

L 11 RJ 513/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 RJ 02122/00
Datum
19.11.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 RJ 513/03
Datum
01.07.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 19. November 2002 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit anstelle der dem Kläger gewährten Rente wegen Berufsunfähigkeit.

Der 1946 geborene Kläger hat zwischen 1960 und 1963 den Beruf des Schreiners erlernt und als solcher bis 1969 gearbeitet. Im Anschluss daran war er bis April 1996 als Lkw-Fahrer beschäftigt. Seither ist er arbeitsunfähig krank bzw. arbeitslos.

Am 06.10.1998 stellte der Kläger, gestützt auf ein ärztliches Attest des prakt. Arztes Dr. G., wonach bei ihm ein ausgeprägtes Schlafapnoe-Syndrom bei chronischer obstruktiver Bronchitis, eine labile arterielle Hypertonie, degenerative LWS- und Kniegelenksveränderungen und auf dem Boden einer erheblichen chronischen venösen Insuffizienz im Bereich beider Beine große Ulcera crurum mit einer schlechten Heilungstendenz bestehen und er durch die Vielzahl seiner Behinderungen in seinem Leistungsvermögen für Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem Maße behindert sei, dass er um eine Versichertenrente nachsuchen möchte, einen Rentenantrag. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Internisten und Sozialmediziner Med. Dir. St. von der Ärztlichen Untersuchungsstelle in S.H. Dieser diagnostizierte unter Berücksichtigung eines von Dr. H. im Auftrag des MDK Baden-Württemberg erstatteten Gutachtens 1. Chronisches Schlafapnoe-Syndrom. Chronische obstruktive Bronchitis in mäßiger Ausprägung. Chronische Laryngitis., 2. Kardio-vaskuläre Risikomarker: Adipositas permagna, arterielle Hypertonie., 3. Chronisch venöse Insuffizienz II. bis III. Grades., 4. Rezidivierende Lumbalgien, mäßige Fehllhaltung der Wirbelsäule, Verdacht auf Verschleißerkrankung. Beginnende Gonarthrose und Retropatellararthrose. und 5. Verdacht auf beginnende reaktive Depression, unspezifische polyneuropathische dysästhetische Beschwerden an den Füßen. Als Kraftfahrer im Fernverkehr könne der Kläger nicht mehr dauerhaft erwerbsfähig sein, leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Bewegungswechsel, ohne Schichtarbeit und besonderen Zeitdruck, häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten über 10 kg und ohne Gefährdung durch Kälte und inhalative Reizstoffe seien ihm jedoch vollschichtig zumutbar.

Mit Bescheid vom 20.04.1999 lehnte die Beklagte sodann den Rentenantrag ab.

Seinen hiergegen erhobenen Widerspruch begründete der Kläger insbesondere damit, dass er aufgrund seiner häufigen Tagesmüdigkeit, die auf dem Schlafapnoe-Syndrom beruhe, auch keine leichten Tätigkeiten mehr vollschichtig verrichten könne. Zumindest durch das Zusammenwirken dieses Syndroms und der venösen Beschwerden und rezidivierenden Lumbalgien sei er nicht mehr in der Lage, vollschichtig zu arbeiten. Völlig unberücksichtigt geblieben seien bisher seine psychischen Beschwerden. Die Beklagte veranlasste hierauf eine Begutachtung des Klägers in der Sozialmedizinischen Klinik Lo. auf internistischem (Dr. A.), nervenärztlichem (Dr. Sch.) und chirurgisch-orthopädischem (Dr. Schw.) Gebiet. Zusammenfassend diagnostizierten Dr. A. und der Leitende Arzt Dr. Schu. 1. Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule mit Bandscheibenvorfall bei L5/S1 und wiederkehrenden Lumbalgien, 2. Beginnende Arthrose der Kniegelenke, 3. Bei bekanntem, anhaltendem, schwerem Nikotinabusus chronisch obstruktive Lungenerkrankung - seit 1996 apparativ als Schlafapnoesyndrom behandelt - derzeit keine wesentlichen Beeinträchtigungen auf nervenärztlichem Fachgebiet. Anamnestisch Hinweise auf Analgetica-Abusus. 4. Alimentär bedingte Adipositas mit Vermehrung der Triglyzeride (- anamnestisch angegebene Hypertonie- hier ohne antihypertensive Behandlung normale Messwerte, keine Anhaltspunkte für geschädigte Folgeorgane). Als Nebenfunde erwähnten sie einen angegebenen Hörsturz 1997, wobei der anamnestische Dialog bei normalem Stimmaufwand problemlos möglich (Hörgerät rechts) sei, und Hohl-

Spreizfüße sowie Krampfadern der Beine mit chronisch-venöser Insuffizienz II. bis III. Grades. Die Zusammenschau aller vorliegenden Befunde ergebe, dass der Kläger als Kraftfahrer nicht mehr eingesetzt werden könne. Leichte Tätigkeiten ohne Schichtbedingungen und ohne Zeitdruck, ohne vermehrtes Bücken, Klettern und Steigen und ohne körperliche Zwangshaltungen seien jedoch vollschichtig möglich. Mit Teilabhilfebescheid vom 17.02.2000 gewährte die Beklagte dem Kläger daraufhin ab 01.11.1998 Rente wegen Berufsunfähigkeit.

Nachdem der Kläger den Widerspruch im übrigen nicht zurücknahm und außerdem mitteilte, alle Gesundheitsstörungen hätten sich verschlechtert, holte die Beklagte noch einen Befundbericht des Arztes für Neurochirurgie Dr. F. ein. Dieser führte aus, er habe beim Kläger Lumboischialgien rechts mit Fußheberschwäche rechts bei Bandscheibenvorfall in Höhe L4/L5 rechts diagnostiziert. Im März 2000 sei der Kläger stationär in der Rotkreuzklinik W. konservativ behandelt worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 09.08.2000 gab die Beklagte dem Widerspruch des Klägers, soweit noch Erwerbsunfähigkeitsrente begehrt wird, nicht statt. Nach eingehender Prüfung aller vorliegenden medizinischen Unterlagen sei der Widerspruchsausschuss zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger mit Funktions-einschränkungen noch vollschichtig arbeiten könne.

Hiergegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Er machte unter Vorlage eines Arztbriefes der Dres. Be. und T., Universitätshautklinik W. und einer ärztlichen Bescheinigung des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Br. geltend, dass aufgrund der unstreitig vorliegenden multiplen Beschwerden auf verschiedenen Fachgebieten insbesondere orthopädisch, internistisch sowie neurologisch ein regelmäßiges gar vollschichtiges Leistungsvermögen selbst für leichteste Tätigkeiten nicht mehr vorstellbar sei.

Das SG hörte zunächst Dr. Br., den Internisten Dr. Gr. und den Orthopäden Dr. L. als sachverständige Zeugen.

Dr. Br. teilte mit, er habe beim Kläger 1. organisch unterlagerte depressive Entwicklung bei Arbeitsplatzverlust, frühe Persönlichkeitsstörung mit bulimischer Abwehr und Gewichtsproblemen, Nikotingebrauch, V. a. endogenes Ekzem, 2. Adipositas per magna mit Polyarthrose, Raucheremphysem- und Sinubronchitis, subkortikal vaskulärer Enzephalopathie und Zustand nach Pressynkope, Stauungspolyneuropathie vom axono-myelinären Typ, 3. Bandscheibenkrankheit vom Mehretagen-HWS-Typ sowie beginnende Cervikalstenose und Myelopathie sowie Arteria vertebralis-Insuffizienz re. mehr als li., 4. Pickwick-Syndrom mit imperativem Schlafdrang, Schlafapnoe mit Teilkompensation, 5. Bandscheibenkrankheit vom LWS-Typ mit L4-Residuum re., S1-Residuum li. ohne Kaudasyndrom und 6. Zustand nach Hörsturz mit Innenohrschwerhörigkeit, dichotischer Hörstörung, chronisch variköser Insuffizienz vom Perforanstyp und Sulcus ulnaris-Syndrom diagnostiziert. In seinem zuletzt ausgeübten Beruf als Lkw-Fahrer könne der Kläger nicht mehr tätig sein. Leichte körperliche Tätigkeiten könne er mit erheblichen Einschränkungen nur dann durchführen, wenn ggf. eine Umschulung, die der Kläger sich im jetzigen Zustand jedoch kaum zutraue, Erfolg hätte.

Dr. Gr. führte aus, beim Kläger liege ein schwergradiges Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Therapie, eine chronisch obstruktive Bronchitis, depressive Stimmungslage, Adipositas, chronisch venöse Insuffizienz, chronisch degenerative Wirbelsäulenveränderungen und ein Tinnitus mit Hörminderung vor. Das schwergradige Schlafapnoesyndrom sei mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Klägers als Fernfahrer nicht vereinbar. Auch eine leichte körperliche Tätigkeit halte er vollschichtig nicht für möglich. Dazu dürfte dem Kläger aufgrund seiner internistischen Erkrankungen das entsprechende Konzentrations- und Dauerleistungsvermögen fehlen. Ergänzend fügte Dr. Gr. Arztbriefe des Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde sowie Internisten Dr. He., der Radiologin Dr. M.-H., des Dr. Br., des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Bo. und des Arztes für radiologische Diagnostik Dr. Ro. bei.

Dr. L. bekundete unter Beifügung des Bescheides des Versorgungsamts Heilbronn vom 26.06.2000, wonach der Grad der Behinderung des Klägers seit 02.02.2000 60 beträgt sowie eigener Arztbriefe und eines Arztbriefes des Orthopäden Dr. F., beim Kläger bestehe ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom und eine Gonarthrose. Leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er nur noch halb- bis unter vollschichtig verrichten.

Für die Beklagte äußerte sich hierzu Obermedizinalrat Fi. dahingehend, dass es bei zusammenfassender Bewertung aller vorliegenden Befunde weiterhin keine ausreichende Begründung dafür gebe, dass jetzt eine quantitative Belastbarkeitseinschränkung im Berufsleben anzunehmen wäre.

Das SG erhob daraufhin weiteren Beweis durch Einholung eines Gutachtens auf orthopädischem Gebiet, das Prof. Dr. Bra., V Klinik Bad R ..., erstattete. Prof. Dr. Bra., der sich der Mitarbeit von Dr. To. bediente, diagnostizierte chronische Lumbalgien bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Spondylarthrosen, vor allem L4/5 und L5/S1 beidseits sowie Bandscheibenvorfälle in L4/5 und L5/S1, derzeit ohne radikuläre Schmerzausstrahlung und ohne neurologisches Defizit, beginnende, lateral betonte Gonarthrose beidseits sowie bereits deutliche, lateral betonte Retropatellararthrose beidseits, initiale Coxarthrose rechts, Spreiz- und Senkfußdeformität beidseits, rezidivierende Cephalgien, massive Adipositas, chronisches Schlafapnoe-Syndrom, chronische Bronchitis, chronisch venöse Insuffizienz III. Grades mit Stauungsdermatose und Ulcera cruris beidseits, chronisch ekzematöse Hautveränderungen an beiden Armen und Beinen und Zustand nach Hörsturz rechts 1997 mit Hörminderung rechts. Aus fachorthopädischer Sicht seien dem Kläger leichte körperliche Arbeiten ohne Heben und Tragen von schweren Lasten und unter Vermeidung gleichförmiger Körper- und Zwangshaltungen sowie im Wechsel von Sitzen und Stehen ohne häufiges Bücken und Treppensteigen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Schicht- und Akkordarbeit, ohne Arbeiten in Kälte oder starkem Wärmeeinfluss, unter Einwirkung von Staub, Gasen und Dämpfen, Nässe bzw. häufigem Arbeiten im Freien vollschichtig möglich. Eine besondere Beanspruchung des Gehörs sollte ebenfalls nicht gegeben sein. Während seiner Arbeitszeit sollte der Kläger mindestens zwei zusätzliche Pausen von jeweils 15 Minuten einhalten.

Die Beklagte äußerte sich hierzu dahingehend, dass die Erforderlichkeit von zusätzlichen 15-minütigen Pausen im Gutachten nicht begründet worden sei. Im übrigen sei die Erforderlichkeit dieser Pausen nur in Verbindung mit anderen gravierenden Einschränkungen laut Bundessozialgericht (BSG) für die Benennung einer Verweisungstätigkeit kausal. Eine Summierung von ungewöhnlichen Leistungseinschränkungen sei nicht gegeben. Der Sachverständige selbst halte eine Tätigkeit als Pförtner oder im Telefondienst für zumutbar.

Der Kläger legte den Abhilfebescheid des Versorgungsamts Heilbronn vom 07.06.2001, wonach seit 02.02.2000 sein Grad der Behinderung 90 beträgt und bei ihm der Nachteilsausgleich "G" festgestellt wird, vor.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete dann Prof. Dr. Ru. mit den Assistenzärzten J. Gr. und Dr. Sche., Kreiskrankenhaus T., ein internistisches Fachgutachten. Die Ärzte diagnostizierten ein chronisches Schlafapnoe-Syndrom, chronische Bronchitis, chronisch-venöse Insuffizienz III. Grades mit Stauungsdermatose und Ulcera cruris beidseits, Adipositas per magna, chronische Lumbalgien bei degenerativen LWS-Veränderungen sowie Bandscheibenvorfälle in L4/5 und L5/S1, Gonarthrose beidseits, rezidivierende Cephalgien, chronisches Ekzem in beiden Armen und Beinen, Zustand nach Hörsturz rechts 1997 mit Hörminderung und Zustand nach Erysipel linker Unterschenkel 7/01 mit Sepsis. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Kläger den Beruf des Lkw-Fahrers auf keinen Fall mehr ausüben könne. Auch ansonsten sei, wenn überhaupt eine Arbeitsaufnahme möglich sein sollte, eine solche nur unter 2 Stunden täglich möglich.

Die Beklagte legte hierzu wiederum eine ärztliche Stellungnahme des Obermedizinalrats Fi. vor. Dieser trug insbesondere gegen das von Prof. Dr. Ru. und Kollegen erstattete Gutachten vor, dass die sozialmedizinische Beurteilung wohl unter dem Eindruck der "Polymorbidität" des Klägers abgegeben worden sei. Für eine sozialmedizinische Beurteilung sei aber nicht die Aufzählung bzw. Menge der bei einem Betroffenen überhaupt vorliegenden Erkrankungen wesentlich, sondern deren Funktionseinschränkungen und die Auswirkungen auf die Belastbarkeit. Beim Kläger bestünden die venösen Blutversorgungsstörungen im Bereich der Beine mit Neigung zu Unterschenkelgeschwüren schon seit mehreren Jahren, sie hätten den Kläger bis ca. 1996 nicht gehindert, seiner Berufstätigkeit nachzugehen. Ausweislich eines Arztbriefes der Universitäts- Hautklinik W. aus dem Jahr 2000 stimme er wohl auch entsprechenden Behandlungsmaßnahmen nicht zu. Bezüglich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des Bewegungsapparats sei auf die orthopädische Begutachtung bei Prof. Dr. Bra. und Dr. To. zu verweisen. Prof. Dr. Ru. und seine Mitarbeiter hätten insoweit im übrigen einen völlig unauffälligen Befund erhoben, dasselbe gelte auch für die "neurologische Untersuchung". Eine Hörminderung bestehe nur rechts. Hinsichtlich des Schlafapnoe-Syndroms gehe aus dem Gutachten hervor, dass der Kläger angegeben habe, bei nächtlicher Beatmung sogar in der Lage zu sein, selbst ein Auto zu steuern. Wie häufig es beim Kläger zu Atemwegsinfekten komme, dass er die Beatmungsmaske nicht anwenden könne, sei nicht bekannt. Im Belastungs-EKG habe der Kläger bis 125 Watt belastet werden können. Der getroffenen sozialmedizinischen Beurteilung in dem internistischen Gutachten könne deshalb nicht gefolgt werden.

Das SG erhob daraufhin Beweis durch Einholung eines internistisch-pneumologischen Gutachtens, welches Prof. Dr. Go. und Dr. Wo., Klinik L., erstatteten. Die Ärzte stellten hinsichtlich des Schlafapnoe-Syndroms fest, dass sich ausweislich der am mitgebrachten CPAP Gerät vermerkten Einsatzzeit von Mai 1996 bis zum Vorstellungstermin ein durchschnittlicher Gebrauch des Gerätes von 6 Stunden pro Tag errechne, womit die empfohlene Stundenzahl zur Behandlung der Schlafapnoe erreicht werde. Die Lungenfunktionswerte wie Vitalkapazität und Einsekundenvolumen seien leicht erniedrigt gewesen. Die Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung bis 125 Watt habe altersentsprechende Normalwerte ergeben. Bei der Ergometrie seien auskultatorisch keine obstruktiven Atemstörungen aufgetreten. Die Ultraschalluntersuchung des Herzens habe keine Hinweise auf Umbauvorgänge am Herzen ergeben. Eine linksventrikuläre Hypertrophie liege nicht vor. Im übrigen sei eine leichte Abschwächung des Patellarsehnenreflexes am Bein rechts festgestellt worden. Seit vielen Jahren leide der Kläger an einer schwergradigen Adipositas und einer chronisch-venösen Insuffizienz beider Beine. Außerdem sei er durch eine Hörminderung rechts behindert, wobei der Kläger bei der Vorstellung das Hörgerät nicht dabei gehabt habe und sämtliche Fragen in normaler Lautstärke gestellt, gut verstanden und entsprechend beantwortet habe. Langjährig bestehende Kopfschmerzen behandle der Kläger selbst. Hinsichtlich der depressiven Stimmungslage erfolge derzeit weder eine medikamentöse noch eine andauernde psychiatrische Behandlung. In seinem Beruf als Kraftfahrer sei der Kläger ohne Gefährdung seiner Gesundheit nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Kläger jedoch unter Vermeidung von Tätigkeiten, die eine besondere ununterbrochene Konzentrationsfähigkeit erfordern, auf Gerüsten, Leitern oder an schnell rotierenden Maschinen zu verrichten seien und mit Zugluft, Nässe, inhalativen Reizstoffen, stärkerer Hitzeeinwirkung oder Kälte verbunden seien, im Wechsel von Sitzen und Stehen und ohne Heben und Tragen schwerer Lasten sowie häufigem Treppensteigen oder Bücken vollschichtig verrichten. Arbeiten in Akkord oder am Fließband sowie Schicht- oder Nacharbeit seien dem Kläger nicht zuzumuten.

Im Anschluss daran erstattete der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Bra. auf Veranlassung des SG ein Gutachten auf nervenärztlichem Gebiet. Dr. Bra. fand klinisch-neurologisch keine richtungsweisenden Auffälligkeiten. Insbesondere bestanden in Bezug auf den Bandscheibenvorfall keine Hinweise für eine Wurzelreiz- oder Ausfallsymptomatik. Elektro-myographisch ergaben sich keine Hinweise für eine lumbale Vorderwurzelkompression und im SEP der Beinnerven keine Hinweise für eine Kompression der lumbalen Hinterwurzeln. Auch eine Polyneuropathie konnte neurographisch nicht festgestellt werden. Im übrigen diagnostizierte der Arzt ein postthrombotisches Syndrom/Ulcus cruris Innenknöchel beidseits ohne Anhalt für neurologische Ursache/neurologische Komplikationen, angegebene Kniegelenksbeschwerden beidseits ohne neurologische Komplikationen, mit Sauerstoffgerät gut kontrolliertes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ohne Anhalt für neurologisch-psychiatrische Komplikationen, rezidivierende Kreuzschmerzen bei vorberichtetem lumbalem Bandscheibenvorfall ohne Anhalt für neurologische radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, Adipositas per magna, dysphorische Entwicklung (im Kontext mit Rentenverfahren, versagter EU-Rente, nun engen finanziellen Verhältnissen) und Hörstörung rechts nach Hörsturz ohne Anhalt für assoziierte neurologische Komplikationen. Nach seiner Auffassung könne der Kläger trotz des Schlafapnoe-Syndroms selbst eine Tätigkeit als Kraftfahrer noch vollschichtig verrichten. Auch andere körperlich leichte Tätigkeiten seien ihm vollschichtig möglich. Entfallen sollten Arbeiten mit Nacht- oder Wechselschicht.

Mit Urteil vom 19.11.2002, an den Klägerbevollmächtigten zugestellt am 10.02.2003, wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die beim Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen seien gestützt auf die von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Internisten Dr. St. sowie des Gutachtens der Sozialmedizinischen Klinik Lo. und ferner der im Klageverfahren eingeholten Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Bra., Prof. Dr. Go. und Dr. Bra. insgesamt nicht so ausgeprägt, dass er dadurch gehindert wäre, einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Nicht gefolgt werden könne dem auf Antrag des Klägers eingeholten Gutachten des Prof. Dr. Ru. ... Seine Beurteilung des Leistungsvermögens werde als durch die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Bra., insbesondere Prof. Dr. Go. und Dr. Bra. als widerlegt angesehen.

Hiergegen hat der Kläger am 13.02.2003 Berufung eingelegt, mit welcher er sein Begehren weiterverfolgt. Er beruft sich insbesondere auf das von Prof. Dr. Ru. erstattete Gutachten und die sachverständigen Zeugenauskünfte des Dr. Gr. und des Dr. L. ... Im übrigen müsse er auch nach dem Gutachten des Prof. Dr. Bra. betriebsunübliche Pausen einlegen, weshalb ihm auch aus diesem Grunde Erwerbsunfähigkeitsrente zustehe. Ergänzend legte er eine Bescheinigung der Bundesanstalt für Arbeit vom 24.02.2003, wonach aufgrund seiner weiterhin andauernden beträchtlichen gesundheitlichen Probleme und der schlechten Situation auf dem Arbeitsmarkt voraussichtlich sehr geringe Chancen bestehen, für ihn einen neuen Arbeitsplatz zu finden und ein ärztliches Attest des Arztes für Allgemeinmedizin S. G.

mit einer Aufstellung der seit dem 08.01.2001 bestehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 19. November 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20. April 1999 sowie Abänderung des Bescheides vom 17. Februar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. August 2000 zu verurteilen, ihm ab 1. November 1998 anstelle von Rente wegen Berufsunfähigkeit, Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen, denn dem Kläger steht Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nicht zu.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit in der hier anzuwendenden bis 31.12.2000 gültigen Fassung (§ 300 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI) sind im angefochtenen Urteil zutreffend dargestellt. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug.

Diese Voraussetzungen liegen im Falle des Klägers nicht vor.

In Übereinstimmung mit dem SG kommt auch der Senat zu der Überzeugung, dass der Kläger, der im Verlauf seines Rentenverfahrens einer umfassenden Begutachtung auf verschiedenen Fachgebieten unterzogen worden ist, nicht erwerbsunfähig ist, weil er nach dem vorliegenden und feststellbaren medizinischen Sachverhalt trotz der Beschwerden von Seiten der Wirbelsäule, Knie und Hüften, der Spreiz- und Senkfußdeformität beidseits, massiven Adipositas, des chronischen Schlafapnoe-Syndroms und der dysphorischen Entwicklung und zeitweisen Bronchitis zumindest leichte Tätigkeiten mit Funktionseinschränkungen noch vollschichtig verrichten kann. Dies hat das SG im angefochtenen Urteil ausführlich begründet. Diesen Ausführungen schließt sich der Senat in vollem Umfang an und nimmt deshalb insoweit auf die Entscheidungsgründe Bezug ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -).

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass bei der Begutachtung der Wirbelsäule sowohl von Dr. Schw. als auch Prof. Dr. Bra. und Dr. To. lediglich eine leicht vermehrte Kyphosierung der Brustwirbelsäule festgestellt wurde. Dr. Schw. beschreibt eine Klopfempfindlichkeit der Dornfortsätze über den unteren Lendenwirbeln, Prof. Dr. Bra. und Dr. To. stellten darüber hinaus einen Druck- und Klopfschmerz über der gesamten Lendenwirbelsäule fest. Ansonsten maßen sowohl Dr. Schw. als auch Prof. Dr. Bra. und Dr. To. den Finger-Boden-Abstand mit 30 cm und das Schober'sche Zeichen mit 10/14,5 cm. Dies stellt insbesondere auch unter Berücksichtigung der extremen Adipositas des Klägers eine gute Beweglichkeit dar und vermag, zumal neurologisch kein pathologischer Befund erhoben werden konnte, allenfalls eine Einschränkung dahingehend zu rechtfertigen, dass der Kläger nur noch leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Zwangshaltungen verrichten kann. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke maß Dr. Schw. für die Streckung/Beugung sowohl rechts als auch links mit 10/0/100°, bei der Untersuchung durch Prof. Dr. Bra. und Dr. To. waren die Gelenke zwischen 0/0/110 Grad beweglich. Im Bereich der Kniegelenke fand Dr. Schw. Messergebnisse für die Streckung/Beugung von jeweils 0/0/110° und die Ärzte der V. Klinik von 0/0/115°. Röntgenologisch zeigten sich jeweils nur Hinweise auf eine beginnende Arthrose. An beiden Füßen bestand noch eine mäßige Senkfuß- und deutliche Spreizfußdeformität. Aufgrund dieses Befundes sind dem Kläger keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten verbunden mit häufigem Bücken und Treppensteigen mehr möglich. Auch sollte die Tätigkeit im Wechsel von Sitzen und Stehen verrichtet werden können. Weitergehende Einschränkungen rechtfertigen jedoch auch diese Befunde, die sich jeweils noch in einem Anfangsstadium befinden, nicht. Die beträchtliche Adipositas des Klägers führt sicherlich ebenfalls dazu, dass beim Kläger eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit besteht. Auch insoweit kann der Problematik jedoch mit Funktionseinschränkungen begegnet werden. Der Kläger kann auch aufgrund der Adipositas nur noch leichte Tätigkeiten unter Beachtung der bereits genannten Funktionseinschränkungen verrichten. Eine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit vermag man jedoch auch hieraus nicht herzuleiten. Was die chronisch-venöse Insuffizienz III. Grades mit Stauungsdermatose und Ulcera cruris beidseits anbelangt, ist auch der Senat den Ausführungen von Obermedizinalrat Fi. folgend, der Auffassung, dass diese venösen Blutversorgungsstörungen im Bereich der Beine, die schon seit den Achtzigerjahren mit rezidivierenden Ulcera an beiden Beinen bestehen, und seither dauernd vorhanden sind, bis 1996 einer Berufstätigkeit des Klägers nicht entgegen standen und deshalb auch heute allenfalls eine Rechtfertigung für die bereits benannten qualitativen, jedoch keine quantitativen Leistungseinschränkungen darstellen können.

Unter Berücksichtigung auch der Ausführungen des SG zu den gesundheitlichen Einschränkungen des Klägers ist daher die Beurteilung des Leistungsvermögens im Gutachten des Prof. Dr. Ru. und Kollegen auch für den Senat nicht nachvollziehbar. Die Gutachter haben keinen über die genannten Gesundheitsstörungen hinaus vorliegenden Befund erhoben. Sie fanden alle Gelenke gut beweglich und die Wirbelsäule äußerlich beurteilt normal geschwungen und ohne Klopfschmerz. Die Lungenfunktionsanalyse zeigte lediglich eine leichte Restriktion und Obstruktion. Im Bereich des Herzens fand sich nur eine geringe diastolische Relaxationsstörung. Der Kläger war bis 125 Watt belastbar. Dabei zeigte sich keine einzige ventrikuläre Extrasystole. Im Einklang mit Prof. Dr. Bra., Prof. Dr. Go. und Dr. Bra. sowie den Ärzten der Klinik Lo. und Dr. St. vermag der Senat hieraus nicht den Schluss zu ziehen, dass der Kläger nur noch unter 2 Stunden täglich arbeiten kann. Die von Prof. Dr. Ru. und Kollegen erhobenen Befunde, die im wesentlichen mit den im übrigen erhobenen Befunden in Einklang stehen, rechtfertigen dies in keiner Weise. Auch Dr. L. und Dr. Gr. haben keine weitergehenden Funktionseinschränkungen beschrieben. Ihre sachverständigen Zeugenauskünfte erschöpfen sich in der Aufzählung der bereits genannten Diagnosen. Hiermit können fundierte Gutachten mit ausführlichen Untersuchungsergebnissen nicht widerlegt werden, so dass auch der Senat diesen Einschätzungen nicht zu folgen vermag. Keine weitergehende Einschränkung lässt sich auch auf die Auskunft von Dr. Br. stützen. Er ist der Auffassung, der Kläger könne leichte körperliche Tätigkeiten mit Funktionseinschränkungen durchführen, wenn eine Umschulung, die er sich nicht zutraue, Erfolg

hätte. Eine Umschulung kommt, worauf Obermedizinalrat Fi. zu Recht hinweist, für die Tätigkeiten, die dem Kläger noch zugemutet werden können (einfache, leichte Betätigungen) nicht in Betracht. Hierfür ist keine Umschulung notwendig. Es kommt deshalb auch nicht darauf an, ob sich der Kläger dies zumutet. Er kann auch ohne Umschulung solche Tätigkeiten noch ausüben. Was schließlich noch den Punkt anbelangt, dass Prof. Dr. Bra. und Dr. To. zwei weitere Pausen à 15 Minuten über die betriebsüblichen Pausen hinaus empfohlen haben, vermag sich dem der Senat nicht anzuschließen. Aufgrund der beim Kläger erhobenen Befunde genügen die üblichen Pausen im Laufe des Arbeitstages. Zusätzliche Pausen sind ihm darüber hinaus einzuräumen. Dasselbe gilt auch im Hinblick auf die vom Kläger behaupteten Toilettengänge nach Einnahme von Wassertabletten. Auch vermehrte Toilettengänge sind mit den üblichen Arbeitsbedingungen in Einklang zu bringen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der Tatsache, dass beim Kläger ein Grad der Behinderung von 90 und darüber hinaus das Merkzeichen "G" anerkannt ist, denn der Grad der Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch ist für die rentenversicherungsrechtliche Beurteilung einer im konkreten Einzelfall noch vorhandenen Leistungsfähigkeit nicht geeignet (vgl. LSG Baden-Württemberg Urteil vom 26.02.2002 - [L 11 RJ 3713/01](#) -; LSG Rheinland-Pfalz Urteil vom 25.06.1997 - [L 6 J 233/96](#) -). Eine rentenrelevante Einschränkung der Wegefähigkeit lässt sich hierauf nicht stützen. Eine solche ergibt sich auch nicht aus den Gutachten.

Im Hinblick auf die qualitativen Leistungseinschränkungen braucht dem Kläger keine konkrete Berufstätigkeit benannt zu werden. Die Leistungseinschränkungen erfordern ihrer Anzahl, Art und Schwere nach keine besondere Begründung zur Verneinung einer "Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" oder einer "schweren spezifischen Leistungsminderung", weil sie nicht geeignet erscheinen, das Feld körperlich leichter Arbeiten zusätzlich wesentlich einzuengen. Insbesondere ist der Ausschluss von Heben und Tragen schwerer Lasten und Zwangshaltungen bereits vom Begriff "leichte Tätigkeiten" umfasst (BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 117](#) und [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#); BSG [SozR 3-2600 § 43 Nr. 17](#)). Das Restleistungsvermögen des Klägers erlaubt ihm noch körperliche Verrichtungen, die in leichten einfachen Tätigkeiten gefordert zu werden pflegen, wie z.B. Bedienen von Maschinen, Montieren, Kleben, Sortieren, Verpacken oder Zusammensetzen von kleinen Teilen. Das Sehvermögen des Klägers ist noch dergestalt, dass sich für diese Tätigkeitsfelder bei ihm keine Einschränkungen ergeben.

Schließlich ist dem Kläger auch der Arbeitsmarkt nicht verschlossen. Die Frage, ob es auf dem gesamten Arbeitsmarkt ausreichend Arbeitsplätze gibt, ist nur dann zu prüfen, wenn der Versicherte die noch in Betracht kommenden Tätigkeiten nicht unter betriebsüblichen Bedingungen ausüben kann oder entsprechende Arbeitsplätze von seiner Wohnung aus nicht zu erreichen vermag oder die Zahl der in Betracht kommenden Arbeitsplätze deshalb nicht unerheblich reduziert ist, weil der Versicherte nur in Teilbereichen eines Tätigkeitsfeldes eingesetzt werden kann, oder die in Betracht kommenden Tätigkeiten auf Arbeitsplätzen ausgeübt werden, die als Schonarbeitsplätze nicht an Betriebsfremde vergeben werden, oder die in Betracht kommenden Tätigkeiten auf Arbeitsplätzen nur in ganz geringer Zahl vorkommen. Dieser Katalog ist nach der Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 19.12.1995 -[GS 1/95](#)- abschließend. Im Falle des Klägers ist keiner dieser Fälle zu berücksichtigen.

Die derzeitige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV](#)). Der Rentenversicherung ist nur das Risiko einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung zugewiesen, nicht dagegen das Risiko einer Minderung einer Erwerbsmöglichkeit oder der Arbeitslosigkeit (vgl. Beschluss des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996). Das Risiko, dass der Kläger keinen für ihn geeigneten Arbeitsplatz findet, geht nicht zu Lasten des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 41](#) und vom 21.07.1992 -[4 RA 13/91](#) -; BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 19](#)).

Die Berufung des Klägers ist daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-04-13