

L 10 R 4400/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 1105/04
Datum
21.06.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 4400/07
Datum
17.09.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21.06.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darum, ob dem Kläger eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu bewilligen ist.

Der am 1951 geborene Kläger ist gelernter Kfz-Mechaniker. Er war von 1973 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 04.11.2002 wegen eines Bandscheibenvorfalles L 4/5 mit nachfolgender Operation und weiter bestehenden Schmerzzuständen als Bauarbeiter versicherungspflichtig beschäftigt.

Der Kläger beantragte bei der Beklagten am 22.08.2003 eine Rente wegen Erwerbsminderung. Bei der daraufhin von der Internistin Dr. G. am 27.10.2003 durchgeführten Begutachtung wurden ein anhaltendes Lumbalsyndrom nach Bandscheibenoperation L 4/5 mit linksseitiger radikulärer Symptomatik, ein Cervikalsyndrom mit zeitweiliger pseudoradikulärer Symptomatik bei degenerativen HWS-Veränderungen bei Bandscheibenvorfall C 4/5 und Protrusion C 6/7, eine Coxarthrose beidseits, ein Schulter-Arm-Syndrom beidseits mit mäßiger Funktionseinschränkung und eine somatoforme Schmerzstörungen diagnostiziert. Eine manifeste psychische Erkrankung schloss die Gutachterin aus und kam zu dem Ergebnis, eine Tätigkeit auf dem Bau sei nicht mehr leidensgerecht, der Kläger könne aber leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Einschränkungen (in wechselnder Körperhaltung, ohne häufiges Bücken, Zwangshaltungen, Überkopfarbeiten, häufiges Ersteigen von Leitern und Gerüsten oder hockend oder unter ungünstigen klimatischen Einflüssen) sechs Stunden und mehr täglich verrichten.

Mit Bescheid vom 25.11.2003 bewilligte die Beklagte dem Kläger, ausgehend von einem Antrag am 20.11.2002, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 01.12.2002 und lehnte die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ab. Den Widerspruch des Klägers vom 10.12.2003 wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 29.03.2004 zurück.

Der Kläger hat am 14.04.2004 beim Sozialgericht Heilbronn Klage erhoben.

Das Sozialgericht hat sachverständige Zeugenaussagen bei der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. S. (Tätigkeiten mit Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie häufigem Bücken, Oberkörper-Zwangshaltungen, Überkopfarbeiten und Tätigkeiten im Hocken und regelmäßigem Fortbewegen auf unebenen Flächen nicht mehr zumutbar, Wegstrecke über 500 m nur unter erheblichen Schmerzen möglich), beim Facharzt für Orthopädie Dr. Re. (Restleistungsvermögen von unter vier Stunden täglich für leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit qualitativen Einschränkungen, Wegstrecken von über 100 m nicht mehr zumutbar) und beim Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. v. B. (vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in wechselnden Körperhaltungen und ohne Heben von schweren Lasten) eingeholt.

In einem Gutachten für das Sozialgericht hat der Facharzt für Orthopädie Dr. D. nach Untersuchung des Klägers am 10.11.2004 ausgeführt, im Vordergrund stünden beim Kläger ein chronisches Schmerzsyndrom bei - trotz Operation persistierender - Lumboischialgie links, eine Cervikobrachialgie sowie eine beidseitige Coxarthrose. Es bestehe - wahrscheinlich auf Grund der LWS-Problematik - eine Stuhldranginkontinenz, deren Ausmaß noch neurologisch bzw. proktologisch zu verifizieren sei. Der Aufenthalt des Klägers in seiner Praxis sei weder mit auffälliger, gehäufter Stuhltätigkeit verbunden gewesen noch habe der Kläger Stuhlinkontinenz beklagt. Wegen des

chronifizierten Schmerzsyndroms und Postnukleotomiesyndroms seien leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne längere einseitige Körperhaltungen, längeres Sitzen, Gehen oder Stehen, Wirbelsäulenzwangshaltungen, gebückte Tätigkeiten, Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppengehen oder Überkopparbeiten nicht mehr vollschichtig, aber noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich möglich. Auch das Tragen von Lasten über 10 kg sei nicht mehr zumutbar. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit bestehe noch nicht. Im Hinblick auf das beim Verlassen der Praxis beobachtete Gangbild sei der Kläger in der Lage, zu Fuß 500 m in weniger als 20 Minuten zurückzulegen.

Die - nach Vorlage von medizinischen Unterlagen über eine Stuhlinkontinenz - vom Sozialgericht als sachverständige Zeugen befragten behandelnden Ärzte haben überwiegend eine Stuhlinkontinenz des Klägers bestätigt und teilweise - unter der Voraussetzung, dass der Kläger jederzeit eine Toilette innerhalb weniger Minuten erreichen kann - eine täglich mindestens sechsstündige Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bejaht (Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. , Facharzt für Chirurgie Dr. H. , Chirurg Prof. Dr. He. vom Enddarmzentrum M.), teilweise verneint (Arzt für Urologie Dr. Pf.).

In einem Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Orthopäde Dr. R. auf Grund einer Untersuchung des Klägers am 25.04.2006 im Wesentlichen neben den bereits bekannten orthopädischen Erkrankungen und der Stuhldranginkontinenz eine im Vordergrund stehende und bislang völlig unbehandelte somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Eine leichte körperliche Tätigkeit könne der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens drei Stunden mit qualitativen Einschränkungen täglich verrichten. Die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Daraufhin hat das Sozialgericht beim Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. , Klinik am W., ein Gutachten eingeholt. Dieser ist nach Untersuchung des Klägers am 12.08.2006 zu dem Ergebnis gelangt, beim Kläger bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, aber keine depressive Erkrankung. Er könne bei Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen (speziell wegen der psychischen Erkrankung keine Akkordarbeit, Wechselschicht- oder Nacharbeit, Arbeiten unter besonderem Zeitdruck oder mit besonderen Ansprüchen an Auffassung und Konzentration sowie einer erhöhten Verantwortung und einer besonders hohen geistigen Beanspruchung) eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ca. acht Stunden täglich verrichten. Die vom Kläger beklagten Hypästhesien und Hypalgesien des linken Beines könnten nicht auf eine umschriebene Nervenwurzel bezogen werden. Eine funktionelle Bedeutung komme ihnen ebenso wenig wie dem abgeschwächten Achillessehnenreflex zu.

In einem weiteren nervenärztlichen Gutachten nach § 109 SGG hat Dr. E. nach Untersuchung des Klägers am 14.12.2006 wegen einer unklaren, zumindest partiell neurogenen Stuhlinkontinenz und einer Somatisierungsstörung eine zeitlich auf drei bis maximal sechs Stunden herabgesunkene Leistungsfähigkeit mit im Wesentlichen den bereits von den anderen Sachverständigen aufgeführten qualitativen Einschränkungen angenommen. Im Bereich der Extremitäten bestünden keine fassbaren neurogenen Lähnungserscheinungen. Die Wegefähigkeit des Klägers zu Fuß sei nicht eingeschränkt, aber wegen der Stuhlgangsproblematik die zweimal tägliche Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 21.06.2007 abgewiesen. Auf Grund des Gutachtens von Dr. D. und der Auskunft von Prof. Dr. He. stehe fest, dass die beim Kläger bestehenden Erkrankungen eine mindestens sechsstündige Tätigkeit nicht ausschließen und auch die Wegefähigkeit des Klägers nicht eingeschränkt sei. Neurologische Ausfallserscheinungen seien nicht nachgewiesen, das vom Kläger beschriebene Ausmaß der Stuhldranginkontinenz nicht verifizierbar. Auf nervenärztlichem Fachgebiet sei eine somatoforme Schmerzstörung festzustellen, die nur qualitative Leistungseinschränkungen bedinge.

Der Kläger hat am 07.09.2007 gegen das seinem Bevollmächtigten am 16.08.2007 zugegangene Urteil Berufung eingelegt. Er sei voll erwerbsgemindert. Dr. R. habe bestätigt, dass er wegen der somatoformen Schmerzstörung nur noch unter drei Stunden täglich arbeiten könne. Es sei verkannt worden, dass auch schon leichteste Tätigkeiten zu einem ständigen unkontrolliertem Stuhlabgang führen könnten und daher das bloße Vorhandensein einer nahegelegenen Toilette nicht ausreiche. Hinzugekommen sei eine schwere Depression, wegen der er sich in Gesprächstherapie befinde. Er könne nur noch kurze Wegstrecken bewältigen und wegen der von ihm eingenommenen starken Schmerzmittel nicht mehr Auto fahren.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21.06.2007 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 25.11.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.03.2004 zu verurteilen, ihm ab 01.12.2002 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat ein Gutachten bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. eingeholt. Der Sachverständige hat nach Untersuchung des Klägers am 02.05.2008 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine leicht bis mittelschwer ausgeprägte depressive Verstimmung und ein geringgradiges inkomplettes Cauda-Syndrom nach lumbaler Bandscheibenläsion und -operation diagnostiziert. Das Cauda-Syndrom könne für die Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang und die Impotenz sowie die von ihm demonstrierten Ausfälle am linken Bein verantwortlich sein. Sichere Hinweise auf einen organpathologischen Hintergrund der vom Kläger angegebenen Stuhlinkontinenz und Impotenz gebe es nicht. Sein Verhalten bei der neurologischen Untersuchung deute zudem darauf hin, dass die Symptomatik erheblich psychogen akzentuiert sei. Die psychogenen Anteile hätten in ihrem Schweregrad weiter zugenommen und seien chronifiziert, so dass eine grundlegende Besserung nicht zu erwarten sei, auch wenn eine Therapie nie versucht worden sei. Der rein körperliche Befund sei in den Vorgutachten zutreffend beschrieben worden. Wegen des Wirbelsäulenleidens seien nur noch leichte körperliche Tätigkeiten vornehmlich im Sitzen zumutbar, wegen der HWS-Veränderungen Überkopparbeiten ausgeschlossen. Die Inkontinenz habe zur Folge, dass er jederzeit eine Toilette am Arbeitsplatz aufsuchen können müsse. Die psychischen Leiden reduzierten sein Leistungsvermögen zusätzlich soweit, dass er

Tätigkeiten unter besonderer psychischer Anspannung nicht mehr leisten könne und sein Durchhaltevermögen, wahrscheinlich auf Dauer, seit 2004 auf unter sechs Stunden täglich herabgesunken sei.

Zu dem Gutachten hat für die Beklagte der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. Stellung genommen und darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf den von Dr. D. dokumentierten psychopathologischen Befund und den Tagesablauf eine mittelgradig ausgeprägte depressive Störung nicht bestehe und der neurologische Untersuchungsbefund keine sicheren Hinweise für ein Cauda-Syndrom ergebe, für das überdies kein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang mit der Bandscheibenoperation zu sehen sei.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Der im Berufungsschriftsatz auf Aufhebung des - eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bewilligenden - Bescheides vom 25.11.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.03.2004 gerichtete Antrag ist dahingehend auszulegen, dass der Kläger lediglich die Aufhebung der angefochtenen Bescheide insoweit begehrt, als diese eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ablehnen. Einen entsprechenden Antrag hatte der Kläger in der mündlichen Verhandlung beim Sozialgericht auch gestellt.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (an Stelle der bewilligten Rente wegen teilweise Erwerbsminderung).

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ist [§ 43 Abs. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - voll erwerbsgemindert sind. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Volle Erwerbsminderung besteht über die Regelung des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des BSG (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, u.a. [GS 2/75](#) in SozR 2200 § 1246 Nr. 13) bei regelmäßig bejahter Verschlussheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Eine volle Erwerbsminderung des Klägers vermag der Senat nicht festzustellen. Der Kläger leidet an einem Postnukleotomiesyndrom bei chronisch rezidivierender Lumboischialgie links nach Bandscheibenvorfall und Operation 2002 mit residueller Hypästhesie im Dermatome L 5 links, einer chronisch rezidivierenden Cervikobrachialgie bei degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren HWS und multisegmentalen Bandscheibenprotrusionen ohne neurologische Ausfälle, einer Stuhldranginkontinenz, einer unklaren strumpfförmigen Hypästhesie des gesamten linken Fußes bis zum unteren Unterschenkeldrittel, einer Coxarthrose beidseits mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, einer endgradigen Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes bei Zustand nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion 1997, einem Zustand nach Daumenendgliedsamputation rechts und einem Zustand nach Magenculcus und Gastritis. Der Senat legt hierbei die von Dr. D. und von Dr. G. in Übereinstimmung mit den Angaben der behandelnden Ärzte gestellten Diagnosen zu Grunde. Eine relevante Verschlechterung der orthopädischen Befunde ergibt sich aus dem vom Kläger vorgelegten radiologischen Befundbericht von Dr. M.-H. über ein MRT der Lendenwirbelsäule vom 16.01.2008 nicht (chronische Diskopathie L 5/S 1 mit breitflächiger medianer bis rechts mediolateraler Diskusprotrusion, die allenfalls das rechte L 5-Ganglion tangiert, keine signifikante radikuläre Kompression, übrige Segmente diskogen regelrecht).

Diese Erkrankungen führen bei Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen nicht zu einem Absinken der körperlichen Leistungsfähigkeit des Klägers für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auf unter sechs Stunden täglich. Wegen der Wirbelsäulenerkrankungen des Klägers genügen nach Überzeugung des Senats, wie von Dr. D. dargelegt, eine Beschränkung auf körperlich leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus und der Ausschluss von Wirbelsäulenbelastungen wie das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, einseitige Körperhaltungen, Wirbelsäulenzwangshaltungen, gebückte Tätigkeiten sowie - im Hinblick auf die Coxarthrose - von Besteigen von Leitern und Gerüsten und häufigem Treppengehen. Nach der operativen Rekonstruktion der linken Rotatorenmanschette sind außerdem Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar. Soweit der behandelnde Orthopäde Dr. Re. hiervon abweichend angegeben hat, das Leistungsvermögen des Klägers sei auch bei Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen zumindest bis zur totalendoprothetischen Versorgung der Hüftgelenke auf unter vier Stunden täglich gemindert, legt er ein nicht durch die Angabe konkreter Befunde gestütztes Ausmaß der von ihm diagnostizierten einsteifenden Coxarthrose beidseits zugrunde, das von keinem der nachfolgenden orthopädischen Sachverständigengutachten bestätigt worden ist. Seiner nicht schlüssigen Leistungseinschätzung folgt der Senat daher nicht.

Weitere Leistungseinschränkungen ergeben sich aus den Folgen der LWS- und HWS-Erkrankungen auf neurologischem Fachgebiet nicht. Soweit der Kläger nach der Operation im November 2002 fortbestehende, als Lähmungserscheinungen bezeichnete Beschwerden im linken Bein beklagt, sind diese weder bei den Begutachtungen durch Dr. H. und durch Dr. D. nachweisbar gewesen noch hat der behandelnde Neurologe Dr. v. B. entsprechende Befunde mitgeteilt. Dr. E. hat ebenfalls lediglich diffuse Gefühlsstörungen im Bereich des linken Beines erhoben, die er - bei fehlendem Hinweis auf eine Nervenstörung im Bereich der Beine - keinem Dermatome hat zuordnen können. Darüber hinaus kommt diesen Störungen nach Angabe von Dr. H. eine funktionelle Bedeutung nicht zu. Bei seitengleich und unauffällig auszulösenden Armreflexen und einem EEG-Normalbefund hat Dr. D. auch überzeugend eine radikuläre Läsion als Ursache der vom Kläger beklagten chronischen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen ausgeschlossen und die Beschwerden auf die degenerativen HWS-Veränderungen zurückgeführt. Weitere Leistungseinschränkungen als von Dr. D. angegeben folgen daraus nicht und werden von Dr. D. auch nicht mitgeteilt.

Auch im Hinblick auf die Stuhldranginkontinenz ist eine quantitative Leistungsminderung nicht anzunehmen. Von einer solchen partiellen Inkontinenz geht der Senat im Hinblick auf deren übereinstimmende Diagnostizierung durch die den Kläger auf verschiedenen Fachgebieten behandelnden Ärzte (der Urologe Dr. Pf. , der Chirurg Prof. Dr. He. , die Nervenärzte Dr. P. und Dr. v. B.) und die Sachverständigen Dr. D. , Dr. E. und Dr. D. aus. Eine organische Ursache, insbesondere eine Verursachung durch die LWS-Erkrankung, ist zwar - ebenso wie für die rentenrechtlich nicht relevante Impotentia coeundi - nicht nachgewiesen. Dr. P. hat myographisch eine Enddarmschließmuskelschwäche mit leicht- bis mittelgradig neurogenen Anteilen diagnostiziert, eine inkomplette partielle Cauda-Irritation im Rahmen des lumbalen Bandscheibenprozesses aber nur als möglich bezeichnet. Dabei ist er zu Unrecht von einer zeitlichen Koinzidenz zwischen der Bandscheibenoperation im November 2002 und der Analinkontinenz ausgegangen, da diese nach Angaben des Klägers erst Mitte 2004 aufgetreten ist, jedenfalls aber bei der Begutachtung durch Dr. G. am 27.10.2003 noch nicht bestanden hat, da der Kläger ihr gegenüber Probleme mit Stuhlgang und Wasserlassen verneinte. Auch Dr. D. hat nach eigener Untersuchung des Klägers und im Hinblick auf die von Dr. P. durchgeführte Myographie eine leichte neurogene Schädigung des Analmuskels nicht ausschließen können. Er ist vor dem Hintergrund, dass neurologisch und klinisch keine sicheren Hinweise auf einen organopathologischen Hintergrund von Inkontinenz und Impotenz bestehen, zu dem Ergebnis gelangt, dass ein geringgradiges inkomplettes Cauda-Syndrom am ehesten die Folge der anamnestic bekannter Bandscheibenläsion und -operation ist und neben erheblichen psychogenen Anteilen zumindest teilweise für die Impotenz und die vom Kläger angegebene partielle Stuhlinkontinenz verantwortlich sei. Auch Dr. E. hat im Hinblick auf die erhebliche zeitliche Latenz zwischen der Bandscheibenoperation und dem Auftreten der Inkontinenz sowie die von ihm erhobenen neurologischen Befunde (reduzierter Sphinktertonus, Analreflex nicht auslösbar, perianale Sensibilität nicht beeinträchtigt, kein Massenprolaps) eine unklare, zumindest partiell neurogene Stuhlinkontinenz diagnostiziert und eine erhebliche psychogene Überlagerung angenommen.

Unabhängig von der Ursache der Erkrankung genügt aber nach übereinstimmenden Angaben von Dr. P. , Dr. H. , Prof. Dr. He. und Dr. D. bei Ausübung einer leichten körperlichen Tätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich, dass der Kläger eine Toilette erreichen kann, was im Arbeitsleben üblicherweise gewährleistet ist. Dies entspricht dem vom Kläger selbst angegebenen und von den Ärzten erhobenen Ausmaß der Inkontinenz. Sie ist nach Bekunden von Dr. P. und Dr. D. nur leichtgradig und inkomplett. Die hiervon - und ohne Angabe von Gründen von seiner eigenen sachverständigen Zeugenaussage vom 05.08.2005 für das Sozialgericht (bezüglich der Enddarmproblematik mit Inkontinenz des Schließorgans sei eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in vollem Umfang mit geringen Einschränkungen zumutbar) - abweichende Bescheinigung des Dr. H. vom 30.09.2005, der Kläger müsse ständig eine Windel tragen, weil schon leichte Arbeiten dazu führen könnten, dass ein ständiger unkontrollierter Stuhlgang stattfindet, wird durch die übrigen Befunde und die eigenen Angaben des Klägers zur Stuhlinkontinenz nicht gestützt. Im Rahmen der Begutachtung bei Dr. D. im November 2004 hat der Kläger weder eine Stuhlinkontinenz beklagt noch ist der Aufenthalt in der Praxis mit auffälliger, gehäufter Stuhltätigkeit verbunden gewesen. Bei der Untersuchung durch Dr. D. hat der Kläger keine Einlage getragen und auch nicht angegeben, diese ständig zu tragen, sondern lediglich, immer einen zweiten Slip dabei zu haben. Der Kläger selbst hat als Häufigkeit der Inkontinenz drei- bis viermal wöchentlich angegeben (Bericht des Prof. Dr. He. vom 24.06.2005) und ausgeführt, diese bestehe lediglich bei weicher Stuhlkonsistenz (Bericht von Dr. P. vom 24.06.2005, Anamnese im Gutachten von Dr. D.).

Gegen eine erhebliche Auswirkung der Inkontinenz auf die Leistungsfähigkeit des Klägers spricht der von Dr. D. erhobene Tagesablauf, der nicht durch die Inkontinenz bestimmt wird. So unterlässt der Kläger zwar anstrengendere Arbeiten, führt dies aber nicht ausdrücklich auf die Inkontinenz zurück. Er verlässt auch das Haus, obwohl damit der jederzeitige Zugang zu einer Toilette gefährdet ist, um Freunde im 35 km entfernten früheren Wohnort zu treffen und als Zuschauer dort an Fußballspielen teilzunehmen. Damit ist die - nicht weiter begründete - Einschätzung von Dr. Pf. , der Kläger könne insbesondere wegen der Stuhlinkontinenz keine sechs Stunden täglich mehr arbeiten, für den Senat nicht nachvollziehbar.

Auch in Zusammenschau der körperlichen Gesundheitsstörungen des Klägers mit seinen Erkrankungen auf nervenärztlichem Fachgebiet ist der Senat nicht von einer vollen Erwerbsminderung überzeugt. Dr. E. , Dr. D. und Dr. H. haben beim Kläger - wegen der im Hinblick auf die nicht im beklagten Umfang organisch erklärbaren Beschwerden im linken Bein und die psychogenen Anteile der Stuhlinkontinenz zu Recht - eine Somatisierungsstörung bzw. eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit des Klägers für leichte Tätigkeiten unter Ausschluss besonderer psychischer Beanspruchungen (keine Akkord-, Schicht-, Nacharbeit, Arbeit unter Zeitdruck oder mit stark erhöhter Eigenverantwortung) folgt hieraus jedoch nicht, wie Dr. H. überzeugend ausgeführt hat. Der von ihm - ebenso wie der von Dr. D. - erhobene Tagesablauf lassen keine Prägung durch die beklagten Beschwerden erkennen. Der Kläger steht früh morgens auf, hilft nach seinen Möglichkeiten im Haushalt und ist weitgehend in der Lage, seinen Interessen (Spaziergehen, Gartenarbeit, Vorstand im Obst- und Gartenbauverein, Fußball schauen, Lesen) nachzugehen. Zeichen einer vorzeitigen Erschöpfbarkeit hat er nicht geschildert. Da seine ganztägigen Aktivitäten im Schweregrad einer leichten körperlichen Tätigkeit mit qualitativen Einschränkungen entsprechen, kann dahinstehen, ob die Leistungseinschätzungen von Dr. R. (insbesondere wegen der somatoformen Schmerzstörung leichte körperliche Tätigkeiten noch mindestens drei Stunden täglich möglich) und Dr. E. (reduzierte Arbeitsdauer von drei bis sechs Stunden täglich für leichte körperliche Tätigkeiten) dahingehend zu verstehen sind, dass er noch in einem Umfang von täglich drei bis unter sechs Stunden arbeiten kann oder auch eine mindestens sechsstündige Tätigkeit umfassen.

Abweichend vom Gutachten von Dr. D. ergibt sich auch aus der Kombination der Somatisierungsstörung mit einer depressiven Erkrankung kein Anspruch des Klägers auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Der Senat ist bereits vom Vorliegen der von Dr. D. diagnostizierten leicht- bis mittelgradigen Depression nicht überzeugt. Eine depressive Erkrankung haben Dr. G. und Dr. H. ausdrücklich ausgeschlossen. Die behandelnden Nervenärzte Dr. v. B. und Dr. P. haben eine Depression in ihren sachverständigen Zeugenauskünften nicht erwähnt. Auch Dr. E. hat - im Hinblick auf den von ihm erhobenen psychischen Befund (mnestiche Funktionen nicht beeinträchtigt, stimmungsmäßig ausgeglichen, freundlich zugewandt, keine Antriebsstörung, deutliche gedankliche Fixierung auf körperliche Beschwerden mit auffällig angstbetontem Verhalten mit häufigen Toilettengängen und Absicherungsmaßnahmen, aber ansonsten keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen) zu Recht - eine Depression des Klägers nicht diagnostiziert. Mit Dr. G. ist der Senat der Auffassung, dass die abweichende Beurteilung durch Dr. D. auch nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers zurückgeführt werden kann, sondern auf einer abweichenden Einschätzung gleichbleibender Befunde beruht. Dr. D. hat als Zeitpunkt des Eintritts der Leistungsminderung das Jahr 2004 angegeben und damit zum Ausdruck gebracht, dass der von ihm festgestellte Gesundheitszustand des Klägers bereits zu diesem Zeitpunkt bestanden hat. Dementsprechend lässt sich eine Verschlimmerung im Vergleich zwischen den von den Vorgutachtern einerseits und von Dr. D. andererseits erhobenen psychischen Befunden nicht feststellen. Dr. D. hat den Kläger als bewußtseinsklar und voll orientiert beschrieben. Im Gespräch haben sich für ihn keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder formale Denkstörungen ergeben, wie sie bei einer schwerwiegenderen Depression zu erwarten wären. Der Kläger hat auf Dr. D. sehr

klagsam und im Denken inhaltlich völlig auf seine körperlichen Beschwerden fixiert gewirkt. Hiermit verbunden hat der Sachverständige eine gewisse depressive Verstimmung, eine eingeschränkte - aber nicht aufgehobene - affektive Schwingungsfähigkeit und gewisse regressive Tendenzen (Kläger ließ sich beim Wiederankleiden von Ehefrau helfen) berichtet. Einen entsprechenden Befund hatte bereits Dr. G. erhoben (schmerz- und beschwerdefixiert, ließ sich beim Entkleiden von Ehefrau helfen, keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen) und rechtfertigt nicht die Diagnose einer mit einer quantitativen Leistungsminderung verbundenen mittelgradigen Depression, worauf Dr. G. hingewiesen hat. Auch das vom Kläger vorgelegte Attest des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 15.01.2008 über eine von ihm durchgeführte Gesprächstherapie wegen einer "jetzt neu hinzugekommenen" schweren Depression mit Einschlaf-/Durchschlafstörungen, Grübelzwang und Hoffnungslosigkeit enthält keine neuen, von Dr. D. noch nicht berücksichtigten Befunde.

Der Kläger kann daher zumindest noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der von Dr. D. und Dr. H. genannten qualitativen Einschränkungen sechs Stunden täglich ausüben. Er ist daher nicht erwerbsgemindert. Dabei ist es unerheblich, ob ein dem Leistungsvermögen entsprechender Arbeitsplatz vermittelt werden kann, weil nach [§ 43 Abs. 3](#) zweiter Halbsatz SGB VI die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist in einem solchen Fall regelmäßig nicht erforderlich (BSG, Urteil vom 14.09.1995, [5 RJ 50/94](#) in [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#), auch zum Nachfolgenden). Denn nach der Rechtsprechung des BSG steht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist. Nur ausnahmsweise ist für einen - im Rahmen der Prüfung eines Anspruchs auf Rente wegen voller Erwerbsminderung - auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbaren Versicherten wie den Kläger mit zumindest sechsstündigem Leistungsvermögen für leichte Arbeiten die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich, wenn die Erwerbsfähigkeit durch mehrere schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen oder eine besonders einschneidende Behinderung gemindert ist. In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind bestimmte Fälle anerkannt (z.B. Einarmigkeit, vgl. BSG, a.a.O., m.w.N.), zu denen der vorliegende Fall aber nicht gehört. Vielmehr braucht eine Verweisungstätigkeit erst benannt zu werden, wenn die gesundheitliche Fähigkeit zur Verrichtung selbst leichter Tätigkeiten in vielfältiger, außergewöhnlicher Weise eingeschränkt ist. Dies ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn ein Versicherter noch vollschichtig körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, ohne überwiegendes Stehen und Gehen oder ständiges Sitzen, nicht in Nässe, Kälte oder Zugluft, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltungen, ohne besondere Anforderungen an die Fingerfertigkeit und nicht unter besonderen Unfallgefahren zu verrichten vermag (BSG, a.a.O.; Urteil vom 27.04.1982, [1 RJ 132/80](#) in [SozR 2200 § 1246 Nr. 90](#)). Denn ein Teil dieser Einschränkungen stimmt bereits mit den Tätigkeitsmerkmalen einer körperlich leichten Arbeit überein; dies gilt insbesondere für die geminderte Fähigkeiten, Lasten zu bewältigen und die geringe Belastbarkeit der Wirbelsäule (BSG, SozR 3 a.a.O.) mit den hierauf beruhenden Einschränkungen. Nicht anders liegt der Fall des Klägers. Auch bei ihm wird den qualitativen Einschränkungen im Wesentlichen bereits dadurch Rechnung getragen, dass ihm nur noch leichte Arbeiten zugemutet werden.

Darüber hinaus ist der Senat auch nicht von einer Einschränkung der Wegfähigkeit des Klägers überzeugt. Nach der Rechtsprechung des BSG gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 28.08.2002, [B 5 RJ 12/02 R](#) m.w.N.). Denn eine Tätigkeit zum Zweck des Gelderwerbs ist in der Regel nur außerhalb der Wohnung möglich. Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist deshalb Teil des in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Risikos, das Defizit führt zur vollen Erwerbsminderung.

Hat der Versicherte keinen Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht konkret angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm - auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs - möglich sein muss, nach dem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel und vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege zurücklegen muss. Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (weniger als 20 Minuten) zu Fuß bewältigen und zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten (insbes. die zumutbare Benutzung eines vorhandenen Kraftfahrzeugs) zu berücksichtigen.

Diese Voraussetzungen einer Erwerbsminderung des Klägers wegen einer eingeschränkten Wegfähigkeit sind nicht erfüllt. Die Gutachterin Dr. G. und alle Sachverständigen haben den Kläger übereinstimmend für in der Lage gehalten, eine Wegstrecke von 500 m in weniger als 20 Minuten zu Fuß zurücklegen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die von Dr. D. erhobene Restbeweglichkeit der Hüftgelenke bei beidseitiger Coxarthrose und das von ihm beobachtete flüssige Gangbild des Klägers überzeugend. Der Kläger hat auch selbst bei der Untersuchung durch Dr. R. angegeben, seine schmerzfreie Gehstrecke betrage 500 m. Demgegenüber sind die nicht weiter begründeten, gegenteiligen Einschätzungen von Dr. S. und von Dr. Re. nicht plausibel. Der Senat vermag sich auch der Auffassung von Prof. Dr. He. und Dr. E. nicht anzuschließen, der Kläger sei wegen der Inkontinenz nur abhängig von der Darmtätigkeit bzw. gar nicht mehr in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Denn diese Einschätzung hält er im Hinblick auf die Angaben des Klägers für widerlegt, dass er bis zu einem Kilometer spazieren gehe (Gutachten von Dr. E.) und monatlich sich mit Freunden im 35 km vom Wohnort entfernten D. treffe, dort auch Fußballspiele seines alten Vereins anschau (Gutachten von Dr. D.). Auf dem Weg zu diesen Aktivitäten ist ebenso wenig wie in öffentlichen Verkehrsmitteln die Möglichkeit gegeben, jederzeit eine Toilette aufsuchen zu können. Darüber hinaus ist der Kläger auch in der Lage gewesen, zur ärztlichen Behandlung Dr. P. und Prof. Dr. He. in M. aufzusuchen sowie zur Begutachtung sich in die mehr als 160 km vom Wohnort entfernte Praxis von Dr. D. in K. zu begeben. Daher ist sein Einwand unerheblich, er könne wegen der Einnahme starker Schmerzmittel selbst kein Kraftfahrzeug mehr führen. Gleiches gilt für seinen Vortrag, öffentliche Verkehrsmittel stünden am Wohnort nicht zur Verfügung. Wie bereits oben ausgeführt, ist ein generalisierender Maßstab anzulegen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2009-09-28