 dauernden stationären Behandlung in der Thorax-Klinik H. ergibt. Dort ist eine COPD im Stadium D diagnostiziert. Das Belastungs-EKG hat bereits bei 45 Watt aufgrund von Dyspnoe abgebrochen werden müssen, womit auch nach den Leitlinien der DRV für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) und Asthma bronchiale vom Januar 2010, S 36, ein aufgehobenes Leistungsvermögen auch für eine leichte körperliche Tätigkeit besteht. Der gerichtliche Sachverständige Dr. M. hat diese Befunde bestätigt, sodass zur Überzeugung des Senats feststeht, dass im Frühjahr 2013 allenfalls eine kurzzeitige Verbesserung des Gesundheitszustands vorgelegen hat.

Dr. M. hat im Gutachten vom 07.10.2014 für den Senat überzeugend ausgeführt, dass die vorliegende schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung Gold III rentenrelevante Belastungseinschränkungen verursacht. Im Zuge der Untersuchung hat der Sachverständige mehrere Belastungsuntersuchungen durchgeführt, bei denen besonderes Augenmerk auf die Messung der Sauerstoffsättigung gelegt worden ist. Bei einer Belastung von maximal 50 Watt hat eine signifikante und reproduzierbare Sauerstoffsättigung vorgelegen. Der Sachverständige hat für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, dass aufgrund der Einschränkungen durch die chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit nachgewiesener respiratorischer Insuffizienz leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch unter drei Stunden täglich verrichtet werden können.

Nicht zu folgen ist Dr. S. insofern, als er in seiner Stellungnahme vom 22.12.2014 spekulativ auf einen etwaigen Nikotinkonsum des Klägers hinweist bzw vermutet, dass eine zwischenzeitliche Nikotinkarenz zu der ab März 2013 vorliegenden Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt haben könnte und insofern wegen zumutbarer Eigenbemühungen des Klägers weiterhin von einem sechsstündigen Leistungsvermögen auszugehen sei. Es liegt, und darauf kommt es an, faktisch kein sechsstündiges Leistungsvermögen vor. Dr. M. hat außerdem in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28.02.2015 für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, dass wechselnder Nikotinabusus nicht die Ursache für die wieder eingetretene Verschlechterung ist. Zum anderen, daran hat Dr. S. wohl gedacht, wäre die Beklagte gehalten, zur Vermeidung eines Rentenfalls dem Kläger tatsächlich Leistungen zur Teilhabe in Form einer medizinischen Rehabilitation (Nichtrauchertraining) zu gewähren, um ein vorliegendes Defizit zu beheben, wie dies auch die Leitlinien der DRV für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) und Asthma bronchiale vom Januar 2010, S 36, vorsehen. Teilhabeleistungen müssen aber nicht nur - wie vorliegend nicht einmal geschehen - in Aussicht gestellt sein, sondern tatsächlich erfolgen und die Erwerbsminderung beseitigen (vgl BSG 21.03.2006, [B 5 RJ 51/04 R](#), [SozR 4-2600 § 43 Nr 8](#); 12.12.2011, [B 13 R 21/10 R](#)).

Ein Anspruch auf eine Dauerrente besteht weiterhin nicht. Insofern hat Dr. S. in seiner Stellungnahme vom 22.12.2014 für den Senat nachvollziehbar auf die Eigendynamik der Lungenerkrankung hingewiesen und den weiteren Verlauf als nicht eindeutig prognostizierbar erklärt. Die Rente ist daher wiederum als Zeitrente, befristet bis zum 28.02.2018 zu leisten.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Gutachten und Arztauskünfte bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Die vorliegenden Gutachten von Dr. B. und Dr. M. haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs 1 ZPO](#)). Die Gutachten gehen von zutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, enthält keine unlösbaren inhaltlichen Widersprüche und geben auch keinen Anlass, an der Sachkunde oder Unparteilichkeit der Gutachter zu zweifeln; weitere Beweiserhebungen waren daher von Amts wegen nicht mehr notwendig.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-05-04