

L 13 R 969/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 RJ 3403/01
Datum
03.02.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 969/03
Datum
14.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. Februar 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen voller Erwerbsminderung,

Der 1958 geborene Kläger absolvierte von 1976 bis 1979 eine Ausbildung zum Heizungs- und Lüftungsbauer. Nach erfolgreichem Abschluss war er ab 1976 als Heizungs- und Lüftungsbauer beschäftigt. Sein Arbeitsverhältnis endete am 31. Mai 1997.

Der Kläger beantragte erstmals am 21. Mai 1996 die Gewährung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit. Die Beklagte veranlasste die Erstellung eines ärztlichen Gutachtens. Dr. K. führte in seinem Gutachten vom 12. Dezember 1997 aus, 1994 sei die Diagnose eines Urothel-Karzinoms der Harnblase gestellt worden mit zwischenzeitlich fünfmaliger stationärer lokaler Resektion, zuletzt im April 1996. Er kam zu dem Ergebnis, dass aufgrund eines vordiagnostizierten Krankheitsbildes des Morbus Bechterew mit geringen radiologisch nachweisbaren Veränderungen ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen, Kniebandrestinstabilität rechts, Übergewichtigkeit, Urozystitis nach Entfernen eines Urothel-Karzinom-Rezidivs der Harnblase, Bluthochdruck, medikamentös eingestellt und Hepatopathie das Leistungsvermögen des Klägers eingeschränkt sei. Er verfüge für die von ihm zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Heizungs- und Lüftungsbauer nur noch über ein zweistündiges bis unter halbschichtiges Leistungsvermögen. Leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus könne er jedoch vollschichtig ausüben. Nach einem ärztlichen Gutachten von Dr. F.-B. vom 2. Dezember 1996 für das Arbeitsamt R. war der Kläger noch in der Lage, in Werkhallen oder temperierten Räumen vollschichtig in Tages-, Früh- sowie Spätschicht leichte Arbeiten in überwiegend sitzender, zeitweilig gehender und stehender Körperhaltung zu verrichten. Mit Bescheid vom 12. März 1997 lehnte die Beklagte die Gewährung von Rente ab. Zur Begründung wurde angegeben, unter Berücksichtigung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten könne der Kläger eine Tätigkeit als Hausmeister oder Verkaufsberater in einem Baumarkt vollschichtig verrichten. Hiergegen erhob der Kläger am 8. April 1997 Widerspruch. Im Widerspruchsverfahren wurden aktuelle Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte Dr. W. und Dr. N. eingeholt. Der Facharzt für Urologie Dr. W. teilte die Diagnose eines rezidivierenden multilokulären Harnblasen-Karzinoms mit, wobei gegenwärtig wieder ein stationärer Krankenhausaufenthalt wegen eines erneuten Harnblasentumor-Rezidivs erforderlich sei. Auch Dr. N. wies in ihrem Befundbericht vom 5. Mai 1997 auf das Harnblasen-Karzinom mit multilokulären Rezidiven hin, wobei nach der Erstbehandlung im Juni 1994 im Januar 1996 und im April 1997 rezidivierende Harnblasen-Karzinome aufgetreten seien. In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 25. November 1997 führte Dr. K. unter Berücksichtigung des abschließenden Arztbriefes der Urologischen Klinik, Städtisches Klinikum K. vom 21. August 1997 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 22. Juli bis zum 27. Juli 1998, wonach sich kein Tumornachweis und Anhalt für Malignität gefunden habe, aus, dass von einer günstigen Prognose auszugehen sei; quantitative Einschränkungen im Leistungsvermögen ergäben sich aus den urologischen Befunden nicht. Mit Widerspruchsbescheid vom 7. Januar 1998 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des Klägers zurück. Hiergegen erhob der Kläger am 30. Januar 1998 Klage. Das Gericht hörte die behandelnden Ärzte Dr. W. und Dr. N. als sachverständige Zeugen. Der Kläger wurde weiterhin auf der klinischen Beobachtungsstation der Beklagten begutachtet. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. erhob als psychischen Befund, der Kläger sei bewusstseinsklar, sicher in allen Qualitäten orientiert und im Denken formal geordnet. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien völlig ungestört. Es bestünden keine überwertigen Ideen, keine Zwänge, keine phobischen Inhalte, keine produktiv-psychotische Symptomatik; es bestünde auch keine krankheitswertige oder sozialmedizinisch relevante Angstsymptomatik. Auf geistig-seelischem Gebiet sei der Kläger subjektiv beschwerdefrei. Der psychische Befund sei ohne Hinweise auf eine krankheitswertige psychische Störung. Der Orthopäde Dr. S. gelangte in seinem Gutachten vom 22. Oktober 1998 zu dem Ergebnis, beim Kläger bestünden ein Morbus

Bechterew mit endgradiger Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule, Dorsalgie bei leichter Fehllhaltung und mäßiger Spondylosis, leichte Kreuzbandinstabilität des rechten Kniegelenkes ohne Bewegungseinschränkung. Davon ausgehend sei der Kläger in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten bis zu 12 kg im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen vollschichtig zu verrichten. Der Internist Dr. L. kam nach Aktenlage und ambulanter Untersuchung des Klägers in seinem Gutachten vom 27. November 1998 im Wesentlichen zu dem Ergebnis, beim Kläger bestünden eine leichte Funktionseinschränkung der Rumpfwirbelsäule bei Morbus Bechterew, gehäuftes Wasserlassen und Mikrohämaturie bei multilokulärem Urothelkarzinom der Harnblase mit Zustand nach mehrfacher transurethraler Resektion und laufender lokaler cythostatischer Therapie wegen Rezidivneigung, nicht befriedigend eingestellter Bluthochdruck, Körperübergewicht, leichte Instabilität des Kreuzbandes rechts, Euthyreote Struma nodosa und behandelte Hypercholesterinämie. Das Harnblasenkarzinom sei trotz der Neigung zu kleinen lokalen Rezidiven nicht grundsätzlich leistungsmindernd, sondern bedinge bei etwa notwendigen cytoskopischen Eingriffen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und grundsätzlich die Neigung zum gehäuften Wasserlassen, zumindest solange die lokale Installationstherapie mit einem Cytostatikum weitergeführt werde. Ausgehend hiervon und im Hinblick auf die übrigen Erkrankungen könne der Kläger leichte Arbeiten mit kurzfristig mittelschweren Belastungsspitzen bis 12 kg regelmäßig und vollschichtig verrichten, wenn Zwangshaltungen der Wirbelsäule, fortgesetztes Bücken, Knien oder Hocken und eine Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft vermieden werde. Mit Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. April 1999 wurde die Klage abgewiesen. Die vom Kläger zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Heizungs- und Lüftungsbauer sei der Berufsgruppe mit dem Leitbild des Facharbeiters zuzuordnen. Als Facharbeiter könne der Kläger zumutbar auf die Tätigkeit eines Hausmeisters verwiesen werden. Das Urteil ist rechtskräftig.

Am 19. April 2000 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, den die Beklagte gemäß [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) als Rentenantrag wertete. Mit Bescheid vom 31. Januar 2001 bewilligte sie dem Kläger Rente wegen Berufsunfähigkeit ab dem 1. April 2000, lehnte hingegen die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab. Zur Begründung führte sie aus, der Kläger könne noch ganztägig eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter betriebsüblichen Arbeitsbedingungen ausüben. Hiergegen legte der Kläger am 22. Februar 2001 Widerspruch ein und machte geltend, er leide unter den Folgen einer Blasenkrebserkrankung. Er müsse eine aggressive Chemotherapie durchführen, die sehr ermüdend sei. Zudem bestehe aufgrund der Erkrankung ein andauernder Harndrang, der dazu führe, dass er bis zu 100 Mal pro Tag die Toilette aufsuchen müsse. Angesichts dessen sei ihm eine Arbeit unter betriebsüblichen Bedingungen nicht möglich. Zur Feststellung des gesundheitlichen Leistungsvermögens des Klägers ließ die Beklagte ihn durch die Ärztin für Anästhesie und Sozialmedizin Dr. S. untersuchen und begutachten. In ihrem Gutachten vom 14. Mai 2001 diagnostizierte diese einen Zustand nach Blasenkarzinom mit Pollakisurie, Hypertonie, ein rezidivierendes LWS-Syndrom bei Morbus Bechterew sowie leichtes Übergewicht. Auf Anregung von Dr. S. wurde der Kläger in der Zeit vom 11. Juni bis zum 13. Juni 2001 auf der Klinischen Beobachtungsstation der Beklagten untersucht und begutachtet. In seinem fachärztlichen Gutachten vom 2. August 2001 gelangte der begutachtende Arzt für Innere Medizin Dr. M. unter Berücksichtigung eines Zusatzgutachtens des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. sowie eines weiteren Zusatzgutachtens des Facharztes für Orthopädie Dr. S. zu dem Ergebnis, der Kläger leide unter Morbus Bechterew, degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule, einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk mit verbliebener und gerissener Drahtnaht nach operativer Behandlung, einem Zustand nach Blasenkarzinom, arterieller Hypertonie, Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Euthyreote Struma uninodosa sowie einem kleinen Nabelbruch. Trotz dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen könne der Kläger noch leichte und zum Teil mittelschwere Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung bestimmter qualitativer Leistungseinschränkungen vollschichtig ausführen. Gestützt auf dieses Ermittlungsergebnis wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22. August 2001 den Widerspruch zurück.

Mit der am 26. September 2001 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren weiterverfolgt und ergänzend vorgetragen, infolge der Chemotherapie sei er nicht in der Lage, mehr als wenige Stunden täglich einer Beschäftigung nachzugehen. Auch müsse er in sehr kurzen Intervallen eine Toilette aufsuchen. Dies lasse sich mit betriebsüblichen Arbeitsbedingungen nicht vereinbaren. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Das SG hat Beweis erhoben durch Anhörung der sachverständigen Zeugen Dr. W. und Dr. N. sowie Einholung eines fachärztlichen Sachverständigengutachtens des Arztes für Orthopädie Dr. B. ... Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 2. Oktober 2002 ein degeneratives Lumbalsyndrom mit ausgeprägtem mehrgeschossigen Bandscheibenschaden, eine dorso-lumbale Kyphose, eine leichte skoliotische Wirbelsäulenfehlstatik, eine leichte Kniegelenksarthrose rechts bei ausgeprägter antero-medialer Instabilität nach gerissener Kreuzbandplastik und durchgeführter Kreuzbandoperation sowie statische Fußbeschwerden bei Knick-Senk-Spreizfüßen beidseits diagnostiziert. Die von Dr. S., Dr. S. und Dr. N. gestellte Diagnose eines Morbus Bechterew hat Dr. B. nicht bestätigt. Er hat eine rheumatologische Entzündung der Wirbelsäule bei abgelaufenem Morbus Scheuermann bzw. Morbus Forrestier für möglich erachtet. Der Kläger könne maximal sechs Stunden pro Tag arbeiten. Der aktuelle Zustand bestehe bereits seit mehreren Jahren. Darüber hinaus bestehe beim Kläger auf internistischem Fachgebiet nach den übereinstimmenden Feststellungen von Dr. M. und Dr. W. ein Zustand nach Blasenkarzinom, der durch die Notwendigkeit häufigen Wasserlassens gekennzeichnet ist. Hinweise auf ein Rezidiv lägen allerdings nicht vor.

Mit Urteil vom 3. Februar 2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger sei nicht erwerbsunfähig. Er sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten. Die Kammer schließe sich insoweit der überzeugenden und widerspruchsfreien Leistungsbeurteilung durch Dr. M., Dr. S. und Dr. S. an. Demgegenüber überzeuge die Einschätzung von Dr. B. nicht. Skeptisch stimme die Kammer im Übrigen das Freizeitverhalten des Klägers. In der von Dr. M. durchgeführten Anamnese habe er angegeben, er fahre zwei- bis dreimal pro Woche ein bis zwei Stunden lang Fahrrad, gehe regelmäßig schwimmen und betreibe am Heimtrainer mit Gewichten Muskelaufbautraining. Auch diese Beschäftigungen sprächen nach Einschätzung der Kammer dagegen, dass der Kläger außerstande sei, leichte körperliche Arbeiten vollschichtig auszuführen. Die Notwendigkeit, kurzfristig eine Toilette aufsuchen zu müssen, erfordere keine unüblichen Arbeitsbedingungen. Denn die Benutzung einer Toilette ist bei einer Vielzahl denkbarer Tätigkeiten jederzeit möglich. Wie sich aus den Angaben von Dr. M. und dem Sachverständigen Dr. B. ergebe, habe der Kläger allenfalls im stündlichen Abstand eine Toilette aufzusuchen.

Diese Entscheidung wurde dem Bevollmächtigten des Klägers am 11. Februar 2003 zugestellt. Am 7. März 2003 hat der Kläger beim SG Karlsruhe Berufung eingelegt und im Wesentlichen geltend gemacht, seine Blasenbeschwerden hätten sich verschlimmert.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. Februar 2003 sowie den Bescheid vom 31. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. August 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab dem 1. April 2000 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung einer sachverständigen Zeugenaussage des den Kläger behandelnden Arztes für Urologie Dr. W ... Dieser teilte unter dem 10. Oktober 2003 mit, dass der Kläger seit Jahren über den Drang zur häufigen Entleerung kleiner Harnmengen ohne Harninkontinenz klage. Die funktionelle Blasenkapazität dürfte beschwerdefrei bei ca. 150-200 ml liegen. Ein Blasentumorrezidiv könne ausgeschlossen werden. Die Berufstätigkeit müsse einen ungehinderten Toilettengang von ca. 15 Mal in einer Vollsicht gewährleisten. Eine konzentrierte Tätigkeit sei aufgrund des unterbrochenen Schlafes und der häufigen Unterbrechungen im täglichen Ablauf nicht anzuraten. Der Senat hat weiterhin ein fachorthopädisches Gutachten von Prof. F., Ärztlicher Direktor der Orthopädie in der Sigmund-Weil-Klinik, B. S. und ein neurologisches Gutachten von Dr. Dr. B. auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholt. Prof. F. hat folgende Diagnosen erhoben: Zustand nach operativ versorgter vorderer Kreuzbandruptur mit guter muskulärer Kompensation ohne wesentliche degenerative Veränderungen des rechten Kniegelenkes, gering- bis mäßiggradige ausgeprägte Epicondylitis humeri radialis beidseits (Tennisellbogen) bei schmerzfreier Handgelenksbeweglichkeit, S-förmige Skoliose der Brust- und Lendenwirbelsäule mit im Lendenwirbelsäulenbereich zum Teil deutlichen degenerativen Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose und Beckenkammtiefstand links. Ausweislich der im Rahmen dieser Begutachtung gemachten klinischen und radiologischen Befunde erscheine der vorbeschriebene Morbus Bechterew unwahrscheinlich bzw. ausgeschlossen. Der Sachverständige ist zu dem Ergebnis gekommen, dass der Kläger aufgrund der auf orthopädischem Fachgebiet erhobenen, insgesamt gering- bis mäßiggradig ausgeprägten Gesundheitsstörungen fähig sei, vollschichtig leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung, d. h. teils gehend, teils stehend oder teils sitzend mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg und ohne einseitige, insbesondere wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten auszuüben. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich im Vergleich zum letzten orthopädischen Vorgutachten vom 2. Oktober 2002 (Dr. B. - 5 RJ 3403/01 -) im Bezug auf die Zunahme der Thorakolumbalskoliose geringfügig verschlechtert. Die zuvor beschriebene Instabilität des rechten Kniegelenkes sei jetzt nicht mehr nachzuweisen, auch die zuvor beschriebene leichte Gonarthrose rechts könne jetzt nicht nachgewiesen werden. Wesentliche Veränderungen auf orthopädischem Fachgebiet im Vergleich zum Vorgutachten vom Oktober 2002 seien die Zunahme der degenerativen Veränderungen insbesondere im Lendenwirbelsäulenbereich. Hierbei komme er jedoch zu einer wesentlich differenten Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Klägers. Auch mit den jetzt vorliegenden, zum Teil deutlichen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule könne dem Kläger eine vollschichtige Tätigkeit zugemutet werden, denn diese Veränderungen unterschieden sich in Nichts von einer Vielzahl ähnlicher Befunde, die im orthopädischen Alltag klinisch und radiologisch bei Patienten erhoben werden könnten, die voll im Berufsleben stünden. Aufgrund der während der 90-minütigen orthopädischen Untersuchung, die ohne den Drang zur Toilette zu gehen bzw. Wasser zu lassen durchgeführt werden konnte, schienen auch seitens des urologischen Fachgebietes keine betriebsunüblichen Pausen einzuhalten sein. Der Sachverständige Dr. Dr. B. hat in seinem Gutachten folgende Diagnosen mitgeteilt: links betonte radikuläre Reizerscheinungen der hinteren Wurzeln S2 bis S5 beiderseits, Dysaesthesien und Paraesthesien im Bereich der Frontalregion des rechten Kniegelenkes nach Kreuzbandruptur, eine Extensionsschwäche der Zehen I bis V links, eine Abduktionsschwäche der Finger I und V links, eine phobische Psychoneurose, wobei im Vordergrund eine klassische Rezidivangst stehe (nach 9-maliger Operation eines Blasen-Karzinoms), sowie eine Insuffizienzneurose (infolge seines erheblich erhöhten Harndrangs). Von einer ausgeprägten depressiven Symptomatik könne jedoch nicht gesprochen werden. Der Sachverständige kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, der Kläger sei nur noch in der Lage, leichte Tätigkeiten von 3 bis weniger als 6 Stunden auszuüben. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich, jedoch sollten Pausen infolge des etwa 10 - 20 Mal pro Tag auftretenden Harndrangs genehmigt werden.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Berufungsakten des Senats, der Klageakten des SG und der über den Kläger geführten Rentenakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt haben.

Die frist- und formgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet.

1. Der Rentenanspruch des Klägers, der am 19. April 2000 einen Antrag auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation gestellt hat, richtet sich, soweit er einen vor dem 1. Januar 2001 entstandenen Rentenanspruch geltend macht, nach [§§ 43, 44](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der bis zum 31. Dezember 2000 gültigen Fassung - a.F.- (vgl. [§§ 300 Abs. 2, 300 b SGB VI](#)).

Dem Kläger steht kein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gemäß [§ 44 SGB VI](#) a.F. zu. Erwerbsunfähig sind gemäß [§ 44 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) a.F. 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 (ab 1. April 1999 monatlich 630,- DM) übersteigt.

Der Kläger war vor dem 1. Januar 2001 nicht erwerbsunfähig im Sinne des [§ 44 Abs. 2 SGB VI](#) a.F. Anhaltspunkte dafür, dass die urologische Erkrankung des Klägers sein Leistungsvermögen in quantitativer Hinsicht einschränkt, liegen nicht vor. Vielmehr sieht auch der behandelnde Urologe Dr. W. eine vollschichtige Tätigkeit als zumutbar an, wenn sie keine besonderen Anforderungen an die Konzentration stelle und der Gang zur Toilette 15 Mal während einer Vollsicht möglich sei. Nach den Angaben des Klägers gegenüber dem Sachverständigen Dr. Dr. B. ist das letzte Rezidiv im Jahr 2000 aufgetreten. Die letzte Chemotherapie, während der vorübergehend Arbeitsunfähigkeit bestanden haben dürfte, ist im Jahr 2002 durchgeführt worden. Auch die orthopädischen Beschwerden des Klägers begründen keine Erwerbsunfähigkeit. Dies ergibt sich aus dem überzeugenden Gutachten des Sachverständigen Prof. F., dem der Senat folgt. Dieser hat nach gründlicher Untersuchung des Klägers einen Beckenkammtiefstand links, einen diskreten Schulterblatttiefstand links, linkskonvexe, großbogige, c-förmige Wirbelsäulenseitenausbiegung, Flachrücken im BWS-Bereich, geringe Abflachung der physiologischen LWS-Lordose, geringfügige HWS-Protrusion diagnostiziert. Im Einzelnen hat er mitgeteilt: Beim Vormüberneigen habe der Kläger eine Rumpfkliniation bis zu einem Fingerspitzen-Boden-Abstand von etwa 40 cm demonstriert, dann Schmerzen im unteren LWS-Bereich angegeben. Das Zeichen nach Ott betrage 30/32 cm, das Zeichen nach Schober 10/15 cm. Es bestehe eine freie Atemexcursion. Die

Rumpfreklination betrage etwa 15°, die Seitneigung nach rechts wie nach links jeweils 0-20° Rumpfrotation jeweils 0-30°. Beim Seitneigen werde aktiv gegengespannt. Minimaler/maximaler Kinn-Jugulum-Abstand sei 2/20 cm. Die HWS-Inklination/-Reklination sei frei, die Seitneigung der Halswirbelsäule nach rechts wie nach links, die Seitrotation nach rechts wie nach links sei ebenfalls seitengleich frei. Das Gangbild zu ebener Erde sei seitengleich unauffällig. Es erfolge ein physiologisches Abrollen beider Füße sowie seitengleiche Stand- und Schwungphasen beider Beine, Zehenballen- und Fersengang und -stand könnten durchgeführt werden. Eine tiefe Hocke könne eingenommen werden mit seitengleicher Kniebeugung. Im Stand bei geraden Beinachsen bestehe eine Rückfußvalgusstellung; es erfolge eine Varisierung des Rückfußes beim Zehenballenstand. Es bestehe keine offensichtliche Muskelminderung und eine seitengleiche Bemuskulung beider Beine. Eine Taillendreiecksasymmetrie unter Abflachung links und vermehrter Prominenz rechts korrespondierend zum Beckenkammstiefstand links liege vor. Es bestehe kein Druckschmerz über den Dornfortsätzen der HWS, BWS oder LWS. Insgesamt liege eine HWS-Protrusion bei adipösen Halsteilen und Stammadipositas vor. Nach diesen Untersuchungsergebnissen sowie den Befunden hinsichtlich der oberen und unteren Extremitäten ist nachvollziehbar und überzeugend dargelegt und steht für den Senat fest, dass aufgrund orthopädischer Erkrankungen keine quantitative Leistungseinschränkung angenommen werden kann. Soweit der Sachverständige mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einen Morbus Bechterew ausschließen will, handelt es sich um die Frage einer Diagnose, für die es für den Rentenanspruch nicht entscheidend ankommt; maßgeblich sind die Funktionseinschränkungen. Nach der Schlussfolgerung des Sachverständigen, der der Senat folgt, ist der Kläger damit fähig, vollschichtig leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperhaltung ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und ohne Zwangshaltung auszuüben. Diese Schlussfolgerung gründet auf eine offenkundig sorgfältige Untersuchung und Befunderhebung. Demgegenüber überzeugt zunächst die Begründung des Sachverständigen Dr. B. für ein nur noch untermitteltiges Leistungsvermögen nicht. Dieser hat dargelegt, dass die auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen einen gewissen negativen Einfluss auf das Leistungsvermögen hätten und somit eine vollschichtige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch für leichte bis mittlere Tätigkeiten ausschließe. Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, dass weder langes Stehen noch langes Sitzen dem Kläger bei dieser Befundsituation zugemutet werden könne. Bei dieser Einschränkung handelt es sich jedoch um eine qualitative Einschränkung, der Rechnung getragen werden kann, ohne dass dies die quantitative Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beeinträchtigt. Das Gutachten des Sachverständigen Dr. Dr. B., gegen dessen Objektivität der Senat keine Bedenken hat, kann in seiner Leistungsbeurteilung aus ähnlichen Gründen nicht überzeugen, so dass es auch insofern keine weitere Klärung hinsichtlich der im Einzelnen von den Sachverständigen erhobenen Befunde. Denn auch soweit seine neurologischen Befunde sich von den Diagnosen des Sachverständigen Dr. F. unterscheiden, begründen diese keine quantitativen Leistungseinschränkungen. Dies gilt nach Überzeugung des Senats zunächst für das vom Sachverständigen Dr. Dr. B. diagnostizierte Reizsyndrom der Nervenwurzeln S2 bis S5 ebenso wie für die Gefühlsstörung im Bereich des rechten Kniegelenkes, der Streckschwäche der Zehen 1 bis 5 links und der Abpreizschwäche der Finger 1 bis 5 links, der Daumenballenatrophie links und der Atrophie des Muskulus trapezius. Denn hierauf beruhende Funktionseinschränkungen, die eine quantitative Leistungseinschränkung begründen könnten, sind von dem Sachverständigen, der in qualitativer Hinsicht lediglich eine Beschränkung auf leichte Tätigkeiten in wechselnder Haltung annimmt, nicht mitgeteilt worden. Eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens lässt sich auch aufgrund des vom Sachverständigen erhobenen psychiatrischen Befundes, wonach die dynamischen Funktionen wie Initiative, Aktivität und Antrieb nur geringgradig reduziert seien, nicht begründen. Es ist nach Überzeugung des Senats aufgrund der durch die orthopädischen Erkrankungen begründeten Schmerzen und gering- bis mäßiggradigen Bewegungseinschränkungen allerdings nicht zweifelhaft, dass der Kläger nicht durchgängig stehend oder sitzend tätig werden kann, sondern die Möglichkeit eines regelmäßigen Haltungswechsels gegeben sein muss und er nur noch leichte Tätigkeiten verrichten kann. Anders als der Sachverständige Dr. Dr. B., der keine weiteren qualitativen Einschränkungen mitgeteilt hat, ist der Senat auf der Grundlage der Gutachten der Sachverständigen Dr. B. und Dr. F. aber zudem überzeugt, dass dem Kläger ein Heben und Tragen von Lasten über 12 kg sowie einseitige, insbesondere wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten einschließlich Akkord- oder Fließbandarbeiten sowie Arbeiten im Freien nicht zumutbar sind. Weiterhin ergibt sich aus den Angaben von Dr. W., dass er keine besondere Konzentration oder Kontinuität erfordernden Arbeiten ausüben sollte. Dafür, dass der Kläger unter Beachtung dieser Einschränkungen eine vollschichtige Tätigkeit nicht mehr verrichten kann, ergeben sich auch aus den Darlegungen der Sachverständigen Dr. B. und Dr. F. keine Anhaltspunkte. Für den Senat steht damit fest, dass der Kläger bei Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen noch acht Stunden täglich leichte Arbeiten verrichten kann.

Ausnahme hat die Rechtsprechung bei noch vollschichtiger Leistungsfähigkeit die Benennung einer konkreten Verweigerungstätigkeit aber in solchen Fällen für erforderlich gehalten, in denen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (vgl. BSG, Beschlüsse des Großen Senats (GrS) [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#), [SozR 3-2600 § 44 Nr. 17](#), [SozR 3-2600 § 44 Nr. 12](#)). Bei Zugrundelegung dieser Rechtsprechung führen die quantitativen Einschränkungen hier zu keinem für den Kläger günstigeren Ergebnis. Beim Kläger liegt weder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die sein Leistungsvermögen in einer zur Prüfung der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes Anlass gebenden Weise einschränken. Insbesondere bedarf der Kläger keiner unüblichen Pausen. Soweit er vorträgt, er habe innerhalb der zwei Stunden, in denen er sich zur Begutachtung durch Prof. F. in der Sigmund-Weil-Klinik aufgehalten habe, mindestens sechs Mal die Toilette aufsuchen müssen, steht dies in völligem Gegensatz zur Aussage des Sachverständigen Prof. F., solches sei während der 90-minütigen Untersuchung nicht notwendig gewesen, was dafür spricht, dass der Kläger den Harndrang durch entsprechendes Trinkverhalten steuern kann. Der Senat stellt insoweit fest, dass der Kläger, wenn er nicht ständig Flüssigkeit zu sich nimmt, nicht mehr als ein- bis zweimal pro Arbeitsstunde eine Toilette aufsuchen muss. Dies ergibt sich sowohl aus der Auskunft des ihn behandelnden Urologen (15 Mal pro Vollschieft) als auch aus den von ihm vorlegten Entlassungsberichten des Klinikums am Gesundbrunnen vom Mai, Juni und Juli 2004, die von einer deutlichen Besserung aufgrund medikamentöser Behandlung berichten. Soweit die Toilettengänge nicht im Rahmen der üblichen Arbeitspausen erledigt werden können, kann hierfür die persönliche Verteilzeit in Anspruch genommen werden, ohne dass eine betriebsunübliche Arbeitsunterbrechung vorliegt (vgl. auch Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 15. August 2003 - [L 14 RJ 137/01](#) -).

Der Kläger hat aber auch nach dem 1. Januar 2001 nach neuem Recht keinen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gemäß [§ 43 SGB VI](#), da er weiterhin noch sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts tätig sein kann ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2007-09-21