

---

## S 9 RJ 60/96

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 RJ 60/96
Datum	29.07.1998

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 RJ 239/98
Datum	18.06.2002

#### 3. Instanz

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

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 29. Juli 1998 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch für das Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beklagte wendet sich mit ihrer Berufung dagegen, dem Kläger Rente wegen Erwerbsunfähigkeit anstelle von Rente wegen Berufsunfähigkeit leisten zu müssen.

Der am 11. 1943 geborene Kläger ist gelernter Brunnenbauer, erlangte später den Meistertitel in diesem Bereich und war von 1973 bis 1992 als Installationsmeister und zuletzt bis 1993 als Tiefbaupolier tätig. Danach war er arbeitsunfähig erkrankt bzw. arbeitslos.

Mit seinem Rentenantrag vom 09. Februar 1995, den er mit den Folgen eines im Dezember 1993 erlittenen Herzinfarktes begründete, zog die Beklagte verschiedene ärztliche Unterlagen bei und ließ den Kläger durch den Internisten

---

H. begutachten. Dieser stellte am 25. September 1995 eine koronare Herzkrankheit mit einem Vorderwandinfarkt 1993, Lumbalgien bei degenerativen Veränderungen, einen Leberschaden nach Hepatitis sowie einen Meniskusschaden links fest und attestierte dem Kläger eine hypochondrische Einstellung. Er sei als Installateurmeister, Tiefbaupolier und auf dem gehobenen allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig einsatzfähig.

Gestützt darauf lehnte die Beklagte den Rentenantrag des Klägers mit Bescheid vom 06. November 1995 ab. Den Widerspruch des Klägers hiergegen wies sie mit dem am 15. Februar 1996 als Einschreiben zur Post aufgegebenen Widerspruchsbescheid vom 26. Januar 1996 zurück.

Hiergegen hat sich die am 15. März 1996 beim Sozialgericht Frankfurt (Oder) erhobene Klage gerichtet.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06. November 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 1996 zu verurteilen, ihm Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf den Antrag vom 09. Februar 1995 zu zahlen.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte und Krankenanstalten eingeholt und zunächst den Chirurgen und Sozialmediziner Dr. B. zum Sachverständigen ernannt. Dieser hat beim Kläger folgende Diagnosen gestellt:

Degenerative Veränderungen und Fehlhaltung der Halswirbelsäule mit Neigung zu cervikalen Reizerscheinungen, Ausschluss einer radikalen Symptomatik.

Leichte Fehlhaltung im Bereich der Lendenwirbelsäule und beginnende degenerative Veränderungen, die das Altersmaß nicht überschreiten. Ausschluss einer radikalen Symptomatik im Lendenwirbel-säulenbereich.

Zustand nach operativer Entfernung des linken Innenmeniskus.

Arthrose im Bereich des linken Kniegelenks im Sinne einer Gon- und Retropatellaarthrose.

Beginnender Kniegelenksverschleiß rechts ohne objektivierbare Funktionseinschränkungen.

Mit diesem Leistungsvermögen können der Kläger noch leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten in wechselnden Körperhaltungen unter

---

Vermeidung extremer Umwelteinflüsse vollschichtig verrichten. Als Tiefbaupolier, Installationsmeister und Brunnenbaumeister jedoch sei das Leistungsvermögen auch unterhalb-schichtig nicht mehr gegeben. Der Kläger sei wegefähig.

Darüber hinaus hat das Sozialgericht den Internisten Prof. Dr. B. zum internistischen Gutachter bestellt. Dieser stellte in dem Gutachten vom 19. Mai 1998 die Diagnosen:

Chronisch arteriosklerotisch-ischämische Herzkrankheit mit Zustand nach Vorderwandinfarkt 1993 und PTCA 1994 mit myokardszinigraphisch belastungsinduzierbarer Ischämie und Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Geringgradiges metabolisches Syndrom mit geringgradiger Hypercholesterol- und Triglyceridämie, Belastungshypertonie und Glukosestoffwechselstörung

Degenerative Veränderung und Fehlhaltung der Halswirbelsäule mit Neigung zu zervikalen Reizerscheinungen bei Ausschluss einer radikalen Symptomatik

leichte Fehlhaltung im Bereich der Lendenwirbelsäule und

beginnende, das Altersmaß nicht überschreitende degenerative

Veränderungen bei Ausschluss radikaler Symptomatik im

Lendenwirbelsäulenbereich

-Zustand nach operativer Entfernung des linken Meniskus

Arthrose im Bereich des linken Kniegelenkes im Sinne einer Gon-

und Retropatellararthrose sowie beginnender Kniegelenks-

verschleiß ohne objektivierbare Funktionseinschränkung.

Das Ergometrieergebnis zeige, dass der Kläger nur noch eine leichte körperliche Arbeit verrichten könne, die durch die Koronarreserve limitiert sei. Auch dabei müssten bei Bedarf Pausen eingelegt werden können, da bei einer körperlichen Dauerbelastung die Gefahr von Herzrhythmusstörungen bestehe. Der Kläger könne keine Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten verrichten. Insgesamt sei ihm eine Erwerbstätigkeit nicht, auch nicht untervollschichtig möglich. Eine Besserung der Leistungseinbußen sei nicht wahrscheinlich. Das Fortschreiten der Herzkrankheit mit dem möglichen Auftreten eines weiteren Infarktes dürfe auch davon abhängen, ob körperliche Arbeiten verrichtet würden. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 23. Juli 1998 hat der Sachverständige ausgeführt, dass nach wie vor beim Kläger bei körperlicher Belastung Sauerstoffnot am Herzen bestehe. Er sei ergometrisch in der Lage gewesen, 125 Watt zu leisten. Jedoch dürfe eine Belastung zu einer weiteren Verschlechterung

---

der Herzleistung führen. Wegen der Gefahr von tödlichen Herzrhythmusstörungen dürften derartige Belastungen nur in Gegenwart eines Arztes und bei Vorhandensein eines Gerätes zur elektrischen Schockbehandlung durchgeführt werden.

Auf berufskundlichem Gebiet hat das Sozialgericht Arbeitgebersknfte beigezogen.

Mit Urteil vom 29. Juli 1998 hat das Sozialgericht unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide die Beklagte verurteilt, dem Kläger Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf seinen Antrag vom 09. Februar 1995 zu zahlen.

Zur Begründung hat das Sozialgericht auf das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. B. Bezug genommen, woraus sich ergebe, dass es dem Kläger wegen der Gefahr von tödlichen Herzrhythmusstörungen nicht zumutbar sei, sich auf Dauer einer körperlichen Belastung auszusetzen.

Gegen dieses ihr am 15. September 1998 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 14. Oktober 1998, die darauf beschränkt ist, dass lediglich die Verurteilung zur Zahlung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, nicht jedoch zur Zahlung von Rente wegen Berufsunfähigkeit angegriffen wird:

Der Kläger, so der ärztliche Dienst der Beklagten, leide zwar an einer koronaren Herzkrankheit, diese ermögliche jedoch noch vollschichtig leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten. Dem Gutachten des Prof. B. sei nicht zu folgen, da die von ihm beschriebenen Funktionseinschränkungen im Gegensatz zu seiner Auffassung körperliche Arbeiten zuließen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 29. Juli 1998 zu ändern und die Klage abzuweisen, soweit die Beklagte zur Zahlung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit verurteilt worden ist.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat erneut Befundberichte der behandelnden Ärzte beigezogen und eine weitere Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. B. angefordert. Dieser hat am 09. Februar 2000 seine Auffassung aus dem erstinstanzlichen Verfahren bestätigt. Sodann hat der Senat mit Beweisanordnung vom 10. Mai 2000 den Kardiologen Dr. O. zum Sachverständigen ernannt. In dem am 03. Juni 2000 erstatteten Gutachten hat Dr. O.

---

Koronare Herzkrankheit (1-Gefäß-Örkrankung) mit Zustand nach Vorderwandinfarkt am 30.12.1993 sowie kleinerem, nichttransmuralem Infarkt im Rahmen der DCA und PTCA des proximalen Ramus desc. anterior am 19.04.1994 in der C.

Primär gutes angiografisches Kontrollergebnis am 03.02.1995 nach DCA und PTCA des proximalen Ramus desc. anterior am 19.04.1994 und PTCA des mittleren Ramus desc. anterior am 20.04.1994

Befriedigende linksventrikuläre Funktion in Ruhe mit angiografisch Hypokinesie anterolateral und apikal, letzte Angioejektionsfraktion 3/95 62 %, jetzige Echo-EF 51 %

Verdacht auf Progression der koronaren Herzkrankheit bei pathologischem Szintigramm am 21.08.1996 bei vorher negativem Szintigramm am 18.08.1994 sowie pathologischem Stressecho am 30.01.1997 und 06.08.1997

Arterielle Hypertonie und Belastungshypertonie mit Hinweisen auf hypertensive Herzkrankheit

Metabolisches Syndrom mit anamnestisch Hyperlipoproteinämie, Glukosestoffwechselstörung, Adipositas und arterieller Hypertonie

Nach dem Gutachten des Dr. B. vom 21.03.1998 degenerative Veränderungen und Fehlhaltung der Halswirbelsäule mit Neigung zu zervikalen Reizerscheinungen, leichte Fehlhaltung im Bereich der Lendenwirbelsäule und beginnende degenerative Veränderungen, Zustand nach operativer Entfernung des linken Innenmeniskus sowie Arthrose im Bereich des linken Kniegelenks im Sinne einer Gon- und Retropatellaarthrose sowie beginnender Kniegelenksverschleiß rechts ohne objektivierbare Funktionseinschränkung (Bl. 155 Gerichtsakte)

Seit 1989 bekannte Gicht mit rezidivierenden Anfällen

diagnostiziert. Der Kläger könne nur noch körperlich leichte Arbeiten verrichten. Dies ergebe sich aus dem Auftreten von pektanginösen Beschwerden schon bei 100 Watt, wobei eine Besserung der Leistungsfähigkeit eventuell nach Diagnostik und Therapie der vermuteten Progression der koronaren Herzkrankheit zu erwarten sei. Arbeiten mit ständigen längeren bzw. häufigen oder gelegentlichen einseitigen körperlichen Belastungen sollten ebenso wie Leiter- und Gerüstarbeiten sowie Überkopparbeiten vermieden werden. Dies gelte auch für extreme Witterungseinflüsse. Der Kläger könne nicht in Wechsel- oder in Nachtschicht arbeiten. Wenn Publikumsverkehr zu Stress führe, sei er ebenfalls zu vermeiden. Der Kläger weder als Tiefbaupolier, Installationsmeister oder Brunnenbauer arbeiten. Leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen, überwiegend im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen jedoch könne er vollschichtig verrichten. Von dem Gutachten des Prof. B. weiche er insoweit ab, als er der Auffassung sei, die von diesem so bezeichnete instabile koronare Herzkrankheit sei klinisch zu behandeln und schließe eine

---

---

leichte körperliche Arbeit bei einer Leistungsfähigkeit von 1 Watt/kg Körpergewicht nicht aus. Nachdem der Kläger weitere Unterlagen über eine Diagnostik seiner Herzsituation vom 27. Juli 2000 beigebracht hatte, hat der Senat den Sachverständigen Dr. O. ergänzend befragt. Der Sachverständige sollte dazu Stellung nehmen, ob aufgrund der Beschwerdesymptomatik häufige Krankschreibungen im Falle einer Arbeitsaufnahme zu erwarten wären. Er hat dahingehend Stellung genommen, dass dies der Fall sein dürfte, allerdings nicht wegen der objektiven Befunde, sondern wegen der subjektiven Einstellung des Klägers. Die neu vorgelegten Befunde seien nicht geeignet, seine Auffassung, wie im Gutachten dargelegt, abzuweisen.

Daraufhin hat der Kläger beantragt, Prof. Dr. K. gemäß [Â§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum Sachverständigen zu ernennen. Der Sachverständige Dr. K. hat sein Gutachten am 22. August 2001 erstattet. Er hat folgende Diagnosen gestellt:

Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Vorderwandinfarkt am 03.12.1993 sowie intramuralem Infarkt am 19.04.1994, Zustand nach Ateriektomie und PTCA.

vasospastische Angina pectoris

degenerative Veränderungen und Fehlhaltung der Hals- und Lendenwirbelsäule mit Neigungen zu Reizerscheinungen,

Zustand nach operativer Entfernung des li. Innenmeniskus mit Arthrose im Bereich des li. Kniegelenkes

Beginnender Kniegelenksverschleiß re. ohne objektivierbare Bewegungseinschränkung.

metabolisches Syndrom mit anamnestisch Hyperlipoproteinämie, Hyperurikämie und diabetischer Stoffwechselstörung

Belastungshypertonie mit Hinweisen auf hypertensive Herzkrankheit (objektiv unter Medikation sehr gut eingestellt)

geringgradiges Übergewicht.

In Bezug auf die Leistungseinschätzung schließt sich der Sachverständige im Wesentlichen Prof. Dr. B. an. In Bezug auf die Darlegungen von Dr. B. bestätigen keine Normabweichungen, anders als Dr. O. jedoch sei er der Auffassung, dass beim Kläger keine Belastung von 1 Watt, sondern nur 0,8 Watt/kg Körpergewicht möglich sei. Auch eine solche leichte Tätigkeit könne der Kläger jedoch nach seiner Auffassung nur noch unterhalbschichtig verrichten.

Zu diesem Gutachten hat die Beklagte gestützt auf eine Überzeugung der Leiterin ihrer ärztlichen Abteilung, Frau Dr. W., dahin Stellung genommen, dass auch die neuen Befunde und die funktionelle Überprüfung durch Prof. K. bestätigten,

---

dass der Kläger leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen noch vollschichtig verrichten könne. Hierzu hat Prof. Dr. K. am 29. Januar 2001 dahingehend Stellung genommen, dass zwischen allen Gutachtern und Frau Dr. W. Übereinstimmung in Bezug auf die nachgewiesenen mäßiggradige Koronarsklerose und der damit verbundenen ausreichenden Leistungsfähigkeit bestehe. Die Differenzen bezögen sich auf das Gefäßdungspotential einer vasospastischen Angina pectoris, die er im Gegensatz zu den Vorgutachten festgestellt habe und die dazu führe, dass der Kläger die beschriebenen leichten Arbeiten nur noch unterhalbschichtig ausüben könne. Dies beruhe u. a. darauf, dass Dr. O. und Dr. W. einen Bericht der C. aus dem Jahr 1994 nicht beachtet hätten.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf die eingereichten Schriftsätze sowie die Leistungsakte der Beklagten und die Gerichtsakte verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und somit insgesamt zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gem. § 44 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung in der Fassung vor dem 01. Januar 2001 (SGB VI a. F.). Danach haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie erwerbsunfähig sind und weitere, beitragsbezogene, Voraussetzungen erfüllen. Erwerbsunfähig sind demnach Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

Diese Voraussetzungen liegen beim Kläger vor, so dass die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder), das dies feststellt, keinen Erfolg haben kann.

Zwischen den Sachverständigen besteht Einigkeit darüber, dass beim Kläger eine koronare Herzkrankheit vorliegt, wobei die durchgeführten Koronarangiografien lediglich geringe bis mittelgradige Verengungen im Bereich der Herzkranzgefäße ergaben. Darüber hinaus jedoch hat der Sachverständige Prof. Dr. K. die bereits 1994 in der C. und 1996 erneut beschriebene Neigung zu krampfartigen Verengungen der Herzkranzgefäße, so genannte Koronarspasmen, in seine Begutachtung einbezogen. Dr. O. und ihm folgend Dr. W. von der Beklagten haben dies nicht beachtet. Diese Befunde waren bereits in der Klinik für Kardiologie der C. erhoben worden. Hierbei handele es sich um eine vasospastische Angina pectoris. Diese Spasmen seien in der Regel bei körperlicher Belastung nicht im Sinne von Herzschmerzen feststellbar, vielmehr wiesen Personen bei diesem Krankheitsbild eine anscheinend ausreichende bis gute körperliche Belastbarkeit auf. Durch äußere Einflüsse jedoch, die sich nicht normieren

---

ließen, träten Vasospasmen auf, die entweder zu schmerzhaften Ereignissen â Angina pectoris â und damit verbundener Leistungsbeeinträchtigung oder auch zu einem vollständigen Gefäßverschluss â Vasospasmus â mit nachfolgendem Herzinfarkt führen. Dieser Mechanismus sei beim Kläger schon im Rahmen der Koronarintervention am 19. April 1994 in der C. abgelaufen und dokumentiert worden. Ob das Herzmuskelgewebe durch einen Gefäßverschluss auf der Grundlage einer Verkalkung â koronare Herzkrankheit â oder durch einen Spasmus zerstört werde, sei unerheblich. Das Fortbestehen dieser in der C. 1994 festgestellten vasospastischen Angina widerspiegele sich in immer wieder auftretenden pektanginösen Beschwerden, wodurch die körperliche Leistungsfähigkeit des Klägers erheblich beeinträchtigt sei. Ein spezieller Schutz vor bestimmten ausgewiesenen Tätigkeiten lasse sich nicht festlegen, da die auslösenden Faktoren für einen derartigen Spasmus außerordentlich variabel seien. Auf unter klinischen Bedingungen durchführbare Provokationstests sollte in Anbetracht des bereits 1994 während einer Untersuchung erlittenen transmuralen Herzinfarkts verzichtet werden.

Der Senat sieht keine Veranlassung, an diesem Gutachten zu zweifeln. Der Sachverständige legt überzeugend dar, dass er eine weitere Erkrankung beim Kläger diagnostiziert hat, die von den Vorgutachtern nicht berücksichtigt wurde und die beim Kläger durch den Vasospasmus zu einem Gefäßverschluss und damit zu einer Infarktgefährdung führen kann. Was Prof. B. als labile instabile Herzkrankheit bezeichnet hat, kann jetzt als die vasospastische Angina pectoris erkannt werden. Dr. O. und Dr. W. haben diesen in der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen näher dargelegten Aspekt nicht berücksichtigt, auf die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen vom 29. Januar 2002 hat die Beklagte ärztlich begründete Einwände nicht geltend gemacht. Im Hinblick darauf, dass Prof. Dr. K. eine über die von ihm für möglich gehaltene hinausgehende Belastung mit leichter körperlicher Arbeit bei unter halbschichtiger Tätigkeit für den Kläger als hinsichtlich seiner Koronarsituation gefährlich dargestellt hat, folgt der Senat seiner Einschätzung, dass ein darüber hinausgehendes Leistungsvermögen nicht besteht.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([Â§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Erstellt am: 08.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024