L 11 R 222/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 4291/17
Datum
16.10.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 222/20
Datum
21.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 16.10.2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Der am 1961 in P geborene Kläger zog im Juni 1986 in die Bundesrepublik Deutschland zu. Er ist als Vertriebener anerkannt. In P war der Kläger ua im Braunkohletagebau als „Bohrmann“ beschäftigt. Nach seiner Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland war der Kläger ua mehrfach selbstständig tätig. Sein Versicherungsverlauf vom 18.05.2018 (Bl 31 der SG-Akten) weist ua Pflichtbeitragszeiten infolge des Bezugs von Arbeitslosengeld II vom 15.11.2006 bis zum 30.11.2008 sowie vom 07.09.2010 bis zum 31.12.2010, Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II vom 01.01.2011 bis zum 30.04.2012 sowie vom 01.01.2013 bis zum 31.07.2013, Pflichtbeitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung vom 22.04.2013 bis 15.09.2013, Zeiten des Bezugs von Kranken- oder Übergangsgeld vom 16.09.2013 bis 01.02.2015 sowie von Arbeitslosengeld vom 02.02.2015 bis 30.09.2015 auf. Vom 04.12.2015 bis zum 14.12.2015 bestand Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug. Im Jahr 2016 stand der Kläger wieder im Bezug von Arbeitslosengeld II.

Im Jahr 2013 wurde bei dem Kläger eine hypertrophe Kardiomyopathie (Erkrankung der Herzmuskulatur) festgestellt, nachdem der Kläger unter progredienter Angina pectoris (Brustenge), Belastungsdyspnoe sowie Schwindelsymptomatik gelitten hatte (Entlassbericht des O vom 29.08.2013, Bl 199 der SG-Akten). Während des stationären Aufenthalts im Zentrum für Innere Medizin des Uklinikums U1 vom 24.02.2014 bis 06.03.2014 wurde bei hypertroph obstruktiver Kardiomyopathie eine transkoronare Ablation der Septum-Hypertrophie (sog TASH) durchgeführt (Entlassbericht des R vom 06.03.2014, Bl 147 der SG-Akten). Nachdem diese Therapie keine nachhaltige Besserung zeigte und bei dem Kläger Schwindelattacken und Belastungsdyspnoe der Funktionsklasse III auftraten, wurden im Herzzentrum G während des stationären Aufenthalts vom 25.09.2014 bis 11.10.2014 eine erweiterte Myektomie (Muskelentfernung), Mobilisierung und Teilexzision des anterioren und postanterioren Papillarmuskels (Vorstülpung des Herzmuskels in das Herzinnere, der über Sehnenfäden mit zwei der Segel einer Segelklappe zwischen Vorhof <Atrium> und Herzkammer <Ventrikel> verbunden ist <Mitral- und Trikuspidalklappe>), Resektion hypertrophierter Trabekel und DDD-Schrittmacherimplantation durchgeführt (Entlassbericht des S vom 11.10.2014, Bl 93 der SG-Akten). In der Zeit vom 16.10.2014 bis 05.11.2014 absolvierte der Kläger eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in der Klinik K, aus der er arbeitsunfähig und mit einem beruflichen Leistungsvermögen für leichte Arbeiten, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen von sechs Stunden und mehr entlassen wurde. Im Entlassbericht des T vom 06.11.2014 wurde die Diagnosen hypertroph obstruktive Kardiomyopathie genannt und Zustände nach den vorangegangenen Eingriffen beschrieben. Der Kläger sei arbeitsunfähig entlassen worden, eine Reevaluation sei für Anfang 2015 vorgesehen. Langfristig könne der Kläger möglicherweise arbeitsfähig werden für leichte Tätigkeiten. Die Beklagte leitete kein Verfahren zur Prüfung der Umdeutung des Antrages auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenantrag nach § 116 Abs 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) ein, weil der Kläger die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus ihrer Sicht nicht erfüllt hatte (Schreiben vom 05.01.2015).

Bereits am 18.12.2013 hatte der Kläger bei der Beklagten erstmals Rente wegen Erwerbsminderung beantragt. Den Rentenantrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 16.01.2014 ab, weil die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Unter Berücksichtigung eines möglichen Eintritts einer Erwerbsminderung zum 18.12.2013 enthalte das Versicherungskonto in dem maßgeblichen

Zeitraum vom 01.08.2007 bis zum 17.12.2013 lediglich 29 Monate mit Pflichtbeiträgen. Auch habe der Kläger vor dem 01.01.1984 die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren nicht zurückgelegt. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.05.2014 zurück.

K1 gelangte in ihrem Gutachten vom 27.01.2015 für die Agentur für Arbeit A zu der Einschätzung, dass bei dem Kläger eine Minderung der Leistungsfähigkeit vorläge, die keine versicherungspflichtige, mindestens fünfzehn Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung voraussichtlich länger als sechs Monate, aber nicht auf Dauer zulasse.

Am 19.02.2015 beantragte der Kläger erneut Rente wegen Erwerbsminderung. Auch diesen Antrag lehnte die Beklagte ab, weil die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien (Bescheid vom 27.02.2015).

Auf Ersuchen des Sozialhilfeträgers O1 nach § 45 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) im Hinblick auf einen Antrag des Klägers aus dem September 2015 auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung schloss sich der Arzt für Innere Medizin Z (Sozialmedizinischer Dienst der Beklagten) in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 15.12.2015 der Leistungsbeurteilung der Reha-Klinik K an und ging von einem Leistungsvermögen für leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von sechs Stunden aus. Die Beklagte beantwortete das Ersuchen mit Schreiben vom 21.12.2015 dahingehend, dass der Kläger die Voraussetzungen des § 41 Abs 3 SGB XII nicht erfülle, weil er unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein könne.

Den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 27.02.2015 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.01.2016 zurück. Seine Klage hatte keinen Erfolg.

Nachdem der Kläger gegen die Ablehnung von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII Widerspruch eingelegt hatte, richtete der O1 an die Beklagte erneut ein Ersuchen nach § 45 SGB XII (Schreiben vom 13. November 2016). Nach Beiziehung von Befundunterlagen gelangte der Beratungsarzt Z nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 09.12.2016 in seinem Gutachten vom 12.12.2016 - unter Berücksichtigung der Diagnosen hämodynamisch relevante Aorteninsuffizienz, mindestens mittelschwer bei dilatierter Aortenwurzel, Fußheberparese rechts Kraftgrad 4/5 und Schwerhörigkeit - zu der Einschätzung, dass der Kläger leichte körperliche Arbeiten, zeitweise im Stehen, Gehen, überwiegend im Sitzen, in Tagesschicht ohne besonderen Zeit- und Termindruck, ohne Hitzebelastung und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr sowie ohne Tätigkeiten in unebenem Gelände nur unter drei Stunden verrichten könne. Die getroffenen Feststellungen würden seit 08.09.2015 gelten. Die Dauer der Leistungsminderung werde voraussichtlich drei Jahre und länger bestehen. Mit Schreiben vom 13.01.2017 unterrichtete die Beklagte den Sozialhilfeträger über das Begutachtungsergebnis.

Am 03.04.2017 beantragte der Kläger erneut Rente wegen Erwerbsminderung. In der Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung gab der Kläger an, dass er sich seit 2013 für erwerbsgemindert halte. Seit November 2015 bestehe eine hämodynamisch relevante Aorteninsuffizienz mittelschwer. Im Selbsteinschätzungsbogen vom 03.04.2017 führte der Kläger zur Begründung aus, dass bei leichter Belastung es zu Schwindel-Attacken, Atembeschwerden, manchmal zur Bewusstlosigkeit (seit November 2015) komme. Zudem sei er seit Jahren schwerhörig. Auch habe er beim Gehen und langen Stehen Probleme.

Die Beklagte lehnte den Rentenantrag vom 03.04.2017 durch Bescheid vom 18.07.2017 ab, weil die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Die Beklagte habe festgestellt, dass der Kläger seit dem 08.09.2015 dauerhaft voll erwerbsgemindert sei. Dem Versicherungsverlauf des Klägers könnten in dem maßgeblichen Zeitraum vom 01.02.2009 bis 07.09.2015 nicht 36 Monate Pflichtbeitragszeiten entnommen werden. In diesem Zeitraum habe der Kläger nur 34 Monate mit Pflichtbeiträgen. Daher erfülle er nicht die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Auch habe der Kläger nicht die allgemeine Wartezeit vor dem 01.01.1984 erfüllt.

Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger am 30.08.2017 Widerspruch. Das in der Begründung genannte Datum 08.09.2015 betreffe den Antrag auf Grundsicherung. Zu diesem Zeitpunkt habe er lediglich eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie gehabt. Die neuen Befunde bei Herzkrankheit hätten noch nicht vorgelegen. Vom 15.10.2015 bis 18.10.2015 sei er in der Uklinik U1 zur Umstellung auf ein neues Herzmedikament behandelt worden. Im Februar 2016 habe sich dann diese Herzkrankheit wesentlich verschlechtert. Er habe die Pflichtbeitragszeit erreicht. Es sei zu einer Verschlechterung der Herzerkrankung gekommen.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13.10.2017 als unbegründet zurück. Der Anspruch auf die beantragte Rente wegen Erwerbsminderung scheitere daran, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Der Kläger sei nicht in der Lage, mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Nach dem vorliegenden Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes vom 12.12.2016 seien diese Feststellungen zumindest seit dem 08.09.2015 anzunehmen. Die Annahme eines späteren Leistungsfalles lasse sich unter Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte und der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht begründen.

Dagegen hat der Kläger am 15.11.2017 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Seit 2015 bekomme er von der Beklagten immer wieder dieselbe Antwort, dass der Beginn seiner Herzerkrankung im August 2013 liege und für den gesamten Zeitraum Pflichtmonate fehlten. Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt richtig geprüft, dass in der Zeit seit August 2013 verschiedene Herzerkrankungen vorgelegen hätten. Nach seiner HOCM (hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie) -Herzerkrankung in den Jahren 2014 und 2015 hätten alle Kardiologen zugestimmt, dass die genannte Herzerkrankung HOCM nach der Operation beseitigt worden sei. Nach langer Zeit habe sich sein gesundheitlicher Zustand ab Anfang 2016 verschlechtert. Im Dezember 2016 sei er dann bei der Untersuchung in Karlsruhe gewesen. Hier habe der Arzt festgestellt, dass seine HOCM nicht mehr existiere und geheilt worden sei. Es sei eine neue und weitere Herzerkrankung festgestellt worden, seine Herzklappen seien mittelschwer bis schwer beschädigt und die Aortenwurzel sei stark verbreitet. Bis 2016 habe dies kein Arzt vorher festgestellt. Die Ärzte der Beklagten sollten somit das Datum 12.12.2016 als Beginn für die Aortenkrankheit und die Krankheit der Herzklappe annehmen und nicht den 05.08.2015, der mit dem ersten Herzfehler zu tun habe. Die Ärzte von der Uklinik U1 hätten am 11.03.2017 die gleichen Symptome festgestellt. Die Krankheit sei erst vor ein paar Monaten eingetreten und nicht länger als ein Jahr. Im September 2017 sei noch ein Herzinfarkt dazugekommen. Der Kläger hat ua Befundberichte des Kardiologen Z2 vom 27.10.2017, des S1 vom 10.05.2016 und 11.03.2017 sowie des W vom 07.03.2017 vorgelegt.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Der Leistungsfall sei bereits am 08.09.2015 eingetreten. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wären erst bei einem im November 2015 eingetretenen Leistungsfall erfüllt.

Das SG hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen einvernommen. Der Kardiologe Z2 hat mit Schreiben vom 05.10.2018 über Vorstellungen des Klägers seit Dezember 2014 in sechsmonatigen Abständen zur Schrittmacherkontrolle und einmal pro Jahr zur Echokardiographie berichtet. Der Kläger leide an einer hypertroph obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM), welche zunächst mit einer TASH in U1 März 2014 und dann bei unbefriedigendem Ergebnis operativ per Myektomie im Uklinikum G im Oktober 2014 operiert worden sei. Im Rahmen der Operation sei es zu höhergradigen AV-Blockierungen gekommen, welche eine Schrittmacherimplantation notwendig gemacht hätten. Darüber hinaus bestünden eine leicht- bis mäßiggradige Aortenklappeninsuffizienz bei wahrscheinlich bikuspider Klappe sowie eine leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz. Die systolische LV-Funktion sei echokardiographisch erhalten. Außerdem bestehe noch eine arterielle Hypertonie. Im Laufe der knapp 4 Jahre habe sich durch technische Untersuchungen mittels EKG, Echokardiographie und Schrittmacherkontrolle keine Verschlechterung oder Verbesserung der Befunde objektivieren lassen. Echokardiographisch zeige sich eine erhaltene systolische LV-Funktion, relevante Druckgradienten im linksventrikulären Ausflusstrakt lägen nicht mehr vor. Seit Ende 2016 klage der Kläger jedoch über eine zunehmende Verschlechterung seines Allgemeinzustandes mit Blutdruck- und Herzfrequenzschwankungen, deutlichen Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit sowie präkollaptischen Zuständen. Er sei der Meinung, dass der Kläger leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausführen könne. Ihm stünden aber keine objektiven Tests zur Verfügung. Er halte es für kritisch, dass der Kläger Arbeiten vollschichtig verrichten könne, da bei der oben genannten strukturellen Herzerkrankung durchaus maligne Herzrhythmusstörungen bis hin zum plötzlichen Herztod auftreten könnten. Seine Einschätzung diesbezüglich habe sich von 2014 bis 2018 nicht geändert.

Die Z1 hat die Befundkopien ihres Praxisvorgängers J, der den Kläger behandelt hatte, vorgelegt. Das Uklinikum U1 übersandte mit Schreiben vom 21.11.2018 die Befundberichte für die Zeit ab 15.01.2014.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines kardiologischen Gutachtens. Der H hat in seinem Gutachten vom 02.05.2019 zusammenfassend ausgeführt, dass bei dem Kläger 2013 eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie diagnostiziert worden sei. Da weder die medikamentöse Therapie noch das TASH-Verfahren erfolgreich gewesen seien, sei im Oktober 2014 die Einengung des linksventrikulären Ausflusstraktes operativ behoben worden. Danach sei echokardiographisch am linksventrikulären Ausflusstrakt kein relevanter Gradient aufgetreten. Auch die durchgeführte Echokardiographie zeige diesbezüglich einen unauffälligen Befund, sodass diese Operation mechanisch-funktionell erfolgreich gewesen sei. Bei der hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie sei jedoch nicht nur der linksventrikuläre Ausflusstrakt befallen, sondern das gesamte Myokard (Herzmuskel) des Herzens. Dies sei bedingt durch eine Hypertrophie (Verdickung) der linken Kammer und gehe mit Umbauprozessen im Bereich des Herzmuskelgewebes einher, sodass die Dehnbarkeit des Herzmuskels herabgesetzt sei, sogenannte diastolische Funktionsstörung (ungenügende Füllung der linken Herzkammer). Diese diastolische Dysfunktion erkläre die Beschwerden des Klägers mit schon bei leichten Belastungen auftretender Luftnot und Brustenge. Aufgrund der genannten Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit mit Luftnot und Brustenge schon auf niedriger Belastungsstufe könne der Kläger einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit Dezember 2013 nicht nachgehen. Änderungen seien nicht eingetreten. Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Klägers sei nicht zu erwarten. Durch die Herzoperation in G sei die hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie nie geheilt worden.

Die Beklagte hat dahingehend Stellung genommen, dass unter Zugrundelegung eines im Dezember 2013 eingetretenen Leistungsfalls wegen voller Erwerbsminderung der Kläger ebenfalls die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt habe. Ausgehend von einem im Dezember 2013 eingetretenen Leistungsfall lägen im maßgeblichen Zeitraum vom 01.05.2007 bis 30.11.2013 lediglich 31 Pflichtbeitragsmonate.

Der Kläger hat zum Gutachten dahingehend Stellung genommen, dass die hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie bereits 1993 diagnostiziert worden sei. Diese habe auf seine Erwerbstätigkeit im Jahr 2013 keinen Einfluss gehabt. Nach beiden operativen Eingriffen seien echokardiographisch keine relevanten Gradienten im Bereich des linksventrikulären Ausflusstraktes nachweisbar gewesen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 16.10.2019 abgewiesen und sich dabei auf das Gutachten des H gestützt.

Gegen das ihm am 17.12.2019 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16.01.2020 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Das SG und H hätten sein Vorbringen, wonach es nach der Myektomie und der Implantation des DDD-Schrittmachersystems im Oktober 2014 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und erst ab 2016 erneut zu einer Verschlechterung gekommen sei, nicht gewürdigt. H begründe seine Einschätzung des Eintritts des Leistungsfalls der Erwerbsminderung nicht ausreichend. Eine Kardiomyopathie stelle einen dynamischen Prozess dar. Es sei zu würdigen, zu welchem Zeitpunkt die Herzbefunde eine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens billigten. Hierzu sei eine ausführliche Würdigung des Verlaufs erforderlich. Die aktenkundigen Arztberichte des Uklinikums U1 belegten die zunächst eingetretene Verbesserung der Leistungsfähigkeit, zB der Befundbericht vom 06.04.2016. Dort habe er - der Kläger - anamnestisch „Belastungsdystrophie“ mit Schweregrad NYHA (Schema zur Einteilung von Herzkrankheiten nach ihrem Schweregrad) II angegeben. Er sei auf dem Fahrradergometer bis 75 Watt belastbar gewesen. Dies spreche für ein noch erhaltenes Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten. Eine Verschlechterung sei ab dem Bericht des Uklinikums U1 vom 14.02.2017 dokumentiert. Auch sei der von der Beklagten angenommene Leistungsfall am 08.09.2015 nicht medizinisch begründet, sondern durch den Antrag auf Leistungen zur Grundsicherung nach dem SGB XII bedingt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 16.10.2019 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 18.07.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.10.2017 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 01.04.2017 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf ihr bisheriges Vorbringen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines kardiologischen Gutachtens. A1, am Zentrum für Innere Medizin, Abteilung für Kardiologie des R-Krankenhauses S2, hat in seinem Gutachten vom 09.04.2021 folgende Diagnosen gestellt:

- Hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie mit Linksherzinsuffizienz NYHA III bei Zustand nach transkoronarer Ablation der Septumhypertrophie (TASH) am 25.02.2014, Zustand nach erweiterter Myektomie, Mobilisation und Teilexszision des anterioren und posterioren Papillarmuskels, Resektion hypertrophierter Trabekel am 30.09.2004, Verapamil-Aufsättigung ab 15.10.2015

- diastolische Dysfunktion

- bikuspide Aortenklappe, leichtgradige Aortenklappeninsuffizienz

- Ektasie der Aortenwurzel und Aorta ascendens

- arterielle Hypertonie mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen,

- mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz,

- leichtgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz,

- rezidivierende Synkopen 2013, Juli 2015, Dezember 2015, Januar 2016 und 2017

- postoperativer AV-Block III. Grades, Zustand nach DDD-Schrittmacherimplantation am 04.10.2014,

- paroxysmales Vorhofflimmern,

- koronare Herzkrankheit, Herzkatheteruntersuchung 11/2013, Ausschluss signifikanter Koronarstenosen

- Allergie auf Jod- und gadoliniumhaltige Kontrastmittel.

Die Erstdiagnose der hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie sei im Juli 2013 erfolgt. Die im Februar 2014 durchgeführte TASH sei nicht erfolgreich gewesen. Im Herbst 2014 habe die Myektomie sowie die Schrittmacherimplantation stattgefunden. In der nachfolgenden ambulanten Vorstellung im Uklinikum U1 im Februar 2015 sei eine deutliche Linderung der Dyspnoe vermerkt worden. Ergometrisch habe eine Belastung bis zu 100 Watt erzielt werden können. Somit habe sich die Linksherzinsuffizienz von der Funktionsklasse NYHA III zur Funktionsklasse NYHA II gebessert. Im September 2015 sei wieder eine Linksherzinsuffizienz NYHA III mit Belastungsdyspnoe und pectantinösen Beschwerden bereits unter leichter körperlicher Belastung festgestellt worden. Zwar habe echokardiographisch weiterhin kein relevanter intracavitärer Gradient vorgelegen, es sei eine Verapamil-Aufsättigung empfohlen worden, die stationär vom 15.10.2015 bis zum 18.10.2015 stattgefunden habe. Unter Verapamil-Therapie habe der Kläger im Februar 2016 weiterhin eine Linksherzinsuffizienz NYHA III angegeben, wie im Ambulanzbrief des Uklinikums U1 vom 12.02.2016 aufgeführt. Die Linksherzinsuffizienz NYHA III sei durch die pathologische Ergometrie mit einer maximalen Belastung von 50 Watt und den Abbruch aufgrund starker Dyspnoe begründet. Im März 2017 sei erstmalig eine eingeschränkte systolische Globalfunktion ohne jegliche Angabe der linksventrikulären Ejektionsfraktion erwähnt. Aktuell sei von einer kompensierten Linksherzinsuffizienz NYHA III auszugehen. Die diastolische Dysfunktion des linken Ventrikels sei erstmalig im Januar 2015 festgestellt worden. Die Aortenklappeninsuffizienz bestehe seit 2013, initial leichtgradig, seit September 2014 leicht- bis mittelgradig und seit März 2017 mittelgradig. Die Erweiterung der Aortenwurzel bestehe seit Januar 2014. Die arterielle Hypertonie bestehe seit 2013 mit hypertensiven Entgleisungen. Auch die mittelgradige Mitralklappen- und leichtgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz sei seit 2013 durchweg dokumentiert. Bei dem Kläger seien seit mindestens 2013 rezidivierende Synkopen aufgetreten. Bei dem Kläger bestehe seit 2013 ein positives qualitatives Leistungsvermögen für körperlich leichte Tätigkeiten. Das quantitative Leistungsvermögen liege seit 2013 bei weniger als drei Stunden. Bei dem Kläger liege unverändert eine Linksherzinsuffizienz der Funktionsklasse NYHA-Stadium III seit 2013 vor, sodass sorgfältig abzuwägen sei, ob eine leichte körperliche Tätigkeit in mehr als geringfügigem Umfang erbracht werden könne. Unter Berücksichtigung des Verlaufs der genannten Erkrankung und insbesondere der hypertroph obstruktiven Kardiomyopathie und der diastolischen Funktionsstörung des linken Ventrikels sei seit 2013 lediglich ein positives Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich möglich. Es sei unwahrscheinlich, dass die Erwerbsminderung behoben werden könne.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingelegte Berufung ist form- und fristgerecht sowie im Übrigen statthaft.

Den Gegenstand des Rechtsstreits bildet der Bescheid vom 18.07.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.10.2017 (§ 95 SGG), mit dem die Beklagte den Antrag des Klägers auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung für die Zeit ab 01.04.2017 (Monat der Rentenantragstellung) abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs 1 und 4, 56 SGG) und begehrt eine Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 01.04.2017. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI hat der Kläger ausweislich seines Antrages in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat - zu Recht - nicht geltend gemacht, da er am 21.07.1961 geborenen ist und damit von vornherein nicht zum Kreis der Anspruchsberechtigten dieser Übergangsvorschrift zählt.

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 18.07.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.10.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach § 43 SGB VI in der ab 01.01.2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 (BGBl I, 554). Versicherte haben nach § 43 Abs 2 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen

voller Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie 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). Danach kommt es für die Gewährung einer Rente wegen (voller) Erwerbsminderung darauf an, dass in den letzten fünf Jahren „vor Eintritt der Erwerbsminderung“ drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet worden sind (BSG 14.08.2003, B 13 RJ 4/03 R, juris Rn 22). Dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach Eintritt der Erwerbsminderung zu einem späteren Zeitpunkt hinzugetreten sind, genügt mithin nicht.

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. 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).

Zur Überzeugung des Senats ist volle Erwerbsminderung auf Dauer im Dezember 2013 eingetreten. Bei dem Kläger bestehen eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie, eine Linksherzinsuffizienz überwiegend von der Funktionsklasse NYHA III (jeweils seit Dezember 2013), eine diastolische Dysfunktion des linken Ventrikels (seit Januar 2015), eine Aortenklappeninsuffizienz (seit 2013, initial leichtgradig, seit September 2014 leicht- bis mittelgradig und seit März 2017 mittelgradig), eine Erweiterung der Aortenwurzel (seit Januar 2014), eine arterielle Hypertonie unter medikamentöser Therapie mit hypertensiven Entgleisungen (seit 2013), eine mittelgradige Mitralklappen- und leichtgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz (seit 2013) sowie rezidivierende Synkopen (seit mindestens 2013). Der Senat stützt seine Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers maßgeblich auf das aktuelle Gutachten des Kardiologen A1 sowie auf das vom SG bei dem H eingeholte Gutachten. Die beiden Sachverständigen kommen jeweils auf Grundlage einer ausführlichen Anamnese und einer eingehenden Untersuchung sowie unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs und unter Auswertung und Würdigung der Behandlungsunterlagen über den Kläger zu dem Ergebnis, dass bei dem Kläger jedenfalls seit Dezember 2013 eine schwerwiegende Herzerkrankung vorlag, die dessen berufliches Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auf unter drei Stunden arbeitstäglich beschränkt hat.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist es nach der Myektomie und der Implantation des DDD-Schrittmachersystems im Oktober 2014 nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung seines Gesundheitszustandes und erst ab 2016 erneut zu einer Verschlechterung gekommen. Diese im vorliegenden Rechtsstreit vertretene Auffassung steht im Widerspruch zu seiner eigenen Annahme eines durchgehend herabgesetzten Leistungsvermögens, die sich in den Anträgen auf eine Erwerbsminderungsrente vom 18.12.2013 und 19.02.2015 sowie dem Antrag auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII im September 2015 widerspiegelt. Auch mit seinem Rentenantrag vom 03.04.29017 hat der Kläger noch angegeben, dass er sich seit 2013 für erwerbsgemindert halte. Entscheidend ist jedoch, dass die beiden gerichtlichen Sachverständigen in ihren Gutachten das Bestehen einer gravierenden Herzerkrankung mit einer Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens unter arbeitstäglich 3 Stunden herausgearbeitet und keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Klägers festgestellt haben. Zu Unrecht meint der Kläger, die hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie sei nach Myektomie und der Implantation des DDD-Schrittmachersystems im Oktober 2014 geheilt gewesen und erst Ende 2016 sei eine hämodynamisch relevante Aorteninsuffizienz festgestellt worden. Die Sachverständigen H und A1 haben zutreffend darauf hingewiesen, dass die hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie weiterhin bestand und darüber hinaus eine Aortenklappeninsuffizienz, eine Erweiterung der Aortenwurzel, eine arterielle Hypertonie mit hypertensiven Entgleisungen sowie eine mittelgradige Mitralklappen- und leichtgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz vorlagen. Diese Erkrankungen führten zu einer erheblich eingeschränkten Belastbarkeit sowie zu rezidivierenden Synkopen. Im Oktober 2014 während der stationären Rehabilitation zeigte sich nach wie vor eine ausgeprägte Belastungsdyspnoe, die seinerzeit einem ausreichenden quantitativen Leistungsvermögen entgegenstand. Zwar berichtete der Kläger im Februar 2015 anlässlich der kardiologischen Verlaufskontrolle über eine deutliche Linderung der Dyspnoe, wobei ihm wegen einer seinerzeit bestehenden Fußheberparese eine körperliche Belastung nur sehr eingeschränkt möglich war. Zudem bestanden weiterhin die hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie mit einer mittelgradigen konzentrischen Hypertrophie, ein Hypertonus, eine leicht- bis mittelgradige Aorteninsuffizienz und eine diastolische Dysfunktion (Bericht des R vom 05.02.2015). Ausweislich des Berichts des R vom 01.09.2015 über die nächste ambulante Vorstellung des Klägers in der kardiologischen Ambulanz des Uklinikums U1 berichtete der Kläger wieder über Belastungsdyspnoe und pectanginöse Beschwerden unter leichter körperlicher Belastung sowie Schwindel, Herzrasen, Synkopen im Juli 2015 und Schmerzen in der sternalen Narbe. Dort wurden eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie mit einer hochgradigen konzentrischen Hypertrophie, rechtsventrikulärer Hypertrophie und Ektasie (Aufweitung) der Aortenwurzel, ein Hypertonus, eine leicht- bis mittelgradige Aorteninsuffizienz und eine diastolische Dysfunktion festgestellt und eine stationäre Aufnahme zur Verapamil (selektiver Calciumkanalblocker)-Aufsättigung veranlasst (vgl Entlassbericht des R vom 15.10.2015). Im weiteren Verlauf (Bericht des R vom 12.02.2016) berichtete der Kläger über weiterhin auftretende pectanginöse Beschwerden, 4 Synkopen sei Dezember 2015 und Schwindel. Es bestanden weiterhin eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie mit reduzierter Pumpfunktion des linken Ventrikels, hochgradiger konzentrischer Hypertrophie, rechtsventrikulärer Hypertrophie und Ektasie der Aortenwurzel, ein Hypertonus, eine leicht- bis mittelgradige Aorteninsuffizienz und eine diastolische Dysfunktion. Ein Belastungs-EKG musste bei 50 Watt aufgrund von starker Dyspnoe abgebrochen werden (so auch bei der am 26.04.2016 durchgeführten Spirometrie; vgl Bericht vom 26.04.2016), was einer Funktionsklasse NYHA III entspricht. Im weiteren Verlauf (Berichte des R vom 14.02.2017 und 09.04.2018; Entlassbericht des H1 vom 18.09.2017; Bericht des Z2 vom 27.10.2017) wurden eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie mit einer mittel- bis hochgradigen konzentrischen Hypertrophie, rechtsventrikulärer Hypertrophie und Ektasie der Aortenwurzel, ein Hypertonus, eine leicht- bis mittelgradige Aorteninsuffizienz und eine diastolische Dysfunktion sowie Funktionseinschränkungen nach NYHA II bis III beschrieben. Im Hinblick auf das Zusammenspiel von hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie, diastolischer Dysfunktion und Hypertonus sowie den beschriebenen Funktionseinschränkungen (überwiegend NYHA III) sind die Sachverständigen H und A1 überzeugend zu der Beurteilung gelangt, dass die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers jedenfalls seit Dezember 2013 in zeitlicher Hinsicht auf unter 3 Stunden arbeitstäglich eingeschränkt ist und zwar wegen des chronischen Krankheitsbildes mit Progression auf Dauer.

Dem stehen die Leistungsbeurteilungen des T (Entlassbericht vom 06.11.2014) sowie des Z (Gutachten nach Aktenlage vom 15.12.2015) nicht entgegen. T hat im November 2014 keine Leistungsfähigkeit gesehen, sondern hat die Vermutung aufgestellt, dass der Kläger

langfristig „möglicherweise“ arbeitsfähig für leichte Tätigkeiten werden könne. Dieser „Leistungsbeurteilung“ hat sich Z zunächst angeschlossen, ohne sich im Einzelnen mit dem Krankheitsverlauf des Klägers zu befassen. Sodann hat Z in seinem Gutachten vom 12.12.0216 seine Leistungsbeurteilung revidiert und ist ausgehend von dem Datum des Grundsicherungsantrages, der die Grundlage für das Ersuchen nach § 45 SGB XII bildete, von einem Leistungsvermögen unter 3 Stunden seit 08.09.2015 ausgegangen. Mit der Frage, ob die zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens schon zuvor vorlag, musste er sich nicht befassen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen lagen aber im Dezember 2013 (und auch anschließend bis Oktober 2015) nicht vor. Nach dem in den Akten vorliegenden Versicherungsverlauf vom 18.05.2018 (Bl 31 ff SG-Akten) finden sich in dem - verlängerten (§ 43 Abs 4 SGB VI) - Fünfjahreszeitraum vom 01.05.2007 bis 30.11.2013 nur Pflichtbeiträge in insgesamt 32 Monaten, wobei Teilmonate nach dem Monatsprinzip (§ 122 Abs 1 SGB VI) als volle Monate zählen:

04/2013 - 11/2013	9 Monate
09/2010 - 12/2010	4 Monate
01/2008 - 11/2008	11 Monate
05/2007 - 12/2007	8 Monate
zusammen	32 Monate

Wegen der durch die selbstständige Tätigkeit des Klägers bestehenden Lücke im Versicherungsverlauf zwischen November 1995 und Oktober 2006 würde dem Kläger weder eine Vorverlegung des Leistungsfalls noch eine Verlängerung des Fünfjahreszeitraums nach § 43 Abs 4 SGB VI weiterhelfen. Ein Ausnahmefall iSd § 43 Abs 5 und 6 SGB V ist nicht gegeben. Schließlich kann nicht unter Heranziehung des § 241 Abs 2 SGB VI von der Mindestanzahl von Pflichtbeiträgen abgesehen werden, da die allgemeine Wartezeit (§ 50 SGB VI - 5 Jahre) nicht bereits vor dem 01.01.1984 erfüllt war. Das Versicherungskonto des Klägers weist in der Zeit vor dem 01.01.1984 lediglich 50 Monate Beitragsmonate auf und danach ist nicht jeder Kalendermonat mit rentenrechtlichen Zeiten iSd § 241 Abs 2 Satz 1 SGB VI belegt. Die Erwerbsminderung ist auch nicht bereits vor dem 01.01.1984 eingetreten (§ 241 Abs 2 Satz 1 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen lagen unter Berücksichtigung von Verlängerungstatbeständen nach § 43 Abs 4 SGB V erst wieder im November 2015 vor. Der maßgebliche Fünfjahreszeitraum, in dem der Versicherte drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben muss, endet aber am Tag vor dem Eintritt der Erwerbsminderung (hier 30.11.2013). Zu diesem Zeitpunkt waren - wie dargelegt - die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Dass diese zu einem späteren Zeitpunkt - temporär - vorlagen, genügt nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision wird nicht zugelassen, da ein Grund hierfür (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG) nicht vorliegt.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-12