L 19 R 36/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

19

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 RJ 869/02

Datum

20.11.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 19 R 36/04

Datum

28.06.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 20.11.2003 aufgehoben. Die Klage gegen den Bescheid vom 19.07.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.11.2002 und die Klage gegen den Bescheid vom 09.03.2005 werden abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Kläger aufgrund der bei ihm vorliegenden Gesundheitsstörungen eine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren ist.

Der 1949 geborene Kläger beantragte am 10.12.2001 die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Zu seinem beruflichen Werdegang gab er an, dass er von 1963 bis 1965 als Abschmierer/Schlosser, von 1965 bis 1968 als Glasarbeiter und 1969 als Kranfahrer und Isolierer gearbeitet habe. Von Juli 1970 bis 1989 sei er Betriebshandwerker und von 1989 bis zu seiner Erkrankung im Mai 2001 Glasarbeiter gewesen.

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Internist Dr.E. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 19.06.2002 ein Gutachten und hielt darin den Kläger noch für fähig, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich mindestens 6 Stunden leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise gehend und stehend und unter Beachtung weiterer qualitativer Leistungseinschränkungen zu verrichten.

Gestützt auf eine Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 21.10.2002 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 19.07.2002 den Rentenanspruch des Klägers ab. Den hiergegen am 01.08.2002 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.11.2002 zurück.

Hiergegen hat der Kläger beim Sozialgericht Nürnberg (SG) am 28.11.2002 Klage erhoben. Das SG hat im vorbereitenden Verfahren die Akten der Beklagten, des Arbeitsamts, des ZBFS, die Klageakte mit dem Az: S 12 SB 161/02 sowie einen Befundbericht des Allgemeinarztes Dr.S. vom 24.02.2003 beigezogen.

Gemäß Beweisanordnung vom 16.04.2003 hat der Facharzt für Chirurgie und Herzchirurgie Dr.K. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 13.05.2003 ein Gutachten gemäß § 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattet und darin die Auffassung vertreten, dem Kläger seien leichte Tätigkeiten, vorzugsweise im Wechselrhythmus und unter Beachtung weiterer qualitativer Leistungseinschränkungen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich nur noch 3 bis unter 6 Stunden zumutbar. Die Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens bestehe seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 04.02.2001.

Auf Nachfrage des Gerichts hat Dr.K. zu dem inzwischen eingegangenen Befundbericht des Internisten - Kardiologen Dr.H. vom 23.05.2003 (einschließlich eines Arztbriefes vom 06.05.2003) am 28.05.2003 ergänzend Stellung genommen und an seiner sozialmedizinischen Beurteilung festgehalten.

Auf Vorschlag der Beklagten (Schriftsatz vom 17.06.2003) hat der Kläger an einem stationären Heilverfahren in der H.klinik B. in der Zeit vom 27.08.2003 bis 17.09.2003 teilgenommen. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 19.09.2003 ist der Kläger nicht mehr für fähig erachtet worden, leichte Tätigkeiten mindestens 3 Stunden täglich zu verrichten.

Mit Urteil vom 20.11.2003 hat das SG die Beklagte verurteilt, den Leistungsfall der teilweisen Erwerbsminderung auf Dauer und den Leistungsfall der vollen Erwerbsminderung auf Zeit ab 03.12.2001 anzuerkennen und ab 01.01.2002 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und ab 01.07.2002 bis längstens 30.06.2005 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zu gewähren. Das SG hat sich dem Ergebnis der Begutachtung des ärztlichen Sachverständigen Dr.K. und der Bestätigung seiner Leistungsbeurteilung während der durchgeführten Reha-Maßnahme in B. angeschlossen. Dr.K. sei als Chirurg und Herzchirurg für die Beurteilung des beim Kläger vorliegenden Herzleidens besonders qualifiziert. Zwar habe er in seinem Gutachten vom 13.05.2003 keine besonders gravierenden Befunde beschrieben. Als sekundäre Organbeteiligung des Herzens sei aber von Dr.K. eine hypertensive Herzmuskelvergrößerung mit diastolischer Relaxationsstörung genannt worden, deren Auswirkungen er dem Gericht erst in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28.05.2003 in eindrucksvoller Weise beschrieben habe. Es habe sich offenbar um einen nicht alltäglichen Herzbefund gehandelt, der sich darin geäußert habe, dass es zu einer vergrößerten Muskelmasse und einer Vergrößerung der Herzhöhlen gekommen sei, die zu einer chronischen Herzschwäche geführt hätten, d.h. einer sog. "diastolischen Herzinsuffizienz". Im Falle des Klägers sei es für das Gericht nachvollziehbar, dass aufgrund dieser Herzinsuffizienz, die bereits einmal dekompensierte und zu einer vital bedrohlichen Kreislaufschwäche mit Rhythmusstörungen geführt habe, eine Wiederholungsgefahr bestehe, die mit dem Grad der Belastung korreliere. Der Hinweis von Dr.K. auf das zusätzlich bestehende Gefährdungspotenzial durch das Risikofaktorenprofil (Diabetes mellitus, Adipositas, Blutfetterhöhung) begründe zusätzlich das eingeschränkte zeitliche Leistungsvermögen des Klägers.

Die seitens der Beklagten geäußerten Zweifel an der Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen seien durch die dreiwöchige stationäre Reha-Maßnahme in B. ausgeräumt worden. Diese Klinik sei die kardiologische Fachklinik der Beklagten, die mit der Beurteilung einer Vielzahl von herzerkrankten Patienten täglich befasst sei. Geradezu abwägend erscheine es dem Gericht, dass Dr.E. der LVA-eigenen Fachklinik erhebliche Mängel sowohl in der Durchführung als auch in der Dokumentation und Interpretation der ergospirometrischen Belastungsprüfung unterstelle.

Hiergegen hat die Beklagte am 20.01.2004 beim Bayer. Landessozialgericht - Zweigstelle Schweinfurt - Berufung eingelegt.

Zur Begründung trägt die Beklagte Folgendes vor: Der Kläger leide an einer Bluthochdruckerkrankung. Eine Bluthochdruckkrise habe dann im September 2001 zu einer Herzdekompensation geführt. Bei dem Verdacht auf einen Herzinfarkt sei eine Lysetherapie durchgeführt worden, in der Folgezeit sei es jedoch nicht zu einer Herzenzymerhöhung gekommen, so dass die Diagnose Herzinfarkt unwahrscheinlich sei. Weiter habe dann im Klinikum I. durch intensiv-kardiologische Diagnostik eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden können. Als Diagnose sei ein essenzieller Hypertonus übrig geblieben. Dr.K. habe in seinem Gutachten keine eigenen kardiologischen Befunde erhoben, lediglich die kardiologischen und internistischen Befunde der Vorgutachten übernommen und interpretiert. Aus den Befunden ergebe sich, dass eine Verdickung der linken Herzkammermuskulatur vorliege, weiterhin eine beginnende Erweiterung des linken Herzvorhofes (iS einer sog. diastolischen Relaxationsstörung). Die beiden Herzkammern seien nicht vergrößert, weiterhin sei die Pumpfunktion des Herzens im Normbereich. Es liege eine gewisse Schädigung des Herzens durch einen wohl lange nicht erkannten erhöhten Blutdruck vor, dies sei aber durchaus noch mit einer mindestens sechsständigen Leistungsfähigkeit des Klägers vereinbar.

Mit Schriftsatz vom 05.04.2004 hat der Kläger das arbeitsamtsärztliche Gutachten nach Aktenlage vom 22.10.2003 übersandt.

Auf die Beweisanordnung vom 27.07.2004 hin hat der Internist und Arbeitsmediziner Dr.M. - gestützt u.a. auf die von Dr.S. erhobenen Befunde und ärztlichen Unterlagen der H.klinik B. und nach Befragung des Klägers - am 10.01.2005 ein Gutachten erstattet, in dem er zu der sozialmedizinischen Beurteilung gelangt ist, dass die tägliche Arbeitszeit des Klägers keiner Beschränkung bedürfe. Der Kläger solle keine körperlich schweren und anhaltend mittelschweren Arbeiten mehr leisten müssen, auch nicht solche, die nur unter besonders stresshaften Bedingungen oder in körperlichen Zwangshaltungen geleistet werden. Eine Exposition gegenüber Bronchialreizen sollte ebenfalls gemieden werden.

Am 16.02.2005 hat der Kläger Antrag auf Weitergewährung der Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 30.06.2005 hinaus beantragt, den die Beklagte mit Bescheid vom 09.03.2005 abgelehnt hat.

Auf den Antrag des Klägers vom 07.02.2005 gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Internist und Kardiologe Dr.H. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 31.05.2005 ein Gutachten erstattet und darin die Auffassung vertreten, dass dem Kläger bei durchschnittlicher Belastung und betriebsüblichen Arbeitsbedingungen nur noch ein zeitlicher Umfang an Arbeitstätigkeit von unter 3 Stunden pro Tag zuzumuten sei.

Hiermit hat sich die Beklagte - gestützt auf eine Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 01.07.2005 (Internist Dr.E.)- mit Schriftsatz vom 27.07.2005 auseinandergesetzt. Aufgrund der nunmehr eingetretenen Linksherzdilatation sei von einer gewissen Verschlechterung im Rahmen der langjährig bestehenden Bluthochdruckerkrankung auszugehen. Allerdings begründeten die objektiven Befunde nach wie vor nicht die Annahme einer auf unter 6-stündig bzw unter vollschichtig abgesunkenen Leistungsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Nach wie vor bestehe nämlich eine allenfalls diskret beeinträchtigte systolische Pumpfunktion der linken Herzkammer mit einer EF von 59 %. Weiterhin sei der Versicherte bis 125 Watt ergometrisch belastet worden, was einer schweren körperlichen Arbeit entspreche. Als Abbruchgrund sei eine Dispnoe und Angina-pectoris-Symptomatik angegeben worden. Somit sei zumindest bis 100 Watt eine beschwerdefreie Belastung möglich gewesen. Ischämietypische EKG-Veränderungen seien wiederum nicht festgestellt worden. Der Gutachter stufe die klinische Beschwerdesymptomatik iS einer Herzinsuffizienz in das Stadium NYHA 2 - 3 ein. Diese Einstufung werde jedoch durch die oben erwähnten objektiven Befunde nicht gestützt. Zudem habe der Gutachter als weiteren objektiven Parameter für die Beurteilung der Herzleistung den sog. BNP-Wert im Blut bestimmt. Der gemessene Wert von 111 pg/ml sei leicht erhöht und werde in der Literatur eindeutig der klinischen Beschwerdekategorie NYHA 1 zugeordnet, wobei definitionsgemäß bei diesem Schweregrad der Herzerkrankung alltägliche körperliche Belastungen noch beschwerdefrei möglich seien und nur schwerere körperliche Tätigkeiten zu beginnenden Einschränkungen führen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 20.11.2003 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 19.07.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.11.2002 sowie die Klage gegen den Bescheid vom 09.03.2005 abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 20.11.2003 zurückzuweisen und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 09.03.2005 zu verurteilen, ihm über den 30.06.2005 hinaus Rente wegen voller Erwerbsminderung auf unbestimmte Zeit dem Grunde nach zu gewähren.

Zur Berufungserwiderung trägt der Kläger Folgendes vor: Das SG habe das fachärztliche Gutachten des gemäß [§ 106 SGG](#) beauftragten Sachverständigen Dr.K. zur Grundlage seiner Entscheidung gemacht. Die Ergebnisse der auf Anregung der Beklagten vom 27.08.2003 bis 17.09.2003 durchgeführten Reha-Maßnahme bestätigten seinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung. Es sei auch auf das arbeitsamtärztliche Gutachten vom 22.10.2003 zu verweisen. Mit der sozialmedizinischen Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. bestehe keinerlei Einverständnis.

Der gerichtliche Sachverständige Dr.H. habe in seinem Gutachten vom 31.10.2005 die Feststellung des gemäß [§ 106 SGG](#) gehörten Herzchirurgen Dr.K. bestätigt. Nach Einschätzung von Dr.H. seien ihm Tätigkeiten in nennenswertem Umfang zu den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes verwehrt. Entsprechende Feststellungen enthalte das arbeitsamtärztliche Gutachten vom 22.10.2003 sowie der Entlassungsbericht der H.klinik B. vom 19.09.2003.

Auf Anregung des Klägers (Schriftsatz vom 19.08.2005) hat sich Dr.H. mit der Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der Beklagten vom 01.07.2005 am 31.10.2005 auseinandergesetzt und an seiner sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung uneingeschränkt festgehalten.

Mit Beweisanordnung vom 28.12.2005 ist der Internist und Kardiologe Dr.D. zum ärztlichen Sachverständigen ernannt worden. Er hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers sein Gutachten erstattet und ist dabei zu dem Ergebnis gelangt, dass der Kläger zwar weniger als 8 Stunden, jedoch noch mindestens 6 Stunden bei durchschnittlicher Belastung und betriebsüblichen Arbeitspausen leichte Tätigkeiten vorzugsweise im Wechselrhythmus von Gehen, Stehen und Sitzen und unter Beachtung weiterer qualitativer Leistungseinschränkungen verrichten könne.

Hierzu trägt die Beklagte mit Schriftsatz vom 07.04.2002 vor, dass das Gutachten des Dr.D. die Auffassung der Beklagten stütze.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten, der Gerichtsakten (Az: S 12 SB 161/02 und Az: [S 12 RJ 869/02](#)) sowie der Sitzungsniederschrift vom 28.06.2006 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz) ist auch im Übrigen zulässig.

Das Rechtsmittel der Berufung erweist sich auch als begründet.

Zu Unrecht hat das SG die Beklagte verurteilt, dem Kläger ab 01.01.2002 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und ab 01.07.2002 bis längstens 30.06.2005 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zu gewähren.

Der Senat vermochte sich nicht davon zu überzeugen, dass der Kläger erwerbsgemindert iS des [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (idF des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000 ([BGBl 2000 I S.1827](#) ff)) ist.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs 1 Satz 2 SGB VI](#) n.F.).

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs 2 Satz 2 SGB VI](#) n.F.).

Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen, [§ 43 Abs 3 SGB VI](#) (n.F.).

Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung gemäß [§ 43 SGB VI](#) (n.F.) liegen beim Kläger nicht vor, denn er ist noch in der Lage, leichte Tätigkeiten, vorzugsweise im Wechselrhythmus von Gehen, Stehen und Sitzen und unter Beachtung weiterer qualitativer Leistungseinschränkungen zu betriebsüblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich noch mindestens 6 Stunden, dh vollschichtig, zu verrichten. Zu dieser Überzeugung gelangte der Senat unter Würdigung des gesamten Akteninhalts, insbesondere aufgrund der schlüssigen und überzeugenden gutachterlichen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. in seinem internistisch/arbeitsmedizinischen Gutachten vom 10.01.2005 sowie des Internisten und Kardiologen Dr.D. in seinem Gutachten vom 06.02.2006.

Aufgrund Befragung des Klägers am 02.11.2004 durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. und seiner Untersuchung durch den Internisten und Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Arbeitsmedizin Dr.S. am 10.11.2004 (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG mit Blutgasbestimmung, Bodyplethysmographie vor Belastung, Bodyplethysmographie nach Belastung, Röntgen-Torax b.-a. vom 10.11.2004) hat der gerichtliche Sachverständige Dr.M. in seinem Gutachten vom 10.01.2005 zutreffend folgende Gesundheitsstörungen beim Kläger festgestellt:

1. Hypertensive Herzkrankheit. 2. Obstruktive Atemwegserkrankung. 3. Fehlhaltung und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. 4. Verschleißerscheinungen der Knie- und Schultergelenke. 5. Übergewicht, Störungen des Zucker-, Fett- und Harnsäure restoffwechsels.

Während des gesamten Klage- und Berufungsverfahrens standen die Beschwerden des Klägers im Vordergrund, die sich nach seinen Angaben in Luftnot äußern und in erster Linie belastungsabhängig auftreten, sich aber auch in Abhängigkeit von nervlichen Belastungen und der Witterung bemerkbar machen. Gleichzeitig mit dem Auftreten von Luftnot kommt es nach der Darstellung des Klägers zu Schmerzen in der Brust. Die Anwendung von Nitrospray, aber auch bloßes Stehenbleiben führen relativ rasch zu einem Nachlassen der

Brustschmerzen und der Luftnot gleichermaßen. In den ärztlichen Unterlagen wurde als Ursache für die genannten Beschwerden eine Herzerkrankung gesehen, der wiederum ein Bluthochdruck zugrunde liegt; daher wird von einer hypertensiven Herzkrankheit gesprochen.

Nach einem lebensbedrohlichen Herzversagen in der Gestalt eines akuten Linksherzversagens/Lungenödems im Februar 2001, für das eine krisenhafte Blutdruckerhöhung als ursächlich angesehen wird, klagt der Kläger über die oben angegebenen Beschwerden. Bei den letzten röntgenologischen Untersuchungen der Brust gerade in den Jahren 2003 und 2004 bewegte sich die Herzgröße im oberen Normbereich, noch nicht eindeutig vergrößert. Im Befund der H.klinik B. war von einer "beginnenden zentralen Stauung" die Rede. In dem zuletzt in der Praxis Dres.P./S. erstellten Röntgenbild sind Stauungszeichen nicht vorhanden. Das Lungengerüst stellte sich bei beiden Untersuchungen normal dar.

Im EKG waren keine im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit bemerkenswerten Befunde festzustellen. Eine Langzeitaufzeichnung des EKGs über 22 Stunden zeigte 6 ventrikuläre Extraschläge, aber keine komplexen Rhythmusstörungen (EKG und Befund vom 10.11.2004, s. Praxis Dr.S.).

Ein entscheidendes Kriterium für die Beurteilung des Herzleistungsvermögens ist die Pumpfunktion der linken Herzkammer, die echokardiographisch durch das FS = Fraktional Shortening (Verkürzungsfraction, dh das Maß, um das sich die linke Herzkammer beim Auswurf des Blutes verkleinert), bzw durch den EF-Wert (= Ejection Fraction, Anteil der von der linken Herzkammer bei einer Kontraktion ausgeworfenen Blutmenge) bestimmt wird. Mit einem FS-Wert von 49 % und EF-Werten von 55 bzw 66 % besteht beim Kläger noch eine normale Pumpfunktion des linken Herzens. Trotz einer leichten Vergrößerung des linken Vorhofs und einer Störung des Herzmuskels in der Ausdehnungsphase/Diastole (Relaxationsstörung) bedeutet dies, dass eine Leistungsschwäche des Herzens schon bei vergleichsweise geringen körperlichen Belastungen als Ursache für die vom Kläger geklagte Luftnot sehr unwahrscheinlich ist. Erst bei schweren körperlichen Anstrengungen kann sich die Herzerkrankung leistungseinschränkend bemerkbar machen.

Bei einer Untersuchung des Klägers durch die Kardiologen Dr.S. , K. und H. im Mai 2003 fiel den behandelnden Ärzten die offensichtliche Diskrepanz zwischen den objektiven kardiologischen Befunden und der "hartnäckigen Beschwerdesymptomatik sowie Belastungsdyspnoe" auf. Sie hielten es für möglich, dass andere, also "extrakardiale Faktoren" für diese Diskrepanz ursächlich seien könnten.

Überzeugend hat Dr.M. in seinem Gutachten vom 10.01.2005 festgestellt, dass insbesondere die ergometrischen Untersuchungsbefunde auch unter Berücksichtigung der Auswirkungen der beim Kläger vorliegenden obstruktiven Atemwegserkrankung nicht gegen eine ausreichende körperliche Belastbarkeit des Klägers zumindest für leichte Tätigkeiten im zeitlichen Umfang von mindestens 6 Stunden täglich sprechen.

In der Zeit ab Anfang 2000 sind beim Kläger 6, im hier interessierenden Zeitraum ab Dezember 2001 insgesamt 3 ergometrische Belastungstests durchgeführt worden, zusätzlich eine ergospirometrische Untersuchung.

Ein ergometrischer Belastungstest im April 2003 wurde bis 125 Watt durchgeführt. Bei einem Pulsanstieg auf 103/Minute und einem Blutdruckanstieg bis 180/90 mmHg wurde die Untersuchung bei der Belastungsstufe 75 Watt wegen Luftnot abgebrochen, ohne dass bis dahin echokardiographisch Hinweise auf eine Durchblutungsstörung des Herzens aufgetreten waren. Eine Angina-pectoris-Symptomatik wurde in dem vorliegenden Befund nicht berichtet.

Bei der vom gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. veranlassten ergometrischen Belastungs-Untersuchung in der Praxis Dr.P./S. im November 2004 wurde bei einem Pulsanstieg von 73 auf 114/Minute und einem Blutdruckanstieg von 140/80 auf 160/85 mmHg bei der Belastungsstufe 100 Watt die Untersuchung wegen zunehmender Luftnot abgebrochen. Krankhafte EKG-Veränderungen waren nicht aufgetreten.

Zu Recht weist der gerichtliche Sachverständige Dr.M. in seinem Gutachten vom 10.01.2005 auf S.14 darauf hin, dass bei der Bewertung der zitierten Ergebnisse Folgendes zu berücksichtigen ist: Anders als zB bei der Voruntersuchung in der H.klinik B. wurde bei der Untersuchung im November 2004 in der Praxis Dres.P./S. jede Belastungsstufe 4 Minuten beibehalten - gegenüber lediglich 2 Minuten in der H.klinik B. im September 2003. Trotz der Verdopplung der Verweildauer in jeder Belastungsstufe und trotz des unter der Belastung erfolgten Anstiegs der Resistance der Atemwege war es dem Kläger also möglich, die Belastungsstufe von 100 Watt über 4 Minuten durchzuhalten, bis wegen des subjektiven Symptoms von Luftnot bzw Kurzluftigkeit der Belastungstest abgebrochen wurde. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass beim Kläger entweder gegenüber der Untersuchung in B. eine Besserung des allgemeinen körperlichen Leistungsvermögens eingetreten ist oder aber die Bereitschaft des Klägers zur Erreichung eines möglichst guten Untersuchungsergebnisses, dh einer hohen Leistungsstufe bei der in der Praxis Dr.S. durchgeführten Belastung deutlich höher war. Auch bei früheren ergometrischen Untersuchungen waren bei sonst gleichen, durchaus günstigen Befunden die erreichten maximalen Leistungsstufen mit 75, 90 oder 125 Watt doch sehr unterschiedlich. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass bei einer sog. Stressechokardiographie im August 2001 eine ergometrische Belastung sogar erst bei 150 Watt wegen Luftnot abgebrochen werden musste. Bezüglich der erreichten maximalen Leistungsstufen ist im Laufe der letzten Jahre kein Trend is einer allmählich nachlassenden Leistungsfähigkeit festzustellen. Die in der "sozialmedizinischen Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung" 2004 niedergelegten Standards für die Zumutbarkeit körperlicher Belastungen auf der Grundlage von ergometrisch erreichbaren Maximalleistungen gehen davon aus, dass bei einer maximal erreichbaren Leistung von 75 Watt in der Ergometrie weiterhin eine Dauerbelastbarkeit für körperlich leichte Tätigkeiten gegeben ist und beim Erreichen einer maximalen Ergometerleistung von 75 bis 125 Watt durchaus auch mittelschwere Arbeiten geleistet werden können.

Die auf kardiologischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen des Klägers hindern diesen somit nicht an der vollschichtigen Verrichtung körperlich leichter Tätigkeiten. An dieser Einschätzung des Leistungsvermögens des Klägers ändert sich auch dann nichts, wenn die bei ihm vorliegende obstruktive Atemwegserkrankung berücksichtigt wird. Eine Engstellung der Atemwege ist beim Kläger wiederholt festgestellt worden. Mit Resistante-Werten von 4,7 cmH2O/1/f bzw von 5,07cmH2O/1/f ist beim Kläger in den Jahren 2001 und 2003 eine leichtgradige, grenzwertig mittelschwergradige Abweichung festgestellt worden. Die von Dr.M. veranlasste im November 2004 in der Praxis Dr.S. durchgeführte Resistante-Untersuchung ergab Werte von 0,49 bzw (30 Minuten nach erfolgter ergometrischer Belastung) und von 0,77 (Untersuchungsbefunde in der Anlage zum Gutachten). Die angegebenen Werte belegen eine leicht- bis mittelschwergradige obstruktive Atemwegserkrankung des Klägers.

Bei röntgenologisch unauffälliger Struktur des Lungengerüsts und stets normalem physikalischem Lungenbefund mit normalen Atem- und fehlenden Nebengeräuschen kommt bei allen klinischen Untersuchungen der Verengung der Atemwege, die nur mit der Methode der Lungenfunktionsuntersuchung nachweisbar ist, für die Verrichtung leichter körperlicher Tätigkeiten keine wesentliche leistungseinschränkende Bedeutung zu. Diese Feststellung gilt auch bei Berücksichtigung der hypertensiven Herzkrankung. Zutreffend weist Dr.M. in seinem Gutachten vom 10.01.2005 darauf hin, dass die Auswirkungen der Herz- und der Atemwegserkrankung jeweils so gering ausgeprägt sind, dass selbst bei Berücksichtigung des Nebeneinanders, der Überlagerung der jeweiligen Symptome und der gegenseitigen ungünstigen Beeinflussung dieser beiden Erkrankungen die Verrichtung leichter körperlicher Arbeiten auch weiterhin durchaus zumutbar ist.

Hingegen vermochte sich das Gericht nicht der sozialmedizinischen Beurteilung des im Klageverfahren gehörten ärztlichen Sachverständigen Dr.K. vom Mai 2003 anzuschließen, der beim Kläger ein zeitliches Leistungsvermögen von nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich für möglich hält. Dr.K. stützte sein gutachterliches Urteil in erster Linie auf den seinerzeit aktuellsten kardiologischen Untersuchungsbefund der Dres.S. , K. , H ... Trotz beschwerdefreier Belastbarkeit des Klägers und nicht krankhaft verändertem EKG bis zu einer Belastungsstufe von 125 Watt schloss Dr.K. auf die genannte Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers und trug zur Begründung Folgendes vor: - Es liege beim Kläger eine chronische Herzschwäche mit einer Vergrößerung der Herzhöhlen vor (sog. diastolische Herzinsuffizienz) und nach einer Phase der Kompensation sei mit einer signifikanten Minderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit zu rechnen. - Es bestehe in Abhängigkeit vom Grad der Belastung eine erhöhte Gefahr der Wiederkehr eines Ereignisses wie im Februar 2001. - Es liege eine progrediente Angina-pectoris-Symptomatik beim Kläger vor, die - trotz ausgeschlossener koronarer Herzkrankheit - für eine Störung der Mikrozirkulation besonders an der Herzhinnenwand spreche.

Demgegenüber hat der gerichtliche Sachverständige Dr.M. in seinem Gutachten vom 10.01.2005 auf S.16 zutreffend darauf hingewiesen, dass zur damaligen Zeit von einer klinisch-relevanten, die Verrichtung einer leichten körperlichen Tätigkeit einschränkenden Herzinsuffizienz beim Kläger definitiv nicht gesprochen werden könne. Die Vorhersage einer weiteren Verschlimmerung sei rein spekulativ gewesen. Ferner sei nicht anzunehmen, dass durch die Verrichtung einer leichten Tätigkeit der weitere Verlauf der Herzkrankheit und ebenso der der Bluthochdruckkrankheit ungünstig beeinflusst werde.

Ein vollsicheres Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten ist auch im Fall etwaiger Mikrozirkulationsstörungen an den Innenwänden des Herzmuskels anzunehmen. Die von Dr.K. als Beleg dafür angeführte "progrediente Angina-pectoris-Symptomatik" ist von diesem selbst mit dem Hinweis in Frage gestellt worden, dass die vom Kläger angegebenen thorakalen Beschwerden sich nicht vollständig mittels kardiologischer Befunde objektivieren ließen. Das Vorliegen einer "Angina-pectoris-Krankheit" ist - wie bereits erwähnt - ausgeschlossen worden.

Erst recht nicht kann der Beurteilung der H.klinik B. gefolgt werden, die aufgrund einer ergospirometrischen Untersuchung, die im September 2003 beim Kläger vorgenommen wurde, nur noch ein unter dreistündiges Leistungsvermögen des Klägers annimmt.

Hiergegen hat der Internist Dr.E. in seiner Stellungnahme für die Beklagte vom 10.10.2003 zutreffend eingewandt, dass es für den im Entlassungsbericht als Hauptdiagnose genannten "alten Myocardinfarkt" kein ausreichendes objektives Korrelat gibt. Zumindest konnte keine Folgeerscheinung nachgewiesen werden, die eine Leistungseinschränkung beinhalten würde. Auch die im weiteren Verlauf durchgeführte Koronarangiographie war unauffällig, so dass eine relevante koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden konnte. Auch im Entlassungsbericht der H.klinik B. wurde in der Echokardiographie ausdrücklich festgestellt, dass sich eine Infarktnarbe nicht darstellen lässt und insgesamt eine gute systolische linksventrikuläre Gesamtfunktion vorgelegen hat. Darüber hinaus wurde echokardiographisch gegenüber früheren Befunden eher eine Besserung attestiert. So ist die in allen bisherigen gutachterlichen Beurteilungen angenommene diastolische Funktionsstörung der linken Herzkammer (die sicher vorliege) im entsprechenden Echokardiographiebefund nicht mehr festgestellt worden.

Bei der ergospirometrischen Belastungsprüfung sind erhebliche Mängel sowohl in der Durchführung, der Dokumentation als auch der Interpretation festzustellen. Die unter den vorliegenden Bedingungen gewählte stufenweise Belastung mit einer 2-minütigen Stufe von 50 Watt und einer 3-minütigen bei 75 Watt dürfte kaum geeignet sein für die Bestimmung der "anaeroben Schwelle". Bei stufenweiser Belastung ist eine Mindestdauer von 4 Minuten auf jeder Stufe erforderlich. Besser wäre eine rampenförmige Belastung über einen Mindestzeitraum von 10 Minuten mit allmählicher Leistungssteigerung gewesen. Insbesondere ist auch die Dokumentation der erreichten cardio-pulmonalen Ausbelastung erforderlich; diesbezüglich sind keinerlei Parameter wie respiratorischer Quotient (bzw RER) oder Lactat-Wert angegeben. Unter den gewählten Kautelen dürfte kaum eine korrekte Bestimmung der Schwelle möglich gewesen sein. Andererseits ist festzustellen, dass der angegebene Wert einer maximalen Sauerstoffaufnahme von 16,2 ml/min./kg Körpergewicht im Bereich der anaeroben Schwelle nach der sog. Weber-Klassifikation entsprechend einem Wert über 14 der sog. Weber-Klasse A entspricht, was für eine gute kardiale Belastbarkeit spricht. Ebenso liegt der angegebene Sauerstoffpuls von 14,5 ml/min im Bereich einer eher guten kardialen Belastbarkeit (Normwert: 10-15). Insgesamt ist daher nicht von einer zur korrekten Leistungsbeurteilung verwertbaren Durchführung der Ergospirometrie bzw deren entsprechender Interpretation auszugehen.

Ebensowenig hält das Gericht die sozialmedizinische Beurteilung des Internisten/Kardiologen Dr.H. in seinem Gutachten vom 31.05.2005 für schlüssig. Dr.H. diagnostizierte eine fortgeschrittene hypertensive Herzkrankheit mit noch erhaltener systolischer LV-Kontraktilität und diastolischer Relaxationsstörung und bewertet die kompensierte Herzinsuffizienz mit einem Stadium NYHA II bis III. Ferner geht er von einer "erhöhten supraventrikulären Ektopiengneigung" aus. Unter der Berücksichtigung der von ihm zusätzlich gestellten Diagnosen (arterielle Hypertonie, nur mit einer umfangreichen medikamentösen Therapie einstellbar, obstruktiv-restriktive Atemwegserkrankung, Arthrose von Wirbelsäule/Knie- und Schultergelenken, Übergewicht, diätetisch einstellbarer Diabetes mellitus) vertritt er die Auffassung, dass dem Kläger bei durchschnittlicher Belastung und betriebsüblichen Arbeitspausen nur noch ein zeitlicher Umfang an Arbeitstätigkeit von unter 3 Stunden pro Tag zuzumuten sei. Als Zeichen der aktuell überwiegenden diastolischen Funktionsstörungen des Herzens wertet er eine leichte Erhöhung des BNP-Wertes und damit einen Hinweis auf die derzeit kompensierte Herzinsuffizienz. Im Vordergrund der objektivierbaren Befunde stehe jetzt im Vergleich zu der Voruntersuchung im Jahr 2003 eine pathologische Erweiterung des linken Ventrikels mit exzentrischer Hypertrophie. Trotz erhaltener systolischer Kontraktilität müsse dies nach seiner Auffassung als ein eindeutiges Zeichen einer weiteren Verschlechterung der Grundkrankheit gewertet werden.

Zwar sprechen die von Dr.H. erhobenen Befunde in der Tat von einer gewissen Verschlechterung im Rahmen der langjährig bestehenden Bluthochdruckerkrankung. Die von Dr.H. gezogene Schlussfolgerung einer zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers in den untervollschichtigen Bereich (konkret 3 bis unter 6 Stunden) ist jedoch aufgrund einer Gesamtwürdigung der erhobenen Befunde nicht gerechtfertigt.

Nach wie vor besteht eine allenfalls diskret beeinträchtigte systolische Pumpfunktion der linken Herzkammer mit einer EF von 59 %, worauf der Internist Dr.E. in seiner Stellungnahme für die Beklagte vom 01.07.2005 zutreffend hinweist. Der Kläger wurde bis 125 Watt ergometrisch belastet, was einer schweren körperlichen Arbeit entspricht. Angegeben wird als Abbruchgrund Dyspnoe und Angina-pectoris-Symptomatik. Somit ist zumindest bis 100 Watt eine beschwerdefreie Belastung möglich gewesen. Ischämietypische EKG-Veränderungen wurden wiederum nicht festgestellt.

Die von Dr.H. vorgenommene Einstufung der klinischen Beschwerdesymptomatik in eine Herzinsuffizienz in das Stadium NYHA II bis III wird durch die objektiven Befunde nicht gestützt.

Der von Dr.H. im Blut bestimmte BNP-Wert als weiterer objektiver Parameter für die Beurteilung der Herzleistung ist mit 111 pg/ml leicht erhöht und wird in der Literatur der klinischen Beschwerdekategorie NYHA I zugeordnet (der Normalbereich wird bis etwa 100 pg/ml angenommen). Der gemessene BNP-Wert steht im Kontext mit den übrigen objektiven Befunden einer relativ guten Ergometerbelastbarkeit sowie einer fast normalen Pumpfunktion der linken Herzkammer in der Echokardiographie.

Eine Änderung der Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers ergibt sich auch nicht aufgrund der Ergebnisse der Untersuchung durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr.D. 06.02.2006. In seinem Gutachten vom 06.02.2006 diagnostizierte der Kardiologe Dr.D. folgende Gesundheitsstörungen:

1. Arterielle Hypertonie, die durch eine Mehrfachkombinationstherapie unter Ruhe- und Belastungsbedingungen normotensiv eingestellt ist, keine prinzipielle Befundänderung seit Dezember 2001. 2. Hypertensive Herzerkrankung mit guter systolischer Funktion und gleichbleibender bis gebesserter diastolischer Herzinsuffizienz seit Dezember 2001. Beginnende, echokardiographisch dokumentierte Linksherzvergrößerung ab August 2003. 3. Geringgradige, obstruktive Ventilationsstörung, unverändert seit Dezember 2001. 4. Beginnende geringgradige Rechtsherzbelastung als Kombination aus diastolischer Herzinsuffizienz, obstruktiver Ventilationsstörung und Adipositas ab ca. November 2004. 5. Adipositas mit 96 kg bei 176 cm (gebessert im Vergleich zu Dezember 2001). 6. Latenter Diabetes mellitus Typ II b, diätetisch behandelbar mit guten HbA_{1c} Werten (Unverändert seit Dezember 2001). 7. Wirbelsäulensyndrom, z.Zt. aktiviert, ohne Verschlechterung des Fingerbodenabstands seit Dezember 2001.

Die auf dem Ergometer nachgewiesene Belastbarkeit des Klägers beim Belastbarkeitsergometer in der Klinik L. am 10.02.2006 zeigte keine Veränderung gegenüber den vorherigen Ergometerbelastungen. Seitens der Echokardiographie hat der enddiastolische Ventrikeldurchmesser wieder etwas abgenommen, nach wie vor verbleibt jedoch eine beginnende Linksherzvergrößerung, die auch radiologisch dokumentiert ist. Die diastolische Herzinsuffizienz kann als unverändert nachgewiesen werden. Die Rechtsherzbelastung, gemessen über die Tricuspidalklappeninsuffizienz, erscheint geringgradig gebessert, wenngleich hier der akute Hydrationszustand des Körpers berücksichtigt werden muss. Keine Veränderung hinsichtlich der Lungenfunktionsprüfung. Zu Recht geht der gerichtliche Sachverständige Dr.D. davon aus, dass die Herzinsuffizienz klinisch maximal dem Stadium NYHA II zuzuordnen ist, nicht dem Stadium NYHA III.

Auf orthopädischem Fachgebiet liegen beim Kläger zwar degenerative Veränderungen an der Halswirbel-, Brustwirbel- und Lendenwirbelsäule vor, was auch die Röntgenaufnahmen während der letzten Reha-Maßnahme in B. dokumentieren. Bis auf eine endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkung bei der Rotation des Rumpfes war jedoch bei der Untersuchung des Klägers durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. hinsichtlich der Funktion der Wirbelsäule kein gravierender Befund zu erheben. Das Aufrichten aus der Rumpfbeuge gelang aus rückeigener Kraft und erfolgte ohne erkennbare Beschwerden. Motorische und sensible Ausfälle an den Extremitäten lagen nicht vor.

Bei der klinischen Untersuchung des Klägers in der Klinik L. am 10.02.2006 war der Achillessehnenreflex rechts nicht auslösbar, Sensibilitätsstörungen waren nicht feststellbar, der Fingerbodenabstand war mit 18 cm im Verlauf trotz subjektiver Schmerzangaben sogar gebessert. Hinsichtlich der Beweglichkeit im Lendenwirbelsäulenbereich kann somit keine sichere Befundprogredienz trotz der angegebenen Beschwerden attestiert werden. Der Fingerbodenabstand hat sich geringgradig gebessert.

Die fehlende Auslösbarkeit des Achillessehnenreflexes rechts und das endständig positive Lasèguezeichen beidseits bei der Untersuchung des Klägers in der Klinik L. am 10.02.2006 weisen auf ein akutes Lendenwirbelsäulensyndrom hin. Auch die Angabe, dass das Tragen von Lasten von weniger als 10 kg aktuell erschwert sei, verdeutlicht eine aktuell akzentuierte Lendenwirbelsäulenproblematik.

Eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers lässt sich daraus - auch unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen auf anderen Fachgebieten - nicht herleiten.

Die beim Kläger vorliegende Periarthritis humero scapularis (PHS) stellt kein Hindernis für die Verrichtung leichter Tätigkeiten dar, denn bei der Untersuchung des Klägers durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. waren die Arme des Klägers weit über die Horizontale anzuheben, die Armmuskulatur war nicht beeinträchtigt und alle Griffarten konnten mit guter Kraft ausgeführt werden. Diese Gesundheitsstörung hat jedoch zur Folge, dass Verrichtungen, die über einen längeren Zeitraum über Augenhöhe auszuführen sind, nicht gefordert werden können.

Der Senat folgt auch insoweit den gerichtlichen Sachverständigen Dr.M. und Dr.D., als diese zusammenfassend feststellen, dass dem Kläger noch leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus von Gehen, Stehen und Sitzen zumutbar sind, wobei folgende Tätigkeiten zu vermeiden sind: Arbeiten, die mehr als leicht einzustufen sind, ferner solche, die mit Zeitdruck, erhöhtem Stress, körperlicher Kraftaufwendung, Nachtschicht und Wechselschicht sowie Zwangshaltungen im Hocken, Bücken und Knien verbunden sind. Steigen auf Leitern und Gerüsten können vom Kläger nicht erbracht werden. Tätigkeiten im Freien und solche, die mit Exposition gegenüber physikalischen und chemischen Reizstoffen

verbunden sind, müssen ebenfalls vermieden werden.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass dem Kläger seit Antragstellung leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen täglich noch mindestens 6 Stunden zumutbar sind, so dass der Kläger nicht erwerbsgemindert iS des [§ 43 Abs 3 SGB VI](#) (nF) ist. Dem Kläger steht daher kein Anspruch auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung gemäß [§ 43 SGB VI](#) (nF) zu.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG Nürnberg vom 20.11.2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#) bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-10-31