
S 7 RJ 852/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 RJ 852/96
Datum	29.10.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 14 RJ 602/99
Datum	08.08.2002

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 29. Oktober 1999 sowie des Bescheides der Beklagten vom 7. Juni 1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 1996 verurteilt, der Klāgerin die gesetzlichen Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit aufgrund eines im August 1997 eingetretenen Leistungsfalles zu zahlen.
- II. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszēge.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die 1942 geborene Klāgerin war als Näherin, Hausgehilfin und zuletzt als Kāchenhilfe und hauswirtschaftliche Arbeiterin in einem Klinikum versicherungspflichtig beschäftigt. Nach einer Herzmuskel- und Herzbeutelentzündung im Dezember 1993 und einer Lungenembolie im Dezember 1994 bestand ab 13.09.1995 dauernde Arbeitsunfähigkeit. Am 08.04.1996 stellte die Klāgerin bei der Beklagten Antrag auf Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Der von der Beklagten beauftragte Sachverständige

Dr.L. diagnostizierte in seinem Ärztlichen Gutachten vom 21.05.1996 u.a. koronare Eingefäß-erkrankung nach Herzmuskel- und Herzbeutelentzündung 12/93, Neigung zu Herz- rhythmusstörung (absolute Arrhythmie bei Vorhofflattern) und Zustand nach Lungenembolie links 12/94. Er hielt die Klägerin noch für in der Lage, leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten.

Gestützt auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 07.06.1996 ab. Der Widerspruch der Klägerin, mit dem diese ein Attest des behandelnden Arztes Dr.B. vom 17.09.1996 u.a. über die unveränderte erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit stenokardischen Beschwerden und Kurzatmigkeit schon bei geringer körperlicher Belastung und zeitweisen kardialen Dekompensationserscheinungen vorlegte, blieb erfolglos (zurückweisender Widerspruchsbescheid vom 12.12.1996).

Im Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) kam es nach Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte Dr.L. , Dr.H. und Dr.B. sowie einer Arbeitgeberauskunft über das letzte Arbeitsverhältnis zu einer Begutachtung durch den Internisten und Kardiologen Dr.H. Dieser erhob die Diagnosen "Zustand nach Perimyokarditis 1993, kein Anhalt für ein erneutes Rezidiv; koronare Eingefäß-erkrankung; Zustand nach Vorhofflattern, Zustand nach Lungenembolie 1994, keine Auswirkung auf die Lungenfunktion und Blutgasanalyse; LWS-Syndrom (degenerativ)". Das Leistungsvermögen der Klägerin schätzte der Gutachter mit vollschichtig für leichte, überwiegend im Sitzen zu verrichtende Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ein (Gutachten vom 06.11.1997). In einer ergänzenden Stellungnahme vom 18.12.1997, eingeholt im Hinblick auf ein von den behandelnden Ärzten Dr.K. und Dr.S. im Mai 1997 erhobenes schwergradiges Schlaf-Apnoe-Syndrom mit der Notwendigkeit einer Maskenbeatmung, blieb Dr.H. bei seiner Beurteilung des verbliebenen vollschichtigen Leistungsvermögens.

Die Klägerin beantragte die Anfertigung eines Gutachters gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und benannte zunächst den Internisten Dr.Y. Dieser gab den Auftrag mit Schreiben vom 22.04.1998 zurück mit der Begründung, eine erneute gutachterliche Stellungnahme halte er nach Durchsicht der Akten nicht für notwendig, weil sich gegenüber der Begutachtung durch Dr.H. keine neuen Erkenntnisse ergäben. Der anschließend mit der Erstellung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Internist Dr.H. erhob in seinem Gutachten vom 21.06.1999 neben den internistisch-kardiologischen Diagnosen bei der Klägerin eine Ronchopathie (Behinderung der Nasenatmung), ein schwergradiges Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie ein chronisch rezidivierendes therapieresistentes Lumbalsyndrom bei deutlichen degenerativen LWS-Veränderungen und Gonarthrose beidseits. Er vertrat die Auffassung, die Klägerin könne seit Antragstellung nurmehr sitzende Tätigkeiten ohne Zeitdruck vier Stunden täglich verrichten. Der Schweregrad der Diagnosen und die Komplexität des Beschwerdebildes (Perimyokarditis, Herzrhythmusstörung, Schlaf-Apnoe-Syndrom) seien bisher nicht ausreichend berücksichtigt worden.

In einem von der Klägerin vorgelegten Arztbericht des Dr.K. vom 20.10.1999 hieß

es u.a., die Klägerin habe immer wieder Probleme mit der CPAP-Maske (Austrocknen der Schleimhäute, Augenentzündungen, Tagesmüdigkeit), die Schlaf-Apnoe sei unter nCPAP-Therapie einigermaßen ausreichend eingestellt, eine besser verträgliche Einstellung sei derzeit nicht möglich, da ein Druck von 17 mbar für die Beatmung notwendig sei.

Das SG wies die auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gerichtete Klage mit Urteil vom 29.10.1999 ab. Es stützte sich auf die Begutachtung durch Dr.H. , wonach die Klägerin noch leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten könne. Die anders lautende Beurteilung durch Dr.H. sei angesichts der sich aus den neueren Befundberichten ergebenden Besserung und ausreichenden Einstellung des Schlaf-Apnoe-Syndroms nicht nachvollziehbar.

Mit der Berufung wendet sich die Klägerin gegen dieses Urteil. Sie bringt vor allem vor, das Schlaf-Apnoe-Syndrom sei nicht genügend gewürdigt worden. Dr.H. habe sich mit dem Problem nicht näher befasst. Sie habe nach wie vor Probleme mit der nächtlichen Maskenbeatmung, auch bestehe die Tagesmüdigkeit wegen der Widrigkeiten fort.

Der Senat holte Befundberichte der behandelnden Ärzte Dr.K. vom 21.03.2000 und Dr.B. vom 19.04.2000 ("insgesamt deutliche Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit im Alltagsleben, behinderte Nasenatmung, limitierte Leistungsfähigkeit, in den letzten ein bis zwei Jahren eher zunehmend") ein und zog die Akten des parallel laufenden Verfahrens S 11 SB 318/98 des SG Augsburg sowie die ärztlichen Unterlagen des Arbeitsamts Augsburg (Untersuchung vom 13.11.1997: leichte Arbeiten vollschichtig) bei.

Der Senat erhob Beweis durch Einholung von Gutachten auf orthopädischem, internistischem und schlafmedizinischem Fachgebiet. Der Sachverständige Dr.L. erhob in seinem orthopädischen Gutachten vom 21.11.2000 folgende Gesundheitsstörungen: 1. Leichtgradiges Lendenwirbelsäulensyndrom mit sich daraus ergebender Funktionseinschränkung ohne Zeichen eines peripher-neurogenen Defektes. 2. Coxalgien rechts bei beginnender Gon- und Femoropatellararthrose beidseits, leichtgradig verminderter Geh- und Stehfähigkeit, glaubwürdig subjektiven Beschwerden. 3. Vena saphena parva- und Besenreiservarikosis im Entfall eines Ulkusleidens der Haut bei Senk-Spreizfüßen beidseits und der Notwendigkeit des Tragens orthopädischer Hilfsmittel. 4. Beginnende Heberdenarthrose Dig 2, 3 und 4 rechts bei Ausbbarkeit der Grob- und Feingriffformen.

Aufgrund dieser Befunde hielt Dr.L. alle leichten und kurzfristig mittelschweren Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung vollschichtig für möglich, die letzte Tätigkeit als Küchenhilfe wegen der damit verbundenen schweren Arbeiten nurmehr halb- bis untermittelschichtig.

Der Sachverständige Dr.P. stellte in seinem Gutachten vom 10.02.2001 die Diagnosen: 1. Seit Mai 1997 diagnostiziertes schweres obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom mit nächtlicher nasaler BiPAP-Maskenbeatmung seit 1997. 2.

Hyperreagibles Bronchialsystem mit vorbeschriebener leichtgradiger chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung und derzeit nur gering ausgeprägter peripherer obstruktiver Ventilationsstörung; aktuell akuter Infekt der oberen Luftwege. 3. Seit Mai 1996 bekannte, koronarangiographisch gesicherte koronare Eingefäßkrankung ohne aktuellen eindeutigen Anhalt für eine Belastungsischämie. 4. Bekannte essentielle arterielle Hypertonie mit deutlichem Belastungshypertonus und beginnender hypertensiver Herzerkrankung. 5. Weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas; vorbeschriebener, jetzt nicht nachvollziehbarer Diabetes mellitus Typ 2; Hypercholesterinämie. 6. Zustand nach akuter Perimyokarditis 12/93 mit fraglich hämodynamisch wirksamem Perikarderguss und deutlich eingeschränkter linksventrikulärer Funktion mit Präkordialschmerzen im Akutstadium; Verdacht auf Rezidiv 02/94 und 09/95. 7. Zustand nach supraventrikulärer Tachykardie bei paroxysmalem Vorhofflattern und Vorhofflimmern 12/93, 02/94 sowie 12/94 im Rahmen von 6. 8. Zustand nach Strumaresektion 1989 bei Struma multinodosa Grad II bis III ohne Anhalt für Rezidiv mit derzeit euthyreoter Schilddrüsenfunktion unter Substitution. 9. Diffuser nutritiv-toxischer Leberparenchymschaden mit geringfügig erhöhten Transaminasen; Zustand nach Cholecystektomie bei Cholecystolithiasis mit 10. Begleitpankreatitis 1991. Zustand nach multilokulären, 12/94 szintigraphisch gesicherten Lungenembolien ohne bleibenden Residuen. 11. Anamnestisch bekannte Reizmagensymptomatik und Refluxösophagitis, derzeit asymptomatisch. 12. Unbedeutende Unterschenkelvarikosis beidseits. 13. Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts, Zustand nach operativer Entfernung eines Ganglions rechtes Handgelenk beugeseitig. 14. Kleine unbedeutende Ovarialzysten beidseits.

Der Gutachter legte dar, dass sich im Vergleich zu den bisherigen Gutachten die Wertigkeit der Diagnosen geändert habe, das schwere obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom mit den daraus folgenden Leistungsminderungen stehe nunmehr im Vordergrund. Es sei davon auszugehen, dass die von der Klägerin vor 1997 geklagte und bis dahin auf die Herzerkrankung zurückgeführte Leistungsminderung bereits Ausdruck eines bis dahin noch nicht verifizierten obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms gewesen sei. Insgesamt hielt Dr.P. nur noch leichte körperliche Arbeiten mit überwiegendem Sitzen und regelmäßigem Haltungswechsel ohne Nacht- und Wechselschicht, Akkord, Zeitdruck, Stressbelastung, Kälte- und Nässeexposition für möglich, und zwar seit der Diagnosestellung des schweren Schlaf-Apnoe-Syndroms im Mai 1997. Für die abschließende gerechte Beurteilung der Auswirkungen auf die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit in Zusammenschau mit den anderen erhobenen Befunden (negative Folgen auf koronare Herzkrankheit und Bluthochdruck) empfahl er noch eine zusätzliche schlafmedizinische Begutachtung mit objektiver Messung der Tagesvigilanz und einer Auswertung der Schlafstadien in einem Schlaflabor zur Feststellung, ob der Klägerin auch bei optimaler Einstellung der nächtlichen BiPAP-Beatmung überhaupt eine vollschichtige Tätigkeit zumutbar sei. Bis dahin sei von einem nur noch unterhalbschichtigen Leistungsvermögen auszugehen.

In dem daraufhin veranlassten schlafmedizinischen Gutachten vom 01.10.2001 diagnostiziert Dr.B. nach körperlicher Untersuchung der Klägerin sowie nach technisch-apparativen Untersuchungen (Ruhe-EKG, Lungenfunktionsdiagnostik,

Blutgasanalyse, Rhinomanometrie, Polysomnographie mit digitaler Videoüberwachung vom 20. auf 21.08.2001 sowie vom 21. auf 22.08.2001, Vigilanztest Typ Vigima vom 20.08.2001 und vom 21.08.2001, multipler Schlaflatenztest vom 21.08.2001) ein "seit 05/1997 diagnostiziertes und seit 08/1997 behandeltes schwergradiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, aktuell unter BiPAP-Therapie optimal eingestellt" neben den bekannten internistisch-kardiologischen Diagnosen. Auch Dr.B. ging davon aus, dass das Schlaf-Apnoe-Syndrom schon seit 1993 im Rahmen der anderweitigen Erkrankungen bestanden und deren Verlauf negativ beeinflusst habe; mit dem Einsetzen der nasalen CPAP-Drucktherapie 1997 sei nur eine unzureichende Beschwerdebesserung eingetreten, eine weitere Optimierung und Besserung sei nach inzwischen vierjähriger Therapie bei im Wesentlichen unverändertem Beschwerdebild nicht mehr erreichbar. Unter Belastungssituationen am Tage seien weiterhin Einschränkungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit und eine vermehrte Müdigkeit gegeben. Nur unter Ruhebedingungen, nicht aber unter Stressbedingungen sei eine normale körperliche Leistungsfähigkeit vorhanden. Zumutbar seien nurmehr leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten halbschichtig, wobei Tätigkeiten im Schichtbetrieb mit Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus zu meiden seien, ferner auch selbständige Autofahrten über 50 Kilometer Länge aufgrund der bestehenden Tagesmüdigkeit. Weitere Einschränkungen ergäben sich aus der bronchialen Hyperreagibilität (keine Arbeiten mit Expositionen gegenüber Kälte, Nässe etc.), aus der koronaren Herzkrankheit (kein Zeitdruck, keine Arbeiten am Fließband und an laufenden Maschinen) und aus der Adipositas (keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten). Aussicht auf Besserung bestehe nicht.

Die Beklagte bejahte nach einer Stellungnahme ihrer Präfizitin ebenfalls ein derartiges, auch zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen, ging aber von einem erst Anfang 2001 gesicherten Leistungsfall (nach weiter zunehmender Fettleibigkeit und schlechterer Ergometrieergebnisse) aus. In seiner Zusatzstellungnahme vom 12.04.2002 bezeichnete Dr.B. dies als nicht zutreffend. Die im Gutachten beschriebene Leistungseinschränkung bestehe vielmehr unverändert spätestens seit August 1997 mit Beginn der nasalen BiPAP-Therapie.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 29.10.1999 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der zugrunde liegenden Bescheide zu verpflichten, ab September 1997 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten, die beigezogenen Rentenakten der Beklagten sowie auf die Akte S 11 SB 318/98 des SG Augsburg verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist

zulässig, sie erweist sich in dem nunmehr auf die Zeit ab September 1997 beschränkten Zeitraum auch als begründet.

Der Klägerin steht entgegen den Feststellungen des Erstgerichts ab diesem Zeitraum Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nach [Â§ 44 SGB VI](#) in der hier noch anzuwendenden, bis 31.12.2000 geltenden Fassung, deren Voraussetzungen vom SG im Einzelnen dargelegt wurden, zu. Dies steht aufgrund der weiteren Ermittlungen in der Berufungsinstanz, insbesondere aufgrund der Gutachten von Dr.P. vom 10.02.2001 und Dr.B. vom 01.10.2001 mit ergänzender Stellungnahme vom 12.04.2002 fest. Dabei war unter den Beteiligten zuletzt nicht mehr die Tatsache des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit als solche streitig, sondern nurmehr der Zeitpunkt des Leistungsfalles.

Der Senat ist mit Dr.B. und auch Dr.P. der Überzeugung, dass die Leistungsunfähigkeit der Klägerin in dem zuletzt durch das schlafmedizinische Fachgutachten vom 01.10.2001 beschriebenen Umfang bereits seit Beginn der nasalen Überdrucktherapie – nach erstmaliger Feststellung des schweren Schlaf-Apnoe-Syndroms im Mai 1997 – herabgesetzt ist. Die Therapie setzte im August 1997 ein, so dass ab diesem Zeitpunkt von einem nurmehr halbschichtigen Leistungsvermögen der Klägerin auszugehen ist. Dies wird in den Ausführungen des Dr.B. in seinem Gutachten vom 01.10.2001 nebst Zusatzstellungnahme vom 12.04.2002 nachvollziehbar begründet und steht in Einklang mit den Feststellungen des Dr.P. in dessen Gutachten vom 10.02.2001, der den jetzt vorliegenden Zustand und das daraus resultierende Leistungsbild sogar auf den Zeitpunkt der Diagnosestellung des schweren Schlaf-Apnoe-Syndroms im Mai 1997 zurückführte. Einen wesentlich späteren Zeitpunkt, wie ihn die Beklagte vorgeschlagen hat, hält der Senat nicht für überzeugend. Insbesondere die Anfang 2001 offenbar eingetretene Zunahme der Fettleibigkeit erscheint als Anknüpfungspunkt nicht von entscheidender Bedeutung, nachdem eine Fettleibigkeit bei der Klägerin von Anfang an bestand. Auch lässt sich aus vorliegenden Arztberichten nicht auf eine Verschlimmerung zu diesem Zeitpunkt schließen, während andererseits frühere ärztliche Aussagen über die optimale Einstellung der Schlaf-Apnoe unter nCPAP-Therapie (s. Arztbericht vom 20.10.1999) lediglich auf die nicht mögliche weitere Verbesserung der Verträglichkeit der Maskenbeatmung hinweisen und ausdrücklich die trotzdem fortbestehende Problematik beschreiben.

Bei dieser Sachlage musste die Berufung in dem beantragten Umfang Erfolg haben. Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 SGG](#). Die Klägerin hat mit ihrem Begehren im Wesentlichen obsiegt, die zunächst weiter streitige kurze Zeit ab Antragstellung bis August 1997, die später nicht mehr geltend gemacht wurde, fällt demgegenüber nicht ins Gewicht. Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 13.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024