

L 4 R 1760/17

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 3 R 1260/16

Datum

22.03.2017

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 1760/17

Datum

26.07.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 22. März 2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 1. September 2015.

Der 1969 geborene Kläger war zuletzt vom 1. Juli 1998 bis 31. Dezember 2013 als Lagerist versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend bezog er Arbeitslosengeld bis zum 14. Juni 2015, danach Krankengeld sowie ab dem 1. August 2015 Arbeitslosengeld II. Ab dem 30. März 2015 ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 70 sowie das Merkzeichen G zuerkannt (Bescheid der Versorgungsverwaltung vom 10. Juni 2015). Mit Bescheid vom 5. Februar 2016 gewährte ihm die Beklagte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Am 8. September 2015 beantragte der Kläger die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung gab er an, er halte sich seit März 2015 wegen einer Herzleistungsminderung und einer Herzmuskelerkrankung mit Implantation eines Kardioverter-Defibrillators für erwerbsgemindert.

Nach Auswertung vorliegender ärztlicher Unterlagen einschließlich des Gutachtens von Dr. M., Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit, vom 11. Februar 2014 (Abhängigkeit von Alkohol, alkoholische Kardiomyopathie, Untergewicht, Lumbalsyndrom; vollschichtiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), eigener Anamneseerhebung und Untersuchung kam der Beratungsarzt der Beklagten H.-L., Facharzt für Innere Medizin/Sozialmedizin, in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 7. Oktober 2015 zu der Einschätzung, bei aktuell gutem körperlichen und kardiopulmonal kompensierten Zustand und labormäßig belegter Alkoholabstinenz sei vorrangig ein kardiologisches Rehabilitationsverfahren durchzuführen. Die Rehaprognose sei überwiegend positiv mit der Erwartung, dass auch weiterhin eine leichte körperliche Tätigkeit mehr als sechsstündig täglich zugemutet werden könne.

Aus der stationären Rehabilitationsbehandlung in einer Schwerpunktlinik für Herz- und Kreislauferkrankungen vom 13. November bis 10. Dezember 2015 wurde der Kläger als arbeitsunfähig für die Tätigkeit eines Lageristen entlassen. Im Entlassungsbericht vom 13. Januar 2016 stellte Dr. N. die Diagnosen einer dilatativen Kardiomyopathie, hochgradig eingeschränkte links-ventrikuläre Pumpfunktion, Ausschluss koronare Herzerkrankung (Herzkatheter 05/2015), einer primär prophylaktischen 1-Kammer-ICD (=Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator)-Implantation 03/2005 sowie kardiovaskulärer Risiken (persistierender Nikotinabusus, positive Familienanamnese). Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Kläger ausschließlich körperlich leichte Tätigkeiten und nicht in der Nähe von elektromagnetischen Feldern sechs Stunden und mehr pro Arbeitstag verrichten.

Gestützt auf die weitere beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes H.-L. vom 25. Januar 2016 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch des Klägers mit Bescheid vom 3. Februar 2016 ab, da bei einem mindestens sechsstündigen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine Erwerbsminderung bestehe.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruches trug der Kläger unter Vorlage eines Arztbriefes von Prof. Dr. K., Ärztlicher Direktor einer Kardiomyopathie-Ambulanz eines Universitätsklinikums, vom 15. Februar 2016 (aktuell Herzinsuffizienz NYHA Stadium II, klinisch apparativ stabiler Verlauf) vor, er leide sehr rasch unter Atemnot, könne eine Wegstrecke von 500 Metern nur mit Pausen zurücklegen und Treppensteigen sei ihm fast gar nicht möglich. Auch könne er keine Bürotätigkeiten verrichten, sofern diese mit Zeitdruck verbunden seien,

da ansonsten Atemnot auftrete, welche sich ungünstig auf seine Herzleistungen auswirke.

Nach erneuter Stellungnahme des Arztes H.-L. vom 6. April 2016 (keine substanziellen Veränderungen gegenüber dem Reha-Entlassungsbericht) wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. Mai 2016 als unbegründet zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 17. Mai 2016 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG), zu deren Begründung er unter Wiederholung seines bisherigen Vorbringens ausführte, es sei zu bezweifeln, dass er seine Arbeitsleistung ohne weitere "betriebsunübliche" Pausen erbringen könne. Ergänzend legte er Arztbriefe von Prof. Dr. K. vom 15. Februar 2016 und 2. Februar 2017 (jeweils aktuell Herzinsuffizienz NYHA Stadium II, klinisch apparativ stabiler Verlauf) vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Remy, Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 11. Oktober 2016 entgegen.

Das SG holte zunächst schriftliche Aussagen der behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen ein. Arzt für Allgemeinmedizin Dr. B. führte in seiner Stellungnahme vom 27. September 2016 an, dem Kläger seien auch leichte Tätigkeiten von mindestens sechs Stunden täglich nicht mehr zumutbar. Dies gehe aus den Belastungstests (Gehstrecke unter 500 Meter) und der Belastbarkeit von maximal 100 Watt eindeutig hervor. Dr. Ku., Arzt für Innere Medizin, Kardiologie, gab an, zum Verlauf des Gesundheitszustandes keine Aussagen treffen zu können. Aufgrund der echokardiographischen Untersuchung am 22. Juli 2015 sei es denkbar, dass der Kläger eine leichte Tätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich verrichte (Stellungnahme vom 26. September 2016).

Das SG bestellte Dr. Ko., Arzt für Innere Medizin, zum gerichtlichen Sachverständigen. In seinem Gutachten vom 2. Dezember 2016 stellte dieser die Diagnosen einer dilatativen Kardiomyopathie (Herzmuskelerkrankung mit Erweiterung der Herzhöhlen) mit mittelgradiger Einschränkung der Herzfunktion, Zustand nach (Z.n.) prophylaktischer Implantation eines ICD sowie eines Z.n. Alkoholmissbrauch. Der Kläger könne nur noch körperlich leichte Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen ohne Zeitdruck oder Stressbelastung verrichten. Schicht- und Akkordarbeiten seien nicht zumutbar. Die Tätigkeit dürfe wegen des ICD nicht in der Nähe elektromagnetischer Felder erfolgen. Die noch möglichen Erwerbstätigkeiten könnten mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden. Der Kläger könne viermal täglich eine Wegstrecke von ca. 500 Metern zu Fuß zurücklegen, selbst wenn er unterwegs eine Pause einlegen müsste. Er könne des Weiteren öffentliche Verkehrsmittel in den Hauptverkehrszeiten ohne Einschränkung benützen.

Mit Gerichtsbescheid vom 22. März 2017 wies das SG die Klage ab. Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung lägen nicht vor. Der Einschätzung von Dr. Ko. folgend sei die Leistungsfähigkeit des Klägers für leichte Tätigkeiten nicht in zeitlicher Hinsicht eingeschränkt. Dieser benötige keine betriebsunüblichen Pausen. Beschränkungen des zumutbaren Arbeitsweges bestünden nicht.

Gegen diesen ihm am 3. April 2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 2. Mai 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt, zu deren Begründung er ausgeführt hat, die Feststellungen von Dr. Ko. seien teils widersprüchlich, wenn dieser einerseits eine schwere kardiologische Erkrankung und einen Z.n. nach langjährigem Alkoholmissbrauch beschreibe, andererseits die von ihm, dem Kläger, angegebene Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit als nicht erklärbar erachte. Dr. B. beschreibe ausdrücklich eine schwere Herzmuskelerkrankung mit hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion. Hinzutrete ein intermittierendes Vorhofflimmern. Entgegen der Einschätzung von Dr. Ko. zeige der Bericht von Prof. Dr. K. eine Einschränkung der Wegefähigkeit auf unter 500 Meter. Mittlerweile habe sich sein Zustand erheblich verschlechtert. Eine genetische Diagnostik habe einen auffälligen Befund ergeben (vorgelegtes Schreiben von Dr. E., Oberarzt der Kardiomyopathie-Ambulanz des Universitätsklinikums). Ergänzend hat er den Arztbrief von Prof. Dr. K. vom 8. Februar 2018 vorgelegt (aktuell Herzinsuffizienz NYHA Stadium II-III, konstante linksventrikuläre Pumpfunktion (EF 30 %)).

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 22. März 2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 3. Februar 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2016 zu verurteilen, ihm ab dem 1. September 2015 Renten wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ergänzend hat sie unter Vorlage beratungsärztlicher Stellungnahmen von Dr. Lu., Internist, Rheumatologe, vom 12. September 2017, 17. Januar und 22. Mai 2018 sowie 31. Januar 2019 ausgeführt, diskrepant zur Angabe von Dr. B. weise der Arztbrief von Prof. Dr. K. vom 2. Februar 2017 eine Herzinsuffizienz NYHA Stadium II (Luftnot bei höherer Belastung) aus sowie eine stabile bis gering verbesserte linksventrikuläre Pumpfunktion (EF 30 %) und eine Belastungsuntersuchung bis 125 Watt. Auch in dessen Arztbrief vom 8. Februar 2018 sei keine Verschlechterung beschrieben. Die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. Ha., Internist und Kardiologe, (dazu unten) durchgeführte Lungenfunktionsprüfung habe keine Hinweise auf eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung ergeben. Die Ergebnisse der dort durchgeführten Spiroergometrie sprächen unter Berücksichtigung der (auszugsweise vorgelegten) Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit koronarer Herzkrankheit – (im Folgenden Leitlinie) für eine Dauerbelastbarkeit von über 50 Watt, so dass sich auch keine Notwendigkeit einer Abweichung von auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblichen Pausenregelungen ergebe.

Der Senat hat Dr. B. und Dr. Ku. erneut schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Letzterer hat unter dem 8. August 2017 mitgeteilt, den Kläger seit 2016 lediglich zu den Kontrollen seines ICD-Aggregats gesehen, aber nicht untersucht zu haben. Dr. B. hat angegeben, der Kläger beklage seit Februar 2017 nachvollziehbar eine zunehmende Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit; bereits bei geringer körperlicher Belastung bestehe Atemnot. Trotz medikamentöser Therapie sei seit März 2017 eine klinische Befundverschlechterung eingetreten. Eine Herztransplantation sei die einzige Chance auf Besserung. Begleitende Angstzustände mit depressiver Entwicklung

verschlimmerten das Krankheitsbild zusätzlich. Eine psychotherapeutische Behandlung mit Medikamenten verbessere den Gesundheitszustand nicht entscheidend und sei nicht zielführend (Stellungnahmen vom 10. August und 29. September 2017).

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 Abs. 1 SGG](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat Dr. Ha. zum Sachverständigen bestellt. In seinem aufgrund einer Untersuchung am 22. Oktober 2018 unter dem 22. November 2018 erstatteten Gutachten hat dieser die Diagnose einer Herzinsuffizienz, kompensiert i.S.e. hochgradig eingeschränkten linksventrikulären Funktion (Heart Failure with reduced Ejection Fraction – HFrEF) gestellt. Der Kläger sollte in der Lage sein, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bis zu sechs Stunden an fünf Tagen die Woche auszuüben. Arbeiten mit körperlicher Belastung wie Treppensteigen, starkes Tragen von Lasten oder Bedienung schwerer Maschinen seien nicht mehr zumutbar. Eine geschützte Arbeitsumgebung mit beheizten Räumen ohne Wetterexposition sollte geboten werden. Es sollten Pausen möglich sein, z.B. alle 1,5 Stunden. Der Arbeitsweg sollte nicht mehr als 30 Minuten mit Verkehrsmitteln betragen.

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

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die beigezogenen Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig, insbesondere statthaft gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Denn der Kläger begehrt laufende Rentenleistungen für mehr als ein Jahr.

2. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung ab dem 1. September 2015 (vgl. [§ 99 Abs. 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VI]). Einen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wegen Berufsunfähigkeit macht der 1969 geborene Kläger (vgl. [§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)) zu Recht nicht geltend. Der streitbefangene Bescheid vom 3. Februar 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Mai 2016 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen 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 Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

b) Nach diesen Maßstäben steht für den Senat aufgrund der im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme fest, dass der Kläger in der Lage ist, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wenigstens sechs Stunden täglich zu verrichten. Zwar liegen bei ihm gesundheitliche und daraus resultierende funktionelle Einschränkungen vor. Diese mindern seine berufliche Leistungsfähigkeit jedoch nur in qualitativer, nicht aber in quantitativer Hinsicht.

(1) Der Kläger leidet an einer dilatativen Kardiomyopathie (Herzmuskelerkrankung mit Erweiterung der Herzhöhlen), Z.n. prophylaktischer Implantation eines ICD; außerdem besteht ein Z.n. Alkoholmissbrauch. Der Senat entnimmt dies der übereinstimmenden diagnostischen Beurteilung der mit dem Kläger im Verlauf des Verfahrens befassten internistischen Fachärzte Dr. Ko., Dr. Ku., Prof. Dr. K., Dr. N. und des Arztes H.-L. ... Die Stellungnahmen der Letztgenannten konnte der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwerten (vgl. etwa Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 14. November 2013 – [B 9 SB 10/13 B](#) – juris, Rn. 6; BSG, Urteil vom 5. Februar 2008 – [B 2 U 8/07 R](#) – juris, Rn. 51). Soweit Dr. Ha. zuletzt eine Herzinsuffizienz angab, stellt dies die Diagnose der zugrundeliegenden Erkrankung einer dilatativen Kardiomyopathie nicht in Abrede. Vielmehr geht auch Dr. Ha. ausdrücklich nur von einer unterschiedlichen Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Vergleich zu denen der vorgenannten Ärzte aus, nicht von einer abweichenden (diagnostischen) Einschätzung. Die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. Ha. durchgeführte Lungenfunktionsprüfung ergab des Weiteren, worauf auch Dr. Lu. hinwies, keine Hinweise auf eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Eine solche wird auch von keinem der genannten Ärzte angenommen.

Eine relevante Gesundheitsstörung auf orthopädischem oder neurologischem Fachgebiet wird von keinem der gutachtenden Ärzte angegeben. Die im Rahmen der Begutachtungen, insbesondere durch Dr. Ko., aber auch Dr. Ha., insoweit durchgeführten körperlichen Untersuchungen ergaben jeweils keine signifikanten Funktionseinschränkungen.

Soweit Dr. B. begleitende Angstzustände mit depressiver Entwicklung angab, vermag der Senat dem keine überdauernden Gesundheitsstörungen von mehr als sechs Monaten entnehmen. Eine entsprechend längerfristige insbesondere fachärztliche Behandlung der angegebenen psychiatrischen Gesundheitsstörungen ist nicht ersichtlich. Die pauschale Angabe von Dr. B., eine psychotherapeutische

Behandlung mit Medikamenten verbessere den Gesundheitszustand nicht entscheidend und sei nicht zielführend, ist nicht nachvollziehbar. Dr. N. stellte nach Abschluss des Rehabilitationsverfahrens keine entsprechende Diagnose. Dr. Ko. fand keine größeren Auffälligkeiten hinsichtlich der Psyche. Dem Arztbrief von Prof. Dr. K. vom 8. Februar 2018 ist zu entnehmen, dass der Kläger bezüglich der geschilderten Antriebslosigkeit in der dortigen psychosomatischen Ambulanz angebunden war. Die dortigen Sitzungen hatten nach seinen eigenen Angaben einen positiven Effekt auf seinen Befund. Bei der Begutachtung durch Dr. Ha. gab der Kläger selbst an, er fühle sich "ab und zu" müde und antriebslos. Eine überdauernde Gesundheitsstörung ist dem nicht zu entnehmen.

(2) Die festgestellten Gesundheitsstörungen schränken das berufliche Leistungsvermögen des Klägers in qualitativer Hinsicht ein. Überzeugend haben zunächst Dr. N. und Dr. Ko. Arbeiten in der Nähe von elektromagnetischen Feldern wegen des ICD ausgeschlossen. Aufgrund des Krankheitsbildes sind nach überzeugender Darstellung von Dr. Ko. nur noch Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen ohne Zeitdruck oder Stressbelastung ohne Schicht- und Akkordarbeiten zumutbar. Der Senat berücksichtigt darüber hinaus die von Dr. Ha. postulierte geschützte Arbeitsumgebung mit beheizten Räumen ohne Wetterexposition. Die von diesem genannten weiteren Ausschlüsse von Arbeiten mit körperlicher Belastung wie Treppensteigen, starkem Tragen von Lasten oder Bedienung schwerer Maschinen sind bereits bei den hier allein im Raum stehenden körperlich leichten Tätigkeiten berücksichtigt.

(3) Die beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigen Gesundheitsstörungen führen jedoch nicht zu einem Absinken des tatsächlichen Restleistungsvermögens auf ein unter sechsständiges Maß; er ist weiterhin in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Der Senat stützt sich auch insoweit auf das überzeugende Gutachten von Dr. Ko. und den Rehabericht von Dr. N., deren Leistungseinschätzung im Übrigen von Dr. Ku. und letztlich auch Dr. Ha. bestätigt werden, die jeweils keine Begrenzung der quantitativen Leistungsfähigkeit auf unter sechs Stunden für nötig erachteten. Anhand der jeweils erhobenen Befunde ist diese Beurteilung für den Senat überzeugend.

So hatte Dr. N. zwar noch eine hochgradig beeinträchtigte linksventrikuläre Pumpfunktion (EF 25-30 %) erhoben. Bei der Spiroergometrie erreichte der Kläger eine Belastung von 114 Watt. Der Abbruch erfolgte wegen mäßiger Dyspnoe und muskulärer Erschöpfung; es trat keine Angina pectoris-Symptomatik auf. Die Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung ergab normale Werte. Es zeigte sich eine mittelschwer eingeschränkte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit und eine normale ventilatorische Schwelle. Der Kläger war weder kardial noch ventilatorisch limitiert. Im Belastungs-EKG wurden 100 Watt erreicht; der Abbruch erfolgte wegen peripherer Erschöpfung, ohne Angina pectoris-Symptomatik, Dyspnoe oder Kammerendteilveränderungen. Dies entspricht im Wesentlichen den von Prof. Dr. K. im Arztbrief vom 15. Februar 2016 beschriebenen Befunden. Bei der Verlaufskontrolle zeigte sich in der Echokardiographie im direkten Vergleich mit der Voruntersuchung keine wesentliche Befundänderung mit einer weiterhin hochgradig eingeschränkten linksventrikulären Pumpfunktion. Die durchgeführte Belastungs-EKG-Untersuchung erbrachte keinen Anhalt für eine relevante myokardiale Ischämie bis zu einer Leistung von 100 Watt. Höhergradige ventrikuläre Rhythmusstörungen waren während der Belastung nicht induzierbar gewesen. Im 6-Minuten-Gehtest ergab sich eine Strecke von 427 Metern. Der Kläger selbst gab, hierzu passend, eine mäßige Belastbarkeit im Alltag an (zwei Etagen Treppensteigen sei möglich, Limitation durch Dyspnoe). In der Zusammenschau ging Prof. Dr. K. von einem stabilen kardialen Verlauf aus und beschrieb eine Herzinsuffizienz aktuell im NYHA Stadium II, also eine Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit (vgl. Leitlinie S. 26). Bei der dortigen Kontrolluntersuchung am 2. Februar 2017 ergab sich eine Besserung der linksventrikulären Pumpfunktion. Im Belastungs-EKG erreichte der Kläger nunmehr 125 Watt, wobei der Abbruch allerdings wegen schwerer Dyspnoe erfolgte. Eine Angina pectoris-Symptomatik ergab sich ebenso wenig wie ein Hinweis auf signifikante Kammerendteilveränderungen. Der 6-Minuten-Gehtest ergab 419 Meter. Bei Befundkonstanz wurde von stabilem Verlauf ausgegangen. Wiederum wird das NYHA Stadium II bestätigt. Bereits zuvor hatte Dr. Ko. im Dezember 2016 einen entsprechenden Befund erhoben. In der Echokardiographie zeigte sich die Herzfunktion mit einer EF von jetzt 39% signifikant besser gegenüber den früheren Untersuchungen. Im Belastungs-EKG bis 100 Watt zeigte sich eine mittelgradig eingeschränkte Belastbarkeit. Vor, während und nach der Belastung traten keine Angina pectoris-Symptomatik, relevanten Herzrhythmusstörungen oder ST-Streckenabweichungen auf. Blutdruck und Sauerstoffsättigung lagen im Normbereich. Der Abbruch erfolgte wegen Atemnot. Es fand sich kein Hinweis auf eine Minderdurchblutung des Herzens unter Belastung. Bei der neuerlichen Verlaufskontrolle im Februar 2018 fand sich ausweislich des Arztbriefes von Prof. Dr. K. vom 8. Februar 2018 ein linker Ventrikel mit mittelgradig eingeschränkter systolischer Pumpfunktion (EF nach der wiedergegebenen Befundtabelle 33 %). Eine wesentliche Befundänderung gegenüber der Voruntersuchung vom 2. Februar 2017 wurde verneint. Die funktionelle Kapazität war wie im Vorjahr leicht eingeschränkt und durch Dyspnoe limitiert. Dies entsprach den anamnestischen Angaben des Klägers, wonach die Belastungsdyspnoe zuletzt konstant geblieben sei (Treppensteigen über eine bis zwei Etagen möglich). Bei der Begutachtung durch Dr. Ha. im Oktober 2018 beschrieb dieser zwar im Echokardiogramm einen linken Ventrikel mit hochgradig eingeschränkter Globalfunktion; die Pumpfunktion wies aber mit EF 38 % einen Befund wie bei Dr. Ko. auf. Im Rahmen der Spiroergometrie wurde eine Fahrradbelastung über 14 Minuten bis 96 Watt ohne Komplikationen durchgeführt; der Abbruch erfolgte wegen Erschöpfung. Die periphere Sauerstoffsättigung war auf maximaler Belastungsstufe unauffällig. In Ruhe und unter Belastung fanden sich Normwerte der Ventilationsparameter. Der aerob/anaerober Übergang lag bei 10 Minuten 86 Watt. Dr. Ha. selbst bewertete dies als noch normale maximale Sauerstoffaufnahme. Eine objektive pulmonale Limitation lag somit auch nach Ansicht von Dr. Ha. nicht vor. Als (einzigen) Hinweis auf eine kardiale Limitation fand er ein O₂ Plus Plateau ab der 7. Minute. Insgesamt stufte er dies als geringe Einschränkung der maximalen Belastbarkeit aufgrund von Herzinsuffizienz ein. Der Senat erachtet in der Spiroergometrie ermittelten Werte als aussagekräftig. Zwar gab Dr. Ha. eingangs des Gutachtens die dabei u.a. relevanten Parameter Körpergröße und Gewicht offensichtlich falsch wieder (1,63 m bei 79 kg); bei der Befundauswertung der Spiroergometrie stellte er sie aber korrekt ein (1,77 m, 68,5 kg). Die O₂ Plateaubildung ab der 7. Minute, entsprechend einer Leistung von 74 Watt, bedeutet nach Darstellung von Dr. Ha., dass der Herzmuskel eine weitere Leistungssteigerung nicht adäquat begleiten kann; eine weitere Steigerung der abgegebenen Leistung des Kreislaufs erfolgt dann lediglich über die Herzfrequenz. Dieser Befund passe zum Echokardiographiebefund (EF 38 %) sowie dem erhöhten NT-pro BNP Wert. Gerade die letztgenannten Werte lagen bereits bei der Begutachtung durch Dr. Ko. vor, während sie sich im Rehabericht sogar noch etwas schlechter zeigten. Dass keine Abweichung in den zugrundeliegenden Befunden gegenüber denen bei der Begutachtung von Dr. Ko. vorlag – und diese im Übrigen auch den von Prof. Dr. K. und Dr. B. beschriebenen entsprechen – bestätigte Dr. Ha. ausdrücklich. Die von Dr. B. zugrunde gelegte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist damit widerlegt.

Nach den Orientierungswerten der Leitlinie (S. 29) entspricht eine leichte körperliche Belastung einer Dauerbelastbarkeit im Rahmen der Ergometrie von 50 Watt, die bei einer Maximalleistung von ca. 75 Watt angenommen werden kann. Unter Berücksichtigung der im streitbefangenen Zeitraum erreichten, oben im Einzelnen dargestellten Belastungswerte ist die Annahme eines unter sechsständigen Leistungsvermögens auch für körperlich leichten Tätigkeit nicht gerechtfertigt. Der abweichenden Auffassung von Dr. B. vermag sich der

Senat aus den genannten Gründen nicht anschließen. Dem bei der dilatativen Kardiomyopathie bestehenden erhöhten Risiko für schwerwiegende Herzrhythmusstörungen bis hin zum Kammerflimmern, auf das bereits Dr. Ko. hinwies, wurde mit der prophylaktischen Implantation des ICD begegnet. Bei durchgehender Überwachung des Klägers durch das Gerät fand sich eine regelrechte Funktion des ICD mit 99 % Eigenrhythmus und nur 1 % Schrittmacherstimulation. In den letzten Monaten vor der Begutachtung durch Dr. Ha. war es zu keinerlei Auslösung des ICD gekommen. Dies entspricht auch dem Ergebnis der Schrittmacherüberwachung durch Dr. Ku. und den Feststellungen von Dr. Ko.

(4) Ob dem Kläger ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann 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 der Kläger 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. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2010 – [B 13 R 78/09 R](#) – juris, Rn. 31). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

(5) Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegen 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 ein 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 Klägers (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 ist hier gegeben, insbesondere benötigt der Kläger keine zusätzlichen, betriebsunüblichen Pausen. Abweichendes vermag der Senat auch dem Gutachten von Dr. Ha. nicht zu entnehmen. Eine Notwendigkeit von Pausen wurde dort nicht eigens begründet. Ein unbedingt einzuhaltendes Pausenschema wurde nicht beschrieben. Dr. Ha. nannte lediglich als Beispiel eine Pause alle 1,5 Stunden, ohne darzulegen, inwieweit und weshalb andere Pausenschemata nicht geeignet seien. Auch über die Länge solcher Pausen machte er keinerlei Angaben. Schon aus diesem Grund ist eine Notwendigkeit zusätzlicher und betriebsunüblicher Pausen nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus räumte Dr. Ha. selbst ein, eine eher vorsichtige Beurteilung der Belastbarkeit vorgenommen zu haben. Dies zeigt sich auch in seiner Empfehlung, dass Pausen möglich sein "sollten", was nicht mit einer zwingenden Notwendigkeit gleichzusetzen ist. Des Weiteren ist eine Notwendigkeit zusätzlicher Pausen im Hinblick auf obige Feststellungen zur Dauerbelastbarkeit für körperlich leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung der erzielten Resultate bei den Belastungstests im Rahmen der Begutachtungen nicht nachvollziehbar.

(6) Auch die Wegefähigkeit des Klägers war und ist 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.). Der Kläger ist in der Lage, eine Gehstrecke von 500 Metern viermal in weniger als 20 Minuten täglich zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Dies entnimmt der Senat insbesondere der überzeugenden Einschätzung von Dr. Ko. Dieser legte mit Quellennachweis anschaulich dar, dass das Gehen zu ebener Erde in normalem Schrittempo gemeinhin mit 30 Watt veranschlagt wird, so dass eine Einschränkung der Wegstrecke auf weniger als 500 Metern nicht anzunehmen ist. Anderes ergibt sich auch nicht aus den jeweils in den Arztbrief von Prof. Dr. K. wiedergegebenen Ergebnissen des 6-Minuten-Gehtests. Bei diesem handelt es sich um einen klinischen Funktionstest zur Abschätzung und Kontrolle der kardiovaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit unterhalb der anaeroben Schwelle. Er dient nicht der Ermittlung der maximal möglichen Wegstrecke. Der Kläger kann daher, worauf Dr. Ko. überzeugend hinweist, viermal täglich eine Wegstrecke von ca. 500 Metern zu Fuß zurücklegen, selbst wenn er unterwegs eine Pause einlegen müsste. Er kann des Weiteren öffentliche Verkehrsmittel in den Hauptverkehrszeiten ohne Einschränkung benützen. Eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Wegefähigkeit ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten von Dr. Ha.

(7) Aus der Anerkennung eines Grades der Behinderung von 60 folgt ebenfalls nicht, dass die Klägerin erwerbsgemindert wäre. Zwischen der Schwerbehinderung nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und der Erwerbsminderung nach dem SGB VI besteht keine Wechselwirkung, da die gesetzlichen Voraussetzungen unterschiedlich sind (BSG, Beschluss vom 8. August 2001 – [B 9 SB 5/01 B](#) – juris, Rn. 5; BSG, Beschluss vom 9. Dezember 1987 – [5b BJ 156/87](#) – juris, Rn. 3). Für die Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI sind die Erwerbsmöglichkeiten des Betroffenen maßgeblich, während § 152 Abs. 1 Satz 5 SGB IX (in der seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung des Art. 1 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen [BTHG] vom 23. Dezember 2016 [BGBl. I, S. 3234]) auf die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abstellt (zuvor § 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in der bis zum 14. Januar 2015 geltenden Fassung und § 159 Abs. 7 SGB IX in der seit dem 15. Januar 2015 geltenden Fassung, eingefügt durch Art. 1a Nr. 3 Gesetz zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates über einen Dreigliedrigen Sozialgipfel für Wachstum und Beschäftigung und zur Aufhebung des Beschlusses 2003/174/EG vom 7. Januar 2015 [BGBl. II, S. 15], die auf die abstrakten Maßstäbe des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) verwiesen; vgl. BSG, Beschluss vom 8. August 2001 – [B 9 SB 5/01 B](#) – juris, Rn. 5; BSG, Beschluss vom 9. Dezember 1987 – [5b BJ 156/87](#) – juris, Rn. 3).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG.

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. § 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login
BWB
Saved
2019-07-30