

L 5 R 950/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 19 R 1774/04
Datum
25.10.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 950/06
Datum
20.09.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.10.2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1948 geborene Kläger, mazedonischer Staatsangehöriger, hat keinen Beruf erlernt. Im März 1970 reiste er nach Deutschland ein, wo er u.a. als Bauhelfer und Maschinenarbeiter und zuletzt als Arbeiter in einer Ziegelei versicherungspflichtig beschäftigt war. Seit 20.6.2000 war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt bzw. arbeitslos.

Am 22.6.2001 beantragte der Kläger erstmals Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte holte Befundberichte behandelnder Ärzte ein und erhob (nachdem der Kläger außerdem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt hatte), das sozialmedizinische Gutachten der Internistin Dr. R. vom 2.8.2001 mit nervenärztlichem Zusatzgutachten von Nervenärztin Dr. S. vom 2.8.2001. Diagnostiziert wurden eine HIV-Infektion, weitgehend stabilisiert unter antiviraler Behandlung, rezidivierende Lumboischialgien bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS ohne Hinweis auf Wurzelreiz-Symptomatik, Impingement-Syndrom der rechten Schulter, degenerative Veränderungen der HWS sowie ein postthrombotisches Syndrom rechts; Hinweise für ein belangvolles hirnorganisches Psychosyndrom oder eine belangvolle Depression fanden sich nicht. Der Kläger wurde noch für im Stande befunden, leichte Arbeiten im Wechselrhythmus mit qualitativen Einschränkungen vollschichtig zu verrichten (Verwaltungsakte - VA- Gutachtensheft S. 25, 26).

Mit Bescheid vom 5.9.2001 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab. Der dagegen eingelegte Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 21.11.2001), Klage wurde nicht erhoben.

Am 7.7.2003 stellte der Kläger erneut einen Rentenanspruch. Die Beklagte holte den Befundbericht des behandelnden Arztes Dr. Ra. (Allgemeinarzt, Hausarzt des Klägers) vom 3.9.2003 ein und erhob das Gutachten des Internisten und Sozialmediziners Dr. L. vom 27.10.2003. Dieser führte aus, der Kläger leide unter einer HIV-Erkrankung, gut stabilisiert, Phlebothrombose beidseits, rechts mehr als links, Periathropathia humerscapularis und Cervikalsyndrom mit Kopf- und Schulterschmerzen sowie einer Raucherbronchitis. Das HIV-Krankheitsbild habe sich gut stabilisiert, Folgekrankheiten lägen nicht mehr vor. Die Phlebothrombose an beiden Beinen bestehe seit über 23 Jahren und habe sich nicht verändert. Die Beweglichkeit sei ausreichend gut und es fänden sich keine muskulären Verspannungen. Das Krankheitsbild und die Leistungsfähigkeit hätten sich leicht gebessert. Der Kläger könne leichte bis mittelschwere Arbeit mit qualitativen Einschränkungen vollschichtig verrichten. Als Arbeiter in einer Ziegelei mit schwerer körperlicher Arbeit solle er in nächster Zeit noch nicht eingesetzt werden.

Mit Bescheid vom 17.11.2003 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab. Den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies sie (nach Einholung eines Befundberichts des Allgemeinarztes Dr. U. vom 27.1.2004) mit Widerspruchsbescheid vom 1.3.2004 zurück.

Am 18.3.2004 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Dieses holte sachverständige Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte ein und erhob die Gutachten des Prof. Dr. Z. (Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie am K.hospital, S., mit Dr. W.) vom 14.9.2004 (mit radiologischem Zusatzgutachten des Prof. Dr. Arlart) vom 14.9.2004 sowie der Neurologin und Psychiaterin und Fachärztin für Rehabilitationswesen Dr. K. vom 6.2.2005.

Dr. U. führte in der sachverständigen Zeugenaussage vom 14.5.2004 aus, die psychophysische Kraft des Klägers reiche nicht mehr aus. Wegen der im Schwerpunkt auf internistischem und psychiatrischem Fachgebiet liegenden Erkrankungen könne er höchstens bis unter drei Stunden täglich arbeiten. Der Allgemeinmediziner Dr. Ra. teilte unter dem 18.5.2004 demgegenüber mit, er stimme der Leistungseinschätzung des Rentengutachters im Wesentlichen zu; wegen der deutlich verkürzten Lebenserwartung HIV-Kranker solle der Kläger keinesfalls mehr als 6 Stunden täglich arbeiten.

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. W. (Internist, Betriebs- und Sozialmediziner) vom 8.6.2004 vor. Danach stehe die HIV-Erkrankung des Klägers im Vordergrund. Bei deren Diagnose im Jahr 2000 sei der Kläger untergewichtig gewesen, was seit längerem nicht mehr der Fall sei. Am 22.10.2003 sei ein unauffälliger psychopathologischer Befund erhoben worden. Der Kläger sei nach wie vor vollschichtig leistungsfähig.

Prof. Dr. Z. diagnostizierte eine HIV-Infektion im CDC-Stadium C3, Erstdiagnose 06/00 mit Zustand nach Soor-Ösophagitis und HIV-Enzephalopathie, ein postthrombotisches Syndrom mit Zustand nach Beinvenenthrombose rechts, leicht reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion mit regionalen Wandbewegungsstörungen, einen Verdacht auf Vorderwandspitzenthrombus sowie Verdacht auf KHK und Zustand nach Myokardinfarkt bei zeitlich unklarem Ereignis, Arthrose in beiden Schultergelenken und der HWS sowie einen Leistenbruch links. Die Kombination der HIV-Erkrankung mit den kardialen Pathologika lasse auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zu. Auf den letztgenannten Erkrankungen beruhe die Abweichung von den vorliegenden Gutachten. Der Kläger sei aus den genannten Gründen auch nicht wegefähig.

Die Beklagte legte hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. W. vom 17.12.2004 vor. Dieser führte aus, Prof. Dr. Z. habe seine von den Vorgutachtern abweichende Leistungseinschätzung nicht etwa auf eine Verschlimmerung der HIV-Infektion – im Sinne einer jetzt leistungsmindernden AIDS-Erkrankung –, sondern auf kardiale Pathologika gestützt. Nach den mitgeteilten Befunden werde dadurch das quantitative Leistungsvermögen aber nicht berührt. So habe der Kläger die Fragen nach Atemnot und Brustschmerzen (Angina pectoris) verneint und sei bis 75 Watt ergometrisch belastbar gewesen. Das Belastungs-EKG sei wegen muskulärer Erschöpfung und nicht wegen kardialer Probleme abgebrochen worden. Der klinische und radiologische Befund der Brustorgane sei regelrecht gewesen. Lediglich im EKG und der Echokardiographie hätten sich Hinweise auf eine kleinere Infarktnarbe gefunden. Die Pumpfunktion des Herzens sei dadurch aber nicht stärker beeinträchtigt. Ein Verdacht auf Vorderwandspitzenthrombus sei unter laufender Marcumartherapie ohne Konsequenz. Zumindest leichte körperliche Arbeit sei vollschichtig (mehr als sechsstündig) zumutbar. Im Hinblick auf die HIV-Infektion sei die Situation unter laufender virostatistischer Therapie erfreulich stabil. Seit über 2 Jahren sei es auch nicht mehr zu irgendwelchen opportunistischen Infektionen gekommen und der Kläger sei normalgewichtig. Eine AIDS-Erkrankung liege daher nicht vor. Aktuell sei die Viruslast der HIV-Infektion ganz gering. Die im Gutachten des Prof. Dr. Z. angegebene Stadieneinteilung C3 berücksichtige die prognostisch wichtige Viruslast nicht und lasse auch außer Acht, dass es beim Kläger durch entsprechende Therapie zu erheblicher Besserung und lang anhaltender Stabilität gekommen sei. Die von Prof. Dr. Z. herangezogenen Indikatorkrankheiten bzw. opportunistischen Infektionen erschöpften sich auch in dem von Dr. U. mitgeteilten, leicht behandelbaren Pilzbefall in Mund und Rachen sowie der bloßen Verdachtsdiagnose einer HIV-Enzephalopathie, die nie nachgewiesen worden sei; insoweit sei auch auf das nervenärztliche Gutachten von Dr. S. und die Befundberichte des behandelnden Nervenarztes Dr. H. zu verweisen. Letzterer habe nie eine hirnorganische Symptomatik feststellen können, allenfalls liege eine vom Kläger angegebene allgemeine Schwäche und Müdigkeit vor; ggf. möge man noch eine psychiatrische Begutachtung veranlassen.

Dr. K. führte in ihrem Gutachten aus, zu seinem Tagesablauf habe der Kläger angegeben, nach dem Aufstehen um 6:00 Uhr und dem von seiner Schwiegertochter zubereiteten Frühstück gehe er in den Ort und besuche einen Freund, mit dem er sich über Tagespolitik unterhalte, Kaffee und Raki trinke und rauche. Dann gehe er zum Mittagessen wieder nach Hause in die Wohnung. nachmittags kaufe er ein und vergleiche Preise, abends sehe er gelegentlich fern, wobei er aber die Hälfte des Gesehenen wieder vergesse. Außer leichten Arbeiten, wie Geschirr abräumen, könne er im Haushalt nicht tätig sein. Dyspnoe und Angina-pectoris-Beschwerden habe der Kläger verneint, seine Stimmung sei nicht wesentlich gedrückt. Bis auf die Auseinandersetzungen mit seiner HIV-Infektion sei er nicht wesentlich pessimistisch, an den Besuchen seiner Freunde oder seiner früheren Arbeitskollegen – die jetzt auch in Rente seien – habe er Gefallen, das muntere ihn auf.

Die Gutachterin diagnostizierte eine neurotische Depression (Dysthymie) mit ausgeprägten Somatisierungstendenzen, Periarthritis humeroscapularis mit Impingement-Syndrom der rechten Schulter, degenerative HWS-Veränderungen, rezidivierende Lumboischialgien bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS ohne Hinweis auf ein Wurzelreizsyndrom, eine HIV-Erkrankung, Erstdiagnose Juni 2000, primär CDC-Stadium 3, jetzt gut stabilisiert, Phlebothrombose beidseits mit postthrombotischem Syndrom am rechten Unterschenkel, Raucherbronchitis sowie Sehinderung. Der im Gutachten des Prof. Dr. Z. geäußerte Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung und auf einen Vorderwandspitzenthrombus sei nicht bewiesen; im Gegenteil habe sich der klinische und der radiologische Befund als regelrecht dargestellt. Bei den internistisch-technischen Untersuchungen hätten sich marginale Befunde ohne Konsequenzen für die Leistungsfähigkeit ergeben. Auch hinsichtlich der HIV-Infektion sei eine Progredienz nicht festzustellen. Unter Würdigung der psychiatrischen Anamnese sei zwar von bereits länger andauernden depressiven Stimmungsschwankungen sowie einer subjektiv erlebten Konzentrations- und Gedächtnisschwäche auszugehen im Sinne einer vorbestehenden neurotischen Depression (Dysthymie). Diese hätten aber mindestens zehn Jahre vor der HIV-Diagnose begonnen. Die HIV-Erkrankung habe noch kein Stadium erreicht, in dem von schweren organischen Persönlichkeitsveränderungen oder von Demenz gesprochen werden könnte. Die Diagnose einer HIV-Enzephalopathie sei nicht zu stützen. Es bestünden auch erhebliche Zweifel daran, dass die depressive Verstimmung durch die HIV-Infektion hervorgerufen sei. Vielmehr bestehe beim Kläger eine langjährige neurotische Depression mit längerdauernden depressiven Stimmungsschwankungen. Auf Grund der internistischen Einschränkungen und der neuropsychiatrischen Störungen bestehe keine Minderung des quantitativen oder qualitativen Leistungsvermögens. Leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könne der Kläger (unter qualitativen Einschränkungen aus orthopädischer Sicht) vollschichtig verrichten.

Prof. Dr. Z. (Dr. Wo.) nahm zu der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. W. vom 17.12.2004 unter dem 8.6.2005 ergänzend Stellung. Er führte aus, seine Begründung zur Arbeitsunfähigkeit bestehe sehr wohl auf Grund der langjährigen HIV-Erkrankung. Das erreichte Stadium C3 werde auch bei nicht mehr vorliegenden Kriterien nicht umgestuft. Die kardialen Pathologika seien insgesamt nur zusätzlich als eine Verschlechterung der Gesamtsituation zu werten. Deshalb bleibe die Einschätzung im Gutachten aufrechterhalten.

Die Beklagte legte eine abschließende beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. W. vom 5.7.2005 vor. Darin heißt es, sicherlich sei der Kläger, wie Prof. Dr. Z. (bzw. Dr. Wo.) ausgeführt haben, arbeitsunfähig auf Grund der langjährigen HIV-Erkrankung; die zuletzt ausgeübte

schwere körperliche Arbeit in einem Ziegelwerk könne dauerhaft nicht mehr zugemutet werden. Die Einschätzung, wonach der Kläger leichte Tätigkeiten mehr als sechs Stunden täglich verrichten könne, sei allerdings nicht nachvollziehbar widerlegt. Dass ein einmal erreichtes Krankheitsstadium auch bei nicht mehr vorliegenden Einstufungskriterien nicht mehr umgestuft werde, sei aus sozialmedizinischer Sicht nachrangig. Die kardialen Pathologika seien, wie bereits dargelegt, keineswegs leistungslimitierend. Dem habe Prof. Dr. Z. inhaltlich nichts entgegengesetzt.

In der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts gab der Kläger u.a. an, er habe Probleme mit dem Fuß und könne nur ganz kurze Strecken gehen, dann müsse er sich gleich wieder hinsetzen. Er gehe auch spazieren, aber nicht sehr weit. Dann gehe er zusammen mit seiner Ehefrau vielleicht einen Kilometer weit. Den Tag verbringe er damit, dass er gelegentlich mit ihr aus und spazieren gehe.

Mit Urteil vom 25.10.2005 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger könne unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein und sei deshalb nicht erwerbsgemindert. Das gehe aus den vorliegenden Gutachten und ärztlichen Unterlagen hervor. Daran ändere die von Prof. Dr. Z. herangezogene Kombination aus HIV-Infektion und kardialen Pathologika nichts. So sei der Kläger beim Belastung-EKG bis 75 Watt belastbar gewesen und habe die Untersuchung nicht wegen kardialer Probleme abgebrochen. Daher sei der Einschätzung des sozialmedizinischen Dienstes der Beklagten zu folgen. Entsprechendes gelte hinsichtlich der Bewertung der HIV-Erkrankung. Im Hinblick darauf habe sich der Gesundheitszustand des Klägers nämlich stabilisiert, was insbesondere die Gewichtszunahme belege. Die von Dr. U. genannte Verdachtsdiagnose einer Enzephalopathie habe die Gutachterin Dr. K. überzeugend ausgeräumt. Rente wegen Berufsunfähigkeit könne der breit auf leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbare Kläger ebenfalls nicht beanspruchen.

Auf das ihm am 27.1.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 23.2.2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er ärztliche Atteste vorgelegt; ergänzend trägt er vor, das Sozialgericht habe seine Leistungsfähigkeit nicht richtig beurteilt und sei dem Gutachten des Prof. Dr. Z. ohne ausreichende Begründung nicht gefolgt. Das gelte auch für die Frage der Wegefähigkeit. In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht habe er angegeben, wegen Problemen mit dem Fuß könne er nur noch kurze Strecken gehen und müsse sich dann gleich wieder hinsetzen.

Im Attest des Allgemeinarztes Dr. M. vom 10.3.2006 ist ausgeführt, der Widerspruch gegen die Ablehnung des Rentenantrags werde unterstützt. Beim Kläger liege eine HIV-Infektion im Stadium C3 vor. Eine medikamentöse Dauermedikation sei notwendig. Im Juni 2000 seien Soorösopagitis, Kachexie und nach klinischen Gesichtspunkten HIV-Enzephalopathie aufgetreten. Von diesen Erkrankungen habe sich der Kläger bis heute nicht erholt. Eine reaktive Depression und zum Teil massive psychovegetative Symptome bestünden weiterhin.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.10.2005 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 7.11.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.3.2004 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat abschließend die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. W. vom 30.5.2006 vorgelegt. Dr. W. hat ausgeführt, weshalb in den vom Kläger zur Begründung seiner Berufung vorgelegten Attesten nach wie vor von einer HIV-Enzephalopathie die Rede sei, könne nicht nachvollzogen werde, nachdem dies längst widerlegt sei. Letztendlich werde auf den Status Quo hingewiesen, eine Verschlechterung jedoch nicht geltend gemacht.

Den Beteiligten wurde mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen nicht beabsichtigt sind. Sie haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu gewähren. Er hat darauf keinen Anspruch.

Das Sozialgericht hat in seinem Urteil zutreffend dargelegt, nach welchen Vorschriften ([§ 43](#) bzw. [§ 240 Abs. 1](#) und 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch, SGB VI) der geltend gemachte Anspruch zu beurteilen ist, und weshalb der Kläger danach Rente nicht beanspruchen kann. Der Senat verweist daher auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist insbesondere im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Beteiligten und die im Berufungsverfahren vorgelegten Unterlagen anzumerken:

Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Leistungseinschätzung im Gutachten des Prof. Dr. Z. widerlegt. Das ergibt sich, wie das Sozialgericht mit Recht angenommen hat, aus den überzeugenden beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. W. vom 17.12.2004, 5.7.2005 und 30.6.2006. Dem hat Prof. Dr. Z. in seiner – nur einige Zeilen umfassenden und wenig inhaltsreichen – ergänzenden Stellungnahme vom 8.6.2005 auch nichts Stichhaltiges mehr entgegengesetzt.

Danach tragen die von Prof. Dr. Z. für seine Auffassung angeführten "kardialen Pathologika", bei denen es sich teils auch um Verdachtsdiagnosen handelt, eine rentenberechtigende Leistungsminderung nicht. Das geht aus den von Prof. Dr. Z. selbst erhobenen

Befunden hervor. Insoweit hat Dr. W., der als Internist und Sozialmediziner über die erforderliche Fachkunde verfügt, überzeugend darauf abgestellt, dass der Kläger weder Atemnot noch Brustschmerzen (im Sinne von Angina-pectoris-Symptomen) angegeben hatte und beim Belastungs-EKG bis 75 Watt ergometrisch belastbar war. Das Belastungs-EKG wurde auch wegen muskulärer Erschöpfung und nicht wegen kardialer Probleme abgebrochen. Klinischer und radiologischer Befund der Brustorgane waren regelrecht. Die von Prof. Dr. Z. angeführten Hinweise im EKG und der Echokardiographie auf eine kleinere Infarktnarbe berechnen demgegenüber nicht zum Bezug einer Rente. Hierfür kommt es nämlich nicht auf Diagnosen, sondern auf die (Rest-) Leistungsfähigkeit des Rentenbewerbers an. Hierzu hat Dr. W. aber schlüssig dargelegt, dass die Pumpfunktion des Herzens nicht stärker beeinträchtigt und der Verdacht auf Vorderwandspitzenthrombus unter laufender Marcumartherapie ohne Konsequenz ist, der Kläger also zumindest leichte körperliche Arbeit noch vollschichtig (mehr als sechsstündig) leisten kann. Prof. Dr. Z., dem die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. W. zugeleitet worden war, hat sich mit dessen eingehender und schlüssiger Argumentation in seiner Stellungnahme vom 8.6.2005 nicht hinreichend auseinandergesetzt und ihr letztendlich nichts Substantiiertes entgegen gehalten, vielmehr eingeräumt, die kardialen Pathologika nur zusätzlich als Verschlechterung der Gesamtsituation herangezogen zu haben. Hinsichtlich der HIV-Infektion ist aber, wie aus dem Gutachten des Internisten Dr. Lazarus und den Stellungnahmen des Dr. W. schlüssig hervorgeht, eine Verschlechterung nicht eingetreten, sondern ein stabiler Zustand erreicht. Der Hinweis des Prof. Dr. Z. auf eine Arbeitsunfähigkeit wegen HIV-Erkrankung geht im Übrigen an der Fragestellung vorbei, wie Dr. W. in seiner abschließenden Stellungnahme vom 5.7.2005 zutreffend dargelegt hat. Dass der Kläger die zuletzt ausgeübte Beschäftigung als Arbeiter in einer Ziegelei mit auch schwerer körperlicher Arbeit nicht mehr verrichten kann, ist unstrittig und vorliegend auch nicht entscheidungserheblich, da ein Rentenanspruch schon dann ausscheidet, wenn der Kläger leichte Arbeit noch vollschichtig verrichten kann; das ist aber der Fall. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob und unter welchen Voraussetzungen die Einteilung von Krankheiten in Stadien bei Änderung der dafür maßgeblichen Kriterien geändert wird oder aufrecht erhalten bleibt, nachdem sich die Rentengewährung, wie dargelegt, nicht nach Diagnosen und auch nicht Klassifikationen von Krankheiten in Stadien, sondern nach dem (Rest-)Leistungsvermögen richtet. Dr. W. hat daher ebenfalls zu Recht dargelegt, dass die Stadieneinteilung der HIV-Infektion bzw. deren Aufrechterhaltung sozialmedizinisch ohne Belang ist. Damit ist der Leistungseinschätzung des Prof. Dr. W., der diese in seiner ergänzenden Stellungnahme ausdrücklich auf die Frage der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Stadienzuordnung der HIV-Infektion gestützt hat, die Grundlage entzogen. Auch der von Prof. Dr. Z. zusätzlich herangezogene Verdacht einer HIV-Enzephalopathie ist durch das überzeugende Gutachten der Dr. K. ausgeräumt; in Einklang damit hatte auch der behandelnde Nervenarzt Dr. H. eine hirnorganische Symptomatik nicht gefunden.

Hinsichtlich der HIV-Infektion hat das Sozialgericht zu Recht darauf abgestellt, dass diese offenkundig unter laufender virostatistischer Therapie stabil ist, und es seit mehreren Jahren opportunistische Infektionen nicht mehr gegeben hat. Der Kläger ist auch wieder normalgewichtig, weshalb nicht nachvollzogen werden kann, wie Dr. M. (als Vertreter des den Kläger behandelnden Dr. U.) in seinem vom Kläger vorgelegten Attest vom 10.3.2006 zu der Behauptung kommt, der Kläger habe sich von der Kachexie (des Jahres 2000) nicht mehr erholt. Die durch einfache Gewichtsbestimmung unschwer festzustellende Tatsache der wieder hergestellten Normalgewichtigkeit wird auch Dr. M. nicht verborgen geblieben sein. Deshalb ist nicht recht erklärbar, wie er gleichwohl zu der in diesem Punkt offensichtlich unrichtigen Aussage kommt. Dass schließlich auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet Erkrankungen, die eine rentenberechtigende Leistungsminderung begründen, nicht vorliegen, hat Dr. K. in ihrem psychiatrischen Fachgutachten vom 6.2.2005 eingehend, schlüssig und überzeugend dargelegt. Die nicht weiter begründete gegenteilige Behauptung des Allgemeinarztes Dr. M. ist demgegenüber ohne Belang.

Zweifel an der Wegefähigkeit des Klägers bestehen nicht. Dafür ist aus den vorliegenden Gutachten und ärztlichen Unterlagen auch nichts ersichtlich. Der Kläger kann sich insoweit insbesondere nicht auf das Gutachten des Prof. Dr. Z. berufen. Dieser hat seine Ansicht zur mangelnden Wegefähigkeit des Klägers nämlich auf die gleichen Gründe gestützt, die auch der Verrichtung leichter Arbeit entgegenstehen sollen. Diese sind aber, wie dargelegt, insbesondere durch die überzeugenden Stellungnahmen des Dr. W. ausgeräumt. Im Übrigen ist nichts erkennbar, was den Kläger, der insoweit in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts auch nur "Probleme mit dem Fuß" angegeben hatte, am zumutbaren Erreichen eines Arbeitsplatzes hindern sollte. In Betracht kommt allenfalls das diagnostizierte postthrombotische Syndrom im Bereich der Beine. Dieses besteht aber seit über 25 Jahren. Deswegen trägt der Kläger – bei unverändertem Krankheitsbild (so etwa das Rentengutachten des Dr. L. vom 27.10.2003 (VA – Gutachtensheft S. 89) – einen Kompressionsstrumpf und war so offensichtlich über Jahrzehnte in der Lage, seine Arbeitsstellen aufzusuchen und seine teils auch schwere körperliche Arbeit in der Ziegelei zu verrichten. Nach eigenen Angaben (gegenüber Dr. K.) ist er offensichtlich auch in der Lage, nach dem Frühstück einen Freund im Ort zum gemeinsamen Raki- und Kaffeetrinken und Diskutieren zu besuchen, zum Mittagessen in die Wohnung zurück und am Nachmittag einkaufen zu gehen. Außerdem – so in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 25.10.2005 – kann er mit seiner Frau spazieren gehen und dabei Strecken von 1 km Länge bewältigen. Weshalb er dann aber außerstande sein sollte, einen Arbeitsplatz zumutbar, ggf. auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln, zu erreichen, ist nicht ersichtlich.

Weitere Ermittlungen drängen sich dem Senat bei dieser Sachlage nicht auf. Dem Kläger wurde das mitgeteilt. Er hat auch die Begutachtung durch einen Arzt seines Vertrauens nach [§ 109 SGG](#) nicht gewünscht.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben kann. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-10-25