

L 4 R 2864/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 15 R 1991/14
Datum
12.05.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 2864/15
Datum
19.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. Mai 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt als Sonderrechtsnachfolgerin ihres verstorbenen Ehemannes die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung; im Streit stehen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Der am 1957 in Italien geborene und am 2016 verstorbene Ehemann der Klägerin (im Folgenden G) absolvierte keine Berufsausbildung. Nach seiner Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland am 15. August 1984 war er ab September 1984 - mehrfach unterbrochen durch den Bezug verschiedener Sozialleistungen - mit Maurerarbeiten versicherungspflichtig beschäftigt, zuletzt vom 13. Dezember 2002 bis zum 31. Oktober 2003 mit Handlanger- und Reinigungsarbeiten mit einer Einarbeitungszeit von unter drei Monaten. Aufgrund eines gerichtlichen Vergleichs gewährte ihm die Beklagte eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 1. November 2003 bis 30. Juni 2004. Vom 27. September 2004 bis zum 11. April 2008 bezog er - unterbrochen von Zeiten des Übergangs- oder Krankengeldbezugs - Arbeitslosengeld I sowie vom 12. bis 30. April 2008 Arbeitslosengeld II. Darüber hinaus bestand Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug vom 1. Mai bis 18. Juni 2008, deren Vormerkung als Anrechnungszeit die Beklagte ablehnte (Bescheide vom 13. Februar 2012 und 17. Dezember 2013). Nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II erhielt er weder Erwerbseinkommen, Arbeitsentgelt noch Sozialleistungen. Weitere Versicherungszeiten sind in seinem Rentenkonto nicht gespeichert. Seinen Lebensunterhalt bestreift die Klägerin, über die er auch in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert war. Zuletzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 17. Dezember 2007 bis 4. Januar 2008 sowie vom 7. Januar bis 1. Februar 2008 (letzte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 18. Januar 2008).

Bei G war ein Grad der Behinderung von zunächst 50 (seit 12. April 2005), ab 24. Februar 2011 von 60 und ab dem 4. Juni 2013 von 100 nebst Merkzeichen G, aG, B, RF festgestellt.

Im Rahmen des Verfahrens auf Weitergewährung der Zeitrente erstellte Arzt für Innere Medizin Dr. M. unter dem 31. Juli 2004 auf Anforderung der Beklagten ein Gutachten, in dem er eine koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung diagnostizierte. G könne leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten unter Beachtung gewisser qualitativer Ausschlüsse vollschichtig verrichten. Daraufhin lehnte die Beklagte die Weitergewährung der Rente mangels Erwerbsminderung ab (Bescheid vom 17. September 2004).

Vom 24. Februar bis 24. März 2005 befand sich G in stationärer Rehabilitationsmaßnahme in der Abteilung für Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie der Reha-Klinik H.-K ... Im Entlassungsbericht vom 21. April 2005 nannte Prof. Dr. B. als Diagnosen eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung mit leicht eingeschränkter linksventrikulärer Funktion, Zustand nach (Z.n.) Stent-Implantation der RCA (rechte Koronararterie) 03/02 und PTCA (Perkutane transluminale Koronarangioplastie)/Stent der RCX (linke Koronararterie), zuletzt 05/03, eine arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, eine Adipositas sowie einen Z.n. Nikotinabusus. G sei ab sofort sechs Stunden und mehr täglich leistungsfähig für körperlich leichte Tätigkeiten ohne Nachtschicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei unauffälligem kardialen Befund der empfohlenen weiteren Funktionsdiagnostik seien auch gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten möglich.

Den Antrag auf Überprüfung des Ablehnungsbescheides vom 17. September 2004 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 9. Juni 2005 ab. Den dagegen eingelegten Widerspruch wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten nach beratungsärztlicher Auswertung insbesondere

des sozialmedizinischen Gutachtens Dr. A., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), vom 27. Januar 2005 und des Entlassungsberichtes von Prof. Dr. B. als unbegründet zurück (Widerspruchsbescheid vom 29. November 2005).

Hiergegen erhob G am 6. Dezember 2005 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG; S 10 R 4010/05), das zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen hörte. Dr. S. legte in diesem Rahmen unter anderem die MDK-Gutachten von Dr. We. vom 12. Juli 2005 (koronare Herzkrankheit, Lumbalgie, Carpaltunnelsyndrom beidseits) und Dr. Gr. vom 8. November 2005 (koronare Herzkrankheit, Lendenwirbelsäulen [LWS]-Syndrom, Carpaltunnelsyndrom beidseits, Polyneuropathie bei Diabetes; vollschichtig zumutbar seien leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung, klimatisch geschützt, ohne Zeitdruck oder psychische Belastung) sowie Arztbriefe des Facharztes für Lungen- und bronchiale Heilkunde Dr. K. vom 1. September und 18. Oktober 2005 (eitrig Bronchitis mit leichtgradiger Ventilationsstörung) vor. Facharzt für Innere Medizin Dr. Sp. beschrieb in seiner Stellungnahme vom 15. März 2006 eine schwere koronare Herzkrankheit mit verringerter Belastbarkeit auf zuletzt (November 2005) max. 75 W bei bereits beginnender Angina pectoris-Symptomatik an 50 W, Z.n. mehrfacher Koronarangiographie, PTCA und Stentimplantation, chronische Bronchitis, arterielle Hypertonie, Adipositas und Hyperlipidämie. Es könnten keine Leistungen mehr verlangt werden, die über eine Kraftausdauerleistung von 50 W hinausgingen (zum Beispiel Treppensteigen von mehr als zehn Stufen). Selbst leichte körperliche Arbeit dürfte G grundsätzlich nicht tolerieren.

Der vom SG zum Sachverständigen bestellte Prof. Dr. C., Direktor der Medizinischen Klinik I (Kardiologie/Angiologie/Pulmologie) der S.-Kliniken H. stellte in seinem aufgrund ambulanter Untersuchungen vom 12. und 20. Juni 2006 unter dem 19. Juli 2006 erstatteten Gutachten auf seinem Fachgebiet folgende Diagnosen: koronare Herzerkrankung, Zwei-Gefäßerkrankung (Erstdiagnose 2001 Z.n. stummen Hinterwandinfarkt, Z.n. PTCA/Stent rechte Koronararterie im März 2002 und des Ramus circumflexus Mai 2002 und Mai 2003, atrioventrikulärer (AV)-Block Grad I); arterielle Hypertonie (Cor hypertonicum mit diastolischer Relaxationsstörung und kongestiver Herzinsuffizienz NYHA III); Hyperlipidämie sowie metabolisches Syndrom bei Adipositas per magna. G könne leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überwiegend im Sitzen ohne Heben und Tragen schwerer Lasten über 7,5 kg noch ca. acht Stunden täglich verrichten. Ausgeschlossen seien erhöhte Stressbelastung, Publikumsverkehr, Arbeiten in Wärme oder in Räumen ohne Frischluftzufuhr sowie Überkopparbeiten.

Mit Gerichtsbescheid vom 30. November 2006 wies das SG die Klage ab. G habe keinen Anspruch auf Rücknahme des bestandskräftigen Bescheides vom 17. September 2004, da er zum maßgeblichen Zeitpunkt des Erlasses dieses Bescheides nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere den Gutachten von Dr. M., weder voll noch teilweise erwerbsgemindert gewesen sei. Die hiergegen eingelegte, vor dem Senat geführte Berufung (L 4 R 166/07) nahm G am 9. Januar 2008 zurück.

Vom 8. bis 29. Januar 2009 absolvierte G erneut eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit Schwerpunkt Kardiologie in der Fachklinik So ... Im Entlassungsbericht vom 9. Februar 2009 beschrieb Dr. Ch. eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung mit leicht reduzierter linksventrikulärer Funktion, PTCA der RCAX und RCA mit Zweifach-Stentimplantation März 2002, eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipoproteinämie sowie eine Adipositas (BMI 38,5). G sei noch in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen oder Gehen sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten. Aus kardiologischer Sicht betrage die maximale Hebelast 8 kg. Ausgeschlossen seien häufig wechselnde Arbeitszeiten oder Schicht- oder Nachtschichtarbeiten, Arbeiten unter hohem Zeit-, Leistungs- und Erwartungsdruck. Orthopädisch seien Wirbelsäulen Zwangshaltungen, häufiges Heben und Bücken, kniende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar.

Am 15. Mai 2011 beantragte G erneut die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog umfangreiche medizinische Unterlagen bei, insbesondere Arztbriefe der behandelnden Fachärztin für Kardiologie Dr. Wa., des Facharztes für HNO-Heilkunde Dr. Fi., des Arztes für Orthopädie Dr. Dü. sowie des Facharztes für Innere Medizin/Neurologie und Kardiologie Dr. V., und betraute den Internisten Dr. Gr. mit der Erstattung eines Gutachtens. Aufgrund einer Untersuchung des G vom 26. Oktober 2011 diagnostizierte dieser unter dem 18. November 2011 eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung, ein COPD (chronic obstructive pulmonary disease) formal Stadium II, eine Meniskopathie rechts, ein metabolisches Syndrom/Übergewicht, einen Verdacht auf subpleurale Raumforderung im Mittellappen, bronchoskopisch nicht bestätigt, wiederholte Epistaxis unter Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmer, einen Z.n. Hörsturz rechts, einen Z.n. Carpaltunnel-Operation mit Rückbildung der neurologischen Symptomatik, eine Hyperopie, einen Astigmatismus, eine Amblyopie sowie eine Hornhautnarbe rechts. Körperlich leichte Tätigkeiten im Sitzen, mit wechselnder Körperhaltung, in geschlossenen Räumen und ohne besonderen Zeitdruck könne G noch vollschichtig verrichten. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten in Nässe, Hitze, Lärm oder mit Absturzgefahr, häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten sowie das Klettern oder Steigen.

Die Beklagte lehnte daraufhin den Rentenantrag des G mit Bescheid vom 23. Februar 2012 ab. Bezogen auf den Rentenantrag vom 15. Mai 2011 als möglichen Eintritt der Erwerbsminderung seien die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. In der Zeit vom 1. März 2006 bis 14. Mai 2011 enthalte das Versicherungskonto des G nur 26 Monate mit Pflichtbeiträgen. Nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen bestehe auch keine Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit. Den dagegen eingelegten Widerspruch wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2012 zurück.

Hiergegen erhob die am 29. Mai 2012 Klage beim SG (S 3 R 1789/12), zu deren Begründung er zahlreiche ärztliche Bescheinigungen, Arztbriefe und Entlassungsberichte vorlegte. Das SG befragte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. Dü. gab unter dem 1. August 2012 an, G seit Oktober 2002 zu behandeln. Im November 2006 sei eine Innenmeniskus-Hinterhorn-Resektion links und im Januar 2007 auch rechts erfolgt, im März 2009 eine Außenmeniskusrandglättung rechts. Danach seien Behandlungen wieder ab Februar 2011 erfolgt (LWS/Neurostatus ohne Befund bis auf DruckschMe. paraventral lumbal). Beigelegt wurden Arztbriefe der Gemeinschaftspraxis/des Zentrums für bildgebende Diagnostik Dres. Kr., Wei. und Sc. über Kernspintomographie Untersuchungen des rechten Kniegelenks vom 12. Januar und 5. Oktober 2010, der LWS vom 1. März 2011 und des rechten Schultergelenks vom 20. März 2012. Dr. V. berichtete unter dem 16. August 2012 über Behandlungen von 2005 bis 2007 und wieder ab dem 13. Oktober 2011. Als Diagnosen nannte er eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung nach GOLD Stadium I, eine chronische respiratorische Insuffizienz, eine nächtliche Langzeit-Sauerstofftherapie bei Adipositas und alveolärer Hyperventilation, eine koronare Herzkrankheit, Z.n. Hinterwandinfarkt sowie ein metabolisches Syndrom. Aus lungenfachärztlicher Sicht sei eine leichte, sitzende regelmäßige Arbeit sechs Stunden täglich möglich; im Vordergrund stehe das kardiologische Fachgebiet. G könne öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Wegstrecken über 500 m könne er aufgrund des - beigelegten - Ergometrie-Befundes vom 13. September 2011 nicht ohne Einschränkung zurücklegen. Dr. Wa. führte in ihrer Stellungnahme vom 20. August 2012 aus, G sei aufgrund seiner kardialen Erkrankungen nicht mehr in der Lage, regelmäßig sechs Stunden

täglich zu arbeiten. Gegebenenfalls sei eine Arbeit im Sitzen ohne körperliche Belastung bis vier Stunden täglich zumutbar. Die Minderung der Leistungsfähigkeit bestehe seit ca. 2002. Beigelegt wurden Arztbriefe vom 12. April und 6. Dezember 2011 sowie 30. April 2012 (Diagnosen jeweils: koronare Herzkrankheit mit Z.n. Hinterwandinfarkt [Zwei-Gefäßerkrankung], AV-Block Grad I, kardiovaskuläre Risikofaktoren: metabolisches Syndrom [Diät], Z.n. Nikotinkonsum bis 2001).

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Facharztes für Innere Medizin und Arbeitsmedizin Prof. Dr. La. vom 23. Oktober 2012 entgegen, wonach ein Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr täglich für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes weiterhin anzunehmen sei. Sie verwies ferner darauf, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nur bei einem Eintritt des Versicherungsfalles bis spätestens Juli 2010 erfüllt.

Mit - nicht angefochtenem - Urteil vom 24. Januar 2013 wies das SG die Klage ab. G habe keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI), da er nach seinem beruflichen Werdegang auf sämtliche ungelerten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumutbar verwiesen werden könne und in der Lage sei, solche körperlich leichten Tätigkeiten sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten. Dies ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. Gr. und der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. V. sowie den vorliegenden Ergebnissen der auch von Dr. Wa. durchgeführten Belastungs-EKG und Echokardiographien. Letztere ergäben durchgehend eine global noch normale linksventrikuläre Pumpfunktion. Bei den Belastungs-EKGs habe G durchweg eine Belastbarkeit von 75 W ohne Endstreckenveränderungen oder höhergradige Rhythmusstörungen erreicht. Eine leichte Arbeit sei danach möglich (Verweis auf Schwaab/Franz in Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., S. 299). Aus den von Dr. V. mitgeteilten Lungenfunktionswerten ergäben sich - in Übereinstimmung mit dessen Einschätzung - keinerlei quantitative Einschränkungen für leichte körperliche Tätigkeiten (Verweis auf Fischer in Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., S. 351). Auch die orthopädischen Gesundheitsstörungen bedingten keine zeitlichen Einschränkungen des Leistungsvermögens. Mit diesem Leistungsvermögen sei G auch nicht voll oder teilweise erwerbsgemindert im Sinne des § 43 SGB VI.

Am 14. September 2013 beantragte G erneut die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog die vorläufigen Entlassberichte von Dr. Hu., Klinikum L., vom 24. Mai 2013, Dr. Ra., Klinik Lö., Zentrum für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie, vom 26. Juni 2013, Dr. Vo. derselben Klinik vom 2. Juli 2013 und von Dr. Mü. über einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus B. vom 7. bis 14. August 2013 bei. In Auswertung dessen ging Prüfarzt Bā. in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 von folgenden Diagnosen aus: Fieberhafter pulmonale Infekt bei idiopathischer pulmonal-arterieller Hypertonie mit ausgeprägter Depression; anamnestisch Epistaxis unter ASS und Brillique; NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt) bei bekannter koronarer Zwei-Gefäßerkrankung; Z.n. Hinterwandinfarkt stumm; Verdacht auf sekundäre Polycythämie bei bekannter undifferenzierter pulmonale Erkrankung; Ausschluss im Forum bei CT-morphologisch vermehrten und vergrößerten Lymphknoten beidseits; akutes Ulcus duodeni ohne Blutungszeichen; Synkope April 2013 mit Verletzung; anamnestisch chronisch obstruktive Atemwegserkrankung; geringgradiges Schlafapnoesyndrom bei alveolärer Hypoventilation mit nächtlicher Hypoxämie; Lumbago; Meniskusoperation. Unter Beachtung näher bezeichneter qualitativer Ausschlüsse könne G körperlich leichte Tätigkeiten noch sechs Stunden und mehr täglich verrichten.

Mit Bescheid vom 17. Dezember 2013 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, da G die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfülle. Bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenanspruchs vom 14. September 2013 läge im maßgeblichen Fünf-Jahres-Zeitraum vom 14. September 2008 bis 13. September 2013 nicht die erforderliche Mindestanzahl von 36 Monaten mit Pflichtbeitragszeiten vor. Auch Ausnahmeregelungen seien nicht erfüllt.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruches führte G unter dem 6. März 2014 aus, er benötige seit 2,5 Jahren Sauerstoff und sei seit seinem letzten Herzinfarkt im Mai 2013 auf einen Rollator angewiesen. Seither habe sich sein Gesundheitszustand rapide verschlechtert. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nach § 43 Abs. 4 SGB VI erfüllt. Er sei durchgehend seit 2008 arbeitsunfähig und mindestens einmal monatlich in ärztlicher Behandlung bei Dr. S. ... Daher sei auch das Erfordernis der Unterbrechung gemäß § 58 Abs. 2 SGB VI erfüllt. § 58 Abs. 3 SGB VI finde hingegen keine Anwendung. Er habe zwar bis April 2008 Arbeitslosengeld I und II erhalten. Offensichtlich habe er aber wegen der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung gestanden. Hinsichtlich des Bezuges von Arbeitslosengeld II sei eine Arbeitsunfähigkeit unschädlich. Vorlegt wurde eine ärztliche Bescheinigung von Dr. S. vom 5. Februar 2014, wonach G seit 2008 durchgehend arbeits- und erwerbsunfähig gewesen sei; Krankmeldungen seien anfangs noch ausgestellt werden, später nicht mehr, da verwaltungstechnisch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mehr notwendig gewesen wären. Beigefügt wurde eine Aufstellung der zwischen dem 8. Februar 2005 und 18. Januar 2008 ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. In einer ebenfalls vorgelegten - ärztlichen Bescheinigung von Dr. St., Leitender Oberarzt der Klinik Lö., vom 7. Februar 2014 führte dieser aus, G leide an einer deutlichen pulmonal-arteriellen Hypertonie mit ausgeprägter Kardiodepression, einem Lungenemphysem und einer koronaren Zwei-Gefäßerkrankung mit global zumindest grenzwertiger linksventrikulärer Funktion. Es bestehe eine ausgeprägte hypoxische Insuffizienz infolge der pulmonalen Hypertonie, so dass eine Sauerstofflangzeit- und Dauertherapie mit 4 l Sauerstoff pro Minute erforderlich sei. G sei daher erwerbs- und berufsunfähig.

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 2. April 2014 kam Internist Dr. H. zu der Einschätzung, dass G aufgrund der schwerwiegenden kardiopulmonalen Krankheiten seit dem neuerlichen Herzinfarkt vom Mai 2013 dauerhaft nicht mehr in der Lage sei, auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich zu verrichten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2014 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch als unbegründet zurück. Zwar sei seit Mai 2013 von einem aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen. Zu diesem Zeitpunkt seien jedoch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 43 Abs. 1, 2 Nr. 2 und § 241 Abs. 2 SGB VI nicht erfüllt. Das Versicherungskonto des G enthalte im Anschluss an den Rentenbezug eine Lücke vom 30. Juni bis 26. September 2004. Ab dem 27. September 2009 lägen wechselnd Zeiten der Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug und Arbeitslosigkeit mit Arbeitslosengeldbezug vor bis zum 30. April 2008 vor. Danach bestehe noch eine nicht anrechenbare Anrechnungszeit wegen Arbeitslosigkeit bis Juni 2008. Danach seien Versicherungszeiten mehr nachgewiesen und würden auch nicht geltend gemacht, da G nach eigenen Angaben seinen Lebensunterhalt durch Einkünfte der Klägerin bestritten habe. Einen Berufsschutz als Facharbeiter könne G nicht in Anspruch nehmen, da er zuletzt ungelerte Tätigkeiten ausgeübt habe. Aufgrund des bis Januar 2013 durchgeführten Klageverfahrens mit der Feststellung eines über sechsstündigen Leistungsvermögens für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sei nicht von einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit - bezogen auf Tätigkeiten des allgemeinen

Arbeitsmarktes – auszugehen. Im Übrigen sei auch der Nachweis, dass seit 2008 durchgehend Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, nicht erbracht. Vorgelegt worden seien nur Bescheinigungen über eine festgestellte Arbeitsunfähigkeit im März und April 2014. Selbst bei Annahme einer Versicherung ohne Anspruch auf Krankengeld seit dem 1. Mai 2008 stünde einer Anerkennung als Anrechnungszeit [§ 58 Abs. 3 SGB VI](#) entgegen. Unter Berücksichtigung der gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten seien die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nur bis zum Eintritt eines Versicherungsfalles im Juli 2010 erfüllt. Der Eintritt eines Versicherungsfalles bis zu diesem Zeitpunkt könne aufgrund der Erhebungen in den vorausgegangenen Verfahren, zuletzt in dem durch Urteil vom 24. Januar 2013 beendeten Klageverfahren, ausgeschlossen werden.

Hiergegen erhob G am 5. Juni 2014 Klage beim SG, mit der er die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf seinen Antrag vom 14. September 2013 begehrte und zur Begründung über sein bisheriges Vorbringen hinaus ausführte, er sei auf die in [§ 58 Abs. 3 SGB VI](#) vorausgesetzte Möglichkeit einer Versicherung nach [§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) nie informiert worden. Sein Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert. Hierzu legte er Entlassbriefe des Prof. Dr. Ko., Klinik S. vom 9. Juni 2014 sowie 23. Februar und 9. März 2015 vor.

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

Mit Urteil vom 12. Mai 2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung nahm es auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid Bezug und führte ergänzend aus, ausgehend vom Versicherungsverlauf bestünden nach Juni 2008 keine Vorversicherungszeiten. Auch eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit des G habe nicht nachgewiesen werden können. Soweit er geltend mache, seit 2008 durchgehend arbeitsunfähig und somit auch erwerbsunfähig gewesen zu sein, werde auf die Feststellung des SG im Urteil vom 24. Januar 2013 (S 3 R 1789/12) verwiesen, wonach er zumindest im Jahr 2012 noch in der Lage gewesen sei, täglich wenigstens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu sein.

Gegen dieses ihm am 18. Juni 2015 zugestellte Urteil hat G am 7. Juli 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Zu deren Begründung hat er ausgeführt, die pulmonal-arterielle Hypertonie und damit der Leistungsfall hätten bereits im Juli 2010 vorgelegen. Bei der im Mai 2013 erstmals diagnostizierten pulmonal-arteriellen Hypertonie handle sich um eine sehr seltene und oftmals erst sehr spät diagnostizierte Erkrankung. Daher sei davon auszugehen, dass sie bereits zu einem wesentlichen früheren Zeitpunkt vorgelegen habe, als die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch erfüllt gewesen seien. Dies werde in den vorgelegten Attesten von Dr. Va. vom 23. April 2014 und des Internisten/Pneumologen Dr. Hu., Funktionsoberarzt der Klinik S., vom 25. November 2014 bestätigt. Daher überzeuge der Hinweis im angefochtenen Urteil auf die Feststellungen im Urteil vom 24. Januar 2013 nicht, da die Ermittlungen im dortigen Verfahren vor Erstdiagnose der pulmonal-arteriellen Hypertonie abgeschlossen worden seien. Bereits am 18. März 2004 habe eine Blutgasanalyse ausweislich des vorlegten Arztbriefes von Dr. Sa. eine mittelgradige Hypoxämie (O₂ 58,5 mmHg) ergeben und damit sogar einen schlechteren Wert als im November 2013 (O₂ 65 mmHg; vorgelegter Arztbrief des Internisten und Pulmologen Dr. We. vom 13. November 2013). Über Brustschmerzen habe er bereits seit 2004 geklagt (vorgelegter Arztbrief von des Internisten Dr. Me. vom 21. Oktober 2004; Widerspruchsschreiben von Dr. S. vom 14. Oktober 2005). Im MDK-Gutachten vom 21. Januar 2005 habe Dr. A. ein erschwertes Atmen festgestellt. Im vorläufigen Entlassbericht von Dr. Ra. vom 26. Juni 2013 sei festgehalten, dass er seit mehr als sieben Jahren an Atemnot leide.

Nach dem Tode des G am 23. Juli 2016 hat die im selben Haushalt lebende Klägerin den Rechtsstreit als Rechtsnachfolgerin fortgeführt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. Mai 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2014 zu verurteilen, ihr als Rechtsnachfolgerin ihres verstorbenen Ehemannes für die Zeit vom 1. September 2013 bis zum 31. Juli 2016 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Gestützt auf eine beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. La. vom 18. Juli 2016 ist sie der Auffassung, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen bis April 2013 ein Leistungsvermögen für angepasste Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, z.B. leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen mit gelegentlichem Gehen und Stehen von sechs Stunden und mehr täglich bestanden habe.

Der Senat hat die von G als ihn seit 2006 kardial und pulmonal behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich befragt. Dr. Wa. hat in ihrer Auskunft vom 10. Mai 2016 angegeben, die Diagnose pulmonale Hypertonie sei erstmals im Juni 2013 gestellt worden, und sämtliche Arztbriefe seit Februar 2006 vorgelegt. Dr. V. hat in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2016 eine Behandlung in den Jahren 2006/2007 und danach wieder ab dem 13. Oktober 2011 angegeben. Sein Vorgänger Dr. K. habe am 12. Oktober 2006 Hämoptysen (Aushusten flüssigen Sekrets) beschrieben, die durch einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus Si. nicht hätten geklärt werden können. Am 11. Juli 2007 seien wieder Hämoptysen beschrieben worden. Auch die im September 2005 beklagte Luftnot und der in der Röntgen-Thoraxaufnahme auffällige Hili dürften neben anderen bekannten Krankheiten (koronare Herzkrankheit, COPD) durch pulmonale Hypertonie bedingt gewesen sei. Erst im Oktober 2011 nach langer Behandlungsunterbrechung sei eine Hypoxämie (=Sauerstoffmangel im arteriellen Blut) in der Blutgasanalyse festgestellt worden. Diese habe in der Folgezeit trotz Normalisierung der Lungenfunktion persistiert. Im Juni 2013 habe dann die Diagnose einer pulmonalen Hypertonie gestellt werden können. Seines Erachtens habe die Krankheit bereits am 1. September 2005 zum Zeitpunkt der Erstvorstellung vermutlich in geringerer Ausprägung vorgelegen. Ergänzend hat er Arztbriefe von Dr. K. vom 12. Oktober 2006 und von ihm vom 11. Juli 2007 vorgelegt, weiter den Entlassbericht von Dr. Mö., Si.-Krankenhaus, vom 11. Dezember 2006 sowie Entlassungsberichte und ambulante Arztbriefe der Kliniken L., Lö. und S. ab Mai 2013.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagte, die Verfahrensakten des SG und des Senats sowie der beigezogenen Akten des SG der Verfahren S 10 R 4010/05 und S 3 R 1789/12 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die nach [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, insbesondere statthaft. Sie bedurfte nicht der Zulassung, da die Klägerin laufende Leistungen für mehr als ein Jahr begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Gegenstand des Verfahrens ist das Begehren der Klägerin auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der Versicherung des G auf dessen Antrag vom 14. September 2013. Streitbefangen ist damit der Bescheid vom 17. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2014.

a) Streitbefangen ist der Zeitraum vom 1. September 2013 bis zum 31. Juli 2016. Da geltend gemacht wird, die Erwerbsminderung habe bereits im Juli 2010 vorgelegen, begänne der geltend gemachte Rentenanspruch am 1. September 2013 ([§ 99 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)) und endete am 31. Juli 2016, da G am 23. Juli 2016 verstarb ([§ 102 Abs. 5 SGB VI](#)).

b) Nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens ist ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#). Bereits im sozialgerichtlichen Verfahren beantragte der rechtskundig vertretene G ausdrücklich nur eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, nicht eine solche wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Zu keinem Zeitpunkt machte er des Weiteren inhaltlich die Voraussetzungen einer solchen Rente geltend, insbesondere behauptete er nicht, Berufsschutz zu genießen. Das SG entschied ebenfalls nur über einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung. Auch in der Berufungsbegründung ist nur eine solche beantragt worden, ohne ausdrücklich oder inhaltlich Berufsschutz geltend zu machen.

c) Die Klägerin verfolgt dieses Begehren zulässig als Sonderrechtsnachfolgerin ihres verstorbenen Ehemannes nach [§ 56 Abs. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), da sie zum Zeitpunkt des Todes mit diesem in einem gemeinsamen Haushalt lebte.

3. Die Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Sie hat im streitbefangenen Zeitraum keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung als Rechtsnachfolgerin des G. Der Bescheid vom 17. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2014 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

a) 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 (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz 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 Leistungsminde rung 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](#)).

b) Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 43 Abs. 1 und Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) sind bis zum gesicherten Eintritt der Erwerbsminderung im Mai 2013 nicht erfüllt.

aa) Diese waren letztmals im Juli 2010 erfüllt.

(1) In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen. Nach dem vorliegenden Versicherungsverlauf lagen zuletzt im April 2008 Pflichtbeitragszeiten – wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld I und II – vor. Zurückgehend bis zum Mai 2005 ist jeder Monat mit Pflichtbeitragszeiten wegen des Bezugs von Kranken- oder Arbeitslosengeld belegt (insgesamt 36 Monate = 3 Jahre). Diese Pflichtbeitragszeiten nach [§ 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) stehen gemäß [§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI](#) Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gleich. Der diese 36 Monate Pflichtbeitragszeiten umfassende Fünfjahres-Zeitraum endete daher am 30. April 2010.

(2) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich nach [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#) um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind: 1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 2. Berücksichtigungszeiten, 3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt, 4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

(a) Die Zeit der Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug vom 1. Mai bis 18. Juni 2008 verlängert den Fünfjahres-Zeitraum jedenfalls nach [§ 43 Abs. 4 Nr. 3](#) i.V.m. [§ 58 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI](#). Daher wären die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch erfüllt, wenn die Erwerbsminderung im Juli 2010 eingetreten wäre.

(b) Zeiten i.S.d. [§ 43 Abs. 4 Nr. 2](#) und 4 lagen bei G nach dem 30. April 2008 nicht vor.

(c) Ein Verlängerungstatbestand wegen Arbeitsunfähigkeit lag nach dem 30. April 2008 ebenfalls nicht vor.

(aa) Anrechnungszeiten i.S.d. [§ 43 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI](#) liegen nach [§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) vor, wenn Versicherte wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen sind oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten haben. Weitere Voraussetzung ist allerdings, dass dadurch eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit oder ein versicherter Wehrdienst oder Zivildienst oder ein versichertes Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes unterbrochen ist ([§ 58 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)).

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit entspricht dem des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 44](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Arbeitsunfähig ist, wer infolge einer Krankheit seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann (Flecks in jurisPK-SGB VI, § 58 Rn. 28). Maßgeblich ist jeweils das Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.

Vorliegend bezog G ab dem 27. September 2004 bis April 2008 Arbeitslosengeld I. Dieser Bezug wurde mehrmals, erstmals vom 4. bis 31. Januar 2005 und letztmals vom 2. November 2006 bis 5. Juli 2007, durch Arbeitsunfähigkeiten mit Bezug von Krankengeld unterbrochen. Ab dem 6. Juli 2007 bezog er durchgehend Arbeitslosengeld. Die Arbeitsunfähigkeit bestimmt sich daher auch ab April 2008 nach dem Versicherungsverhältnis aufgrund des Arbeitslosengeldbezugs. Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie nicht in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben (Sonnhoff in jurisPK-SGB V, § 44 Rn. 71 ff. m.w.N.).

Unter Berücksichtigung dieses Maßstabs kann nicht festgestellt werden, dass G in der Zeit von April 2008 bis Juli 2010 arbeitsunfähig gewesen wäre. Eine solche ist ärztlich nicht festgestellt worden. Die letzte von Dr. S. ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung endete am 1. Februar 2008. Seine in der ärztlichen Bescheinigung vom 5. Februar 2014 geäußerte Einschätzung einer "durchgehenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit" begründete er mit den chronischen Krankheiten des G, nicht mit akuten Krankheitsbildern. Dieser kann jedoch nicht gefolgt werden. Es kann nicht festgestellt werden, dass G jedenfalls bis Juli 2010 nicht mehr in Lage gewesen wäre, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten (dazu unten 3c).

(bb) Einer Anrechnungszeit wegen Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Mai 2008 steht des Weiteren die Regelung des [§ 58 Abs. 3 SGB VI](#) entgegen. Danach liegen Anrechnungszeiten wegen Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten, die nach [§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) versicherungspflichtig werden konnten, erst nach Ablauf der auf Antrag begründeten Versicherungspflicht vor.

Wäre G tatsächlich ab dem 1. Mai 2008 arbeitsunfähig gewesen, wäre er dem Personenkreis des [§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) unterfallen. Auf Antrag versicherungspflichtig sind danach Personen, die nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zuletzt versicherungspflichtig waren, längstens jedoch für 18 Monate.

G war ab dem 1. Mai 2008 nicht mehr mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Der bisherige Versicherungstatbestand nach [§ 5 Nr. 2](#) und 2a SGB V endete mit dem Bezug von Arbeitslosengeld I und II zum 30. April 2008. Anschließend war G weder erwerbstätig noch bezog er Sozialleistungen. Nach seinen eigenen Angaben lebte er ab dem 1. Mai 2008 vor den Einkünften der Klägerin. Daher ist davon auszugehen, dass er nach [§ 10 SGB V](#) über diese familienversichert war. Dr. S. gab in seinem Befundbericht zum Rehaantrag vom 18. Oktober 2008 (Bl. m 14 der Verwaltungsakte) ausdrücklich eine Familienversicherung an. G selbst hat keinen anderen Versicherungstatbestand genannt, auch nicht im Widerspruchsverfahren, in dem die Anwendung des [§ 58 Abs. 3 SGB VI](#) erörtert wurde. Familienversicherte nach [§ 10 SGB V](#) sind nach [§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ohne Anspruch auf Krankengeld versichert.

Eine Versicherungspflicht nach [§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) hat G jedoch nicht begründet, da er keinen entsprechenden Antrag gestellt und auch Beiträge nicht gezahlt hat. Er konnte sich auch nicht darauf berufen, dass er auf diese Möglichkeit nicht hingewiesen worden sei. Soweit er damit einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch geltend machen wollte, fehlt es bereits an der hierfür erforderlichen Pflichtverletzung eines Versicherungsträgers. Denn G hat keinen konkreten Beratungsanlass bezeichnet, der eine entsprechende Beratungspflicht eines Versicherungsträgers ausgelöst haben könnte.

(d) Aus dem gleichen Grund stellt auch die stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 8. bis 29. Januar 2009 keine den Fünfjahres-Zeitraum verlängernde Anrechnungszeit nach [§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) dar.

bb) Die Erfüllung der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen war nicht entbehrlich.

(1) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist ([§ 43 Abs. 5 SGB VI](#)). G erfüllte keinen der in [§ 53 SGB VI](#) hierfür erforderlichen Tatbestände.

(2) Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung sind für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung mit 1. Beitragszeiten, 2. beitragsfreien Zeiten, 3. Zeiten, die nur deshalb nicht beitragsfreie Zeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag, eine beitragsfreie Zeit oder eine Zeit nach Nummer 4, 5 oder 6 liegt, 4. Berücksichtigungszeiten, 5. Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder 6. Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Beitrittsgebiet vor dem 1. Januar 1992 (Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist oder wenn die Erwerbsminderung vor dem 1. Januar 1984 eingetreten ist. Für Kalendermonate, für die eine Beitragszahlung noch zulässig ist, ist eine Belegung mit Anwartschaftserhaltungszeiten nicht erforderlich ([§ 241 Abs. 2 SGB VI](#)).

Vor dem 1. Januar 1984 ist bei G keine Erwerbsminderung eingetreten. Sein Versicherungsverlauf weist jedenfalls für die Zeit vom 1. Juli bis 26. September 2004 eine Lücke auf, die nicht mit einer der genannten Zeiten belegt ist.

c) Nach dem Gesamtergebnis einschließlich der Ermittlungsergebnisse aus den vorangegangenen Verwaltungs- und sozialgerichtlichen Verfahren vermag sich der Senat nicht mit der erforderlichen Sicherheit davon überzeugen, dass das Leistungsvermögen des G bereits bis Juli 2010 soweit herabgesunken gewesen wäre, dass er nicht mehr in der Lage gewesen wäre, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wenigstens sechs Stunden täglich zu verrichten. Zwar lagen bei ihm in diesem Zeitraum durchaus gesundheitliche und daraus resultierende funktionelle Einschränkungen vor. Dass diese seine berufliche Leistungsfähigkeit jedoch auch in quantitativer und nicht nur in qualitativer Hinsicht minderten, lässt sich nicht feststellen. Verbleibende Zweifel gehen zulasten der Klägerin, die insoweit die Feststellungslast trägt.

aa) (1) Gesichert lag bei G eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung vor, die bereits 2001 erstmals diagnostiziert und 2002 und 2003 interventionell behandelt (PTCA/Stent) wurde. Dies ist den vorliegenden internistisch-kardiologischen Unterlagen durchgehend zu entnehmen (Gutachten von Dr. M. vom 31. Juli 2004, Prof. Dr. C. vom 19. Juli 2006, Dr. Gr. vom 18. November 2011; Rehaberichte von Prof. D. B. vom 21. April 2005 und Dr. Ch. vom 9. Februar 2009; MDK-Gutachten von Dr. We. vom 12. Juli 2005 und Dr. Gr. vom 8. November 2005; Aussagen der sachverständigen Zeugen Dr. Sp. vom 15. März 2006, Dr. V. vom 16. August 2012, Dr. Wa. vom 20. August 2012). Auch in den von Dr. Wa. im vorliegenden Berufungsverfahren vorgelegten Arztbriefen aus dem Zeitraum von Februar 2006 bis April 2016 ist diese Diagnose durchgehend festgehalten. Gleiches gilt für die weiteren Gesundheitsstörungen arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämie und Adipositas.

(2) Ob und in welchem Ausmaß auch die pulmonal-arterielle Hypertonie bereits bis Juli 2010 bestand, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden.

Bei dieser Gesundheitsstörung handelt es sich um eine Erhöhung des Gefäßwiderstandes und damit des Blutdrucks im Lungenkreislauf, beschränkt auf den arteriellen Teil der pulmonalen Strombahn. Mit einer Inzidenz von ca. zwei bis drei Fällen pro einer Million Einwohner stellt sie eine seltene Erkrankung dar, die häufig erst spät diagnostiziert wird. Die Dilatationsfähigkeit des Niederdrucksystems ist so groß, dass selbst Lungenflügelresektionen ausgeglichen werden und nicht zu einer Erhöhung des pulmonalarteriellen Drucks führen. Lässt sich eine pulmonale Hypertonie sichern, so deutet das bereits auf einen Verlust von ca. 50 % des Lungengefäßquerschnitts hin. Daher kommt es erst relativ spät im Krankheitsverlauf zu klinischen Symptomen, die direkt durch die pulmonale Hypertonie erklärt werden können oder zusätzlich zu der bereits bestehenden Einschränkung durch die Grunderkrankung (z.B. COPD) auftreten (Schwaab/Franz, a.a.O., S. 320). Ein Cor pulmonale (Wandhypertrophie und/oder Dilatation des rechten Ventrikels) ist Folge einer Struktur-, Funktions- oder Zirkulationsstörung der Lunge mit pulmonaler Hypertonie, stellt also einen chronischen Anpassungsvorgang an diese dar. Bei der Bestimmung der spezifischen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen steht die klinische Symptomatik der Rechtsherzinsuffizienz im Vordergrund mit dem Kardinalsymptom Belastungs- bis hin zur Ruhedyspnoe (Schwaab/Franz, a.a.O., S.321, 311 f.). Zur Früherkennung und Schwere-einteilung ist die Rechtsherzkatheterisierung in Ruhe die Methode der ersten Wahl. Die transthorakale Echokardiographie ist die wichtigste nicht-invasive Untersuchungsmethode zur Evaluation der pulmonalen Hypertonie (vergrößerte rechte Herzhöhlen, Trikuspidalinsuffizienz, paradoxe Septumbewegung). Im Gegensatz zur Fahrradergometrie kann die Spiroergometrie das Ausmaß der Belastungseinschränkung besser objektivieren. Frühe Stadien der pulmonalen Hypertonie führen bereits zu charakteristischen Veränderungen im Gasaustausch (VE/VCO₂ Slope und PETCO₂; Schwaab/Franz, a.a.O., S. 321 f.).

Erstmals diagnostiziert wurde die pulmonal-arterielle Hypertonie im Juni 2013. So beschrieb Dr. Ra. im vorläufigen Entlassungsbericht vom 26. Juni 2013, dass bei der Lungenfunktionsprüfung keine Obstruktion festgestellt worden sei und daher eine kardiale Genese der Dyspnoe vermutet werde. Diese wurde durch eine deswegen veranlasste Rechtsherzkatheteruntersuchung bestätigt. So benennen der vorläufige und der endgültige Entlassungsbericht von Dr. Vo. vom 2. und 3. Juli 2013 ausdrücklich eine idiopathische pulmonal-arterielle Hypertonie mit ausgeprägter Cardiodepression. Die Rechtsherzkatheteruntersuchung habe mittelgradig erhöhte Drucke im pulmonalen Kreislauf mit reduziertem Herzzeitvolumen ergeben. Echokardiographisch wurde ein Cor pulmonale chronicum mit leichtgradiger pulmonaler Hypertonie ermittelt. Durchgeführt wurden eine Blutgasanalyse und ein 6-Minuten-Gehtest mit 4 l Sauerstoff pro Minute. Bei Hypoxämie, Diffusionsstörung und Sauerstofflangzeittherapie wurde die pulmonale Hypertonie funktional der Klasse WHO III zugeordnet. Ab Juni 2013 kann daher die pulmonal-arterielle Hypertonie als gesichert angesehen werden.

In der Zeit bis Juli 2010 ist eine solche Diagnose nicht gestellt worden. Dem Attest von Dr. Hu. vom 25. November 2014 ist – in Übereinstimmung mit Sc./Fr. (a.a.O.) – zu entnehmen, dass die pulmonale Hypertonie erst in einem fortgeschrittenem Stadium und damit spät diagnostiziert wurde. Daher sei davon auszugehen, dass sie auch in den Jahren zuvor vorgelegen habe und nicht erkannt worden sei. Ab wann sie bestanden haben soll, wird nicht gesagt. Gleichzeitig ist dem zu entnehmen, dass sie in diesem Zeitraum bis zur Erstdiagnose jedenfalls nicht in einem fortgeschrittenen Stadium vorlag. Dr. Va. geht in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2016 davon aus, dass die pulmonale Hypertonie bereits am 1. September 2005 bestanden habe, jedoch in geringerer Ausprägung. Er verweist auf eine im September 2005 beklagte Luftnot und der in der Röntgen-Thoraxaufnahme auffällige Hili, die allerdings auch durch andere bekannte Krankheiten (z.B. koronare Herzkrankheit) bedingt gewesen seien. Des Weiteren nimmt er auf im Oktober 2006 und Juli 2007 aufgetretene Hämoptysen Bezug, deren Ursache nicht habe geklärt werden können. Im Oktober 2011 sei schließlich eine Hypoxämie in der Blutgasanalyse festgestellt worden, die in der Folgezeit trotz Normalisierung der Lungenfunktion persistiert habe. Für den Zeitraum von Juli 2007 bis Oktober 2011 liegen hingegen keine Befunde vor, da sich G nicht in pulmologischer Behandlung befunden hatte. Dass bereits bis Juli 2010 trotz normaler Lungenfunktion persistierende Hypoxämien bestanden hätten, kann also nicht festgestellt werden. Anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Klägerin zuletzt vorgelegten Arztbrief von Dr. Sa. vom 18. März 2004. Dort wird zwar eine mittelgradige Hypoxämie (O₂ 58,5 mmHg) nach Blutgasanalyse beschrieben. Dass diese aber – bei normaler Lungenfunktion und unter Behandlung – persistiert habe, lässt sich diesem einmaligen Befund nicht entnehmen. Darüber hinaus fällt dieser lange zurückliegende Befund in die Zeit des Rentenbezuges des G. Weiter ist zu beachten, dass erst im Februar 2012 wegen nächtlicher Hypoxämie ein O₂-Konzentrator verordnet wurde (Attest von Dr. V. vom 23. April 2014). Eine Sauerstofflangzeittherapie wurde erst Mitte 2012 eingeleitet (vgl. vorläufiger Entlassungsbericht von Dr. Ra. vom 26. Juni 2013). Dort ist auch festgehalten, dass Atemnot zwar schon seit mehr als sieben Jahren bestehe; eine Verschlechterung jedoch in den letzten 1,5 Jahren eingetreten (also Anfang 2012) sei. Dies stimmt mit dem Arztbrief von Dr. V. vom 14. August 2012 (Bl. 76 der SG-Akten S 3 R 1789/12) überein. Danach bestanden keine Atembeschwerden, aber ein vesikuläres Atemgeräusch. Als Therapie wurde neben regelmäßiger Inhalation wie bisher zusätzlich eine Langzeitsauerstofftherapie in Ruhe mit 2 l/Minute und bei Belastung 4 l/Minute angegeben. Diese Therapie wurde im Verlauf mit immer höheren O₂-Raten gesteigert. Der Arztbrief von Dr. V. vom 7. November 2012 (Bl. 82 der SG-Akten S 3 R 1789/12) gibt eine Langzeitsauerstofftherapie in Ruhe mit 3 l/Minute und bei Belastung 4-5 l/Minute an, der Arztbrief des Internisten und Pulmologen Dr. We. vom 13. November 2013 (Bl. 179 der Senatsakten) von 4 l/Minute in Ruhe und bei Belastung 5

l/Minute. G gab dort ausdrücklich eine Zunahme der Atembeschwerden an, die nun trotz der Sauerstofftherapie mit 4 l/Minute bei geringer Belastung auftraten. Auch im vorläufigen Entlassungsbericht von Dr. Ra. vom 26. Juni 2013 ist vermerkt, dass G mit den O₂-Raten nur leichte Steigungen bewältigen, nicht aber Treppensteigen könne. Diese Angaben und die Einleitung einer sich steigernden Langzeitsauerstofftherapie ab Mitte 2012 sprechen für eine maßgebliche Verschlechterung der Gesundheitsstörung ab 2012. Für die Zeit bis Juli 2010 werden Beschwerden solchen Ausmaßes und die Notwendigkeit einer vergleichbaren Therapie in keiner der vorliegenden Unterlagen angegeben. Auch aus den von Dr. Wa. vorgelegten Arztbriefen aus der Zeit von Februar 2006 bis November 2010 ergibt sich nichts anderes. In den dort wiedergegebenen Ergebnissen der Echokardiographien (Arztbriefe vom 20. Februar 2006, 1. Juni 2007, 15. Juli 2008, 19. März 2009 und 12. Oktober 2010) wird jeweils ein normal großes rechtes Herz angegeben. Vergrößerte rechte Herzhöhlen, eine Trikuspidalinsuffizienz oder eine paradoxe Septumbewegung als Zeichen der pulmonalen Hypertonie (s.o.) werden nicht beschrieben. Auch aus den wiedergegebenen Herzkatheterergebnissen (Arztbriefe vom 13. April 2006, 5. Juli 2007 und 15. Oktober 2007) wurden keine Hinweise auf eine pulmonale Hypertonie abgeleitet. Ergebnisse von Spiroergometrieuntersuchungen liegen bis Juli 2010 nicht vor. Auch ein Cor pulmonale wurde bis dahin nicht beschrieben. Bis zu diesem Zeitpunkt kann daher eine pulmonale Hypertonie jedenfalls mindestens mittelgradiger Ausprägung nicht angenommen werden.

(3) Dass bereits bis Juli 2010 bei G eine chronische Lungenkrankheit mit progredienter Atemwegsobstruktion (COPD) vorlag, ist nicht festzustellen. Dr. Sp. gab in seiner Stellungnahme vom 15. März 2006 eine nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis an. In den Gutachten von Dr. M. vom 31. Juli 2004 und Prof. Dr. C. vom 19. Juli 2006 sowie den Rehaberichten von Prof. D. B. vom 21. April 2005 und Dr. Ch. vom 9. Februar 2009 wird ein COPD nicht genannt. Erstmals im Gutachten von Dr. Gr. vom 18. November 2011 stellte dieser - aufgrund einer Untersuchung am 26. Oktober 2011 - die Diagnose eines COPD, das er formal dem Stadium GOLD II zuordnete. Dr. V. beschrieb in seiner Stellungnahme vom 16. August 2012 eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung nach GOLD Stadium I und eine chronische respiratorische Insuffizienz. In den Arztbriefen von Dr. K. vom 12. Oktober 2006, Dr. Mö. vom 11. Dezember 2006 und Dr. V. vom 11. Juli 2007 sind diese Gesundheitsstörungen noch nicht genannt. Da sich G danach erst wieder ab Februar 2011 in Behandlung bei Dr. V. befand, kann sich die von diesem gestellte Diagnose eines COPD nicht auf den Zeitraum bis Juli 2010 beziehen.

(4) Belangvolle orthopädische Gesundheitsstörungen bestanden im hier maßgeblichen Zeitraum bis Juli 2010 nicht. Dr. Dü. berichtete in seiner Stellungnahme vom 1. August 2012 über eine Innenmeniskus-Hinterhorn-Resektion links im November 2006 und rechts im Januar 2007 sowie eine Außenmeniskusrandglättung rechts im März 2009. Danach seien Behandlungen wieder ab Februar 2011 erfolgt (LWS/Neurostatus ohne Befund bis auf DruckschMe. paraventral lumbal). Dr. Ch. wies im Entlassungsbericht vom 9. Februar 2009 keine gesonderte orthopädische Diagnose aus. Dr. Gr. erhob noch bei seiner Untersuchung am 26. Oktober 2011 einen unauffälligen orthopädischen Befund mit freier Entfaltbarkeit der Wirbelsäule. Pathologischen Bewegungseinschränkungen an den oberen und unteren Extremitäten - einschließlich der Kniegelenke - bestanden nicht. Kraft und Tonus sowie Gang waren unauffällig.

bb) Die festgestellten Gesundheitsstörungen schränkten das berufliche Leistungsvermögen des G bis Juli 2010 jedenfalls in qualitativer Hinsicht ein. Aufgrund der koronaren Zwei-Gefäßerkrankung waren dem G Arbeiten mit Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 7,5 kg ohne technische Hilfsmittel, häufigem Bücken, Steigen oder Klettern, Arbeiten im Akkord, unter Zeitdruck oder emotionalem Stress und unter größeren Temperaturschwankungen nicht mehr zumutbar. Dies entnimmt der Senat der übereinstimmenden Einschätzung von Dr. M., Prof. Dr. C., Dr. Gr., Prof. D. B. und Dr. Ch. ... Diese qualitativen Ausschlüsse berücksichtigen bereits Einschränkungen, die sich aus einem COPD Stadium GOLD II ergeben, auch wenn dies - wie oben dargelegt - bis Juli 2010 nicht diagnostiziert worden ist. Der Senat stützt sich dabei auf die überzeugende Einschätzung von Dr. Gr. ... Auch Dr. V. hat keine weitergehenden Ausschlüsse benannt. Der Meniskopathie rechts konnte durch den Ausschluss permanent stehender Tätigkeiten, gewichtsbelasteten Tragens und häufigen Kniens ausreichend Rechnung getragen werden. Auch hierbei folgt der Senat der bei Fehlen weiterer Funktionsbeeinträchtigungen überzeugenden Einschätzung von Dr. Gr. ...

cc) Dass die bei G als rentenrelevant zu berücksichtigen Gesundheitsstörungen bereits bis Juli 2010 zu einem Absinken des tatsächlichen Restleistungsvermögens auf ein unter sechsstündiges Maß führten, er also nicht mehr in der Lage gewesen wäre, zumindest leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr täglich auszuüben, kann nicht festgestellt werden.

Bei freier Beweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten und uneingeschränkter Entfaltbarkeit der Wirbelsäule sowie dem Fehlen jeglicher neurologischer Symptomatik, ist eine Einschränkung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht nicht zu begründen und wurde vorliegend auch von keinem Arzt angenommen.

Hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung ist zu beachten, dass allein das Vorliegen einer solcher Erkrankung oder eines Z.n. Myokardinfarkt nicht automatisch zu einer Einschränkung des Leistungsvermögens oder zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit führt. Bei therapeutisch (medikamentös und interventionell) nicht beeinflussbarer Ischämie schon im Bereich kleiner Alltagsbelastungen ((50 W) ist in der Regel von einer dauerhaft aufgehobenen Leistungsfähigkeit auszugehen. Liegt echokardiographisch eine normale linksventrikuläre Funktion vor, finden sich keine höhergradigen Rhythmusstörungen und treten bis 75 W keine ST-Streckensenkungen oder Angina pectoris auf, so ist leichte Arbeit möglich. Bei ischämiefreier Belastbarkeit zwischen 75 und 125 W ist mittelschwere und oberhalb von 125 W schwere körperliche Arbeit prinzipiell möglich (Schwaab/Franz, a.a.O., S. 299).

Den in den Dr. Wa. vorgelegten Arztbriefen aus der Zeit von Februar 2006 bis November 2010 wiedergegebenen Ergebnissen der Echokardiographien (Arztbriefe vom 20. Februar 2006, 1. Juni 2007, 15. Juli 2008, 19. März 2009 und 12. Oktober 2010) ist durchgängig eine global noch normale Pumpfunktion zu entnehmen. Im Belastungs-EKG vom 20. Februar 2006 zeigten sich bis zu einer Belastung mit 75 W keine signifikanten Endstreckenveränderungen und keine Dyspnoe. Der Abbruch erfolgte wegen angegebener Schmerzen in der linken Brust. Das Belastungs-EKG vom 1. Juni 2007 wurde zwar bereits auf der Stufe von 50 W wegen Brustschmerzen abgebrochen. Signifikante Endstreckenveränderungen und Dyspnoe waren auch hier nicht aufgetreten. Gleiche Ergebnisse erbrachte eine Stress-Echokardiographie vom 11. September 2007. Nach weiterer konservativer Behandlung zeigte sich aber in der Stress-Echokardiographie vom 13. November 2007 wieder eine Belastung bis 75 W ohne signifikante Endstreckenveränderungen und Dyspnoe, Abbruch wegen geringer Angina pectoris (Arztbrief vom 13. November 2007). Das gleiche Ergebnis lieferten ein Belastungs-EKG vom 8. Mai 2008 sowie Stress-Echokardiographien vom 29. Januar und 21. Oktober 2008, vom 23. Juni 2009. Im Entlassungsbericht vom 9. Februar 2009 beschrieb Dr. Ch. einen Abbruch der Fahrradbelastungsergometrie erst bei 100 W wegen muskulärer Insuffizienz und Dyspnoe. Angina pectoris-Beschwerden traten nicht auf, ebenso wenig signifikante ST-Streckenveränderungen im Vergleich zum Ruhe-EKG. Das Kreislauf- und Herzfrequenzverhalten war bei allen

Belastungsstufen adäquat. Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Maßstäbe ist daher nicht von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit für körperlich leichte Arbeiten auszugehen. So ging auch Dr. Ch. davon aus, dass G leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über sechs Stunden täglich zumutbar seien. Im späteren Arztbrief von Dr. Wa. vom 13. April 2010 wird zwar erneut ein Abbruch des Belastungs-EKGs auf der Stufe von 50 W wegen Angina pectoris-Beschwerden beschrieben. Auch dabei handelte es sich allerdings nicht um einen therapeutisch nicht beeinflussbaren Dauerzustand. Vielmehr erfolgte eine interventionelle Behandlung (Ballonaufdehnung und Behandlung mit zwei medikamentenfreisetzenden Stents; Arztbrief vom 3. Februar 2011). Das am 22. März 2011 durchgeführte Belastungs-EKG ergab bei einer Belastung bis 100 W Angina pectoris-Beschwerden, aber keine signifikante Endstreckenveränderungen oder Dyspnoe. Dr. Gr. gab eine Ergometrie im September 2011 wieder, die keine Angina pectoris-Beschwerden und auch keine EKG-Veränderungen, aber ein Abbruch bei 75 W wegen Dyspnoe ergab. Danach war jedenfalls bis Juli 2010 die Leistungsfähigkeit des G für körperlich leichte Arbeiten nicht dauerhaft eingeschränkt. Dies entnimmt der Senat auch der entsprechenden und anhand der genannten Befunde überzeugenden Einschätzung von Dr. Gr. ...

Eine weitergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergibt sich auch nicht, wenn man annähme, dass bereits bis Juli 2010 ein - tatsächlich erst später beschriebenes - COPD Stadium II vorgelegen hätte. Dr. Gr. führt hierzu aufgrund seiner Untersuchung am 26. Oktober 2011 aus, dass wegen der Dyspnoe im Rahmen der Begutachtung eine Bodyplethysmographie erfolgte, die rein formal ein Stadium GOLD II erreichte, entsprechend einer mittleren Behinderung der Atmung und Kurzatmigkeit nach körperlicher Anstrengung. Allerdings war die Mitarbeit bei der Lungenfunktion schlecht, so dass dieser Befund nur mit Vorbehalt wiedergegeben wurde. Ausgehend von der Sekundenkapazität (FEV1 von 1,9 l/sec) als formales Maß könne ungeachtet der Mitarbeit eine bronchopulmonale Belastung von 80 W zugemutet werden. Dies liegt bereits über dem oberen Grenzwert für eine Belastbarkeit für eine leichte Arbeit (vgl. Fi., a.a.O., S. 351). Auch Dr. V. ging in seiner Stellungnahme 16. August 2012 aus lungenfachärztlicher Sicht davon aus, dass G eine leichte, sitzende regelmäßige Arbeit sechs Stunden täglich möglich sei.

Eine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens wegen der pulmonalen Hypertonie kann nicht festgestellt werden. Für die spezifische sozialmedizinische Beurteilung ist zu berücksichtigen, dass bei mittelschwerer und schwerer pulmonaler Hypertonie in der Regel bei allen körperlich arbeitenden Personen von einer aufgehobenen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben auszugehen ist. Dies gilt besonders, wenn es bereits eine Rechtsherzdekompensation aufgetreten ist. Bei leichtgradiger pulmonaler Hypertonie ist unter Berücksichtigung der Grunderkrankung eine überwiegend geistige Tätigkeit möglich, wobei die Wegefähigkeit berücksichtigt werden muss (Schwaab/Franz, a.a.O., S. 322). Zunächst ist bereits das tatsächliche Bestehen einer solchen Gesundheitsstörung, wie oben dargelegt, schon bis Juli 2010 nicht ausreichend gesichert, wobei jedoch jedenfalls eine mittelschwere Ausprägung ausgeschlossen werden kann. Dass die pulmonale Hypertonie bis Juli 2010 gar nicht diagnostiziert wurde, sondern erst im Juni 2013, spricht dagegen, dass Funktionsbeeinträchtigungen vorlagen, die über die durch die anderen Gesundheitsstörungen (insbesondere die koronare Herzerkrankung) verursachten hinausgingen. Im Hinblick auf das "Kardinalsymptom" Belastungs- bis hin zur Ruhedyspnoe zur Bestimmung der spezifischen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (Schwaab/Franz, a.a.O., S.321, 311 f.) ist zu berücksichtigen, dass bei den oben dargestellten Belastungstests grundsätzlich keine Dyspnoe bis zu einer Belastungsstufe von 75 W auftrat. Jedenfalls liegen bis Juli 2010 keine Anhaltspunkte für eine dauerhafte Dyspnoe bereits unterhalb dieser Belastungsstufe vor. Es ist daher eher davon auszugehen, dass eine gegebenenfalls bereits bestehende pulmonale Hypertonie bis zu diesem Zeitpunkt keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bedingte, die über die bereits durch die koronare Zwei-Gefäßerkrankung verursachten hinausgingen.

Daher kann auch im Rahmen einer Gesamtbetrachtung eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht nicht festgestellt werden.

dd) Ob dem G ein Arbeitsplatz vermittelt werden konnte oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI). Maßgebend ist, ob G mit dem ihm verbliebenen Restleistungsvermögen - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, er also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. Oktober 2010 - [B 13 R 78/09 R](#) - juris, Rn. 31). Dass dies nicht der Fall war, vermag der Senat, wie zuvor dargelegt, nicht feststellen.

ee) Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung lagen nicht vor. In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsstündigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten (siehe - auch zum Folgenden - etwa Urteil des Senats vom 21. November 2014 - [L 4 R 4797/13](#) - nicht veröffentlicht). Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten.

Dies ist hier nicht der Fall. Die qualitativen Leistungseinschränkungen des G (siehe oben) sind nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Darin ist weder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen zu sehen. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können - unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - juris, Rn. 28 m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen war hier gegeben.

ff) Auch die Wegefähigkeit des G war gegeben. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle in zumutbarer Zeit aufsuchen zu können. Das BSG hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 Metern zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (zum Ganzen z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 - [13/5 RJ 73/90](#) - juris, Rn. 16 ff.; Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 21/10 R](#) - juris, Rn. 21 f.; Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 79/11 R](#) - juris, Rn. 19 f.). G war in der Lage, eine Gehstrecke von 500 Metern viermal in weniger als 20 Minuten täglich zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Aus den ärztlichen Äußerungen ergeben sich keine Befunde, die für eine unter den genannten Maßstäben eingeschränkte Gehfähigkeit des G

sprechen. Sie wurde auch von keinem der mit G befassten Ärzte verneint. Vielmehr hat Dr. V. in seiner Stellungnahme vom 16. August 2012 bestätigt, dass G öffentliche Verkehrsmittel benutzen könne. Lediglich Wegstrecken über 500 m könne er aufgrund des kardiologischen Befundes nicht ohne Einschränkung zurücklegen.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-01-24