

L 4 R 3823/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 8 R 2298/08
Datum
30.06.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 3823/10
Datum
25.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30. Juni 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. Januar 2008.

Der am 1956 geborene Kläger hält sich seit 1979 im Bundesgebiet auf. Er erlernte keinen Beruf. Nach seinen Angaben war er in seinem Geburtsland Türkei nicht beschäftigt. Im Bundesgebiet war er von Januar 1981 bis März 2006 als Maschinenbediener versicherungspflichtig beschäftigt. Seit 1. April 2006 bezieht er unterbrochen durch den Bezug von Krankengeld vom 11. Januar bis 17. Juli 2007 Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

Der Kläger beantragte am 16. Januar 2008 Rente wegen Erwerbsminderung. Arzt für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. L. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 14. Februar 2008 als im Vordergrund stehend eine koronare Dreigefäßerkrankung bei erhöhtem kardiovaskulären Risikoprofil mit Zustand nach perkutanen transluminalen koronaren Angioplastien (PTCA) mit Implantation von Stents im Dezember 2006 und April 2007 sowie einen Zustand nach einem Arbeitsunfall in den 1980er-Jahren mit damaliger Säureexposition ohne verbleibende Residuen und einen Zustand nach einem Eingriff am linken Kniegelenk in den 1980er-Jahren mit aktueller endgradiger Bewegungseinschränkung. Die vom Kläger zusätzlich zu den unspezifischen Thorakalbeschwerden berichteten Schwindelattacken hätten nicht festgestellt werden können. Bei berichteten Schwindelattacken auch während der Begutachtung seien Gangauffälligkeiten und Standunsicherheiten bei physiologischem Fortbewegungsmuster und unbeeinträchtigter Koordination nicht beobachtet worden. Bei der aktuell im Vordergrund stehenden kardialen Problematik fänden sich konsolidierte und stabilisierte Verhältnisse. Klinische Dekompensationszeichen seien während der Untersuchung nicht beobachtet worden. Es bestehe weiterhin ein vollschichtiges Leistungsvermögen sowohl im Hinblick auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bestücker von Leiterplatten als auch auf leichte bis allenfalls zeitweilig mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne regelhaft erforderliches Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten sowie ohne erhöhte Unfallgefahr und/oder Absturzgefahr wegen des berichteten Schwindels.

Mit Bescheid vom 22. Februar 2008 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab. Der Kläger erhob Widerspruch. Neben der Herzerkrankung leide er zunehmend unter Angststörungen. Er reichte den Arztbrief des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. St. vom 28. April 2008 mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung sowie der Differenzialdiagnose Angst und Depressionen gemischt ein. Dr. L. verblieb bei seiner Beurteilung des Leistungsvermögens (Stellungnahme vom 30. Mai 2008). Den Widerspruch des Klägers wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 18. Juli 2008). Volle oder teilweise Erwerbsminderung liege nicht vor. Die Beurteilung des sozialmedizinischen Dienstes, dass dem Kläger auch unter Berücksichtigung der festgestellten Erkrankungen oder Behinderungen leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in Tagesschicht, Früh- oder Spätschicht, in Nachtschicht, ohne häufiges Klettern und Steigen sowie ohne erhöhte Unfall- und Absturzgefahr mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien, sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Kläger sei auch nicht berufsunfähig. Die zuletzt ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung als Maschinenbediener, die der bisherige Beruf sei, sei dem Leitberuf des ungelernten Arbeiters zuzuordnen. Der Kläger müsse sich deshalb auf sämtliche ungelernten Tätigkeiten verweisen lassen. Derartige Tätigkeiten seien ihm noch mindestens sechs Stunden täglich zumutbar.

Der Kläger erhob am 1. August 2008 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG). Wegen der koronaren Probleme sei er voll erwerbsgemindert. Schon bei kleinster Belastung habe er Atemnot. Zudem habe er ständige Angst vor weiteren Herzinfarkten und leide an Depressionen. Die

ständigen Schmerzen im Bereich des Herzens verunsicherten ihn, ebenso das Auftreten von Schwindel, wenn er im Sitzen schnell den Kopf bewege. Ferner bestünden Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule. Arbeitsplätze stünden für ihn nicht mehr zur Verfügung. Der Kläger legte die Berichte des Dr. S., Chefarzt der Abteilung für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin des Krankenhauses S. E in R, vom 28. Juli und 4. Dezember 2008 über durchgeführte Koronarangiographien mit der weiteren Implantation eines Stents vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte die ärztlichen Stellungnahmen des Arztes für Sozialmedizin F. vom 10. Februar und 14. Oktober 2009 sowie vom 15. Februar 2010 vor, der jeweils die Auffassung vertrat, der Kläger sei zumindest für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts belastungsfähig.

Das SG hörte den Kläger behandelnde Ärzte als sachverständige Zeugen. Dr. St. berichtete (Auskünfte vom 20. Oktober 2008 und 1. April 2009), den Kläger erstmals am 28. September 2004 wegen einer Kopfschmerzproblematik untersucht zu haben. Diese habe sich bei der weiteren Untersuchung am 16. November 2005 bestätigt, bei der sich zugleich Hinweise für eine depressive Stimmungslage ergeben hätten. Anlässlich der Untersuchungen am 31. Januar und 28. April 2008 habe der Kläger über eine Schwindelsymptomatik geklagt, im Vordergrund sei eine deutliche Angstsymptomatik, die als Verarbeitungsstörung nach dem Mehrfachherzkatheter anzusehen sei. sowie eine Einengung der Stimmung im Sinne einer leichteren depressiven Störung gestanden. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sei aus nervenärztlicher Sicht im Moment nicht gegeben. Bei der Untersuchung am 18. Februar 2009 habe der Kläger erneut ein ausgeprägtes Angsterleben geschildert. Die Aussichten, die generalisierte Angsterkrankung im Moment zu beeinflussen, seien als eher schlecht einzustufen. Arzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. D. (Auskünfte vom 24. Oktober 2008, 24. Februar und 9. Dezember 2009) gab an, auch nach der letzten Koronarintervention bestehe keine absolute Beschwerdefreiheit. In der ersten Auskunft hielt er wegen der schweren koronaren Herzerkrankung momentan nur leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen bis sechs Stunden für zumutbar. In der zweiten Auskunft führte er aus, da beim Kläger ein sehr diffuses koronares Problem vorliege, sei der weitere Verlauf schwierig voraussehbar. In der dritten Auskunft hielt er den Kläger für in der Lage, leichte Tätigkeiten ohne schwere Hebelbelastungen unter sechs Stunden durchzuführen. Arzt für Allgemeinmedizin Dr. W. gab unter Beifügung ihm zugegangener Arztbriefe an (Auskünfte vom 27. Oktober 2008 und 24. März 2009), den Kläger wegen der koronaren Herzerkrankung und der Panikstörung behandelt zu haben. Die Angststörung habe sich drastisch verschlimmert. Ärztin für Orthopädie Dr. G. stimmte dem Gutachten des Dr. L. hinsichtlich ihres Fachgebiets zu (Auskunft vom 12. März 2009).

Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. erstattete von Amts wegen das Gutachten vom 29. April 2009. Beim Kläger liege eine Angst und eine depressive Störung, gemischt, eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems, eine koronare Herzerkrankung sowie Lumbalgien ohne Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik bei Spondylolisthesis L5/S1 vor. Der Kläger sei bei der Lage, Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig (acht Stunden täglich bei fünf Tagen in der Woche) auszuüben. Unzumutbar seien körperliche Schwerarbeiten, ständig mittelschwere Arbeiten sowie Tätigkeiten mit ständigem Heben und Tragen von Lasten, mit Bücken, mit Steigen von Treppen und Leitern, mit besonderer Anforderungen an die psychische Belastbarkeit und überwiegend im Freien unter Einwirkung von Kälte und Nässe. Der Kläger könne auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bestücker von Platinen vollschichtig ausführen. Zweckmäßig sei, eine (kardiologische) Nachuntersuchung am 5. Mai 2009 abzuwarten.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Du. das Gutachten vom 17. August 2009. Er diagnostizierte eine generalisierte Angststörung, ein Lendenwirbelsäulensyndrom ohne radikuläre Symptomatik und eine koronare Dreifachgefäßerkrankung mit mehrmaligen Stentoperationen. Die Ängste des Klägers vor einem Herzinfarkt und dem Tod seien angesichts der nachgewiesenen Verschlechterung und der mehrfach eingesetzten Stents nachvollziehbar und beherrschten das gesamte Denken, Fühlen und Handeln des Klägers. Aufgrund der generalisierten Angststörung als nervenärztliche Haupterkrankung sei der Kläger zurzeit nicht in der Lage, einer auch nur leichten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als drei Stunden nachzukommen. Eine stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung in einer Fachklinik werde vorgeschlagen. Danach sollte nochmals zur Leistungsfähigkeit Stellung genommen werden. Die Leistungsbeurteilung des Dr. H. sei nicht nachvollziehbar.

Schließlich erstattete von Amts wegen Arzt für Innere Medizin Dr. M. sein Gutachten vom 25. Mai 2010. Der Kläger überließ dem Sachverständigen mehrere Arztbriefe aus der Zeit von Mai bis Dezember 2009, u.a. des Dr. S. vom 5. Mai 2009 über die Koronarangiographie, wonach die bislang implantierten Stents frei seien, sowie des Pneumologen und Somnologen Dr. Hu. vom 29. Dezember 2009 über den stationären Aufenthalt im Schlaflabor, wonach mit einer kontinuierlichen positiven Atemwegdruck-Therapie (CPAP-Therapie) begonnen worden sei, der Kläger das Gerät gut akzeptiert und während des stationären Aufenthalts auch davon profitiert habe. Dr. M. führte aus, beim Kläger bestünden eine Angina pectoris bei diffuser koronarer Dreifachgefäßerkrankung, mehrmaliger Stentimplantation und rezidivierender Denovo-Stenose ohne Zeichen einer Herzinsuffizienz, ein Bluthochdruck ohne linksventrikuläre Hypertrophie, eine Angst und eine depressive Störung, gemischt, ein dysaesthetisches Syndrom nach Delius im Sinne einer somatoformen autonomen Funktionsbehinderung des kardiovaskulären Systems, ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Therapie, Cervikobrachialgien und Lumbalgien bei degenerativem Wirbelsäulenschaden und Spondylolisthesis L5/S1 ohne Funktionseinschränkung und radikuläre Symptomatik, ein Impingement und eine Acromioclaviculararthrose der linken Schulter, eine Adipositas Grad II (BMI 38,27 kg/m²), eine Hypercholesterinämie, eine Hyperurikämie ohne Gelenkbeteiligung sowie eine Coxarthrose ohne Funktionsbeeinträchtigung. Bei der Ergometrie sei eine Belastbarkeit bis 100 Watt möglich gewesen bis der Kläger über stenokardische Beschwerden geklagt habe, die kein Korrelat im EKG-Stromkurvenverlauf gezeigt hätten. Auch die beklagte Schwindelsymptomatik sei nicht auf Störungen im Herz-Kreislaufsystem zurückzuführen und als somatoforme autonome Funktionsstörung anzusehen. Aufgrund der Ergometrie sei beim Kläger eine Belastbarkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten gegeben. Aufgrund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und des Impingementsyndroms der linken Schulter seien Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, häufiges Bücken, das Ersteigen von Leitern und Gerüsten, das Treppensteigen sowie Überkopparbeiten zu vermeiden. Aufgrund der Ängste und depressiven Störungen seien Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen und Maschinen sowie Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge und Tätigkeiten unter erhöhter Unfallgefahr nicht zumutbar. Wegen des Schlafapnoe-Syndroms sollten Arbeiten nicht in Nachtschicht verrichtet werden. Zudem sollten nicht ausgeübt werden Tätigkeiten in Nässe, Kälte, Zugluft, mit stark schwankenden Temperaturen und inhalativen Belastungsfaktoren sowie Akkord- und Fließbandarbeiten. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei der Kläger in der Lage, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bestücker von Platinen als auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig (acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche) auszuüben. Eine quantitative Leistungsbeeinträchtigung sei durch das Gutachten des Dr. Du. nicht zu begründen.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 30. Juni 2010 ab. Der Kläger sei nicht erwerbsgemindert. Beim Kläger bestünden vor allem eine Angina pectoris, eine Angst und eine depressive Störung, gemischt, ein dysaesthetisches Syndrom, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Lumbalgien und ein Impingement der linken Schulter. Eine rentenrelevante zeitliche Einschränkung für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lasse sich daraus nicht ableiten. Der Kläger könne zumindest noch leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig verrichten. Zu vermeiden seien Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, häufiges Bücken, das Ersteigen von Leitern und Gerüsten, das Treppensteigen, Überkopfarbeiten, Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen und Maschinen in Nachtschicht sowie in Nässe, Kälte und Zugluft. Die Feststellungen zum Gesundheitszustand und zum Leistungsvermögen würden dem Gesamtergebnis der Ermittlungen und der Beweisaufnahme, insbesondere den schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten der Dres. H. und M. entnommen. Soweit behandelnde Ärzte und Dr. Du. von einem teilweise deutlich zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögen ausgingen, werde dem nicht gefolgt. Die Einschätzung des Dr. Du. sei nicht überzeugend, zumal die ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten im Hinblick auf die psychische Erkrankung nur unzureichend ausgeschöpft seien oder aktuell gar nicht wahrgenommen würden. Eine weitere Sachaufklärung im Hinblick auf die zuletzt behaupteten Kniegelenksprobleme sei nach den eindeutigen übereinstimmenden positiven Leistungseinschätzungen nicht erforderlich. Nach den Feststellungen des Dr. M. seien beide Kniegelenke aktiv und passiv frei beweglich. Der Kläger sei auch nicht berufsunfähig. Die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit als Maschinenbediener sei als ungelernnte oder als angelernte im unteren Bereich anzusehen. Insoweit sei von einer breiten Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 7. Juli 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Juli 2010 beim SG Berufung eingelegt. Er ist weiterhin der Auffassung, einer vollen Erwerbstätigkeit nicht nachgehen zu können. Die Angstsymptomatik stehe im Vordergrund. Die Ausführungen von Dr. Du. und Dr. St. seien überzeugender als die Ausführungen des Dr. H., zumal - was der Kläger bereits gegenüber dem SG vorgetragen hat - dessen Untersuchung nur kurze Zeit in Anspruch genommen habe. Zudem sei eine gewisse Voreingenommenheit dieses Sachverständigen gegenüber Versicherten festzustellen. Auch habe sich der Zustand seines Herzens verschlechtert. Seine Leistungsfähigkeit sei zusätzlich durch hinzugekommene, sich verstärkende Beschwerden beider Kniegelenke, sehr starke Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und eine "kaputte" Schulter herabgemindert. Die Agentur für Arbeit habe es über Jahre hinweg nicht geschafft, ihm einen Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen, weil kein Arbeitgeber bereit sei, ihn mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen einzustellen (Verweis auf das vorgelegte Schreiben der Agentur für Arbeit Ravensburg vom 8. Dezember 2010). Im (vorgelegten) Gutachten vom 17. September 2010 für die Agentur für Arbeit beschreibe Dr. Münch 15 negative Leistungsbilder.

In diesem Gutachten hat Dr. Münch eine Leistungsfähigkeit von sechs Stunden und mehr täglich für gelegentlich mittelschwere, überwiegend sitzende, gehende oder stehende Tätigkeiten angenommen.

Der Kläger hat weiter u.a. folgende Arztbriefe vorgelegt: • die Arztbriefe des Dr. St. vom 8. Juli 2010, wonach eine klare angstneurotische Störung persistiere und mit dem Kläger ein Therapieversuch mit ätherischen Ölen vereinbart worden sei, und vom 17. Juli 2012, wonach ein chronifizierter, schon seit vielen Jahren bestehender dysthymaler, ängstlich depressiver Stimmungsprozess vorliege, eine relevante Besserung in den letzten Jahren nicht festzustellen gewesen sei und ohne Klärung der rechtlichen Situation ein wesentlicher therapeutischer Ansatz nicht bestehe, • des Dr. S. vom 21. Juli 2010 über die am selben Tag durchgeführte Koronarangiographie, wonach die bislang implantierten Stents frei und eine bedeutsame neue Stenose nicht nachweisbar sei, • der Dr. G. vom 19. Juni 2012, wonach wegen einer Varusgonarthrose beidseits sich ein totalendoprothetischer Ersatz langfristig nicht vermeiden lassen, • des Dr. D. vom 12. Oktober 2012, wonach die jetzige Beschwerdesymptomatik sehr ähnlich wie in den vergangenen Jahren sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30. Juni 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 22. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Juli 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. Januar 2008 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie hat die weitere Stellungnahme des Arztes F. vom 21. September 2010 vorgelegt.

Dr. G. hat in ihrer Auskunft als sachverständige Zeugin vom 10. März 2011 als Diagnosen eine Spondylolisthesis, eine Lumboischialgie L5/S1, eine Coxarthrose beidseits, eine Perihumeroscapularis links sowie eine Varusgonarthrose beidseits genannt und weiter ausgeführt, unter intraartikulären Infiltrationen beider Kniegelenke habe sich die Schmerzsymptomatik gebessert.

Auf weiteren Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat Professor Dr. Wi., Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie und Onkologie des Krankenhauses St. Elisabeth Ravensburg, sein Gutachten vom 11. September 2011 und seine ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 16. November 2011 erstattet. Hinsichtlich des internistischen Gebiets hat er als Diagnosen eine Angina pectoris CCS (Canadian Cardiovascular Society) Grad II bis III, eine koronare Dreifäßerkrankung mit mehrmaligen Implantationen von Stents, einen Zwerchfellhochstand beidseits, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Therapie, eine Adipositas Grad II (BMI 37,8 kg/m²), eine arterielle Hypertonie und eine Fettstoffwechselstörung genannt. Der Kläger könne an fünf Tagen in der Woche leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, drei bis weniger als sechs Stunden ausüben. Im Belastungs-EKG zeigten sich bei einer Belastbarkeit bis 100 Watt bereits Beschwerden am Bewegungsapparat, eine typische Angina pectoris bei hypertensiven Blutdruckwerten sowie eine deutliche Belastungshypertonie. Aufgrund dieses Befundes sei dem Kläger nur eine leichte bis gelegentlich kurzfristig mittelschwere Tätigkeit zuzumuten. Vermieden werden sollten Tätigkeiten unter erhöhter Unfallgefahr, das Steuern komplexer Vorgänge, die Verantwortung für Personen und Maschinen sowie Akkord- und Fließbandarbeiten wegen der Angst- und depressiven Störung, das Ersteigen von Leitern und Gerüsten, das Treppensteigen, Überkopfarbeiten, anhaltende Armvorhalte, häufiges Bücken und Knien sowie Heben und Tragen von Lasten über zehn kg ohne mechanische Hilfe wegen der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, der Cox- und Gonarthrose, des Impingementsyndroms der linken Schulter und der Belastungshypertonie, Arbeiten in Nachtschicht wegen des Schlafapnoe-Syndroms sowie Belastungen durch Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen oder inhalative Faktoren. In Übereinstimmung mit Dr. D. weise der

Kläger bei vorliegender diffuser Koronarsklerose und aktuell nachgewiesener deutlicher Belastungshypertonie immer wieder pectanginöse Beschwerden auf, so dass man sich momentan auf eine medikamentös konservative Therapie beschränken müsse. Ein Therapieversuch mit Antidepressiva wäre unter regelmäßiger kardiologischer Kontrolle möglich.

Hierzu hat die Beklagte die weiteren ärztlichen Stellungnahmen des Arztes F. vom 24. Oktober und 2. Dezember 2011 vorgelegt. Das Gutachten sei nicht schlüssig und die gegebene Leistungsbeurteilung sei nicht nachvollziehbar. Gegenüber dem Gutachten des Dr. M. seien keine gravierenden Befundänderungen erkennbar.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)) entschieden hat, ist zulässig. Der Kläger hat die Berufung form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist statthaft. Denn der Kläger begehrt Leistungen für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 22. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Juli 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Denn der Kläger hat ab 1. Januar 2008 keinen Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, wegen teilweiser Erwerbsminderung (1.) und wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (2.).

1. Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV Altersgrenzen-anpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger ist seit 1. Januar 2008 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, weil er noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der in beiden Rechtszügen durchgeführten Beweisaufnahme fest.

a) Beim Kläger steht als rentenrelevant zu berücksichtigende Gesundheitsstörung im Vordergrund eine Dreifäßerkrankung des Herzens. Wegen Stenosen von Herzkranzgefäßen erfolgten Implantationen von Stents, zuletzt im Dezember 2008 (Bericht des Dr. S. vom 4. Dezember 2008). Seither zeigten sich bei allen zur Kontrolle durchgeführten Koronarangiographien die implantierten Stents frei und ein interventionsbedürftiger Befund konnte nicht erhoben werden (zuletzt Bericht des Dr. S. vom 21. Juli 2010). Des Weiteren bestehen beim Kläger eine Angststörung gemischt mit einer depressiven Störung, ein Schlafapnoe-Syndrom, das durch eine CPAP-Therapie behandelt wird, degenerative Wirbelsäulenveränderungen ohne Funktionseinschränkung und radikuläre Symptomatik, ein Impingementsyndrom der linken Schulter sowie eine Arthrose der Hüftgelenke und Kniegelenke. Diese Gesundheitsstörungen ergeben sich übereinstimmend aus den im gerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten und den Auskünften der behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen.

Der Senat verwertet auch das vom SG eingeholte Gutachten des Dr. H. ... Die vom Kläger erhobenen Einwendungen gegen dieses Gutachten stehen einer Verwertung dieses Gutachtens nicht entgegen. Wenn der Kläger aufgrund früherer von Dr. H. erstatteten Gutachten meint, dieser Sachverständige sei gegenüber Versicherten voreingenommen, hätte er ihn spätestens binnen zwei Wochen nach dessen Ernennung wegen Besorgnis der Befangenheit ablehnen müssen ([§§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, 406 Abs. 2 Satz 1 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#)). Dies erfolgte nicht. Der Einwand des Klägers, Dr. H. habe ihn nur oberflächlich befragt und untersucht, greift nicht durch. Aus der von Dr. H. mitgeteilten Erhebung der Anamnese ergeben sich keine Anhaltspunkte für diese Behauptung des Klägers, zumal Dr. H. im Gutachten anführte, der Kläger sei am Ende der Exploration ausdrücklich befragt worden, ob er alle ihm wichtig erscheinenden Dinge angesprochen habe, was der Kläger bestätigt habe. Zudem vermag der Kläger nicht zu beurteilen, in welchem zeitlichen Umfang der Sachverständige eine Untersuchung für erforderlich hält.

b) Aus den bei dem Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Der Kläger kann keine schweren Tätigkeiten mehr verrichten. Ausgeschlossen sind weiterhin Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, mit Verantwortung für Personen und Maschinen, unter erhöhter Unfallgefahr, in Nachtschicht, in Nässe, Kälte, Zugluft und mit stark schwankenden Temperaturen und inhalativen Belastungsfaktoren sowie häufiges Bücken, das Ersteigen von Leitern und Gerüsten, das Treppensteigen, Überkopparbeiten und das Steuern komplexer Arbeitsvorgänge. Dies ergibt sich aus dem für den Senat schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr. M. ... Dieselben qualitativen Einschränkungen nennen auch Prof. Dr. Wi. und teilweise auch Dr. H. ...

c) Die beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats zu keiner Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Der Kläger ist noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt sich auf die Gutachten des Dr. M. und des Dr. H. ...

aa) Dr. M. fand keine Zeichen einer Herzinsuffizienz. Auch die von Prof. Dr. Wi. in seinem Gutachten mitgeteilten Befunde geben hierfür keine Anhaltspunkte. Bei Belastungs-EKGs erreichte der Kläger bei den Sachverständigen Dr. M. und Prof. Dr. Wi. jeweils eine Belastung von 100 Watt, bei Dr. D. von 125 Watt (Arztbriefe vom 22. Oktober 2009, 13. Juli 2010 und 12. Oktober 2012). Hieraus schließt der Senat, dass die Herzerkrankung stabil ist, was auch die zuletzt durchgeführten Koronarangiographien bestätigen, die keinen interventionsbedürftigen Befund mehr ergaben (zuletzt Bericht des Dr. S. vom 21. Juli 2010). Auch Dr. D. berichtete in seinem letzten Arztbrief vom 12. Oktober 2012, dass die Beschwerdesymptomatik sehr ähnlich wie in den vergangenen Jahren sei. Dr. M. konnte beim Belastungs-EKG keinen Hinweis für eine koronare Minderdurchblutung, Rhythmusstörungen oder eine pathologische Dyspnoe feststellen. Das Frequenz- und Blutdruckverhalten in der Erholungsphase war regelgerecht. Vom Kläger in der Erholungsphase angegebene Schwindelgefühle wiesen nicht auf eine kardiovaskuläre Genese hin. Prof. Dr. Wi. nannte in seinem Gutachten keine abweichende Befunde, die Anhaltspunkte für eine pathologische Störung der Blutversorgung des Herzens geben könnten. Gegen eine stärkere Einschränkung der Belastungsfähigkeit des Klägers spricht auch, dass er nach seinen Angaben gegenüber allen Sachverständigen zum Teil mehrmals am Tag längere Spaziergänge unternimmt. Dr. St. empfahl in seinem Arztbrief vom 6. Februar 2008 sogar, der Kläger solle weiterhin körperlich aktiv bleiben.

Auch die Leistungsbeurteilung des Dr. H. ist für den Senat unter Berücksichtigung der von ihm erhobenen Befunde nachvollziehbar. Insbesondere ergaben sich aufgrund der Schilderungen des Klägers anlässlich der Untersuchung durch Dr. H. Freizeitaktivitäten wie die bereits genannten längeren Spaziergänge im Wald, die er auch gegenüber den anderen Sachverständigen angab. Auch sind die Behandlungsmöglichkeiten des psychiatrischen Gebietes bei weitem nicht ausgeschöpft. Dies folgt schon daraus, dass der Kläger nur in großen zeitlichen Abständen einen entsprechenden Facharzt, nämlich Dr. St., aufsucht. Auch erfolgt keine entsprechende medikamentöse Therapie, insbesondere werden keine Antidepressiva und/oder Psychopharmaka verordnet, was nach Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. Wi. trotz der bestehenden Herzerkrankung möglich ist. Sofern zumutbar Behandlungsmöglichkeiten auf psychischem oder psychiatrischem Gebiet noch nicht versucht oder noch nicht ausgeschöpft sind und noch ein Erfolg versprechendes Behandlungspotenzial besteht, kann eine dauerhafte quantitative Leistungsminderung nicht auf die psychische Erkrankung gestützt werden (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 15. Februar 2012 - [L 19 R 774/06](#) - in juris).

Die neben der Dreifachgefäßerkrankung des Herzens und der Angststörung gemischt mit einer depressiven Störung weiteren als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen, insbesondere die des orthopädischen Gebiets, können ebenfalls keine quantitative Einschränkung bedingen. Die Beschwerden im Bereich der Kniegelenke haben sich jedenfalls zunächst gebessert, wie der Senat der sachverständigen Zeugenauskunft der Dr. G. vom 10. März 2011 entnimmt. Soweit sie nunmehr (Arztbrief vom 19. Juni 2012) eine Knieendoprothese der Kniegelenke in Erwägung zieht, lässt sich hieraus allein noch keine dauerhafte quantitative Leistungsminderung ableiten. Hinsichtlich des Schlafapnoe-Syndroms erfolgt die angemessene CPAP-Therapie, welche der Kläger gut verträgt (so die Angaben des Klägers gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. Wi.; ebenso Arztbrief des Dr. Hu. vom 29. Dezember 2009).

bb) Die Leistungsbeurteilungen des Prof. Dr. Wi. (drei bis weniger als sechs Stunden arbeitstäglich) und des Dr. Du. (weniger als drei Stunden arbeitstäglich) überzeugen den Senat nicht.

Prof. Dr. Wi. hat - wie dargelegt und worauf Arzt F. in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2011 zutreffend hinweist - keine abweichenden Herzbefunde erhoben. Soweit er auf die bei seiner Untersuchung in der Ergometrie aufgetretenen hohen Blutdruckwerte verweist, überzeugt dies den Senat nicht. Wegen hoher Blutdruckwerte sind zur Verfügung stehende Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft, was Prof. Dr. Wi. in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme auch einräumt. Zudem ist der Blutdruck von 290/80 mmHG bei 100 Watt, den Prof. Dr. Wi. in dem von ihm durchgeführten Belastungs-EKG feststellte, bei keinem anderen Belastungs-EKG beschrieben. Dr. M. gab einen maximalen Blutdruckanstieg auf 210/100 mmHG an, Dr. D. entweder ein regelrechtes Blutdruckverhalten oder einen maximalen Blutdruckanstieg auf Werte zwischen 147/81 mmHG und 201/102 mmHG.

Die Leistungsbeurteilung durch Dr. Du. erfolgte nicht endgültig. Er sah den Kläger nur zum Zeitpunkt seiner Untersuchung als voll erwerbsgemindert an und empfahl eine stationäre medizinische Leistung der Rehabilitation mit einer anschließenden erneuten Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers. Auch er geht damit davon aus, dass die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind.

d) Der Verweis des Klägers, er sei nicht vermittelbar, kann den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht begründen. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Maßgebend ist, ob der Kläger mit dem ihm verbliebenen Restleistungsvermögen - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, er also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. Oktober 2010 - [B 13 R 78/09 R](#) - SozR 4-2600 § 43 Nr. 16). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

Eine konkrete Verweisungstätigkeit müsste dem Kläger nur benannt werden, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG a.a.O.). Dies ist nicht der Fall. Beim Kläger liegen zwar mehrere qualitative Leistungseinschränkungen vor, diese sind jedoch nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Wegen der damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren soll etwa jegliche Belastung durch Heben, Tragen oder Bewegen von schwereren Lasten von vornherein vermieden oder zumindest stark eingeschränkt sein. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können - unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände - beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - SozR 4-2600 § 43 Nr. 18 m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen ist beim Kläger auch nur ansatzweise vorhanden.

2. Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit haben nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) bei Erfüllung der

sonstigen Voraussetzungen bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Art. 1 Nr. 61 RV-Altergrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)) auch Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind. Berufsunfähig sind nach [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach dem die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs unter besonderen Anforderung ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Der Kläger ist nicht berufsunfähig.

Ausgangspunkt der Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist der bisherige Beruf. Bisheriger Beruf im Sinne des [§ 240 SGB VI](#) ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG in der Regel die letzte, nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit (z.B. BSG, Urteil vom 29. März 1994 - [13 RJ 35/93](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#); Urteil vom 18. Februar 1998 - [B 5 RJ 34/97 R](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 61](#); Urteil vom 20. Juli 2005 - [B 13 RJ 19/04 R](#) - in juris). Nach diesen Grundsätzen ist bisheriger Beruf des Klägers seine zuletzt bis März 2006 ausgeübte Tätigkeit als Maschinenbediener, bei der er nach seinen Angaben gegenüber den Sachverständigen Leiterplatten bestückte.

Selbst wenn der Kläger diese bis März 2006 ausgeübte Tätigkeit nicht mehr verrichten kann, ist er nicht berufsunfähig. Denn er kann zumutbar auf alle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorkommenden Tätigkeiten verwiesen werden.

Die soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit richtet sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufs. Zur Erleichterung dieser Beurteilung hat die Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. Urteil vom 29. März 1994 - [13 RJ 35/93](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#); Urteil vom 25. Juli 2001 - [B 8 KN 14/00 R](#) - [SozR 3-2600 § 43 Nr. 26](#)) die Berufe der Versicherten in Gruppen eingeteilt. Diese Berufsgruppen sind ausgehend von der Bedeutung, die Dauer und Umfang der Ausbildung für die Qualität eines Berufs haben, gebildet worden. Entsprechend diesem so genannten Mehrstufenschema werden die Arbeiterberufe durch Gruppen mit den Leitberufen des Facharbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hoch qualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters (anerkannter Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren), des angelernten Arbeiters (sonstiger Ausbildungsberuf mit einer Regelausbildungszeit von drei Monaten bis zu zwei Jahren) und des ungelernten Arbeiters charakterisiert. Innerhalb der Gruppe der angelernten Arbeiter differenziert das BSG nochmals hinsichtlich der Versicherten, die der oberen und unteren Gruppe der Angelernten angehören. Dem unteren Bereich sind alle Tätigkeiten mit einer regelmäßigen, auch betrieblichen Ausbildungs- und Anlernzeit von drei bis zwölf Monaten und dem oberen Bereich dementsprechend die Tätigkeiten mit einer Ausbildungs- oder Anlernzeit von über zwölf bis zu 24 Monaten zuzuordnen (BSG, Urteil vom 29. März 1994 - [13 RJ 35/93](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#)). Die Einordnung eines bestimmten Berufs in dieses Mehrstufenschema erfolgt aber nicht ausschließlich nach der Dauer der absolvierten förmlichen Berufsausbildung. Ausschlaggebend hierfür ist vielmehr allein die Qualität der verrichteten Arbeit, d.h. der aus einer Mehrzahl von Faktoren zu ermittelnde Wert der Arbeit für den Betrieb. Es kommt auf das Gesamtbild an. Eine Verweisung kann nur auf einen Beruf derselben qualitativen Stufe oder der nächst niedrigeren erfolgen (BSG, Urteil vom 29. Juli 2004 - [B 4 RA 5/04 R](#) - in juris).

Die bis März 2006 ausgeübte Tätigkeit des Klägers als Maschinenbediener war allenfalls eine angelernte Tätigkeit im unteren Bereich. Denn der Kläger absolvierte keine Berufsausbildung, auch nicht für diese Tätigkeit. Die einzelnen von ihm zu verrichtenden Tätigkeiten konnte er nach Einweisung und Einarbeitung, die deutlich unter zwölf Monaten lag, vornehmen. Gegenteiliges hat der Kläger zu keinem Zeitpunkt behauptet und die vorliegenden Akten geben hierfür keine Anhaltspunkte.

Da der Kläger allenfalls zum unteren Bereich der angelernten Arbeiter gehört, kann er grundsätzlich auf alle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorkommenden Tätigkeiten verwiesen werden. Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist in diesen Fällen regelmäßig nicht erforderlich, weil auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung steht, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist (z.B. BSG, Urteil vom 14. September 1995 - [5 RJ 50/94](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#)).

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-01-25