

L 9 R 5253/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 1758/04
Datum
28.09.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 5253/05
Datum
24.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 28. September 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 30. September 2003 hinaus.

Der am 4. August 1951 geborene und verheiratete Kläger - ein griechischer Staatsangehöriger - der 1964 ins Bundesgebiet einreiste, absolvierte hier vom 24. Juli 1967 bis zum 24. Januar 1970 eine Ausbildung als Kfz-Mechaniker, ohne einen Abschluss zu erlangen. Von 1971 bis 1972 leistete er in Griechenland Militärdienst. Das von der Beklagten geführte Versicherungskonto weist sodann erst wieder für die Zeit ab dem 1. Mai 1979 bis Dezember 1998 versicherungspflichtige Beschäftigungszeiten des Klägers aus, während der der Kläger vorwiegend als Kellner und Gastronom tätig war. Seit dem 21. Dezember 1998 war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt und erhielt bis zur Aussteuerung am 9. April 2000 Krankengeld. Seit dem 10. April 2000 war er beim Arbeitsamt bzw. der Arbeitsagentur arbeitslos gemeldet.

Vom 12. Mai bis 9. Juni 1999 unterzog sich der Kläger einer stationären Reha-Heilbehandlung in der Z. St. B. Im Entlassungsbericht vom 2. Juli 1999 wurden folgende Diagnosen mitgeteilt: - Zustand nach rezidivierenden paradoxen Embolien mit transitorisch ischämischen Attacken (TIA's) bei offenem Foramen ovale, - Wahrscheinliche chronische Polyarthritits - Gichtarthropathien in den Großzehengrundgelenken und - Psychogene Reaktion. Der Kläger wurde regulär als arbeitsfähig entlassen. Dem Kläger seien Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne sehr hohe Anforderungen an die Greifkraft der Hände vollschichtig zumutbar, soweit er keine Gewichte von mehr als 10 bis 15 kg heben, tragen oder bewegen müsse.

Dr. J.-K. diagnostizierte im für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) unter dem 22. Oktober 1999 erstatteten Gutachten beim Kläger folgende Gesundheitsstörungen: - Seropositive rheumatoide Arthritis mit ausgeprägten Gelenksbeschwerden der Ellenbogen- und Handgelenke, - Hochgradiger psychophysischer Erschöpfungszustand mit reaktiver Depression, Konzentrations- und Schlafstörungen, - Zustand nach flüchtigen cerebralen Ischämien bei offenem Foramen ovale, Marcumartherapie, - Zustand nach Alkoholabusus mit derzeit glaubhafter Alkoholkarenz und - Zustand nach Arthritis urica rechtes Großzehengrundgelenk. Der Kläger sei arbeitsunfähig, die Erwerbsfähigkeit sei erheblich gefährdet.

Die Beklagte veranlasste daraufhin aufgrund eines weiteren Reha-Antrags die ambulante sozialmedizinische Untersuchung und Begutachtung des Klägers. In dem von der Internistin Dr. D. unter dem 11. Februar 2000 verfassten Gutachten wurden folgende Diagnosen für den damals 174 cm große und 71 kg schweren Kläger mitgeteilt: - Psychophysischer Erschöpfungszustand bei psychasthenischer Persönlichkeit und chronischem Alkoholabusus, seit 12/98 abstinente, - Seropositive Polyarthritits, - Gichtarthropathie und - Rezidivierende transitorisch-ischämische Attacken bei offenem Foramen ovale und Verdacht auf rezidivierende paradoxe Embolie mit Marcumareinstellung. Der Kläger sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten; qualitative Leistungsausschlüsse bestünden für folgende Tätigkeiten: Arbeiten in Nachtschicht, Arbeiten mit besonderem Zeitdruck und in überwiegend einseitiger Körperhaltung sowie Tätigkeiten mit betriebsbedingtem Alkoholenuss.

Am 29. März 2000 beantragte der Kläger bei der Beklagten, ihm Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewähren. Vom 27. Juli bis 25. August 2000 wurde der Kläger im Rheuma-Zentrum B.-B. stationär behandelt. Im Entlassungsbericht vom 7. September 2000 lauteten die Diagnosen: Rheumatoide Arthritis, Fibromyalgie-Syndrom, Hyperlipoproteinämie, Hyperurikämie, Zustand nach cerebrovaskulärer Ischämie 01/99 und

Zustand nach beidseitiger Herniotomie bei Inguinalhernie 1990.

Auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. D. lehnte die Beklagte den Rentenanspruch des Klägers mit Bescheid vom 23. August 2000 unter Hinweis darauf ab, dass mit dem vorhandenen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Arbeiten vollschichtig verrichtet werden könnten.

Auf den dagegen am 30. August 2000 erhobenen Widerspruch holte die Beklagte Befundberichte bei den vom Kläger benannten behandelnden Ärzten ein. Im Bericht vom 9. Dezember 2000 teilte der Nervenarzt Dr. B., Heidelberg, mit, den Kläger seit November 1998 regelmäßig monatlich zu behandeln und folgende Diagnosen gestellt zu haben: Neurasthenie, Anpassungsstörung, Zustand nach rezidivierenden TIA bei offenem foramen ovale, ACM-Stenose links, Polyneuropathie bei rheumatoider Arthritis und Zustand nach langjährigem Alkoholabusus mit Abstinenz seit 12/98. Er empfehle eine Zeitrente für zwei Jahre. Der Allgemeinmediziner Dr. P., Heidelberg, berichtete unter dem 18. Dezember 2000, den Kläger seit März 1999 zu behandeln; seither sei der Kläger arbeitsunfähig. Er schließe eine Besserung der Leistungsfähigkeit aus. Der Rheumatologe Dr. H., Heidelberg, gab in seinem Bericht vom 22. Februar 2001 an, den Kläger seit Juli 1999 quartalsweise zu behandeln. Der Kläger leide an seropositiver rheumatischer Arthritis, fibromyalgischen Beschwerden und einer depressiven Symptomatik aufgrund der Grunderkrankung.

Daraufhin beauftragte die Beklagte erneut Dr. D. mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers, die ihrerseits orthopädische und nervenärztliche Zusatzbegutachtungen veranlasste. Der Orthopäde Dr. R., Mannheim, teilte in seinem unter dem 9. Mai 2001 verfassten Gutachten folgende Diagnosen mit: - Rheumatoide Arthritis mit generalisiertem Schmerzsyndrom ohne relevante Funktionseinbuße, - Beginnende Aufbraucherscheinungen seitens der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ohne wesentlichen Reizzustand oder Funktionseinbuße mit Beschwerdebild, - Beginnende Aufbraucherscheinungen der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke mit belastungsabhängigem Beschwerdebild, - Andernorts gestellte Diagnose einer sekundären Fibromyalgie. Der derzeitige Gesundheitszustand des Klägers sei als Dauerzustand anzusehen. Aus orthopädischer Sicht seien dem Kläger körperlich leichte Arbeiten ohne Witterungseinflüsse vollschichtig zumutbar; dies gelte auch für eine Beschäftigung als Kellner. Mit Gutachten vom 13. Mai 2001 stellte der Neurologe und Psychiater M., Heidelberg, folgende Diagnosen: - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, - Seropositive Polyarthritis, - Zustand nach jahrelangem massivem Alkoholmissbrauch, derzeit abstinent, - Zustand nach einer bzw. möglicherweise mehreren TIA's bei offenem Foramen ovale und Marcumarisierung, - Leichte Polyneuropathie (DD alkoholtoxisch und DD im Rahmen der Polyarthritis). Im Vordergrund stehe - neben der Schmerzsymptomatik - die mäßig ausgeprägte depressive Symptomatik mit subjektiven Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, einer Antriebsschwäche und Schlafstörungen sowie einer gedrückten Grundstimmung bei erhaltener Reagibilität. Eine Tätigkeit, bei der offene Alkoholika auszuschenken seien, sei dem Kläger nicht mehr zuzumuten. Ebenso seien dem Kläger Tätigkeiten, die unter hoher nervlicher Belastung zu verrichten seien oder die hohe Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit stellten, Schichtarbeiten und Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten nicht mehr möglich. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen bestehe bei dem geschäfts- und wegefähigen Kläger aber ein vollschichtiges berufliches Leistungsvermögen. In der zusammenfassenden sozialmedizinischen Begutachtung kam Dr. D. im Gutachten vom 15. Mai 2001 zu dem Ergebnis, der Kläger sei unter Berücksichtigung sämtlicher Gesundheitsstörungen bei Beachtung der in ihrem Erstgutachten und von den Zusatzgutachtern festgestellten qualitativen Leistungsausschlüsse noch in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten. Dem stimmte Prüfarzt Dr. H. mit Stellungnahme vom 29. Mai 2001 zu.

Im Folgenden wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 2. August 2001 als unbegründet zurück, weil der Kläger weiterhin körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig verrichten könne.

Auf die dagegen am 16. August 2001 zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhobene Klage (S 8 RJ 2019/01) holte das SG zunächst schriftlich sachverständige Zeugenauskünfte der den Kläger behandelnden Ärzte ein.

HNO-Arzt Dr. H., Heidelberg, erklärte unter dem 29. November 2001, den Kläger vom 19. Oktober bis 8. November 2001 wegen Heiserkeit behandelt zu haben. Anhaltende Beeinträchtigungen der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit seien ihm nicht aufgefallen; aus hno-ärztlicher Sicht bestehe vollschichtiges Leistungsvermögen für eine körperlich wenig anstrengende Berufstätigkeit ohne durchgehend einseitige Körperhaltung. Unter dem 8. Januar 2002 berichtete Allgemeinmediziner Dr. P., Heidelberg, dass beim Kläger weniger die rheumatische Erkrankung als vielmehr die psychiatrische Problematik - depressives Syndrom mit sehr stark ausgeprägter Antriebsstörung - im Vordergrund stehe. Er halte den Kläger für nicht in der Lage auch nur eine leichte Tätigkeit vollschichtig zu verrichten. Der Orthopäde Dr. F., Heidelberg, teilte unter dem 9. Januar 2002 mit, beim Kläger ein chronisches Lumbalsyndrom und Epicondylitis radialis beidseitig diagnostiziert zu haben. Eine körperlich wenig anstrengende Berufstätigkeit ohne durchgehend einseitige Körperhaltung sei dem Kläger vollschichtig zumutbar. Dagegen berichtete der Rheumatologe Dr. H. unter dem 17. Januar 2002, der Kläger sei aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung und der rheumatoiden Arthritis, welche sich unter Basistherapie in Remission befinde, in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit sehr eingeschränkt und zur Zeit sicherlich nicht in der Lage eine vollschichtige Tätigkeit auszuüben. Die Diplom-Psychologin L., Heidelberg, gab unter dem 29. Januar 2002 an, den Kläger seit dem 26. Juli 1999 in 25 Sitzungen behandelt zu haben. Der Kläger leide an einer Anpassungsstörung mit neurasthenischen Anteilen bei dependenter und selbstunsicherer Persönlichkeit. Das Beschwerdebild sei während der Behandlung unverändert geblieben. Der Kläger sei beruflich nicht vollschichtig einsetzbar. Schließlich führte der Neurologe und Psychiater Dr. B., Heidelberg, unter dem 30. Januar 2002 aus, den Kläger seit Januar 2000 zu behandeln. Der Kläger leide - neben einem depressiv-neurasthenischen Syndrom mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung - an flüchtigen cerebralen Ischämien auf dem Boden eines offenen Foramen ovale bei Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Nikotinabusus, Carotissiphonstenose links mit hochgradiger Media-Zirkulationsstörung und Posterior-Zirkulationsstörung rechts sowie an chronisch wiederkehrenden Spannungskopfschmerzen, einer distalen sensiblen Polyneuropathie der Beine unklarer Genese, degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit häufig wiederkehrenden Nervenwurzelreizerscheinungen. Wegen dieser Leiden sei der Kläger auch mit einer körperlich wenig anstrengenden Berufstätigkeit überfordert.

Auf der Grundlage der vorstehenden Beweiserhebung erklärte sich die Beklagte unter Vorlage einer Stellungnahme von Dr. H.I vom 28. Februar 2002 bereit, dem Kläger für die Zeit vom 1. Oktober 2000 bis zum 30. September 2003 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewähren. Der Kläger nahm dieses Angebot an. Ein entsprechender Rentenbescheid erging am 12. Juni 2002.

Unter dem 2. Juni 2003 beantragte der Kläger die Weitergewährung der Rente.

Dr. P. teilte im Befundbericht vom 30. Mai 2003 mit, es bestehe trotz fortdauernder ambulanter und zweimaliger stationärer Behandlung (Rheumazentrum B.-B. vom 20. Februar bis 14. Mai 2002 und Schmerztherapiezentrum B. - M. vom 30. November 2002 bis 3. Januar 2003) Therapieresistenz.

Am 7. August 2003 wurde der Kläger in der Neurologischen Klinik der Universität H. neuropsychologisch untersucht. Mit Bericht vom gleichen Tag teilte Dipl.-Psychologe H. mit, bei dem Kläger hätten sich im Verbalgedächtnis deutliche Defizite in der Lernphase und beim freien Wiedergeben einer Wortliste sowie Interferenz- und Intrusionseffekte gezeigt. Vermindert gewesen seien neben den Gedächtnisleistungen die visu-motorische Geschwindigkeit und die semantische Wortflüssigkeit. Der Kläger habe angespannt und depressiv gewirkt. Aufgrund der deutlichen Gedächtnisverluste sei er nicht arbeitsfähig.

Daraufhin veranlasste die Beklagte die stationäre Aufnahme des Klägers zur sozialmedizinischen Untersuchung und Begutachtung vom 16. bis 19. September 2003 in ihrer klinischen Begutachtungsstation in Karlsruhe. Die Ergebnisse der Teilgutachten auf den Fachgebieten der Orthopädie (Dr. S.), Rheumatologie (Dr. L.), Hals-Nasen-Ohren (Dr. B.) und Neurologie/Psychiatrie (Dr. S.) flossen in das von dem Internisten Dr. M. unter dem 17. November 2003 verfasste Gesamtgutachten ein. Darin wurden folgende Diagnosen mitgeteilt: - Multilokuläre Schmerzen im Sinne einer Somatisierungsstörung, ohne neurologische Auffälligkeiten, vorbefundlich Fibromyalgiesyndrom, - Vorbefundlich rheumatoide Arthritis, aktuell nicht aktiv, kein Hinweis auf Sekundärschäden, - Beginnende degenerative Aufbraucherscheinungen der Wirbelsäule, - Beginnende Aufbraucherscheinungen der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke, - Normvariante der Persönlichkeit mit psychasthenischen und krankheitsbetonten Zügen, - Zustand nach Schlaganfall und rezidivierenden transitorischen Ischämien bei offenem Foramen ovale, ohne jegliche neurologische Auffälligkeiten, - Hypofunktionelle Dysphonie mit Heiserkeit, kein Hinweis auf Kehlkopftumor und - Verstärkung sämtlicher Beschwerden und Auffälligkeiten durch ein Rentenbegehren. Die festgestellten Gesundheitsstörungen schränken die quantitative Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht ein. Qualitativ beständen Leistungsausschlüsse für folgende Tätigkeiten: geistig anspruchsvolle und starken Stress beinhaltende Tätigkeiten, Tätigkeiten in gebückter Haltung oder mit regelmäßiger Bückenforderung, beidhändig hohe Überkopfarbeiten, Arbeiten unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zug, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Exposition von Rauch, Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr und Tätigkeiten in Sprechberufen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständiger Gastwirt sei dem Kläger wieder vollschichtig möglich.

Auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. M. lehnte die Beklagte die Weitergewährung von Erwerbsunfähigkeitsrente über den Monat September 2003 durch Bescheid vom 19. November 2003 mit der Begründung ab, über den Wegfallzeitpunkt - 30. September 2003 - hinaus sei weder Berufs- noch Erwerbsunfähigkeit gegeben.

Den dagegen am 1. Dezember 2003 erhobenen Widerspruch begründete der Kläger unter Bezugnahme auf ein auf den 15. Dezember 2003 datierendes ärztliches Attest von Dr. B. Darin beanstandete Dr. B., die Beklagte habe die Gesundheitsstörungen des Klägers nicht vollständig erfasst. Beim Kläger lägen - entgegen der Auffassung der Beklagten - sowohl neurologische Auffälligkeiten - Restbefunde einer alten Nervenwurzelreizung C5/6 rechts als auch eine leichte distalsymmetrische sensible Polyneuropathie der Beine vor. In Anbetracht der dadurch bedingten anhaltenden Schmerzen nur von einer Somatisierungsstörung zu sprechen, werde den Befunden und Funktionseinschränkungen nicht gerecht. Auch seien seit der 1999 stattgehabten cerebralen Ischämie intrakranielle Gefäßstenosen mehrfach bestätigt worden. Kernspintomographisch hätten sich zudem Zeichen einer arteriosklerotischen Enzephalopathie gefunden. Schließlich sei zu rügen, dass in Rahmen der Letztbegutachtung durch die Beklagte keine hinreichende psychologische Testung durchgeführt worden sei. Zumindest handele es sich beim Kläger um leichte kognitive Störungen, die die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit, die Ausdauer und die Belastbarkeit einschränkten.

Vom 15. bis 17. Januar 2004 wurde der Kläger im Universitätsklinikum H. - Kardiologie - laut Entlassbericht vom 17. Januar 2004 wegen koronarer Zweigefäßerkrankung der LAD und LCX mit Dilatation und Stentlegung stationär behandelt und versorgt.

Im Folgenden veranlasste die Beklagte eine ergänzende nervenfachärztliche Stellungnahme zu den Ausführungen von Dr. B. vom 15. Dezember 2003, die Dr. S. unter dem 10. März 2004 erstattete. Darin führte Dr. S. aus, dass Restbefunde einer alten Nervenwurzelreizung, die - wie vorliegend - nicht mit erheblichen Ausfällen einhergingen, das Leistungsvermögen nicht wesentlich oder gar nicht minderten. Dasselbe gelte für eine sensible Polyneuropathie der Beine. Eine arteriosklerotische Enzephalopathie gehe, solle sie leistungsrelevant werden, mit erheblichen Einbußen des Neugeächtnisses, der Konzentration sowie mit einer Wesensveränderung einher. All dies sei weder festzustellen gewesen noch vom Kläger geltend gemacht worden.

Nach alledem wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juni 2004 als unbegründet zurück.

Auf die dagegen am 21. Juni 2004 zum Sozialgericht Mannheim erhobene Klage (S 11 R 1758/04) holte das SG zunächst erneut schriftlich sachverständige Zeugenaussagen der den Kläger behandelnden Ärzte ein.

Dr. Pingel gab mit Auskunft vom 29. Juli 2004 an, den Kläger, den er ein- bis dreimal pro Monat in seiner Praxis hausärztlich versorge, für noch maximal drei Stunden täglich in der Lage zu halten, Arbeiten zu verrichten. Dagegen vertrat der Internist und Kardiologe Dr. H., Heidelberg, mit Aussage vom 29. Juli 2004 die Auffassung, dem Kläger, bei dem zuletzt am 8. Juni 2004 ein Ruhe- (unauffällig) und ein Belastungs-EKG (bis 75 Watt ohne Ischämienachweis, dann Abbruch wegen eines Wadenkrampfes) durchgeführt worden seien, seien körperlich leichte Tätigkeiten vollschichtig zuzumuten. Eine Beschäftigung als Gastwirt sei ihm aber nicht mehr möglich. Dr. Heilig meinte demgegenüber in seiner Aussage vom 2. August 2004, der Kläger sei nur noch zwei bis vier Stunden arbeitstäglich belastbar. Er sei vor allem durch das chronische Schmerzsyndrom beeinträchtigt. Dr. B. führte in seiner Aussage vom 30. August 2004 aus, aufgrund seines Eindrucks in mehrjähriger Behandlung habe er, nicht zuletzt angesichts der testpsychologischen Untersuchungsbefunde vom 7. August 2003 und der Tatsache, dass auch durch mehrfache Versuche entsprechend hochdosierter antidepressiver Medikation eine wesentliche Änderung der psychopathologischen Befunde und des Schmerzerlebens nicht habe erreicht werden können, erhebliche Zweifel an einem vollschichtigen Leistungsvermögen auch für nur leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die Anästhesistin Dr. Z., Heidelberg, berichtete unter dem 6. September 2004, den Kläger seit dem 8. April 2004 ein- bis zweimal wöchentlich schmerztherapeutisch zu behandeln. Der Kläger leide langjährig an einem schweren chronifizierten Schmerzsyndrom, das ihn im normalen Tagesablauf stark beeinträchtige. Auf eine medikamentöse Therapie reagiere er sehr empfindlich. Aus ihrer Sicht sei der Kläger deswegen und wegen der kardiologischen und neurologischen Grunderkrankung nicht mehr arbeitsfähig. Der Leistungsbeurteilung durch den Gutachter Dr. M. sei zu

widersprechen.

Im nunmehr vom SG von Amts wegen eingeholten nervenfachärztlichen Gutachten vom 2. Februar 2005 stellte der erneut (vgl. Gutachten Mayer I im Verwaltungsverfahren), nunmehr zum gerichtlichen Gutachter bestellte Neurologe und Psychiater M., Heidelberg, nach ambulanter Untersuchung des Klägers für sein Fachgebiet folgende Diagnosen: - Zustand nach jahrelangem massivem Alkoholmissbrauch, derzeit abstinent mit minimal verbliebener alkoholtoxischer Polyneuropathie, - Zustand nach mehreren transitorisch-ischämischen Attacken bei offenem Foramen ovale, ohne darauf beziehbares neurologisches Defizit und - Undifferenzierte somatoforme Störung mit im Vordergrund stehender Schmerzstörung. Die von Dr. B. gestellte Diagnose einer subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie könne er nicht bestätigen. Schwer einzuschätzen sei die vom Kläger angegebene generalisierte Schmerzsymptomatik. Eine reine Simulation liege sicherlich nicht vor, wohl aber eine bewusste Beschwerdeakzentuierung im Rentenverfahren. Dafür spreche zum einen die Differenz zwischen den Angaben zur Medikamenteneinnahme und dem Ergebnis der Blutspiegelkontrolle und zu anderen die Ergebnisse der neuropsychologischen Tests. Gravierende Erkrankungen lägen - neben der trockenen Alkoholabhängigkeit - auf kardiologischem und möglicherweise auf rheumatologischem Gebiet vor. Unter Beachtung folgender Leistungsausschlüsse halte er den Kläger für mit körperlich leichten Tätigkeiten vollschichtig (acht Stunden arbeitstäglich) belastbar: keine Tätigkeit in Verbindung mit dem Ausschank offener Alkoholika, auf Leitern oder Gerüsten, keine Tätigkeiten mit hoher Stressbelastung und ständigem Publikumskontakt, insbesondere solche mit sehr hohem Zeitdruck oder sehr hohen Anforderungen an die Konzentration, keine Tätigkeiten unter Einfluss widriger Witterungsverhältnisse, keine Akkordarbeit und keine Schichtarbeit sowie keine Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen () 8 kg) oder in andauernden Zwangshaltungen. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich; die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Das im folgenden vom SG veranlasste fachinternistisch-arbeitsmedizinische Gutachten erstattete der Internist Dr. S., Heidelberg, unter dem 25. Juni 2005. Darin stellte er folgende Diagnosen: - Rheumatoide Arthritis, Erstdiagnose 1998, geringe Entzündungsaktivität, - Koronare Zweigefäßerkrankung, gute linksventrikuläre Pumpfunktion, - Wenig enzymaktive Fettleber, überhöhter Alkoholkonsum, - Kein Hinweis auf eine hämodynamisch relevante arterielle Verschlusskrankheit, - Überhöhung für Cholesterin, Triglyceride und Harnsäure im Blutserum, - Offenes Foramen ovale, Zustand nach cerebraler Ischämie 1999, - Kontrollbedürftige Borrelien-Serologie ohne klinischen Hinweis auf Borreliose. Im Belastungs-EKG sei eine Belastung bis 100 Watt möglich gewesen, ohne dass es zu pathologischen Endstreckensenkungen gekommen sei. Die Langzeit-Blutdruckmessung habe eine gute Blutdruckeinstellung gezeigt. Unter Berücksichtigung der festgestellten Gesundheitsstörungen sei der Kläger - auch unter Einbeziehungen der Ausführungen des Gutachters M. - in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten ganzschichtig (acht Stunden arbeitstäglich) auszuüben. Leistungsausschlüsse beständen hingegen für mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten - kein Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg - sowie für eine Arbeit als Gastwirt. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich; Beschränkungen hinsichtlich des Arbeitsweges seien nicht gegeben. Den festgestellten Gesundheitsstörungen komme Dauercharakter zu.

Im Fortgang legte der Kläger neue Bescheinigungen der ihn behandelnden Ärzte Dres. Pingel (29. Juli und 12. September 2005), B. (12. September 2005) und Z. (19. September 2005) sowie der Psychologin L. (20. September 2005) vor.

Mit Urteil vom 28. September 2005 wies das Sozialgericht sodann die Klage ab. Tragend bezog sich das SG dafür auf die Ausführungen der Gutachter M. und Dr. S., die es sich zu eigen machte. Das Urteil wurde dem Bevollmächtigten des Klägers am 2. Dezember 2005 zugestellt.

Der Kläger hat am 7. Dezember 2005 Berufung gegen das Urteil eingelegt.

Der Kläger ist der Auffassung, er sei nicht mehr erwerbsfähig. Zur Begründung bezieht er sich zum einen auf ein Attest des Anästhesiologen Dr. Z., Heidelberg, vom 11. Oktober 2005. Darin bescheinigt ihm Dr. Z. seit dem 8. April 2002 die Durchführung einer regelmäßigen schmerztherapeutischen Behandlung. Des Weiteren erklärt Dr. Z., sie halte den Kläger wegen der schweren somatoformen Schmerzstörung, der internistischen Erkrankungen und der Medikation mit Opioiden für nicht mehr arbeitsfähig. Zum anderen legt er ein auf den 7. Dezember 2005 datierendes weiteres Attest des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vor, in dem Dr. B. unter Auflistung der Diagnosen - cerebraler Gefäßstenosen, leichte kognitive Störungen, distal-symmetrische sensible Polyneuropathie der Beine mit rezidivierenden Nervenzusammenbrüchen im HWS-Bereich, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Dysthymia, intellektuell einfache Persönlichkeit - zu dem Ergebnis gelangt, der Kläger sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr einsetzbar.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 28. September 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 19. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. Juni 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm über den 30. September 2003 hinaus auf Dauer weiter Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit und höchst hilfsweise wegen Erwerbsminderung nach neuem Rentenrecht in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für inhaltlich zutreffend.

Der Senat hat von Amts wegen ein nervenärztliches Gutachten bei dem Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten Dr. H., Weinsberg, eingeholt, das dieser unter dem 31. Mai 2006 nach zuvor erfolgter ambulanter klinischer und testpsychologischer Untersuchung des Klägers erstattet hat. Auf seinen Fachgebieten hat Dr. H. folgende Diagnosen gestellt: - Abnutzungserscheinungen im Bereich der Wirbelsäule, - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, - Distal-symmetrische Polyneuropathie der Beine ohne Lähmungserscheinungen oder Sensibilitätsstörung, - Leichte depressive Episode, - Alkoholabhängigkeit, derzeit abstinent. Die abweichenden, auf erhebliche Konzentrationsdefizite hindeutenden Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung ließen sich mit dem viel günstigeren klinischen Untersuchungs- und Explorationsbefund nicht vereinbaren und wiesen letztendlich darauf hin, dass eine Aggravationstendenz nicht sicher auszuschließen sei. Aufgrund der bestehenden Abnutzungserscheinungen im Bereich der Wirbelsäule seien dem Kläger Arbeiten in einseitiger Körperhaltung sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten nicht mehr zumutbar. Ebenso seien Arbeiten in Zwangshaltungen

oder Arbeiten, die häufiges Heben und Bücken erforderten, nicht mehr zumutbar. Aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien dem Kläger Arbeiten, die mit einer erhöhten Verantwortung oder besonders hoher geistiger Beanspruchung einhergingen, nicht mehr zumutbar. Des Weiteren seien dem Kläger Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck, mit erhöhtem Umstellungs- und Anpassungsvermögen sowie Tätigkeiten, die die Überwachung von komplexeren Arbeitsvorgängen erforderten, nicht mehr möglich. Im Übrigen könne der hinreichend ein- und umstellungsfähige Kläger sämtliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes über arbeitstäglich acht Stunden verrichten, ohne dafür besonderer Arbeitsbedingungen zu bedürfen. Bei alledem sei der Kläger auch in der Lage viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 m zu Fuß binnen 15 bis 20 Minuten zurückzulegen und während der Hauptverkehrszeiten öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Im Zuge des laufenden Rentenverfahrens sei keine wesentliche Änderung der Gesundheitsstörungen und damit der Leistungsfähigkeit eingetreten.

In Erwidierung auf das Gutachten von Dr. H. hat der Kläger Atteste des Internisten und Rheumatologen Dr. Heilig vom 28. Juni 2006 und des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 10. Juli 2006 vorgelegt. Dr. Heilig beanstandet, Dr. H. habe die Folgen der Erkrankungen auf internistischem Gebiet sowie das therapierefraktäre Schmerzsyndrom nicht hinreichend berücksichtigt. Aus seiner Sicht sei bereits erheblich zweifelhaft, ob der Kläger überhaupt noch drei Stunden täglich eine leichte Tätigkeit ausüben könne. Dr. B. meint, Dr. H. habe die vorliegenden Funktionseinschränkungen nicht hinreichend berücksichtigt. Insbesondere sei der intellektuell sehr einfachen Persönlichkeit des Klägers mit verminderter Auffassungsgabe, Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit nicht hinreichend Rechnung getragen worden. Auch eine notwendige neurophysiologische Testung zur Validierung oder Widerlegung der in der Neurologischen Klinik Heidelberg am 7. August 2003 festgestellten deutlichen mnestischen und kognitiven Defizite habe Dr. H. unterlassen.

Des Weiteren hat der Kläger einen auf den 28. Juli 2006 datierenden Arztbericht über seine stationäre Behandlung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Mannheim bei Prof. Dr. F. in der Zeit vom 17. bis zum 21. Juli 2006 vorgelegt. Darin werden folgenden Diagnosen mitgeteilt: führend kognitive Defizite bei schwerer Somatisierungsstörung mit somatoformem Schmerzsyndrom sowie daneben Dysthymia, Rentenbegehren, Rez. TIAs 1999 ohne bildmorphologisches Korrelat, Carotisstenose rechts und geringe ACM-Stenose links, seropositive rheumatoide Arthritis, sekundäre Fibromyalgie (Vordiagnose), leichte Polyneuropathie, KHK, Zustand nach Stent-Einlage LAD 2004, Foramen ovale apertum, fortgesetzter Nikotinabusus, Zustand nach Alkoholabusus und Hypercholesterinämie. Die neuropsychologischen Kriterien einer leicht-mässigen Demenz seien erfüllt. Das Ergebnis der testpsychologischen Untersuchung sei auffällig pathologisch. Eine stationäre Behandlung in einer psychosomatisch orientierten Klinik werde empfohlen. Außerdem bezieht sich der Kläger auf einen Arztbrief des Radiologen Dr. A., Heidelberg, vom 16. August 2006, der am gleichen Tag eine Mehrphasen-Skelettszintigraphie durchgeführt hat. In der Beurteilung führt Dr. A. aus, im abgebildeten Skelettsystem weise zur Zeit nichts auf eine aktive rheumatische Gelenkserkrankung oder einer Skelettmetastasierung hin.

Eine daraufhin von Dr. H. erbetene ergänzende gutachtliche nervenärztliche Stellungnahme nach Aktenlage hat dieser dem Senat unter dem 16. Oktober 2006 vorgelegt. Zu den von Dr. H. im Wesentlichen angesprochenen Erkrankungen auf internistischem Fachgebiet könne aus nervenärztlicher Sicht nicht Stellung genommen werden. Zu den Feststellungen von Dr. B. sei zu sagen, die im Mai 2006 durchgeführte testpsychologische Untersuchung habe uneinheitliche Befunde geliefert, die zudem nicht mit dem guten klinischen Eindruck des Klägers in Einklang zu bringen gewesen seien. Während der mehrstündigen gutachtlichen Exploration und Untersuchung sei der Kläger in allen Qualitäten ausreichend orientiert, aufmerksam, konzentriert und durchhaltefähig gewesen. Mit der von Prof. Dr. F. diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer leichten Polyneuropathie bestehe Übereinstimmung; die von Prof. Dr. Frölich weiter beschriebene Dysthymia entspreche allenfalls dem Grad einer gutachtlich als leicht depressiven Symptomatik gewerteten Gesundheitsstörung. Des Weiteren sei anzumerken, dass Prof. Dr. F. den Kläger in Anwesenheit seiner Ehefrau exploriert habe. Dagegen habe er den Kläger allein exploriert und dabei festgestellt, dass der Kläger auch allein in der Lage gewesen sei, seine Lebensgeschichte ausführlich, detailliert, geordnet und nachvollziehbar darzustellen. Prof. F. habe die deutliche Diskrepanz zwischen unauffälligem psychopathologischem Befund und auffälliger Testpsychologie nicht hinreichend berücksichtigt.

Zwischenzeitlich hat sich der Kläger vom 13. Oktober bis zum 6. November 2006 in stationärer Behandlung im SRH Kurpfalzkrankenhaus, Abteilung Neurologie, in Heidelberg befunden. Aufgenommen worden ist er wegen eines akuten Lumbalsyndroms. Im Arztbrief des Neurologen PD Dr. Winter vom 24. November 2006 werden nach EKG, Röntgen von Thorax und LWS, internistischem Ultraschall, Labor einschließlich Liquor-Labor folgende Diagnosen mitgeteilt: akute Lumboischialgie, chronisches Schmerzsyndrom der Extremitäten mit Myalgien beider Beine, Verdacht auf cerebrale CMV-Infektion (durch Liquor-Labor ausgeschlossen), rheumatoide Arthritis, Depression, Verdacht auf Somatisierungsstörung bzw. somatisierte Depression, Schlafstörung, offenes Foramen ovale (Marcumar-Therapie), Zustand nach flüchtiger cerebraler Ischämie, Zwei-Gefäß-KHK mit Zustand nach Stent-Implantation 2004, arterielle Verschlusskrankheit Typ IIb beidseitig, Nikotinabusus und Hypercholesterinämie. Eine intrathekale CMV- oder Borrelieninfektion sei ebenso wie eine HIV-Infektion auszuschließen. Die Befundkonstellation spreche ferner auch gegen das Vorliegen einer Alzheimer Demenz. Die wegen Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen veranlassten beta.-Amyloid- und tau-Protein-Bestimmung im Liquor habe normale Ergebnisse zu Tage gefördert.

Am 12. November 2006 hat sich der Kläger in der Neurochirurgischen Klinik der Universität H. vorgestellt. Dort ist laut Anamnesevermerks vom gleichen Tag Lumbago und Myalgien der Beine diagnostiziert und kein akuter Handlungsbedarf gesehen worden. Der Kläger ist empfohlen worden, sich bei einem niedergelassenen Neurologen vorzustellen.

Vom 21. November bis zum 12. Dezember 2006 wurde der Kläger sodann stationär im Klinikum Landau, Abteilung Konservative Orthopädie, stationär reha-behandelt. Im Arztbrief vom 12. Dezember 2006 werden folgende Diagnosen mitgeteilt: HWS/LWS-Syndrom, chronisches myofasciales Schmerzsyndrom, rheumatoide Arthritis, Spondylarthrose L5/S1, Osteochondrose L5/S1, Osteochondrose der BWS, Lumboischialgie beidseitig, Epicondylitis humero-radialis, beidseitig, beginnende Coxarthrose beidseitig, rechts stärker als links, KHK im Zustand nach Myocarditis, Dauertherapie mit Marcumar, beginnende Demenz und Angst mit depressiver Störung, gemischt. Bei Entlassung sei der Kläger um ca. 40% schmerzgelindert gewesen. Motorische und sensible Defizite seien nicht festzustellen gewesen.

Unter dem 5. Januar 2007 hat der Neurologe und Psychiater Dr. G. für die Beklagte prüfärztlich Stellung genommen und Diagnosen und Leistungsbeurteilung des Gutachters Dr. H. unterstützt.

Der Kläger hat im Folgenden einen auf den 11. Januar 2007 datierenden Arztbrief des Rheumatologen Dr. H. vorgelegt, in dem die

Diagnosen rheumatoide Arthritis und chronisches Schmerzsyndrom mitgeteilt werden. Weiter heißt es, der Kläger werde für nicht erwerbsfähig gehalten. Darüber hinaus hat er einen von Dr. P. am 18. Januar 2007 unterschriebenen ärztlichen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eingereicht, in dem die Diagnosen - somatoforme Schmerzstörung, Depression und KHK - mitgeteilt werden.

In der vom Senat daraufhin erbetenen weiteren gutachtlichen Stellungnahme vom 5. Februar 2007 teilt der Neurologe und Psychiater Dr. H. mit, auch unter Berücksichtigung der neuen Unterlagen - insbesondere der Berichte des SRH Kurpfalzkrankenhauses vom 24. November 2006 und des Klinikums Landau vom 12. Dezember 2006 - an seinen im Gutachten vom 31. Mai 2006 mitgeteilten Diagnosen und Leistungsbeurteilungen festzuhalten. Die im Kurpfalzkrankenhaus getroffenen diagnostischen Einschätzungen stimmten im Wesentlichen mit den von ihm gestellten Diagnosen im Rahmen der Begutachtung überein. Zur Leistungsfähigkeit sei vom Kurpfalzkrankenhaus keine Stellungnahme abgegeben worden. Im Klinikum Landau sei ein psychischer Befund nicht erhoben worden. Die im Abschlussbericht des Klinikums Landau gestellte Diagnose einer beginnenden Demenz sei nicht näher begründet worden. Es sei lediglich ein craniales MRT mit geringer fokaler Atrophie und nutritiv-toxischer Schädigung beschrieben worden. Daraus lasse sich sicher keine beginnende Demenz ableiten.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 24. April 2007 hat der Bevollmächtigte des Klägers eine Bescheinigung der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums H. vom 24. April 2007 vorgelegt, wonach sich der Kläger dort seit dem 6. April 2007 wegen einer schweren Depression in stationärer Behandlung befindet. Des weiteren hat sich der Bevollmächtigte auf eine nach Aktenlage erstellte, vorrangig auf dem Arztbericht von Prof. Dr. F. vom 28. Juli 2006 beruhende Stellungnahme des Arztes der Agentur für Arbeit Dr. A. vom 30. August 2006 bezogen, wonach der Kläger auf absehbare Zeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht leistungsfähig sei.

Versorgungsrechtlich ist beim Kläger seit dem 1. Februar 1999 (Zeitpunkt des Schlaganfalls) ein GdB von 80 v. H. anerkannt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist aber nicht begründet. Der Bescheide der Beklagten vom 19. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. Juni 2004 ist ebenso rechtmäßig wie das diese Verwaltungsentscheidung bestätigende Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. September 2005. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit über den 30. September 2003 hinaus und auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung nach neuem Recht.

Ein Anspruch des Klägers auf Versichertenrente wegen Erwerbs- und hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit ist an den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der bis 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (a. F.) zu messen, denn für Bezieher von Renten wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit nach § 43 alter Fassung (a. F.) werden diese Renten bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres weiter gezahlt, solange die Voraussetzungen vorliegen, die für die Bewilligung der Leistung maßgeblich waren. Diese Besitzstandsregelung ist nach [§ 302 b Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB VI auch bei einer Weitergewährung befristeter Renten zu beachten. Für einen Anspruch des Klägers sind aber auch die Vorschriften des SGB VI in der ab 01. Januar 2001 geltenden Fassung (n. F.) maßgebend, soweit hilfsweise eine Rente wegen Erwerbsminderung für einen Zeitraum nach dem 31. Dezember 2000 in Betracht kommt ([§ 300 Abs. 1 SGB VI](#)).

Da der Kläger am 29. März 2000 Rente beantragt hat, sind die bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschriften noch anzuwenden, wenn - wie vorliegend - am 31. Dezember 2000 ein Anspruch bestanden hat. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch sind danach zunächst die [§§ 43, 44, 240, 241 SGB VI](#) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (im Folgenden [§§ 43, 44, 240, 241 SGB VI a. F.](#)).

Anspruch auf Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, wenn sie berufs- bzw. erwerbsunfähig sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit drei Jahre Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt des Versicherungsfalles die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (s. hierzu [§§ 43 Abs. 1 Satz 1, 44 Abs. 1 Satz 1 SGB VI a. F.](#)).

Erwerbsunfähig sind 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 (bzw. ab 1. April 1999 monatlich 630,00 Deutsche Mark) übersteigt. Erwerbsunfähig ist nicht, wer eine selbständige Tätigkeit ausübt oder eine Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 44 Abs. 2 Satz 1](#) erster Halbsatz und Satz 2 SGB VI a. F.).

Diese Tatbestandsmerkmale der Erwerbsunfähigkeit liegen bei dem Kläger nach dem 30. September 2003 nicht vor. Das gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI a. F.](#) zunächst festzustellende berufliche Leistungsvermögen des Klägers ist zwar auch nach diesem Zeitpunkt noch qualitativ eingeschränkt, denn Arbeiten, die das Heben und Tragen von Lasten mit einem Gewicht von mehr als 8 bis 10 kg verlangen, Tätigkeiten in Verbindung mit den Ausschank offener Alkoholika, Arbeiten in Zwangshaltungen (auch gebückt oder kniend) oder auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten unter besonderem Zeitdruck und im Schichtbetrieb sowie mit erhöhtem Umstellungs- und Anpassungsvermögen und mit erhöhter Verantwortung und besonders hoher geistiger Beanspruchung, sind ihm nicht mehr möglich. Der Kläger ist aber im Übrigen seit dem 1. Oktober 2003 wieder in der Lage, körperlich und geistig leichte Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen, in geschlossenen Räumen und zeitweise auch im Freien unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses vollschichtig zu verrichten.

Eine Erwerbsunfähigkeit des Klägers, das heißt ein Absinken seiner quantitativen Leistungsfähigkeit auf ein untermittelschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, lässt sich zur Überzeugung des Senats für den Zeitraum ab dem 1. Oktober 2003 nicht mehr belegen. Dies ergibt sich aus der Gesamtwürdigung des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachtens

des Internisten Dr. M. (17. November 2003), das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, der vom Sozialgericht veranlassten nervenfachärztlichen (M., 25. Januar 2005) und internistischen (Dr. S., 25. Juni 2005) Gutachten sowie des im Berufungsverfahren vom Senat eingeholten Gutachtens des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. H (31. Mai 2006 nebst ergänzenden gutachtlichen Stellungnahmen vom 16. Oktober 2006 und 5. Februar 2007). Die abweichenden Leistungsbeurteilungen der den Kläger behandelnden Ärzte Dres. P. (Allgemeinmediziner, 29. Juli 2004, 29. Juli und 12. September 2005 sowie 18. Januar 2007), Heilig (Rheumatologe, 2. August 2004, 28. Juni 2006 und 11. Januar 2007), B. (Neurologe und Psychiater, 30. August 2004, 12. September 2005, 7. Dezember 2005 und 10. Juli 2006) und Z. (Anästhesistin, 6. September 2004, 19. September 2005, 11. Oktober 2005) rechtfertigen im Ergebnis keine andere Beurteilung. Dies ergibt sich im Einzelnen aus folgenden Überlegungen:

Die nunmehr 56 Jahre alte Kläger leidet für den vorliegend streitgegenständlichen Zeitraum ab dem 1. Oktober 2003 an folgenden seine körperliche Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beeinträchtigenden Gesundheitsstörungen: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, - Distal-symmetrische Polyneuropathie der Beine ohne Lähmungserscheinungen oder Sensibilitätsstörung, - Leichte depressive Episode, - Alkoholabhängigkeit, derzeit abstinente, - Rheumatoide Arthritis, Erstdiagnose 1998, geringe Entzündungsaktivität, - Koronare Zweigefäßerkrankung, gute linksventrikuläre Pumpfunktion, - Offenes Foramen ovale, Zustand nach cerebraler Ischämie 1999, - Beginnende degenerative Aufbraucherscheinungen der Wirbelsäule, - Beginnende Aufbraucherscheinungen der Schulter-, Hüft-, und Kniegelenke.

Diese Gesundheitsstörungen schränken die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers zwar in qualitativer Hinsicht ein, stehen aber der quantitativ vollschichtigen Ausübung leichter Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit dem 1. Oktober 2003 nicht entgegen. Für die auf internistischem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen ist für den Senat weiterhin das bereits vom Sozialgericht eingeholte Gutachten von Dr. S. (25. Juni 2005) maßgeblich, dessen zentrale Aussagen zur rheumatoiden Arthritis und zur Zwei-Gefäß-Erkrankung bei Belastbarkeit bis 100 Watt ohne erkennbare pathologische Endstreckensenkungen im Belastungs-EKG bis heute unverändert Bestand haben. Im Hinblick auf die rheumatoide Arthritis bestätigt das von Dr. A. am 16. August 2006 durchgeführte Mehrphasen-Szintigramm die bereits im Jahr zuvor von Gutachter Dr. S. anhand der Laborwerte festgestellte geringe Entzündungsaktivität. Das in der Kurpfalzlinik am 13. Oktober 2006 durchgeführte Elektrokardiogramm - EKG - (Sinusrhythmus ohne signifikante Erregungsrückbildungsstörungen) und die ebenfalls dort am 19. Oktober 2006 angewandte Ultraschalldiagnostik durch Echokardiographie (global gute linksventrikuläre Pumpfunktion ohne eindeutige regionale Hypokinesien, kein Pericarderguss, vena cava nicht gestaut) bestätigen die Ausführungen von Dr. S. zur kardiologischen Situation des Klägers. Dasselbe Ergebnis hat im Übrigen auch ein am 22. November 2006 im Klinikum Landau durchgeführtes EKG gehabt. Der derzeit abstinente Alkoholkrankheit des Klägers wird durch den Leistungsausschluss einer Beschäftigung im Gastgewerbe hinreichend Rechnung getragen. Für die auf orthopädischem Gebiet festgestellten Gesundheitsstörungen ergibt sich dies aus den eindeutigen Feststellungen im Gutachten von Dres. M./S. (17. November 2003) und Heinrich (31. Mai 2006), die die Verschleiß- und Abnutzungserscheinungen des Stütz- und Bewegungsapparats des Klägers in erster Linie als altersbezogen und nicht schwerwiegend bewerten und darauf gestützt eine ernsthafte, auch die vollschichtige Verrichtung körperlich leichter Arbeiten ausschließende Funktionsminderung verneinen. Die Richtigkeit dieser Folgerung wird aktuell durch das am 16. August 2006 von Dr. A.e veranlasste Mehrphasen-Skelettszintigramm und die am 22. November 2006 im Klinikum Landau durchgeführte Röntgendiagnostik von HWS, BWS, LWS und Hüften bestätigt. Die HWS hat sich dabei altersentsprechend unauffällig präsentiert, an der BWS ist eine nur leichtgradige Osteochondrose und Spondylose diagnostiziert worden. Auch die Veränderungen an der LWS werden nur als leichtgradig arthrotisch bewertet und an den Hüften eine nur beginnende bis mäßiggradige Coxarthrose festgestellt.

Die vorstehend diskutierten Gesundheitsstörungen hindern den Kläger auch in Zusammenschau mit den weiter bestehenden Erkrankungen - der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung verbunden mit einer leichten depressiven Episode und der distal symmetrischen Polyneuropathie der Beine ohne Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörung - nicht daran, seit dem 1. Oktober 2003 wieder körperlich leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten. Insoweit folgt der Senat den von den nervenärztlichen Gutachtern im Verwaltungsverfahren (Dr. S., 25. September 2003) und in beiden Rechtszügen - M. (Gutachten vom 2. Mai 2005) und Dr. H. (Gutachten vom 31. Mai 2006 mit Ergänzungen vom 16. Oktober 2006 und 5. Februar 2007) - nachvollziehbar und überzeugend dargelegten Ausführungen. Danach hat sich der an Fußball und Heimatreisen nach Griechenland, die er regelmäßig unternimmt (Gutachten Dr. H. vom 31. Mai 2006, S. 13), interessierte - und damit nicht sozial völlig zurückgezogen lebende - Kläger allen Gutachtern gegenüber - wie im Übrigen auch vor der Gedächtnisambulanz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit der Universität H. (Prof. Dr. F.) im Juli 2006 - als wach, bewusstseinsklar, voll orientiert und kooperativ präsentiert. Eine vom Klinikum Landau, Abteilung Orthopädie, mit Arztbrief vom 12. Dezember 2006 fachfremd diagnostizierte beginnende Demenz haben weder die klinisch-psychiatrischen Untersuchungen des Gutachters im Berufungsverfahren, Dr. H., bestätigen können noch die Laboruntersuchungen des Kurpfalzkrankenhauses Heidelberg, Abteilung Neurologie. Im Arztbrief des Neurologen PD Dr. W. vom 24. November 2006 wird unter Bezugnahme auf umfangreiche Laboruntersuchungen vielmehr das Vorliegen einer Alzheimer Demenz ausdrücklich für unwahrscheinlich erklärt, ebenso wie eine intrathekale CMV- oder Borrelien-Infektion sowie eine HIV-Infektion sicher ausgeschlossen werden. Das der Kläger - wie von den Gutachtern M.r und H. aufgrund ihrer klinischen Untersuchung und psychopathologischen Exploration des Klägers in Abwesenheit der Ehefrau zutreffend angenommen - für eine körperlich leichte und geistig nicht anspruchsvolle Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hinreichend merk-, konzentrations- und durchhaltefähig ist, wird ebenfalls durch eine weitere vom Kurpfalzkrankenhaus durchgeführte Laboruntersuchung zumindest indirekt weiter objektiviert und bestätigt. Die vom Kurpfalzkrankenhaus im Hinblick auf die vom Kläger geltend gemachten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen durchgeführte beta.-Amyloid- und tau-Protein-Bestimmung im Liquor hat nämlich normale Ergebnisse zu Tage gefördert (Arztbrief PD Dr. W. vom 24. November 2006). Dieses Ergebnis korreliert mit der von Dr. H. in der ergänzenden Stellungnahme vom 16. Oktober 2006 mitgeteilten Tatsache, beim Kläger seien während der mehrstündigen Exploration und Untersuchung keine Hinweise auf Störungen der Auffassung, Konzentration oder des Durchhaltevermögens zu erkennen gewesen. Die Bewertung der erheblich abweichenden - erhebliche Konzentrationsdefizite nahelegenden - Ergebnisse des testpsychologischen Untersuchung vom 2. Mai 2006 erklärt Dr. H. dem Senat nachvollziehbar und schlüssig in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. Februar 2007 unter Hinweis auf eine nicht ausschließbare Aggravationstendenz bei der Bearbeitung der Testfragen durch den Kläger. Eine andere Beurteilung rechtfertigen schließlich auch die von der Neurologischen Klinik H. am 7. August 2003 durchgeführten neuropsychologischen Tests nicht, nach welchen beim Kläger deutliche mnestiche und kognitive Defizite vorliegen und auf die sich Dr. B. in seinen Äußerungen mehrfach bezogen hat. Denn hier fehlt es an einer korrespondierenden psychiatrischen Exploration und Untersuchung, die aber von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung der wesentlich von der Mitarbeit und Motivation des Untersuchten abhängigen psychologischen Tests ist.

Im Übrigen finden sich in den Befunderhebungen und Diagnosen zwischen dem Neurologen PD Dr. W. (Kurfalzkrankenhaus, 24. November 2006) und dem Gutachter Dr. H. (31. Mai 2006, 16. Oktober 2006 und 5. Februar 2007) keine wesentlichen Abweichungen, die es rechtfertigten, weitere zusätzliche Untersuchungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet von Amts wegen zu veranlassen. Die von der orthopädischen Abteilung des Klinikum Landau fachfremd diagnostizierte "beginnende Demenz" sieht der Senat durch die - wie aufgezeigt - nachvollziehbar begründeten Ausführungen von Dr. H. und PD Dr. W. als widerlegt an, so dass auch insoweit kein weiterer Aufklärungsbedarf besteht. Entsprechendes gilt schließlich auch für die abweichenden Leistungsbeurteilungen der den Kläger behandelnden Ärzte Dres. P., H., B. und Z. Diesen Einschätzungen fehlt es jeweils an einer hinreichend nachvollziehbaren Begründung durch Darlegung und Gesamtbewertung der einzelnen Befund-, Explorations- und Untersuchungsergebnisse, die zuweilen auch nicht oder jedenfalls - wie erforderlich - nicht unmittelbar beim Kläger, sondern (auch) in Anwesenheit des Klägers bei dessen Ehefrau erhoben worden sind (vgl. z.B. Attest Dr. B. vom 12. September 2005 und vom 10. Juli 2006, Gedächtnisambulanz Prof. Dr. F. vom 28. Juli 2006).

Zusammenfassend ist der Kläger nach alledem seit dem 1. Oktober 2003 wieder in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit den genannten qualitativen Einschränkungen vollschichtig auszuüben. Der Kläger ist somit derzeit nicht erwerbsunfähig, zumal auch die Zusammenschau der einzelnen Gesundheitsstörungen kein nur noch unternvollschichtiges Leistungsvermögen begründet. Insbesondere muss für die Verneinung von Erwerbsunfähigkeit bei vollschichtig leistungsfähigen Versicherten - anders als bei Teilzeitkräften - weder eine konkrete Tätigkeit benannt werden noch ist die Frage zu prüfen, ob es genügend Arbeitsplätze gibt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für vollschichtig leistungsfähige Angelernte des unteren Bereichs sowie Ungelernte geeignete Arbeitsplätze in ausreichender Anzahl vorhanden sind (Beschlüsse des Großen Senats des Bundessozialgerichts - BSG - vom 19. Dezember 1996, u.a. [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#)). Dies stimmt mit dem erklärten Willen des Gesetzgebers überein, der durch die im Zweiten Gesetz zur Änderung des SGB VI vom 2. Mai 1996 ([BGBl. I S. 659](#)) vorgenommene Ergänzung des [§ 44 Abs. 2 SGB VI](#) a.F. klargestellt hat, dass nicht erwerbsunfähig ist, wer eine vollschichtige Tätigkeit ausüben kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Dem Kläger ist somit über den 30. September 2003 hinaus keine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewähren, und zwar unabhängig davon, ob die für ihn zuständige Arbeitsagentur einen seinem qualitativ eingeschränkten Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz anbieten könnte. Denn das Risiko, keinen offenen Arbeitsplatz zu finden, ist nicht von der Renten-, sondern grundsätzlich von der Arbeitslosenversicherung zu tragen (BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 137 m.w.N.). Allerdings ist die Frage, ob es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Arbeitsplätze gibt, immer dann zu klären, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 104 und 117) oder wenn Vollzeitarbeitskräfte nur noch auf solchen Arbeitsplätzen einsetzbar sind, bei denen wegen ihrer Seltenheit die Gefahr einer Verschlossenheit des Arbeitsmarktes besteht, also z.B. noch in Betracht kommende Tätigkeiten nicht unter betriebsüblichen Bedingungen ausgeübt werden können oder entsprechende Arbeitsplätze aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen von der Wohnung aus nicht erreichbar sind oder nur vereinzelt vorkommen (BSG SozR 2200 §§ 1246 Nrn. 136, 137 und 139 sowie 1247 Nrn. 33 und 53; SozR 3-2200 § 1247 Nrn. 10 und 14).

Der Senat vermag nicht festzustellen, dass die genannten qualitativen Einschränkungen den Zugang des Klägers zu dem weiten Feld der leichten Verpackungs- und Montagetätigkeiten, für welche die Fähigkeiten und Fertigkeiten höherer geistiger Art und ein besonder hohes Maß an Konzentrationsfähigkeit nicht erforderlich sind, in erheblichem Umfang erschweren. Denn es handelt sich bei den genannten Einschränkungen im Wesentlichen um solche, denen durch die Begrenzung auf leichte körperliche und geistig eher anspruchslose Arbeit hinreichend Rechnung getragen wird. So sind die dem Kläger allein noch zumutbaren leichten körperlichen Arbeiten im Sitzen, Gehen und Stehen von vorn herein nicht mit erheblichem Zeitdruck, Schichtdienst, dem Heben und Tragen von Lasten über 8 bis 10 kg, Alkoholberührung, häufigem Bücken, Treppensteigen, einseitigen körperlichen Zwangshaltungen oder der Arbeit an gefährdenden Maschinen verbunden. Die benannten Leistungs- und Funktionsausschlüsse führen zu keiner Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen, da die dem Kläger noch zumutbaren Arbeiten (z.B. Verpacken von Kleinteilen, Sortier-, Montier-, Etikettier- und Klebarbeiten) überwiegend in geschlossenen wohltemperierten Räumen durchgeführt werden und auch nicht regelmäßig mit besonderem Zeitdruck oder Schichtarbeiten verbunden sind. Solche dem Kläger noch zumutbaren Tätigkeiten setzen auch keine besondere geistige Leistungsfähigkeit und Verantwortlichkeit voraus.

Der Kläger ist auch nicht berufsunfähig. Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können ([§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB VI a.F.). Entscheidend für die damit angesprochene Frage des Berufsschutzes kommt es auf die soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit an, die sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufs auf der Grundlage des vom Bundessozialgericht entwickelten Mehrstufenschemas bemisst (vgl. näher: BSG, Großer Senat, U.v. 19. Dezember 1996, [GS 2/95](#), [BSGE 80, 24](#) (38 ff); BSG, U.v. 3. Juli 2002, [B 5 RJ 18/01 R](#), juris-dok.; BSG, U.v. 22. August 2002, [B 13 RJ 19/02 R](#), juris-dok.).

Der Kläger ist danach auch nach Auffassung des Senats als ungelerner oder angelernter Arbeiter mit einer Anlernzeit von bis zu drei Monaten einzustufen. Er hat weder eine berufliche als Kfz-Ausbildung erfolgreich abgeschlossen noch in einem Ausbildungsberuf gearbeitet. Vielmehr ist er vor seinem bisherigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben im April 2000 über Jahre hinweg als Kellner beschäftigt und selbständiger Gastronom mit verschiedenen Lokalen (Sportgaststätte, Bistros) tätig gewesen und genießt deshalb keinen Berufsschutz.

Aus den vorstehend im einzelnen ausgeführten Gründen ergibt sich zugleich, dass dem Kläger auch nach neuem Recht keine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung auf Zeit nach [§ 43 SGB VI](#) n.F. zusteht.

Auch die Anerkennung eines GdB von - ab dem 1. Februar 1999 - insgesamt 80 durch die Versorgungsverwaltung ist für das von dem Kläger vorliegend betriebene Rentenstreitverfahren nach den [§§ 43, 240 SGB VI](#) ohne eigenes rechtliches Gewicht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, B. v. 8. August 2001, [B 9 SB 5/01 B](#), juris-dok. und B. v. 5. Dezember 1987, [5b BJ 156/87](#), unveröffentlicht) ist die Frage, ob eine Person schwerbehindert ist von der anderen Frage, ob sie nach dem SGB VI erwerbsgemindert ist, zu unterscheiden. Zwischen beiden Tatbeständen besteht auf Grund ihrer völlig unterschiedlichen gesetzlichen Voraussetzungen keine Wechselwirkung. Während es für eine Berentung nach den [§§ 43, 240 SGB VI](#) auf die "konkreten" Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten ankommt, beurteilt

sich die Frage der Schwerbehinderung nach den "abstrakten" Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG ([§ 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)).

Insgesamt hat der Kläger somit im streitbefangenen Zeitraum seit dem 1. Oktober 2003 keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit. Ebenso wenig kann er Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beanspruchen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich der Kläger seit dem 6. April 2007 zur Behandlung einer schweren Depression in stationärer Behandlung in der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg befindet. Unabhängig vom Erfolg dieser Behandlung kann hieraus im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung am 24. April 2007 nicht abgeleitet werden, dass der Kläger wegen der akut aufgetretenen Verschlimmerung seiner depressiven Erkrankung (bislang Dysthymia bzw. leichte depressive Episode) bereits auf nicht absehbare Zeit, d.h. für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten (vgl. Niesel in Kasseler Kommentar, [§ 43 SGB VI](#), Rdnr. 56) außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes die ihm noch zumutbaren leichten Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Dem entsprechend ist seine Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. September 2005 zurückzuweisen gewesen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor, da es sich vorliegend um eine Einzelfallentscheidung handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-05-22