

L 13 R 4703/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 R 1166/15
Datum
26.10.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 4703/15
Datum
27.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. Oktober 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger, der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit bezieht, begehrt die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der am 4. Januar 1958 geborene Kläger war im Zeitraum vom 1. September 1974 bis 3. Dezember 2012 mit Unterbrechungen, zunächst im Beitrittsgebiet und im Rahmen einer Ausbildung als Koch, rentenversicherungspflichtig beschäftigt. Danach war er arbeitsunfähig bzw. erhielt er Entgeltersatzleistungen von der Agentur für Arbeit. Seit 1. Februar 2014 bezieht er Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, zunächst befristet (Bescheid vom 28. Mai 2014), inzwischen auf Dauer bis zur Regelaltersgrenze (Bescheid vom 29. Dezember 2017). Wegen der weiteren Einzelheiten und der versicherungsrechtlichen Zeiten wird u.a. auf den Kontospiegel vom 30. Oktober 2014 verwiesen.

Grundlage der Bewilligung der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit war u.a. ein Gutachten des Facharztes für Innere Medizin und Sozialmedizin A.-B. vom 14. April 2014 (Diagnosen: Mäßige Allgemeinbeeinträchtigung auf dem Boden einer Adipositas III. Grades mit exzessiver Fettverteilungsstörung [Morbus Madelung], WS-Fehlbelastung mit degenerativen Veränderungen, führend im LWS- und HWS-Bereich, leichte bis mäßige Funktionsstörung ohne Neurologie, Adipositas assoziierte Belastungskurzatmigkeit mit am ehesten extrapulmonaler Entfaltungsstörung der Lunge ohne Nachweis einer Ventilationsstörung, anhaltende ängstlich depressive Anpassungsstörung bei zwanghafter Persönlichkeitsstruktur mit Kontrollzwängen, im Alltag noch ohne gravierende Beeinträchtigung, leichte bis mäßige Funktionsstörung beider Hüftgelenke bei degenerativen Veränderungen und Z.n. Hüftgelenkersatz links, Z.n. vor Jahren effektiv behandelte Herzrhythmusstörung bei langjährigem Bluthochdruck mit leichter hypertensiver Herzerkrankung, zur Zeit befriedigend eingestellt; die bisherige Tätigkeit als Koch in einer Großküche sei noch unter drei Stunden möglich, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, zeitweise im Stehen, Gehen und Sitzen - ohne WS-Zwangshaltungen, häufiges Bücken, kniende und hockende Tätigkeiten, Gehen auf unebenem Untergrund, Ersteigen von Treppen und Leitern, Tätigkeiten mit häufiger Rumpfvorneigehaltung, körperferne Hebe- und Tragebelastungen, Überkopparbeiten mit dem linken Arm, Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck, häufigem Publikumsverkehr und Nacharbeit sowie Ganzkörpervibrationsleistungen und Erschütterungen - mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel seien sechs Stunden und mehr arbeitstäglich möglich).

Den Antrag des Klägers auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 27. Oktober 2014 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27. November 2014 und Widerspruchsbescheid vom 24. März 2015 ab, da der Kläger leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bei Beachtung näher dargelegter qualitativer Einschränkungen sechs Stunden und mehr täglich verrichten könne.

Grundlage der Entscheidung waren das Gutachten des Arztes A.-B. vom 14. April 2014, dessen Stellungnahmen vom 18. November 2014 und 16. Februar 2015, Berichte behandelnder Ärzte sowie ein in einem Klageverfahren gegen die Krankenversicherung eingeholtes internistisch-endokrinologisches Sachverständigengutachten des Prof. Dr. Seufert vom 17. Februar 2015.

Wegen der die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung versagenden Entscheidung hat der Kläger am 8. April 2015 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Er hat geltend gemacht, er leide unter einer Vielzahl starker körperlicher Beeinträchtigungen,

die sich zunehmend auch in psychischen Problemen festgesetzt hätten. Seit vielen Jahren träten rezidivierend lumbalgieforme Beschwerden auf. Es sei bereits eine LWS-Operation erfolgt. Ferner bestünden eine Polyneuropathie (PNP) und ein Morbus Madelung, was auch zu psychischen Problemen führe. Deswegen sei er in psychotherapeutischer Behandlung.

Das SG hat die behandelnden Ärzte und den Psychotherapeuten des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Über die von ihnen erhobenen Befunde und ihre Leistungseinschätzung haben, zum Teil unter Beifügung von weiteren ärztlichen Äußerungen, der Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. C. am 26. Juni 2015 (Bronchiale Hyperreagibilität, Schlafapnoe; Verrichtung leichter körperlicher Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zumutbar), der Facharzt für Neurologie Dr. D. am 2. Juli 2015 (PNP in den Beinen, erschwerte Beugung des Kleinfingers links, Pelzigkeit und Einschlafen des linken Arms; kein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden pro Tag), die Hausärztin E. am 7. Juli 2015 (u.a. Adipositas permagna, chronisches Schmerzsyndrom durch Polyarthrose und teilweise Bandscheibenvorfälle, Hyperurikämie, Hypertonie, obstruktives Schlafapnoesyndrom, COPD, Z.n. autoimmuner Thyreoiditis, geheiltes Vorhofflimmern, PNP; Leistungsvermögen maximal zwei bis vier Stunden pro Tag) und Dipl.-Psych. F. am 8. Juli 2015 (einmal monatliche Behandlung in den Jahren 2014/15; Zwangserkrankung, Belastungsstörung, Kampf um Operation; Veränderung in Form einer Besserung der Depression und Abklingen suizidaler Gedanken; eine körperlich leichte Berufstätigkeit sei keine sechs Stunden täglich möglich, das Leistungsvermögen sei nach einer Operation neu zu bewerten) berichtet.

Ferner hat das SG ein Sachverständigengutachten des Arztes für Innere Medizin, Kardiologie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen Dr. G. vom 4. August 2015 eingeholt. Dieser hat die Angaben des Klägers zu seinen Beschwerden und zum Tagesablauf sowie die von ihm erhobenen Befunde, auch den psychischen Befund, referiert. Insofern wird auf das Gutachten verwiesen. Der Sachverständige hat darauf hingewiesen, dass der Kläger, bei dem während der Belastung und in der Nachbelastungsphase keine elektrokardiographischen Ischämie-Äquivalente erkennbar gewesen seien, bei der Untersuchung nicht ausreichend mitgewirkt habe. Diese Einschränkung der Belastbarkeit sei nicht glaubhaft, es sei weder die maximale Atemfrequenz, noch die maximale Herzfrequenz erreicht worden und es habe sich auch kaum ein Blutdruckanstieg gezeigt. Auch bei Voruntersuchungen seien deutlich höhere Belastbarkeiten dokumentiert. Die Sauerstoffaufnahme habe ab ca. 30 Watt stagniert ohne weiteren Anstieg, ebenso die CO₂-Abgabe. Bei einem Spaziergang mit einer Gehstrecke von insgesamt 350 m habe der Kläger zehn Minuten benötigt. Er habe keine Pausen gemacht und Schmerzen in den Hüften und am rechten Knie sowie Atemnot angegeben. Dr. G. hat die Diagnosen Belastungsdyspnoe NYHA III. Grades, bedingt durch Trainingsmangel und moribunde Adipositas, benigne Lipomatose beidseits (Morbus Madelung), hypertensive Herzerkrankung mit Z.n. erfolgreicher Pulmonalvenenablation bei Vorhofflimmern, unter Substitution euthyreote Stoffwechsellage bei Hyperthyreose, normochrome geringe Anämie, degenerative LWS-Veränderungen bei mikrochirurgischer Dekompression eines Bandscheibenvorfalles (7/2013), Z.n. Hüft-TEP links 2005 und unklare PNP gestellt. Das Körpergewicht betrage derzeit 142 kg. Es sollte eine bariatrische Operation in Erwägung gezogen werden. Der Kläger könne leichte Tätigkeiten überwiegend nur im Sitzen - ohne zusätzliches Tragen von Lasten von mehr als zehn kg, Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten mit Bücken und hoher Verantwortung, Arbeiten im Akkord und mit Zeitdruck und Stress sowie hoher nervlicher Belastung, Tätigkeiten bei Publikumsverkehr, mit besonderer geistiger Beanspruchung, mit erhöhter und hoher Verantwortung oder mit erforderlichem erhöhtem oder hohem Konzentrationsvermögen sowie Arbeiten unter nervlicher Belastung - aktuell noch drei bis sechs Stunden verrichten. Dieser Zustand bestehe seit 17. Dezember 2014. Beim letzten Gutachten sei noch ein Körpergewicht von 134 kg festgestellt worden. Nachdem diätetische Maßnahmen im Vorfeld gescheitert seien, seien bariatrische Maßnahmen wie operative Magenverkleinerung, Magenband etc. und eine operative Entfernung der abnormen Fettansammlung notwendig. Dadurch könnten ein enormer Gewichtsverlust und auch die Fähigkeit zu einem körperlichen Training erreicht werden, das in Kombination mit einem nahezu Normalgewicht die körperliche Belastbarkeit und damit das positive Leistungsbild drastisch verbessern könne. Eine Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, auch als Koch, wäre durchaus binnen weniger Monate möglich.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme von Dr. H.-H. vom 16. September 2015 vorgelegt, die ausgeführt hat, die Hauptproblematik bestehe in der schweren Adipositas und der daraus resultierenden Belastungsdyspnoe. Unter Würdigung der Gutachten sei insgesamt von einem uneingeschränkten quantitativen Leistungsvermögen bei Beachtung qualitativer Einschränkungen auszugehen, auch bereits vor möglicherweise nachfolgenden operativen Eingriffen, die eine zusätzliche Verbesserung bringen könnten.

Mit Urteil vom 26. Oktober 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung lägen nicht vor. Soweit Dr. G. von einer Einschränkung des Leistungsvermögens auf drei bis sechs Stunden ausgehe und wenn damit knapp unter sechs Stunden gemeint wäre, betreffe dies den Zeitpunkt der ambulanten Untersuchung. Eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung könnte frühestens am 1. Februar 2016 beginnen, so dass insofern noch kein Anspruch bestehe. Im Übrigen sei das Fortdauern der zeitlichen Leistungseinschränkung bis dahin nicht festzustellen. Dr. G. habe darauf hingewiesen, dass durch eine deutliche Gewichtsreduzierung binnen weniger Monate eine drastische Verbesserung zu erreichen wäre und der Kläger sogar seinen früheren Beruf als Koch dann wieder ausüben könne. Eine Besserung der Erwerbsfähigkeit bis zum 1. Februar 2016 lasse sich damit nicht ausschließen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 2. November 2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. November 2015 Berufung eingelegt.

Der Kläger hat Berichte des Universitätsklinikums Tübingen, Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin IV vom 11. April 2016 (Dr. I.), Klinik für Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie, Interdisziplinäre Endoskopie, vom 10. März 2016 (Dr. J.), Medizinische Klinik V, Abteilung Sportmedizin, vom 20. Januar 2016 (Dr. K.), Hautklinik vom 3. Juni 2016 (Prof. Dr. L.) sowie plattform-adipositas, vom 12. September 2016 (Dr. M.) vorgelegt. Ferner hat er Berichte des Radiologen Dr. N. vom 6. April 2016, der Kliniken O., Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie vom 31. März 2016 (Assistenzarzt P.: stationäre Behandlung vom 30. März bis 1. April 2016, Diagnosen: Lungenarterienembolie unklarer Ätiologie, keine Infarktpneumonie; stationärer Verlauf komplikationslos, Empfehlung weiterer Abklärung), des Dermatologen und Kardiologen Dipl.-Med. Q. vom 1. und 15. März 2016 (Belastung Liegeergometer bis 100 W, Befund spreche eher gegen eine KHK), des Radiologen Dr. R. vom 27. November 2015, von Univ.-Prof. Dr. Schaller, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen, vom 7. Juli 2016 und - am 3. Juli 2017 - des W. Klinikums W. vom 14. Juni 2017 vorgelegt.

Während des Berufungsverfahrens ist eine stationäre Heilbehandlung in der U. Fachklinik U. vom 13. April bis 4. Mai 2016 erfolgt (Diagnosen: Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale, sekundäre pulmonale Hypertonie, essenzielle primäre Hypertonie, übermäßige Adipositas mit alveolärer Hyperventilation; Gewicht 142,3 kg; psychologisches Screening: Kläger befinde sich in regelmäßiger psychologischer Betreuung mit bekannten Ängsten und Zwangshaltungen, aktuell wünsche er keine psychologische Betreuung, fühle sich

psychisch stabil; Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten mit zeitweiligem Stehen, Gehen und Sitzen sei drei bis unter sechs Stunden möglich).

Der Senat hat ein Sachverständigengutachten des Internisten und Betriebsmediziners Dr. S. - mit Zusatzuntersuchungen bei dem Arzt für Innere Medizin, Herz und Lunge Dr. van T. vom 11. August 2016 (anaerobe Schwelle bei einer Belastung von 140 Watt überschritten) - eingeholt. Der Sachverständige hat die Angaben des Klägers, insbesondere zum Tagesablauf, und die von ihm erhobenen Befunde referiert. Insoweit wird auf das Gutachten verwiesen. Er ist dann zum Ergebnis gelangt, beim Kläger bestünden eine ausgeprägte Adipositas (Madelung-Krankheit), ein Z.n. Lungenembolie bei aktuell normaler Lungenfunktion und normalem Gasaustausch, ein Z.n. Vorhofflimmern mit Ablation bei Ausschluss einer relevanten organischen Herzerkrankung, einer Hypertonie, einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom und einer Refluxerkrankung der Speiseröhre. Die Gesundheitsstörungen schränken das Leistungsvermögen qualitativ ein. Der Kläger könne noch leichte und auch mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Gehen oder Stehen oder Sitzen in geschlossenen Räumen, bei entsprechender Kleidung auch im Freien - ohne Arbeiten unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen sowie häufiges Heben und Tragen von Lasten über 15 kg - mindestens sechs Stunden pro Arbeitstag verrichten. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich und es bestehe auch keine Einschränkung des Arbeitsweges. Der Kläger gebe seine Gehfähigkeit mit ca. 20 Minuten an und habe im Rahmen des sechsinütigen Gehtests in acht Minuten trotz Neigungszunahme des Laufbandes bei Dr. van T. 380 m zurücklegen können. Der nun festgestellte Gesundheitszustand bestehe mindestens seit Rentenantragstellung und habe sich seitdem nicht wesentlich geändert. Die geplanten Maßnahmen zur Reduktion der Adipositas seien gegebenenfalls geeignet, die qualitativen Einschränkungen zu verbessern. Isoliert betrachtet führe die Adipositas bei leichten und auch mittelschweren körperlichen Arbeiten zu keiner quantitativen Einschränkung des Leistungsvermögens. Die Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens durch Dr. G. sei anhand der Befunde und Untersuchungen, auch bei Dr. van T. mit einer Belastung bis 140 Watt, nicht nachvollziehbar und entspreche überwiegend den subjektiven Angaben des Klägers. Der Kläger habe die bei ihm erfolgte Belastungsmessung unter Angabe von Erschöpfung nach einer Minute und bei 50 Watt abgebrochen, dann aber ca. zwei Stunden später auf dem Laufband bis 150 Watt belastet werden können. Bis 75 Watt und somit einer Belastung mit mittelschweren Arbeiten sei keine Einschränkung feststellbar. Insofern könne auch nicht der Einschätzung des Leistungsvermögens der U. Fachklinik U. zugestimmt werden. Soweit der behandelnde Neurologe Dr. D. ein vollschichtiges Leistungsvermögen nicht für möglich erachte und die Hausärztin E. von einem chronischen Schmerzsyndrom und einem psychosomatischen Leiden mit rezidivierenden depressiven Episoden berichte, sei eine nervenfachärztliche Begutachtung zu empfehlen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat ein Sachverständigengutachten des Internisten, Diabetologen und Sozialmediziners Dr. V. vom 30. März 2017 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 24. Oktober 2017 eingeholt. Dieser hat die Angaben des Klägers zu seinen Beschwerden und die von ihm erhobenen Befunde sowie die weiteren ärztlichen Äußerungen referiert. Wegen der Einzelheiten wird auf sein Gutachten verwiesen. Der Sachverständige ist zum Ergebnis gelangt, die am meisten beeinträchtigenden Gesundheitsstörungen lägen auf internistischem Gebiet. Der Kläger leide unter einer Adipositas permagna mit Folgeschäden, einem Z.n. Lungenembolie bei sekundärer pulmonaler Hypertonie, einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom und einer PNP. Der Kläger könne unter Berücksichtigung seiner Leiden überwiegend sitzende leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit nur zeitweiligem Gehen und Stehen und prinzipieller Meidung körperlicher Belastung - ohne Heben und Tragen von Lasten über fünf bis zehn kg, berufsbedingtes Bücken und Zwangshaltungen, Erfordernis an die Feinmotorik - sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten. In Betracht kämen z.B. Schreibtischaktivitäten oder Monitorüberwachungen oder Überwachungen aller Art. Auf die vom Kläger vorgelegten Berichte des W. Klinikums W. vom 14. Juni 2017 über eine durchgeführte Koronarangiographie hat Dr. V. in der auf Antrag des Klägers eingeholten ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme auf Einwendungen des Klägers zu seinem Gutachten ausgeführt, er habe den systolischen Pulmonalarteriendruck gemessen, der als leicht einzustufen sei. In der vom Klägervertreter genannten Literaturstelle sei nur der mittlere Pulmonalarteriendruck angegeben. Allein durch den beobachteten atemabhängigen Kollaps der Lebervenen sei für den Fachmann der Hinweis für eine leichte pulmonale Hypertonie gegeben. Entgegen der Behauptung der Klägerseite, er habe sich nicht hinsichtlich des möglichen zeitlichen Umfangs bei leichten Arbeiten festgelegt, habe er bereits angegeben, dass überwiegend sitzende Tätigkeiten ohne körperliche Belastung mindestens sechs Stunden ausgeführt werden könnten, wobei im Übrigen auch PNP berücksichtigt sei. Er habe auch im Gutachten ausgeführt, warum nur noch leichte sitzende Tätigkeiten möglich seien. Soweit im Juni 2017 nun eine hochgradige coronare Eingefäßkrankung diagnostiziert worden sei, sei deswegen nach Ballondilatation ein immunsuppressiv imprägnierter Stent eingesetzt worden und eine Tripletherapie eingeleitet worden, die nebenbei auch als Prophylaxe einer erneuten Lungenembolie zu werten sei. Kardiovaskuläre Risikofaktoren habe es in der Vergangenheit beim Kläger genug gegeben. Mit dieser Therapie und der ambulanten striktiven Behandlung der Risikofaktoren lasse sich ein Rezidiv vermeiden. Insgesamt ist der Sachverständige von seinem Gutachten nicht abgewichen.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, die Körpermasse habe auch nach nahezu erfolgtem Abschluss der Diätberatung durch die Krankenkasse noch immer 143 kg betragen. Im Übrigen ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. G. ein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden. Es seien bereits mehrfache Voruntersuchungen im Hinblick auf eine bariatrische Operation erfolgt. Eine solche sei auch nicht duldungspflichtig, von der krankensicherungsrechtlichen Problematik hinsichtlich der Kosten ganz abgesehen. Die Rente sei ihm zumindest befristet zu gewähren. Zuletzt hat der Kläger noch Berichte des Gefäßchirurgen Dr. X. vom 8. Januar 2018 (Diagnosen u.a.: kein Hinweis auf behandlungsbedürftige periphere arterielle Verschlusskrankheit [pAVK] oder auf eine arterielle Perfusionsstörung beider Arme, V.a. Raynaudsymptomatik beider Hände, Seitenastvaricoris rechts und links, CVI [chronisch venöse Insuffizienz] bds., Lip-Lymphöden, Dermatosen bds.; Therapieempfehlung: u.a. Eliquis wie bisher, konsequente Kompressionstherapie, physikalische Maßnahmen, regelmäßige Kontrolle, bezüglich Raynaudsymptomatik Kälteexposition meiden) und des W. Klinikums W. vom 19. Januar 2018 (Herzkatheruntersuchung; Diagnosen: u.a. koronare 1-Gefäß-Erkrankung, Z. n. DE-Stent-Implatation mit gutem Ergebnis; empfohlenes Vorgehen: konservativ, konsequente Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. Oktober 2015 sowie den Bescheid vom 27. November 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. März 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. Oktober 2014 auf Zeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, eine rentenberechtigende Leistungsminderung sei nicht feststellbar. Befunde, die Anlass für die Durchführung einer nervenärztlichen Begutachtung geben würden, lägen nicht vor. Hierzu hat sie neben dem HV-EB vom 4. Mai 2016 der U. Fachklinik U. Stellungnahmen der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. H.-H. vom 15. April, 21. Juni und 20. September 2016 sowie 15. September und zuletzt 6. Dezember 2017 vorgelegt. Diese geht davon aus, dass auch unter Berücksichtigung der während des Berufungsverfahrens eingegangenen ärztlichen Äußerungen eine rentenrechtlich wesentliche qualitative oder quantitative Leistungseinschränkung nicht vorliegt. Die Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens im HV-EB auf drei bis unter sechs Stunden für leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sei nicht nachvollziehbar, denn explizit sei auch in diesem Bericht dargestellt, dass sich echokardiographisch eine gute Herzfunktion ohne Anhalt für eine Rechtsherzbelastung gezeigt habe und die Lungenfunktionsuntersuchung ebenso normal gewesen sei. Auch durch das Gutachten von Dr. S. sei ein sechsständiges Leistungsvermögen bestätigt. Soweit dem Kläger eine Fettschürzenresektion empfohlen worden sei, sei bei deren Durchführung nochmals eine Besserung des Gesamtbefindens und der Beweglichkeit zu erreichen. Insgesamt bestehe bereits jetzt aber ein positives Leistungsprofil. Auch nach dem Gutachten der ergänzenden Stellungnahme von Dr. V. bestehe ein sechsständiges Leistungsvermögen für körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Dies folge auch aus der ergänzenden Stellungnahme des Dr. V. ... Die neu diagnostizierte koronare 1-Gefäß-Erkrankung werde in einem ausreichenden Maß behandelt, sodass auch sie nicht zu einer relevanten Änderung des quantitativen Leistungsvermögens führe. Zu den zuletzt von Klägerseite eingereichten Berichten vom Januar 2018 hat die Beklagte eine Stellungnahme der Dr. H.-H. vom 21. Februar 2018 vorgelegt. Diese hat keine wesentlich neuen Befunde gesehen und an ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens festgehalten.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers hat keinen Erfolg. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ist § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI).

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI, wenn sie 1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Voll erwerbsgemindert sind gemäß § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI auch 1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Nicht erwerbsgemindert ist gemäß § 43 Abs. 3 SGB VI, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Der Eintritt einer rentenberechtigenden Leistungsminderung muss im Wege des Vollbeweises festgestellt sein, vernünftige Zweifel am Bestehen der Einschränkungen dürfen nicht bestehen. Gemessen daran vermag der Senat nicht mit der erforderlichen an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass eine rentenrechtlich relevante qualitative oder eine quantitative Minderung des Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden arbeitstätig vorliegt.

Der Kläger ist nicht voll erwerbsgemindert, denn er kann nach dem Ergebnis der vorliegenden Ermittlungen zumindest einfache leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, beispielsweise leichte Schreibtisch- und Überwachungstätigkeiten sechs Stunden arbeitstätig verrichten.

Der Kläger leidet bzw. litt zum Zeitpunkt der Begutachtung bei dem Arzt A.-B. hinsichtlich nicht nur vorübergehender akuter Leiden im Wesentlichen unter einer Adipositas III. Grades mit exzessiver Fettverteilungsstörung (Morbus Madelung), einer WS-Fehlbelastung mit degenerativen Veränderungen, führend im LWS- und HWS-Bereich mit leichter bis mäßiger Funktionsstörung ohne Neurologie, einer mit der Adipositas assoziierten Belastungskurzatmigkeit mit am ehesten extrapulmonaler Entfaltungsstörung der Lunge ohne Nachweis einer Ventilationsstörung, einer anhaltenden ängstlich depressiven Anpassungsstörung bei zwanghafter Persönlichkeitsstruktur mit Kontrollzwängen, im Alltag ohne gravierende Beeinträchtigung, einer leichten bis mäßigen Funktionsstörung beider Hüftgelenke bei degenerativen Veränderungen und einem Z.n. Hüftgelenkersatz links und einem Z.n. vor Jahren effektiv behandelte Herzrhythmusstörung bei befriedigend eingestelltem langjährigem Bluthochdruck mit leichter hypertensiver Herzerkrankung. Dies ergibt sich für den Senat nachvollziehbar anhand der mitgeteilten Befunde aus dem Gutachten des Arztes A.-B. ... Dr. G. hat dann nach Aktenlage und eigener Untersuchung die Diagnosen Belastungsdyspnoe NYHA III. Grades, bedingt durch Trainingsmangel und moribunde Adipositas, benigne Lipomatose beidseits (Morbus Madelung), hypertensive Herzerkrankung mit Z.n. erfolgreicher Pulmonalvenenisolation bei Vorhofflimmern, unter Substitution euthyreote Stoffwechsellage bei Hyperthyreose, normochrome geringe Anämie, degenerative LWS-Veränderungen bei mikrochirurgischer Dekompression eines Bandscheibenvorfalles (7/2013), Z.n. Hüft-TEP links 2005 und unklare PNP gestellt. Dr. S. hat eine ausgeprägte Adipositas (Madelung-Krankheit), einen Z.n. Lungenembolie bei normaler Lungenfunktion und normalem Gasaustausch, einen Z.n. Vorhofflimmern mit Ablation bei Ausschluss einer relevanten organischen Herzerkrankung, eine Hypertonie, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und eine Refluxerkrankung der Speiseröhre erhoben. Dr. V. hat schließlich eine Adipositas permagna mit Folgeschäden, einen Z.n. Lungenembolie bei sekundärer pulmonaler Hypertonie, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom und eine PNP beschrieben. Das Vorliegen dieser Erkrankungen steht zur Überzeugung des Senats fest, nachdem sie von den genannten Gutachtern, zum Teil Vorgutachten bestätigend, zum Teil ergänzend, anhand der Befunde festgestellt worden sind.

Im Juni 2017 ist dann zusätzlich eine koronare Eingefäßerkrankung aufgetreten, die adäquat therapiert worden ist mittels Ballondilatation

und Einsatz eines immunsuppressiv imprägnierten Stents und Einleitung einer Tripletherapie, die auch als Prophylaxe für eine erneute Lungenembolie dient. Mit dieser Therapie und der ambulanten striktiven Behandlung der Risikofaktoren lässt sich, so Dr. V., ein Rezidiv vermeiden.

Darüber hinausgehende dauerhafte - und nicht nur vorübergehende akute - Gesundheitsstörungen, die für die Beurteilung des Leistungsvermögens im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung von Relevanz wären, sind dagegen nicht festzustellen. Insbesondere ergeben sich solche dauerhaften Gesundheitsstörungen, die eine quantitative Leistungsminderung bedingen würden, auch nicht unter Berücksichtigung der Angaben der behandelnden Ärzte, nachdem der Kläger mehrfach gutachterlich eingehend untersucht worden ist, auch durch Dr. V., den Arzt seiner Wahl nach [§ 109 SGG](#). Anlass für eine nervenärztliche Begutachtung besteht insofern im Übrigen nicht, da keine Befunde vorliegen, die auf entsprechende Gesundheitsstörungen hinweisen. Insbesondere ergeben sich Hinweise insofern nicht aus den bei den von den Gutachtern durchgeführten Untersuchungen gewonnenen Erkenntnissen und auch nicht anlässlich der stationären Heilbehandlung in der U. Klinik. Zum psychischen Befund ist insofern u.a. ausgeführt worden, der Kläger habe keine psychologische Betreuung gewünscht und angegeben, er fühle sich psychisch stabil. Eine Behandlung bei einem Facharzt für Psychiatrie erfolgt nicht. Auch sind keine stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken erfolgt. Belastbare und nachvollziehbare psychiatrische Befunde sind den vorliegenden ärztlichen Äußerungen nicht zu entnehmen. Wesentliche neurologische Befunde sind ebenfalls nicht belegt. Die PNP haben bereits Dr. G. und Dr. V. berücksichtigt. Dr. V. hat sie, wie ausdrücklich dargelegt, auch bei der Beurteilung des Leistungsvermögens einbezogen. Damit besteht auch kein Anlass zu entsprechenden weiteren Ermittlungen, zumal sie selbst der Kläger nicht mehr im Vordergrund gesehen hat.

Auf Grund der sonach beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen ist dieser in seiner Fähigkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, eingeschränkt. Es bestehen insofern aber nur qualitative Einschränkungen hinsichtlich der möglichen Tätigkeiten, nicht jedoch quantitative auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich. Dies ergibt sich schlüssig und überzeugend aus dem Gutachten des Arztes A.-B. und den Sachverständigengutachten von Dr. S. sowie zuletzt auch Dr. V ...

Der Gutachter A.-B. hat leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, zeitweise im Stehen, Gehen und Sitzen - ohne WS-Zwangshaltungen, häufiges Bücken, kniende und hockende Tätigkeiten, Gehen auf unebenem Untergrund, Ersteigen von Treppen und Leitern, Tätigkeiten mit häufiger Rumpfvorneigehaltung, körperferne Hebe- und Tragebelastungen, Überkopparbeiten mit dem linken Arm, Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck, häufigem Publikumsverkehr und Nacharbeit sowie Ganzkörpervibrationsleistungen und Erschütterungen - mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel für möglich erachtet. Dr. G. hat dargelegt, dass der Kläger aus seiner Sicht leichte Tätigkeiten überwiegend nur im Sitzen - ohne zusätzliches Tragen von Lasten von mehr als zehn kg, Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten mit Bücken und hoher Verantwortung, Arbeiten im Akkord und mit Zeitdruck und Stress sowie hoher nervlicher Belastung, Tätigkeiten bei Publikumsverkehr, mit besonderer geistiger Beanspruchung, mit erhöhter und hoher Verantwortung oder mit erforderlichem erhöhtem oder hohem Konzentrationsvermögen sowie Arbeiten unter nervlicher Belastung - verrichten könne. Dr. S. hat leichte und auch mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Gehen oder Stehen oder Sitzen in geschlossenen Räumen, bei entsprechender Kleidung auch im Freien - ohne Arbeiten unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen sowie häufiges Heben und Tragen von Lasten über 15 kg - für möglich erachtet. Nach der Einschätzung von Dr. V. schließlich kann der Kläger unter Berücksichtigung seiner Leiden überwiegend sitzende leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit nur zeitweiligem Gehen und Stehen und prinzipieller Meidung körperlicher Belastung - ohne Heben und Tragen von Lasten über fünf bis zehn kg, berufsbedingtes Bücken und Zwangshaltungen, Erfordernis an die Feinmotorik - verrichten. In Betracht kämen z.B. Schreibtischtätigkeiten oder Monitorüberwachungen oder Überwachungen aller Art.

Unter Berücksichtigung der von den Gutachtern genannten Einschränkungen kann der Kläger zur Überzeugung des Senats somit zumindest noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend im Sitzen - ohne Heben und Tragen von Lasten über fünf bis zehn kg, WS-Zwangshaltungen, häufiges Bücken, kniende und hockende Tätigkeiten, Gehen auf unebenem Untergrund, Ersteigen von Treppen und Leitern, Tätigkeiten mit häufiger Rumpfvorneigehaltung, körperferne Hebe- und Tragebelastungen, Überkopparbeiten mit dem linken Arm, Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck, Akkordarbeit, häufigem Publikumsverkehr und Nacharbeit, Stress, nervliche Belastung, hohe Verantwortung, mit erforderlichem erhöhtem oder hohem Konzentrationsvermögen sowie Ganzkörpervibrationsleistungen und Erschütterungen, Einwirkung reizender inhalativer Substanzen Erfordernis an die Feinmotorik - verrichten. Hierbei handelt es sich weder um eine Summierung ungewöhnlicher Einschränkungen, noch besteht eine schwere spezifische Leistungseinschränkung, so dass Zweifel an einer Verschlussheit des Arbeitsmarktes, die die Benennung einer konkreten Tätigkeit erforderlich machen würden, für den Senat nicht bestehen. In Betracht kommen im Übrigen insoweit - so Dr. V. - z.B. Schreibtischtätigkeiten oder Monitorüberwachungen oder Überwachungen aller Art. Den genannten Einschränkungen kann bei diesen Tätigkeiten Rechnung getragen werden.

Entsprechende Tätigkeiten sind dem Kläger zur Überzeugung des Senats auch wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich noch möglich. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem Gutachten von dem Arzt A.-B. und dem Sachverständigengutachten von Dr. S., dem sich schließlich auch der auf Antrag des Klägers gehörte Sachverständige Dr. V. insoweit angeschlossen hat.

Dies steht auch in Übereinstimmung mit dem vom Kläger jeweils anlässlich der Untersuchungen bei Gutachtern angegebenen Tagesverlauf. So hat der Kläger bei Dr. G. angegeben, er stehe morgens etwa gegen 7.00 Uhr auf, bereite für sich und seine Frau das Frühstück und kümmere sich anschließend ein wenig um Haushaltstätigkeiten wie Staubsaugen, Kochen oder Einkaufen. Er liest dann Zeitung und hört Radio, abends schaut er Fernsehen. Am Computer sitzt er eher selten. Im Jahr 2013 hat er eine Urlaubsreise mit dem Flugzeug in die Türkei gemacht. Bei Dr. S. hat der Kläger zum Tagesablauf angegeben, er gehe einkaufen und besorge Kleinigkeiten im Haushalt. Ferner gehe er langsam 20 bis 30 Minuten spazieren. Der letzte Urlaub sei vor zwei Jahren mit dem PKW an der Ostsee gewesen. Gemäß seinen Angaben bei Dr. V. macht er teilweise den Haushalt, kocht und kauft ein und benutzt zum Einkaufen auch einen PKW. Ferner geht er spazieren und schaut abends Fernsehen. Diese Angaben sprechen ebenfalls dafür, dass der Kläger die genannten leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - von vorübergehenden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit abgesehen - sechs Stunden arbeitstäglich noch verrichten kann.

Auch der psychische Befund, den Dr. G. und Dr. V. beschrieben haben, lässt Einschränkungen des zeitlichen Leistungsvermögens nicht erkennen. Zum psychischen Befund hat Dr. G. vermerkt, der Kläger sei zur Untersuchung pünktlich erschienen und im Rahmen der Untersuchung bemüht und kooperativ gewesen. Er habe die Fragen bereitwillig und sachlich beantwortet und sich auch an konkrete Daten und Fakten recht gut erinnern können. Zu Zeit, Ort, Person und Situation sei er orientiert gewesen. Er sei während des Gesprächs auch

konzentriert gewesen. Dr. V. hat hinsichtlich des psychischen Befundes festgehalten, der Kläger sei örtlich, zeitlich, zur Situation und Person voll orientiert. Es ergebe sich ein normaler Blickkontakt, der Kläger sei freundlich zugewandt, die Stimmung ausgeglichen und nicht gedrückt. Der Antrieb sei normal. Psychomotorisch ergebe sich kein Befund. Es liege ein normales Resonanzverhalten im Dialog vor. Das Denken sei inhaltlich und formal intakt. Die mnestischen Funktionen seien intakt und es zeigten sich keine auffälligen Konzentrationsstörungen und keine Hinweise auf psychotische Symptome.

Auf Grund dessen hat der Senat keine Veranlassung die Einschätzung des zeitlichen Leistungsvermögens durch den Gutachter A.-B. und die Sachverständigen Dr. S. und Dr. V. in Zweifel zu ziehen. Soweit hiervon abweichend behandelnde Ärzte und Dr. G. von einer Einschränkung des Leistungsvermögens auf drei bis sechs bzw. weniger als sechs Stunden ausgegangen sind, fehlt es an einer den Senat überzeugenden Begründung. Dr. G. ist im Wesentlichen Angaben des Klägers gefolgt, ohne diese kritisch zu hinterfragen, was gerade im Hinblick auf bei Untersuchungen zu Tage getretener mangelnder Mitarbeit, angezeigt gewesen wäre.

Unabhängig davon ist auch darauf hinzuweisen, dass die Erkrankungen durchaus einer Therapie zugänglich sind und dadurch eine weitere Verbesserung des Leistungsvermögens zu erzielen wäre. Eine einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung begründende Einschränkung des Leistungsvermögens ist insofern nicht feststellbar. Dies hat zuletzt auch der auf Antrag des Klägers ergänzend gehörte Sachverständige Dr. V. bestätigt und daran mit näherer Begründung auf die Einwendungen des Klägers festgehalten.

Eine andere Bewertung des Leistungsvermögens ist auch nicht auf Grund der vom Kläger am 15. Februar 2018 noch vorgelegten Berichte vorzunehmen. Aus diesen ergibt sich - auch in der Gesamtschau aller Leiden - für den Senat keine dauerhafte und wenigstens sechs Monate andauernde weitergehende Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens. Eine solche ist nicht mit der erforderlichen Gewissheit festzustellen. Der Senat entnimmt dies auch der von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme der Dr. H.-H. vom 21. Februar 2018, die als qualifizierter Beteiligtenvortrag verwertbar ist. Der Herzkatheterbefund vom Januar 2018 hat im Wesentlichen ein gutes Kontrollergebnis erbracht. Die angegebene Atemnot erklärt sich durch das Übergewicht. Dr. X. konnte eine p.AVK ausschließen. Der bloße V.a. eine Raynaudsymptomatik führt allenfalls dazu, dass Kälteexposition zu meiden ist. Auch sonstige wenigstens sechs Monate anhaltende Gesundheitsstörungen, die nun zu einer - allein oder in der Gesamtschau - weitergehenden Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens führen könnten, sind nicht nachgewiesen und nicht feststellbar.

Im Übrigen könnte eine nun im Januar 2018 eingetretene - ein früherer Zeitpunkt könnte nicht angenommen werden - weitergehende Verschlechterung des Leistungsvermögens derzeit keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung ergeben. Denn Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich auf Zeit gewährt ([§ 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)), es sei denn, der Anspruch bestünde unabhängig von der Arbeitsmarktlage und eine Besserung wäre unwahrscheinlich ([§ 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#)), was hier beides nicht der Fall ist. Damit könnte die im Falle einer - hier nicht feststellbaren - Verschlechterung des Leistungsvermögens eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erst am 1. August 2018 beginnen, vorausgesetzt die Leistungsminderung würde bis dahin andauern, wofür ebenfalls kein Anhalt besteht.

Da somit eine rentenberechtigende Leistungsminderung, insbesondere eine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich nicht festzustellen ist und ungeachtet dessen, dass eine schwere spezifische Leistungsminderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen nicht vorliegen, weil die bestehenden Einschränkungen in der Regel bei einfachen leichten Bürotätigkeiten beachtet werden können, hat der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung. Da das SG insoweit die Klage zu Recht abgewiesen hat, weist der Senat die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass der Kläger mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtko, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 193 SGG](#) Rdnr. 8; erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in Juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 12. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-03-08