

## L 4 R 3607/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Ulm (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 R 3560/06  
Datum  
09.07.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 R 3607/08  
Datum  
14.11.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 09. Juli 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 1965 in der Türkei geborene Kläger, der sich seit 1976 in der Bundesrepublik Deutschland aufhält, erlernte keinen Beruf. Von Februar 1981 bis 07. Oktober 2002 war er als Metallschleifer versicherungspflichtig beschäftigt. Seitdem ist er arbeitsunfähig krank und bezog nach Beendigung der Lohnfortzahlung zunächst Krankengeld bzw. Übergangsgeld, im Anschluss daran Arbeitslosengeld und seit 06. April 2005 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Zwischen dem 23. August 2004 und 31. März 2006 ging er außerdem mit einer kurzen Unterbrechung einer geringfügigen versicherungsfreien Beschäftigung nach. Einen vom Kläger im Oktober 1999 gestellten Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit lehnte die Landesversicherungsanstalt Württemberg, Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden einheitlich Beklagte), gestützt auf ein von Chirurg und Allgemeinmediziner Dr. S. erstattetes Gutachten vom 07. Dezember 1999 mit Bescheid vom 14. Dezember 1999 ab. Ein zweiter Rentenanspruch des Klägers vom 18. März 2003 war ebenfalls erfolglos. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 24. Juni 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. August 2003 ab. Die hiergegen erhobene Klage zum Sozialgericht Ulm (- SG -, S 1 R 2595/03) wurde nach Einholung von Gutachten des Internisten und Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. G. vom 25. April 2004 und des Internisten und Kardiologen Dr. H. vom 24. Juni 2004 mit Urteil vom 24. August 2004 abgewiesen. Die hiergegen eingelegte Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (- LSG -, L 10 RJ 4359/04) nahm der Kläger zurück.

Der Kläger befand sich vom 14. Juli bis 04. August 2005 wegen einer hypertensiven Herzerkrankung, rezidivierender hypertensiver Entgleisungen, einer arteriellen Hypertonie, Adipositas, einer Hyperlipoproteinämie und rezidivierenden Dorsolumbalgien bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen in einer von der Beklagten bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik H.-K., aus der er ausweislich des Entlassungsberichts des Prof. Dr. Bu. vom 05. September 2005 sowohl für die bisherige Tätigkeit als Schleifer als auch für sonstige leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts vollschichtig leistungsfähig entlassen wurde. Während des Rehabilitationsverfahrens zeigte sich, dass die Blutdruckwerte des Klägers akzeptabel gut eingestellt waren und der Kläger mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion fahrradergometrisch im Liegen bis 100 Watt ohne Ischämienachweis belastbar war.

Der Kläger beantragte am 23. November 2005 Rente wegen Erwerbsminderung. Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Z.-R. nannte nach einer Untersuchung sowie der Auswertung vorliegender Arztbriefe (u.a. Kurzarztbrief des Dr. I., Kreisklinik B., vom 02. Dezember 2005: Diagnosen: Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie, hypertensive Herzkrankheit, essentielle Hypertonie, pathologische Glucosetoleranz; Belastung bis 75 Watt; Ausschluss koronare Herzkrankheit mittels Herzkatheteruntersuchung; Arztbrief des Internisten Dr. Ma. vom 18. Juli 2003: belastbar bis 75 Watt) im Gutachten vom 13. Januar 2006 als Diagnosen eine hypertrophisch obstruktive Kardiomyopathie, eine hypertensive Herzkrankheit, eine Wirbelsäulenfehlstatik mit guter Mobilität, als Nebendiagnosen eine ausgeheilte Hepatitis B-Infektion, eine Antirefluxplastik 1984, eine Blinddarmentfernung, eine diskrete Schuppenflechte, eine mehrfach operierte Nasenscheidewandverkrümmung und die Sanierung eines freien Gelenkkörpers im rechten Ellenbogengelenk und als Risikofaktoren Übergewicht, Zuckerstoffwechselstörung, Ex-Nikotin, leichte restriktive Ventilationsstörung und medikamentös behandelte

Fettstoffwechselstörungen. Sie führte aus, bei dem Kläger bestehe aufgrund der hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie und der hypertensiven Herzkrankheit keine Belastbarkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten. Leichte Arbeiten, überwiegend im Sitzen, könnten jedoch ohne besondere Zeitdruck und in Tagesschicht mindestens sechsstündig bei ergometrischer Belastbarkeit zwischen 75 und 100 Watt in den letzten ergometrischen Untersuchungen angenommen werden. Als Metallschleifer sei der Kläger nur noch unter drei Stunden täglich belastbar. Die Beklagte lehnte hierauf mit Bescheid vom 17. Januar 2006 den Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung ab. Auf den vom Kläger erhobenen Widerspruch, den er auf den Kurzarztbrief des Dr. I. vom 02. Dezember 2005 und das Attest des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. He. vom 16. August 2005, wonach der Kläger wegen der schweren hypertrophen Kardiomyopathie auf Dauer berufsunfähig sei, stützte und u.a. mit einer Herzkraft von nur noch 30 vom Hundert (v.H.), weshalb ihm Ruhe und körperliche Schonung empfohlen worden sei, begründete, erhob die Beklagte das am 30. Mai 2006 erstattete Gutachten des Internisten Dr. Gr. ... Dr. Gr. stellte nach Durchführung einer farbcodierten Dopplerechokardiographie (Linksventrikuläre [LV] Erweiterung, Septumhypertrophie, morphologisch und funktionell unauffällige Herzklappen, normale LV-Funktion), einer Spiroergometrie (Belastung 160 Watt, maximale Sauerstoffaufnahme auf 66 Prozent im Vergleich zur Norm reduziert, entsprechend etwa 125 Watt) und eines Belastungs-EKG's (maximale Belastung 205 Watt) und einem gemessenen Blutdruckwert von 120/80 Torr rechts und links, einen lang andauernden Bluthochdruck mit Herzmuskelverdickung, nachfolgender Herzschwäche und Leistungsinderung, eine hypertensive Herzerkrankung sowie den Verdacht auf eine hochdruckbedingte Erkrankung des Gehirns mit Wahrnehmungsstörung und auf eine hypertensive Enzephalopathie fest und kam zu dem Ergebnis, der Kläger könne leichte Tätigkeiten isotoner Art (= Bewegungen ohne Kraftaufwand) vollschichtig verrichten. Ungeeignet seien Akkord- und Zeitdruck, Tätigkeiten, die dazu neigten, den Blutdruck zu erhöhen wie Bauchpresse, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn kg und häufiges Bücken ohne technische Hilfsmittel und Aktivitäten unter starker emotionaler Anspannung und erhöhtem Zeitdruck. Tätigkeiten, die eine normale Vigilanz erforderten, seien eingeschränkt. Auf Eigen- und Fremdgefährdung durch verzögertes Reaktionsvermögen sei zu achten. Mit Widerspruchsbescheid vom 21. August 2006 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss hierauf den Widerspruch zurück. Der sozialmedizinische Dienst sei zu dem Ergebnis gekommen, dass dem Kläger noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts mit Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien. Die Beurteilung dieses Leistungsvermögens durch den sozialmedizinischen Dienst sei für ihn, den Widerspruchsausschuss, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb er sich ihr anschließe. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) komme beim Kläger nicht in Betracht, da er nach dem 01. Januar 1961 geboren sei.

Der Kläger erhob am 15. September 2006 erneut Klage beim SG. Bei ihm lägen die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung vor. Er leide bereits langjährig an einer schwerwiegenden Herzerkrankung unter nachfolgender Herzschwäche mit deutlicher Leistungsinderung. Entgegen der durchgeführten Ergometriebewertung durch Dr. Gr. weise das im Klinikum B. anlässlich seines stationären Aufenthalts im Dezember 2005 gefertigte Belastungs-EKG ebenso wie das Belastungs-EKG anlässlich einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Oktober 2002 und das durch Dr. Ma. im Juli 2003 gefertigte Belastungs-EKG nur eine Belastbarkeit bis 75 Watt auf. Auch im Attest von Dr. He. vom 16. August 2005 werde ein eingeschränktes Leistungsvermögen aufgrund der hypertrophen Kardiomyopathie dokumentiert. Das Ausmaß und die Auswirkungen der kardiologischen Einschränkungen, insbesondere im Zusammenwirken mit den weiteren Störungen wie Schlafapnoe-Syndrom, chronisches Wirbelsäulen-Syndrom, Unterbauchbeschwerden und Belastungsatemnot, seien in den Gutachten der Beklagten nicht ausreichend zum Ausdruck gekommen. Aufgrund der arteriellen Hypertonie sei auch eine Einschränkung seiner Wegefähigkeit gegeben. Der Kläger lege vor den Bericht über die am 16. Oktober 2006 gefertigte kardiovaskuläre Magnetresonanztomographie durch Dr. Sp. vom Universitätsklinikum U. (Beurteilung: kleiner, deutlich konzentrisch hypertrophierter linker Ventrikel mit normaler Gesamtfunktion, keine regionalen Wandbewegungsstörungen, linker Vorhof vergrößert, rechter Ventrikel normal groß mit normaler Gesamtfunktion, Kontrastmittelspeicherung und Wichtungen mit Myokarditis vereinbar, leichtgradige Aortenklappeninsuffizienz, lokaler Perikarderguss), den Kurzbrief der Assistenzärztin U., Klinikum M., vom 29. September 2006 über seinen stationären Aufenthalt vom 26. bis 29. September 2006 wegen eines nicht bestätigten Verdachts auf eine Myokarditis, Arztbriefe des Prof. Dr. Li., Klinikum M., vom 24. Juli und 09. August 2007 über seinen stationären Aufenthalt vom 15. April bis 16. Mai 2007 wegen einer ausgedehnten Gelenkertrümmerung des humeralen Anteils des linken Ellenbogengelenks und über seinen stationären Aufenthalt vom 05. bis 25. Juli 2007 anlässlich dessen Narkosemobilisationen im Hinblick auf die Bewegungseinschränkung am linken Ellenbogengelenk durchgeführt wurden, das Attest des Dr. He. vom 25. Juli 2007, wonach beim Kläger nach der Ellbogentrümmerfraktur links eine Streckhemmung des linken Ellbogens vorliege, das aktuelle Belastungs-EKG der Ärzte für Allgemeinmedizin Dres. Re. und Ur. vom 14. März 2008 (Abbruch Belastungs-EKG nach zwei Minuten bei 50 Watt wegen Blutdruckausbelastung), den Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. Kr. vom 05. Juni 2008 (Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung, wegen erheblicher Sprachschwierigkeiten. Vorschlag der Vorstellung bei einem türkischen Kollegen), den Arztbrief des Lungenfacharztes Dr. W. vom 11. Juni 2008 (kein Hinweis für Schlafapnoe) und den Arztbrief des Dr. Ma. vom 12. Juni 2008 (Ergometrie 50 bis 75 Watt über insgesamt vier Minuten, bei 75 Watt Schwindel und Dyspnoe, adäquates Blutdruckverhalten bei erhöhtem Ruheblutdruck, Ergometrie wie Juli 2003).

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte eine Stellungnahme der Chirurgin Dr. Hi. vom 22. April 2008 vor, die keine Veranlassung sah von der bisherigen Beurteilung des Leistungsvermögens abzuweichen.

Das SG hörte die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen, die ihren Auskünften ihnen zugewandene Arztbriefe oder Befundberichte beifügten. Dr. Sp., Universitätsklinikum U. (Auskunft vom 27. November 2006), berichtete über die beim Kläger am 16. Oktober 2006 durchgeführte kardiovaskuläre Magnetresonanztomographie, wonach der Befund mit dem Vorliegen einer Myokarditis vereinbar sei. Die sichere Diagnose einer Herzmuskelentzündung könne mit diesem Verfahren jedoch nicht gestellt werden. Zur sicheren Diagnose bedürfe es einer Gewebeprobe. Dr. He. gab in seiner Auskunft vom 14. Februar 2007 an, beim Kläger liege im Rahmen einer Kardiomyopathie bei Zustand nach Myokarditis eine maligne Hypertonie vor. Seit 30. Mai 2006 sei der Blutdruck des Klägers immer weniger beherrschbar. Trotz massiver Kombinationstherapie würden häufig Blutdruckwerte über 200 auftreten. Seines Erachtens sei der Kläger nur gering belastbar. Eine Einschränkung der Gehfähigkeit sei ihm nicht bekannt. Prof. Dr. Kö., Klinikum M., führte aus (Auskunft ohne Datum eingegangen am 14. Mai 2007), der Kläger sei zum Zeitpunkt der Entlassung aus der letzten stationären Behandlung am 21. Dezember 2006 subjektiv beschwerdefrei gewesen. Die Aufnahme sei im Rahmen einer hypertensiven Krise mit Blutdruckwerten von 230/110 mmHg erfolgt. Nach medikamentöser Blutdrucksenkung sei der Kläger rasch beschwerdefrei gewesen. Unter Monotherapie hätten zuletzt Blutdruckwerte um 130/80 mmHg bestanden. Der Kläger sei in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten, vorausgesetzt die arterielle Hypertonie sei konsequent eingestellt. Prof. Dr. Li. berichtete in seiner Auskunft vom 20. Juli 2007 über die Behandlung des Klägers im Bereich des linken Ellenbogengelenks. Soweit derzeit beurteilbar, sei der Kläger nach Behandlungsabschluss in der Lage, eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für sechs Stunden durchzuführen.

Auf Veranlassung des SG erstattete Dr. H. das Gutachten vom 01. Oktober 2007. Ausweislich des Gutachtens maß er einen Blutdruck von 165/100 mmHg. Unter stufenweiser Ergometerbelastung erreichte der Kläger 125 Watt. Der Belastungsabbruch erfolgte wegen Erschöpfung (auch Schwindelgefühl), Luftnot sowie auch retrosternal etwas Druck. Insgesamt kam Dr. H. zu dem Ergebnis, beim Kläger lägen eine arterielle Hypertonie mit ausgeprägter hypertensiver Herzerkrankung (linksventrikuläre Hypertrophie), eine diastolische Ventrikelfunktionsstörung, eine Adipositas permagna mit metabolischem Symptom, erhöhten Blutzuckerwerten und eine medikamentös gut eingestellte Hyperlipidämie vor. Leichte Arbeiten (überwiegend im Sitzen) ohne Schicht- und Akkordarbeit, besondere Exposition gegen Kälte, Nässe, Zugluft und mit besonderen Ansprüchen an den Gleichgewichtssinn seien dem Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich möglich.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. Bo., Facharzt für Kardiologie/Innere Medizin, das Gutachten vom 24. Januar 2008. Bei der Untersuchung war der Kläger sechs Minuten stufenweise belastbar bis 100 Watt. Die 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung ergab eine überwiegend normotone Blutdruckeinstellung mit Werten um 120/65 mmHg tagsüber und sehr guter Nachtabsenkung. Der Kläger klagte Dr. Bo. gegenüber vorwiegend über starke Müdigkeit, Schwäche und Kraftlosigkeit meist unter Belastung, teilweise auch in Ruhe, tagsüber verbunden mit Gedächtnisstörungen. Dr. Bo. diagnostizierte eine hypertensive Herzerkrankung mit erheblicher Septumhypertrophie, eine Herzinsuffizienz NYHA II, einen persistierenden, einen fluktuierenden Perikarderguss, eine essentielle arterielle Hypertonie, eine restriktive Ventilationsstörung, einen Zustand nach distaler Humerustrümmerfraktur April 2007 mit massiver Bewegungseinschränkung des linken Ellbogens, eine Hyperuricämie und eine psychovegetative Labilität. Eine koronare Herzerkrankung sei mehrmals invasiv ausgeschlossen worden. Es sei dem Kläger noch möglich, leichte bis phasenweise mittelschwere körperliche Arbeiten ohne höhergradige geistige Beanspruchung und nur mit geringem Verantwortungspotential, ohne Tragen größerer Lasten über zehn kg, Überkopparbeiten und Fließbandarbeiten, mit Berücksichtigung der Bewegungseinschränkung des linken Armes und ohne Schicht- und Akkordarbeit, in nicht rein stehender Haltung ohne Unterbrechung der Körperposition vier Stunden täglich zu verrichten, wobei nach zwei Stunden Arbeitszeit eine Pause erforderlich sei. Die abweichende Beurteilung vom Vorgutachten Dr. H. beruhe darauf, dass im Gutachten von Dr. H. medikamentöse Wechselwirkungen nicht berücksichtigt worden seien. Auch sei damals eine zur Beurteilung einer Hypertonie erforderliche 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung nicht durchgeführt worden. Aktuell sei die Hypertonie übermäßig therapiert, so dass Schwächezustände und Müdigkeit durch die medikamentöse Therapieform sicherlich mit zu verantworten seien. Eine Besserung sei möglicherweise durch eine Medikamentenänderung zu erreichen. Erst nach dieser Änderung sei wohl eine definitive Beurteilung möglich und sinnvoll.

Mit Urteil vom 09. Juli 2008 wies das SG die Klage ab. Der Kläger sei nicht erwerbsgemindert, da er noch in der Lage sei, eine leichte Tätigkeit unter Beachtung von qualitativen Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Dies ergebe sich aus den Gutachten von Dr. Z.-R., Dr. Gr. und Dr. H. ... Der Beurteilung von Dr. Bo. sei nicht zu folgen. Auch er habe insgesamt einen unauffälligen Befund festgestellt. Zwar habe er eine vom Kläger angegebene verstärkte Müdigkeit für durchaus plausibel gehalten. Insoweit habe er jedoch die subjektiven Angaben des Klägers übernommen, ohne sie zu überprüfen. Andererseits halte er selbst auch eine Besserung der Situation durch eine Änderung der antihypertensiven Therapie für möglich. Damit sei - selbst wenn man der Einschätzung von Dr. Bo. folge - nicht davon auszugehen, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf nicht absehbare Zeit eingeschränkt sei. Auch aus dem Bericht über die Belastungsuntersuchung bei Dr. R. ergäben sich keine Gesichtspunkte, die zu einer anderen Bewertung führen könnten, da die Untersuchungsergebnisse bei dieser Untersuchung nicht von denen im Jahr 2003 abgewichen seien und damit die Situation sich im Vergleich zur Begutachtung bei Dr. H. nicht verschlechtert habe. Die Wirbelsäulenfehlstatik schränke den Kläger in seinem zeitlichen Leistungsvermögen nicht ein. Die im Rahmen eines Fahrradsturzes erlittene Gelenkzertrümmerung am linken Ellenbogen habe zwar eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben, der Kläger sei aber dennoch an einer leichten, mindestens sechsstündigen Tätigkeit nicht gehindert. Einen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit habe der Kläger nicht, da er erst 1965 geboren sei.

Gegen das Urteil hat der Kläger am 30. Juli 2008 Berufung eingelegt. Aufgrund seines angegriffenen Gesundheitszustands und der bestehenden Multimorbidität sei ihm die Ausübung einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nicht mehr möglich. Dr. Bo. habe schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt allenfalls halbschichtig einsetzbar sei. Den Ausführungen von Dr. Bo. folgend, wäre zumindest die Gewährung einer Rente auf Zeit gerechtfertigt gewesen, da sich aus dessen gutachterlichen Feststellungen eine kurzfristige Prognose hinsichtlich der für möglich erachteten Besserung nicht entnehmen lasse. Seine Herzleistung betrage wegen seines hohen Blutdrucks nur noch 30 v.H. ... Außerdem sei sein linker Arm kaputt. Der Kläger hat • den Kurzbefund von Dr. Bo., Klinikum M., vom 11. März 2009 über die stationäre Behandlung vom 05. bis 11. März 2009, in deren Verlauf ein akutes Infarktgeschehen hat ausgeschlossen werden können, die Echokardiographie eine global gute Pumpfunktion (EF 74 v.H.) und eine mittelgradige Hypertrophie erbracht hat und die Ergometrie nach zwei Minuten bei 100 Watt abgebrochen worden ist und die vom Kläger geklagten Beschwerden im Rahmen der hypertensiven Entgleisung gewertet worden sind, • den Operationsbericht des Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden Dr. Th. vom 27. April 2009 über die Entfernung zweier dislozierter Drähte bei Zustand nach in Fehlstellung verheilte distale Humerusfraktur links, • einen Arztbrief des Arztes Ku., Facharzt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 07. Dezember 2009, wonach beim Kläger neurologisch eine Parese am Daumenendglied links, eine Pronationsschwäche links und Sensibilitätsstörungen am Finger 1 und 2 festgestellt worden sei, • ein Attest des Dr. Ra., Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie, vom 06. Januar 2011, wonach beim Kläger ein Fersensporn links mit Plantarfascitis diagnostiziert wurde und eine Stoßwellentherapie durchgeführt wurde und • ein ärztliches Attest der Dres. We./Kr., Fachärzte für Allgemeinmedizin, vom 10. Februar 2011 mit den aktuellen Diagnosen Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Zustand nach Myokarditis, Hepatitis B/Hepatitis C (2003 festgestellt), • den Entlassungsbericht des Prof. Dr. Kö., Klinikum M., vom 23. Februar 2011 über die stationäre Behandlung vom 22. bis 23. Februar 2011 in dessen Verlauf ein Infarkt hat ausgeschlossen werden können und der Kläger in der Ergometrie bis 100 Watt beschwerdefrei gewesen sei vorgelegt.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 09. Juli 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 17. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. August 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 01. Dezember 2005 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat eine ärztliche Stellungnahme der Chirurgin Dr. Hi. vom 26. September 2008, die weitere medizinische Sachaufklärung empfohlen hat, und des Internisten Dr. Br. vom 23. September 2011 vorgelegt. Dr. Bross hat ausgeführt, auch aufgrund des sich aus dem Entlassbericht des Klinikums M. vom 23. Februar 2011 ergebenden Untersuchungsbefunds sei nicht ersichtlich, warum der Kläger nicht noch mindestens leichte Tätigkeiten mit Einschränkungen sechs Stunden und mehr verrichten können sollte. Der von dem Arzt Ku. erhobene Befund im Hinblick auf die Parese des linken Daumenendglieds, die Pronationsschwäche links und die Sensibilitätsstörungen von D 1 und 2 links sei ebenso wie die von Dr. Ra. mitgeteilten orthopädischen Befunde für das Leistungsvermögen von untergeordneter Bedeutung. Zusammenfassend bestehe kein Anlass, von der seither vertretenen Beurteilung des Leistungsvermögens abzuweichen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG, die Verwaltungsakten der Beklagten und die Vorprozessakten S 1 R 2595/03 und L10 RJ 4359/04 Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, da der Senat die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 17. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. August 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat ab 01. Dezember 2005 weder Anspruch auf Rente wegen voller noch wegen teilweiser Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#).

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 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes 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](#)).

Der Kläger ist seit 01. Dezember 2005 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, da er Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann.

Im Vordergrund steht beim Kläger eine arterielle Hypertonie mit ausgeprägter hypertensiver Herzerkrankung und diastolischer Ventrikelfunktionsstörung. Dies ergibt sich aus dem von Dr. H. erstinstanzlich erstatteten Gutachten vom 01. Oktober 2007, aber auch den im ersten Klageverfahren des Klägers erstatteten Gutachten des Dr. G. vom 25. April 2004 und des Dr. H. vom 24. Juni 2004, den im Verwaltungsverfahren erstatteten Gutachten von Dr. Gr. vom 30. Mai 2006 und von Dr. Z.-R. vom 13. Januar 2006, dem Entlassungsbericht des Prof. Dr. Bu. vom 05. September 2005 über die stationäre Rehabilitationsbehandlung des Klägers vom 14. Juli bis 04. August 2005, der sachverständigen Zeugenauskunft des Prof. Dr. Kö. vom Mai 2007 und den Entlassungsberichten des Klinikums M. vom 11. März 2009 und 23. Februar 2011. Die Erkrankung des Klägers hat danach eine mäßig bis ausgeprägte Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsbreite zur Folge, in der Regel konnte er jedoch noch bis mindestens 100 Watt belastet werden (Prof. Dr. Bu. 100 Watt, Dr. Gr. 205 Watt, Dr. H. 125 Watt, Dr. Bo. 100 Watt, Klinikum M. jeweils 100 Watt). Lediglich bei der in der Kreisklinik im Dezember 2005 durchgeführten Untersuchung bei Dr. Ma. im Juli 2003 und Juni 2008 war der Kläger nur bis 75 Watt belastbar, bei Dr. R. gelang im März 2008 nur eine Belastung bis 50 Watt. Die letztgenannten Werte unter 100 Watt stellen angesichts der im Übrigen durchgehend höheren Werte jedoch nur eine vorübergehende Erscheinung dar und bilden nicht den Dauerzustand ab. Im Hinblick auf den Blutdruck wurde bei dem durch Dr. Bo. durchgeführten Langzeit-EKG eine überwiegend normotone Blutdruckeinstellung mit Werten tagsüber um 120/65 mmHg und einer sehr guten Nachtabsenkung gemessen. Es kam in der Vergangenheit, zuletzt im Februar 2011, zwar auch immer wieder zu hypertensiven Krisen, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machten. Hierbei konnte jedoch jeweils ein Infarktgeschehen ausgeschlossen werden. Der Bluthochdruck normalisierte sich jeweils nach kurzer Zeit. Im Übrigen fand sich beim Kläger weder eine koronare Herzkrankheit, noch eine Nierenarterienstenose oder ein Conn-Syndrom. Auch die Diagnose einer erneuten Myokarditis steht nicht fest, nach der Magnetresonanztomographie ist der Befund zwar mit dem Vorliegen einer Myokarditis vereinbar, weitere Untersuchungen wurden insoweit jedoch nicht durchgeführt. Die systolische Herzfunktion war echokardiographisch jeweils gut, und auch Arrhythmien waren nicht nachzuweisen. Der Einwand des Klägers, dass seine Herzleistung nur noch 30 v.H. betrage, ist durch diese ärztlichen Unterlagen widerlegt. Auch die letzte Echokardiographie vom 23. Februar 2011 zeigte ausweislich des Entlassungsberichts des Dr. Kö. weiterhin einen normal weiten linken Ventrikel mit normaler systolischer Funktion (EF 61 v.H.), einen normal weiten rechten Ventrikel und keine höhergradige Fehlfunktion der Aorten-, Mitral- und Trikuspidalklappe.

Aufgrund der eingeschränkten Herzleistung lassen sich allenfalls qualitative Leistungseinschränkungen ableiten, nämlich Einschränkungen beim Heben und Tragen von Lasten, häufigem Bücken, bei Aktivitäten unter starker emotionaler Anspannung und erhöhtem Zeitdruck, bei

Schichtarbeit, besonderer Exposition gegen Kälte, Nässe und Zugluft sowie besonderer Beanspruchung des Gleichgewichtssinns, nicht aber eine quantitative Leistungseinschränkung auf weniger als sechs Stunden. Der Senat folgt insoweit - wie das SG - der Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Dr. H., dass der Kläger noch Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, wie dies auch bereits Prof. Dr. Bu. in seinem Entlassungsbericht vom 05. September 2005, Dr. Z.-R. in ihrem Gutachten vom 13. Januar 2006, Dr. Gr. in seinem Gutachten vom 30. Mai 2006 und Prof. Dr. Kö. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom Mai 2007 annahm. Widerlegt wird diese übereinstimmende Einschätzung auch nicht durch die abweichende Leistungseinschätzung des Dr. Bo., der im Wesentlichen dieselben Befunde erhob und das nur vierstündige Leistungsvermögen des Klägers auf die vom Kläger geschilderte verstärkte Müdigkeit und Schwächezustände stützte und durch Änderung der Medikation eine Besserung des Leistungsvermögens nicht ausschloss. Abgesehen davon, dass die vom Kläger angegebene Mündigkeit und die Schwächezustände nicht objektiv belegt sind, ist, wie das SG insoweit zu Recht ausführte, aufgrund dieser Einschätzung nicht davon auszugehen, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf nicht absehbare Zeit eingeschränkt ist.

In wie weit beim Kläger als Folge des Fahrradunfalls vom April 2007 weiterhin - wie von Prof. Dr. Li. in seinen Arztbriefen und der sachverständigen Zeugenauskunft und von Dr. He. jeweils im Jahr 2007 sowie Dr. Bo. im Gutachten vom 24. Januar 2008 beschrieben - eine Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Ellenbogens vorliegt, kann dahingestellt bleiben. Zweifel hieran bestehen, nachdem in dem vom Kläger vorgelegten ärztlichen Attest der Dres. We./Kr. insoweit keine Diagnose gestellt wurde und sie auch aktuell keine Bewegungseinschränkung des Ellenbogens erwähnen. Auch eine Bewegungseinschränkung des linken Ellenbogens führt lediglich zu der weiteren qualitativen Einschränkung, dass dem Kläger Tätigkeiten, die mit links auszuführenden Überkopfarbeiten oder Heben und Tragen mit dem linken Arm verbunden sind, nicht mehr möglich sind. Eine quantitative Leistungseinschränkung hat die Bewegungseinschränkung nicht zur Folge.

Auch wegen der von Dr. Z.-R. diagnostizierten Wirbelsäulenfehlstatik und den im Entlassungsbericht des Prof. Dr. Bu. erwähnten rezidivierenden Dorsolumbalgien lässt sich eine zeitliche Leistungseinschränkung auf weniger als sechs Stunden nicht feststellen, nachdem Dr. Z.-R. gleichzeitig eine gute Mobilität beschrieb und im Übrigen in den weiteren Arztbriefen der behandelnde Ärzte ein entsprechender Befund nicht erwähnt wird. Mit den bereits genannten qualitativen Leistungseinschränkungen wird den in der Vergangenheit erwähnten Wirbelsäulenbeschwerden auf jeden Fall ausreichend Rechnung getragen.

Auch aufgrund der Beschwerden von Seiten des linken Daumenendglieds, der Pronationsschwäche links, der Sensibilitätsstörungen von D1 und 2 links sowie des Fersensporns links lassen sich allenfalls qualitative Leistungseinschränkungen ableiten, nämlich Einschränkungen beim Heben und Tragen mit der linken Hand und für Tätigkeiten, die das Tragen von Sicherheitsschuhen erforderlich machen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-11-19