

L 4 R 4328/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 2784/10
Datum
05.09.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 4328/11
Datum
14.08.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 5. September 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung anstelle einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 1. August 2009.

Der am 1952 geborene Kläger erlernte vom 1. September 1967 bis 31. Juli 1970 den Beruf des Druckers und war als solcher unterbrochen durch kurze Zeiten des Bezugs von Sozialleistungen und nachdem er zuletzt seine Arbeitszeit auf 75 vom Hundert (v.H.) reduziert hatte, bis 16. Juni 2009 versicherungspflichtig beschäftigt. Nach Beendigung der Lohnfortzahlung bezog er in der Zeit vom 29. Juli 2009 bis zumindest 12. April 2010 Krankengeld und nach seinen Angaben vom 15. Dezember 2010 bis 13. Dezember 2012 Arbeitslosengeld.

Nach der am 18. Juni 2009 erfolgten Implantation einer zementfreien Hüft-Totalendoprothese (TEP) rechts wegen Coxarthrose führte der Kläger auf seinen Antrag vom 24. Juni 2009 vom 1. bis 22. Juli 2009 eine Anschlussheilbehandlung in den Kliniken H. in B. M. durch, aus der er arbeitsunfähig entlassen wurde. Im Entlassungsbericht vom 12. August 2009 diagnostizierte Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Reha-Medizin Dr. V. die Implantation einer zementfreien Hüft-TEP rechts wegen Coxarthrose, eine beginnende Coxarthrose links, rezidivierende Cervicocephalgien bei degenerativen Halswirbelsäulen (HWS)-Veränderungen, rezidivierende Kreuzschmerzen bei degenerativen Lendenwirbelsäulen (LWS)-Veränderungen und eine arterielle Hypertonie. Die letzte Tätigkeit als Drucker könne nur noch unter drei Stunden täglich ausgeübt werden. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit überwiegend im Sitzen (Anteil etwa 50 bis 60 v.H.) ohne mittelschweres und schweres Heben und Tragen von Gegenständen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Anmarschwege auf unebenem Gelände und Tätigkeiten in gebückter Körperhaltung sowie im Hocksitz bestehe ein Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr. Die Wegefähigkeit des Klägers sei erhalten.

Am 3. Februar 2010 beantragte der Kläger die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Er fügte dem Antrag neben dem Reha-Entlassungsbericht des Dr. V. vom 12. August 2009 u.a. Unterlagen des Hals-Nasen-Ohrenarztes Dr. Z. aus den Jahren 2009 und 2010 über ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Arztbriefe über am 29. Mai 2002 und 15. September 2009 gefertigte Kernspintomographien der Kniegelenke und eine am 2. Dezember 2008 gefertigte Kernspintomographie der HWS sowie des Orthopäden Dr. D. vom 18. November 2008 und 19. März 2009 und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 11. Mai 2007 (Diagnose: Ulnarisrinnensyndrom rechts bei degenerativer Ellenbogengelenkerkrankung und ohnehin vorliegender beidseitiger Medianusenge links stärker als rechts) bei. Die Beklagte hörte hierzu Dr. M., der in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 19. März 2010 Hüftarthrose beidseits, Juni 2009 TEP rechts; Kniearthrose beidseits, erhaltene Beweglichkeit, erhaltene Wegefähigkeit; degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Wirbelgleiten L5/S1, Cervical- und Lumbalbeschwerden mit Ausstrahlungen ohne neuromuskuläres Defizit; Ellenbogenarthrose rechts mit Bewegungseinschränkung; Hypertonie, Übergewicht, Erhöhung von Blutfetten und Harnsäure; lageabhängiges Schlaf-Apnoe-Syndrom, durch Liegetechnik zu bessern und ein Ulnarisrinnensyndrom beidseits, Erstdiagnose 2007 diagnostizierte. Seit dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme am 22. Juli 2009 könne der Kläger seine bisherige Tätigkeit als Drucker nur noch unter drei Stunden täglich verrichten, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Sitzen und zeitweise im Stehen und Gehen, ohne häufiges Heben, Tragen von Lasten, längere Wirbelsäulenzwangshaltungen, häufiges Bücken und häufige Überkopfarbeiten seien dem Kläger noch sechs Stunden und mehr möglich. Mit Bescheid vom 29. März 2010 gewährte die Beklagte, die den am 24. Juni 2009 gestellten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als Rentenanspruch umdeutete, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit für die Zeit vom

1. August 2009 bis längstens 28. Februar 2018. Rente wegen voller Erwerbsminderung lehnte sie ab.

Wegen der Ablehnung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung erhob der Kläger Widerspruch. Zur Begründung trug er vor, er sei unter den üblichen Bedingungen nicht mehr in der Lage, vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch nur leichten Tätigkeiten nachzugehen. Die Beklagte hörte hierzu noch einmal Dr. M., der an seiner ursprünglichen Leistungsbeurteilung festhielt (Stellungnahme vom 21. April 2010). Ergänzend legte der Kläger den Entlassbrief des Facharztes für Orthopädie, Facharzt für Physikalische und Reha-Medizin, Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und des Interdisziplinären Schmerzzentrums der Fachklinik E. Dr. K. vom 7. April 2010 über die akut-stationäre Behandlung in der Zeit vom 11. bis 25. März 2010 (Diagnosen Cervicobrachial-Syndrom bei multietageren degenerativen Veränderungen, Spannungskopfschmerz mit migränoiden Anteilen, cervicogen getriggert, degenerative Lumboischialgie Olisthese L5/S1, Gonarthrose, beidseitige Coxarthrose, Zustand nach Hüft-TEP rechts Juni 2009, Tinnitus links, arterielle Hypertonie, Schlaf-Apnoe-Syndrom, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, mittelgradige depressive Episode; insgesamt gute Schmerzbesserung, vor allem der HWS, LWS noch belastungsabhängig (Laufen) schmerzhaft; Entlassung als arbeitsunfähig für weitere 14 Tage (Medikamentenumstellung); mittel- bis langfristig zuletzt ausgeübte Tätigkeit nur bedingt leidensgerecht, um die Leistungsfähigkeit langfristig zu erhalten seien Tätigkeiten mit schwerem Heben, Tragen, Bücken, Wirbelsäulenzwangshaltungen, Exposition gegenüber Nässe, Kälte, Zugluft sowie Erschütterungen im Bereich des Achsenskeletts zu vermeiden) vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Juli 2010 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch zurück. Der Sozialmedizinische Dienst habe sämtliche Unterlagen überprüft und komme nach Würdigung aller Umstände zu dem Ergebnis, dass dem Kläger, auch unter Berücksichtigung der festgestellten Erkrankungen oder Behinderungen, leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten (ohne mechanische Hilfsmittel), ohne längere Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne häufiges Bücken und ohne häufige Überkopfarbeiten mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien. Die Beurteilung dieses Leistungsvermögens durch den Sozialmedizinischen Dienst sei für ihn, den Widerspruchsausschuss, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb er sich dieser anschließe. Ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bestehe daher nicht.

Der Kläger erhob am 9. August 2010 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG). Er trug vor, er sei nicht mehr in der Lage, vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Er fügte den genannten Entlassbrief des Dr. K. vom 7. April 2010 und den Arztbrief des Dr. D. vom 21. September 2010 (Diagnose: Aktivierte Ellenbogengelenksarthrose rechts) bei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie verwies auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und legte die Stellungnahme von Obermedizinalrat Fischer vom 20. Januar 2011 vor, der die Auffassung vertrat, dass bei zusammenfassender Bewertung aller vorliegenden Befunde, insbesondere auch der vom SG eingeholten sachverständigen Zeugenauskünfte (hierzu im Folgenden) es bei der bisherigen sozialmedizinischen Beurteilung verbleibe.

Das SG hörte die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Allgemeinarzt und Chirurg Dr. U. führte aus (Auskunft vom 15. November 2010), dass der Kläger im Wesentlichen unter den im Entlassbrief des Dr. K. vom 7. April 2010 genannten Diagnosen leide. Aufgrund der massiven Schmerzen sei eine multimodale Schmerzbehandlung eingeleitet worden. Die Symptomatik habe sich zusätzlich durch ein Schlaf-Apnoe-Syndrom verschlechtert. Er fügte u.a. den Entlassbrief des Dr. S., Chefarzt des O.-klinikums, Medizinische Klinik II, Angiologie und Kardiologie vom 6. Februar 2009 über den stationären Aufenthalt des Klägers vom 4. bis 6. Februar 2009 (Diagnosen: Unklare Thoraxbeschwerden, am ehesten muskuloskelettaler Genese; Verdacht auf Herzrhythmusstörung; CRF [Corticotropin releasing factor]; Arterielle Hypertonie, Adipositas; chronische HWS-Problematik; Zustand nach Sinus pilonidalis vor ca. 27 Jahren; Zustand nach Meniskusoperation beidseits) und die Arztbriefe des Dr. S. vom 1. März 2010 und 2. Juni 2010 (Diagnose zuletzt: chronisch algogenes Psychosyndrom mit depressiver Symptomatik bei hartnäckig vertebrogen getriggertem Schmerz), des Orthopäden, Unfallchirurgen Dr. W. vom 7. Oktober 2009 und 28. April 2010 (zuletzt: Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich mit stattgehabter Schmerztherapie März 2010), des Chirurgen B. vom 26. Oktober 2009 (Diagnose Chondromalazie femoropatellar beidseits, Zustand nach Hüft-TEP rechts), des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 2. Februar 2010 (Diagnose: chronisches Schmerzsyndrom, degenerative Veränderungen der HWS von C4 bis C7 sowie der LWS, Polyarthrosen Ellenbogen und Kniegelenk rechts, Zustand nach Hüftgelenks-TEP rechts Juni 2009, Schlaf-Apnoe-Syndrom), der Urologischen Gemeinschaftspraxis Dr. A.-A./S. T. vom 8. Februar 2010 (Diagnose: Beschwerden beim Wasserlassen eher vertebrogen bedingt) und der Internistin Dr. Ku. vom 13. Februar 2009 (Diagnosen: Kein Nachweis einer Herzerkrankung, supraventrikuläre Extrasystolie, arterielle Hypertonie, chronisches HWS-Syndrom, HWS-Osteochondrose, Zustand nach Sinus pilonidalis Operation 1980, Zustand nach Meniskusoperation beidseits) bei. Dr. Z. teilte unter dem 14. November 2010 mit, dass er den Kläger zuletzt am 25. Januar 2010 behandelt habe. Die Therapie des Schlaf-Apnoe-Syndroms mit Verhinderung der Rückenlage habe eindeutig einen therapeutischen Erfolg gezeigt, die Apnoe-Phasen hätten komplett beseitigt werden können. Am 9. Oktober 2008 habe der HNO-Arzt Pä. den Verdacht auf einen sogenannten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel gestellt und ein entsprechendes Habituationstraining empfohlen. Wegen des Schwindels habe sich der Kläger im Anschluss daran nicht mehr vorgestellt. Er klage seither jedoch auch über ein Ohrgeräusch. Dr. D. gab unter dem 16. November 2010 an, dass beim Kläger Gesundheitsstörungen in beiden Hüft- und Kniegelenken, dem rechten Ellenbogen und der gesamten Wirbelsäule, besonders der HWS und der LWS, vorlägen. Seit September 2009 sei seitens der Wirbelsäulenproblematik eine deutliche Verschlechterung der Schmerzsymptomatik aufgetreten. Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Ne. verwies in seiner beim SG am 15. Dezember 2010 eingegangenen Auskunft insbesondere auf den Entlassbrief des Dr. K. vom 7. April 2010 und teilte mit, dass er den Kläger vom 23. November 2009 bis 24. Februar 2010 behandelt habe.

Das SG erhob von Amts wegen das orthopädische Gutachten des Dr. Sc. vom 11. März 2011. Der Sachverständige diagnostizierte ein Cervicalsyndrom bei Osteochondrose mit Uncarthrose HWK 3 bis 7, eine Synovitis bei Ellenbogenarthrose rechts, eine Ischiolumbalgie bei linkskonvexer thorakolumbalen Torsionsskoliose mit Spondylolyse und Olisthese L5/S1 und Osteochondrose L1 bis L5, einen Zustand nach TEP rechte Hüfte und eine Synovitis bei Gonarthrose beider Knie. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des Achsenskeletts, der LWS, der HWS, der rechten Hüfte, des rechten Ellenbogens und beider Knie würden den Befund eines in Alter, Körpergröße, Gewicht und Konstitution vergleichbaren Patienten nicht wesentlich übersteigen. Es bestehe eine deutliche Funktionseinschränkung im Bereich des rechten Ellenbogens. Die festgestellten Gesundheitsstörungen wirkten sich auf die Leistungsfähigkeit des Klägers insofern aus, dass bereits Berufsunfähigkeit konstatiert worden sei. Leichte körperliche Arbeiten seien dem Kläger aber noch mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Die Gehfähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Mit Gerichtsbescheid vom 5. September 2011 wies das SG die Klage ab. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere den überzeugenden Feststellungen von Dr. Sc. in seinem Gutachten vom 11. März 2011, stehe für die Kammer fest, dass der Kläger noch in der

Lage sei, sechs Stunden am Tag zumindest leichte Tätigkeiten unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen auszuüben. Er sei damit weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne von § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Die Leistungseinschätzung, wonach mittelschwere Arbeiten zu vermeiden seien, habe auch Dr. D. abgegeben. Eine andere Einschätzung ergebe sich nach erfolgreicher Behandlung auch nicht wegen der Beschwerden von Seiten des Schlaf-Apnoe-Syndroms. Im Übrigen liege weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor und insbesondere bestehe auch keine Einschränkung der Wegefähigkeit.

Gegen den seinen Bevollmächtigten am 9. September 2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 5. Oktober 2011 Berufung eingelegt. Er ist weiter der Auffassung, dass er aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht in der Lage sei, vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Er leide unter ganz erheblichen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, sodass er teilweise nur noch mit Gehhilfen mobil sei. Aus dem vorgelegten - Bericht des Radiologen Dr. Re. vom 13. Oktober 2011 über die Magnetresonanztomographie (MRT) vom 12. Oktober 2011 gehe ein deutlich schlechterer Befund im Vergleich zum Gutachten des Dr. Sc. vom 11. März 2011 hervor. Ferner sei bei ihm eine beginnende diabetische Polyneuropathie diagnostiziert worden und er befinde sich in neurologischer Behandlung bei Dr. S. und wegen des Diabetes bei Dr. U ... Der Umfang seiner internistischen und neurologischen Leistungseinschränkungen sowie der wechselseitige Zusammenhang auf orthopädischem, internistischem und neurologischem Fachgebiet sei bislang nicht aufgeklärt. Orthopäde Dr. B., Leiter der Orthopädischen Ambulanz, B.-Krankenhaus U., habe in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2012 (hierzu im Folgenden) eine spontane und akute Belastungssituation in Form des extremen Bluthochdrucks, der notfallmäßig habe behandelt werden müssen, geschildert. Um genau solche Fälle handle es sich bei den bei ihm vorliegenden Leistungseinschränkungen. Mit extremen Blutdruckschwankungen fingen bei ihm die Herzrhythmusstörungen an. Mit solchen spontan auftretenden, nicht kontrollierbaren Ausfällen sei er nicht einsetzbar auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Zur Untermauerung seines Vortrags hat er folgende Arztbriefe, Entlassbriefe und ein Protokoll vorgelegt: • des Radiologen Dr. Re. vom 13. Oktober 2011 über ein MRT der HWS vom Vortag, wonach nach wie vor die in etwa konstante Osteochondrose C5/6 sowie C6/7 im Vordergrund stehe und eine anlagebedingte relative knöcherne Enge des cervicalen Spinalkanals vorliege, die Bandscheibenprotrusion C4/5 deutlich zugenommen und sich zu einem kleinen Bandscheibenvorfall entwickelt habe und die relativen bis höhergradigen sekundären neuroforaminalen Stenosen C5/6 und C6/7 leicht zugenommen hätten, • des Prof. Dr. Fe., Ärztlicher Direktor des S.-Klinikums K.-L. und Chefarzt des Zentrums für Neurologie und Frührehabilitation, vom 26. Januar 2012 über seinen stationären Aufenthalt vom 25. bis 31. Januar 2012 (Diagnosen: Gangstörung mit Schwindel; benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des rechten hinteren Bogenganges; multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS; chronische Kopfschmerzen; Depression; Carpal-tunnelsyndrom rechts stärker als links; Schlaf-Apnoe-Syndrom; Hüft-TEP Juni 2009 und arterielle Hypertonie; Beurteilung: Verdachtsdiagnose einer cervicalen Myelopathie als Ursache für die Gangunsicherheit werde nicht aufrechterhalten; Hinweise für eine Polyneuropathie als weitere mögliche Ursache der Gangstörung hätten sich weder klinisch noch elektrophysiologisch gefunden; die erweiterte Schwindelabklärung u.a. mittels Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße zeige auch in der Funktionsprüfung keinen Hinweis auf Stenosen), • Protokoll seiner Beschwerden für die Zeit vom 19. April bis 28. Mai 2012, das er auf Rat des HNO-Arztes M. gefertigt habe, • des Internisten und Kardiologen Dr. Ku. vom 5. Juli 2012, wonach sich keine Hinweise für das Vorliegen einer organischen Herzerkrankung ergäben und eine weitere kardiologische Diagnostik derzeit nicht notwendig sei, • des Internisten und Arztes für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. Bez. vom 8. Oktober 2012 (Zusammenfassung: bronchopulmonaler Befund regelrecht), • der Dr. Ku. vom 17. Oktober 2012 (Diagnosen: Dyspnoe unklarer Genese, thorakale Beschwerden unklarer Genese, arterielle Hypertonie, Schwindel, chronisches HWS-Syndrom, HWS-Osteochondrose, Zustand nach Sinus pilonidalis Operation etwa 1980, Zustand nach Meniskusoperation beidseits, weiterführende Diagnostik mittels Myokardszintigraphie veranlasst); • den - unvollständigen - Arztbrief des Prof. Dr. S. vom 29. November 2012 über den stationären Aufenthalt vom 26. bis 29. November 2012 (Diagnosen: paroxysmales Vorhofflimmern, aktuell Tachyarrhythmia absoluta (TAA) mit spontaner Konversion in Sinusrhythmus, Myokardszintigraphie ohne Nachweis einer belastungsinduzierten Ischämie und CRF: arterielle Hypertonie, Adipositas und Diabetes mellitus Typ II), • des Dr. S. vom 31. Oktober 2012 (Beurteilung: klinisch wie neurographisch kein sicherer pathologischer Befund, Anamnese weise auf beginnende diabetische Polyneuropathie hin) und • den - unvollständigen - vorläufigen Entlassbrief des O.-Klinikums A. vom 5. Juli 2013 über den stationären Aufenthalt vom 1. bis 5. Juli 2013 (Diagnosen: Zustand nach paroxysmalen Vorhofflimmern 11/12, Ausschluss koronare Herzkrankheit durch Myokardszintigraphie 11/12, chronische HWS-Erkrankung; Zustand nach Sinus pilonidalis vor 30 Jahren, Zustand nach Meniskus-Operation beidseits, CRF: Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie; bei Entlassung beschwerdefrei).

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 5. September 2011 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 29. März 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Juli 2010 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. August 2009 Rente wegen voller Erwerbsminderung anstelle von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren erstinstanzlichen Vortrag und die Ausführungen im angefochtenen Gerichtsbescheid und hat die Stellungnahme des Obermedizinalrats Fischer vom 8. Januar 2013 vorgelegt, der das Leistungsvermögen wie bisher beurteilt und ergänzend darauf hinweist, dass ein Bedarf an betriebsunüblichen Bedingungen und auch die mangelnde Befähigung unter angemessenen Bedingungen einen potenziellen Arbeitsplatz erreichen zu können, beim Kläger nicht erkennbar seien.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat Dr. B. sein orthopädisches Gutachten vom 1. Oktober 2012 erstattet. Dr. B. hat ein Cervicalsyndrom bei Osteochondrose mit Uncarthrose HWK 3 bis 7, auch mit cervical überlagerten Kopfschmerzen, eher nur pseudoradikuläre Schmerzausstrahlungen in die Arme und eher nur geringe konzentrische Bewegungseinschränkung, eine Lumboischialgie bei bandscheibenbedingten degenerativen Veränderungen, in LWK 5/SWK 1 betont, mit muskulären Reizerscheinungen und mäßigen Bewegungseinschränkungen, eine Ellenbogenarthrose rechts mit deutlichen Bewegungseinschränkungen und nachvollziehbaren Belastungsschmerzen, ein vorbeschriebenes Carpal-tunnelsyndrom rechts stärker als links, aktuell klinisch ohne Symptome, einen Zustand nach Hüft-TEP der rechten Hüfte, Coxarthrose auch links, beiderseits ordentliche Hüftbeweglichkeit und belastbarkeit; eine Gonarthrose beider Kniegelenke mit berichteten Reizzuständen ohne Bewegungseinschränkungen, Instabilität und giving way, eine arterielle Hypertonie, bei der Untersuchung mit hypertensiver Krise mit Blutdruckwerten bis 240/140 mmHg, einen neu festgestellten Diabetes mellitus, eine

diabetische Polyneuropathie mit ausgeprägter Gang- und Standataxie mit ungerichteter Sturzneigung und hierdurch Notwendigkeit zur Benutzung einer Gehhilfe, einen benignen Lagerungsschwindel mit zusätzlich ausgeprägter Gang- und Standataxie, offensichtlich bei diabetischer Polyneuropathie, in diesem Rahmen auch ungerichtete Sturzneigung, ein beherrschbares Schlaf-Apnoe-Syndrom und eine Depression, aktuell eher nur leichtgradige Episode ohne gesonderte Leistungsbeeinträchtigung diagnostiziert. Aus Sicht des Bewegungsapparats seien zumindest noch leichte körperliche Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne die Einnahme längerwährender Zwangshaltungen für den Rumpf und die Wirbelsäule, keine Tätigkeiten mit Klettern und Steigen, auf Leitern oder Gerüsten und/oder unter Absturzgefahr, unter besonderem Zeitdruck, mit Nacht- oder Wechselschicht, an laufenden Maschinen, mit taktgebundenen Arbeiten und Akkord sowie unter ungünstigen Witterungsverhältnissen und ohne Arbeiten mit besonderen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen über sechs Stunden täglich möglich. Die Hypertonie sei bei der Untersuchung akut behandlungsbedürftig gewesen, die festgestellte Gangataxie sei schwerwiegend, diesbezüglich sei eine weitere neurologische Abklärung und Therapie erforderlich. Die Wegefähigkeit sei erhalten. Es könne eine einfache Wegstrecke von über 500 m mehrfach täglich unter Benutzung eines Gehstocks wegen der Gangataxie und der damit verbundenen Unsicherheiten zurückgelegt werden.

Dr. U. hat auf Nachfrage des Senats unter dem 17. Dezember 2012 auf die - beigelegten - Behandlungsdaten des Klägers und bezüglich der Gesundheitsstörungen des Klägers auf seine sachverständige Zeugenauskunft vom 15. November 2010 und die seit diesem Datum bei ihm eingegangenen Facharztbriefe verwiesen. Die Diabeteserkrankung sei seit dem 6. Oktober 2011 bekannt und werde medikamentös mit Metformin behandelt. Er hat u.a. Arztbriefe des Radiologen Dr. Sch. vom 24. Oktober 2011 über eine Kernspintomographie des Schädels, die mit Ausnahme von betonten Virchow'schen Räumen keine Auffälligkeiten ergeben hat, des Dr. D. vom 21. September 2010 und 24. Januar 2011 (Diagnosen zuletzt: chronisches LWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen, mediale Gonarthrose links, Zustand nach Hüft-TEP rechts), des HNO-Arzttes Mü. vom 19. Juni 2012 (Diagnose Neuropathia vestibularis, gutartiger Lagerungsschwindel) und vom 27. September 2012 (Diagnose Neuropathia vestibularis), des Dr. Ku. vom 26. November 2012 mit Beifügung der Myokardszintigraphie vom 20. November 2012 unter Belastung mit 150 Watt, wonach eine prognostisch relevante myokardiale Ischämie extrem unwahrscheinlich und eine weitergehende kardiologische Diagnostik derzeit nicht notwendig sei, und den vollständigen vorläufigen Entlassbrief des Prof. Dr. S. vom 29. November 2012 vorgelegt.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigelegte Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakten in beiden Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet. Mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 5. September 2011 hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Streitgegenständlich ist hier lediglich ein Anspruch des Klägers auf Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. August 2009 anstelle der ihm bewilligten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Die Ablehnung des Antrags auf Rente wegen voller Erwerbsminderung durch den Bescheid vom 29. März 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Juli 2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 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-Altersgrenzenanpassungsgesetz 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. August 2009 nicht voll erwerbsgemindert. Er kann Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Das steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der Gutachten des Orthopäden Dr. Sc. vom 11. März 2011 sowie des Dr. Bü. vom 1. Oktober 2012, des Entlassungsberichts des Dr. V. vom 12. August 2009 und aufgrund der nach den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. U. vom 15. November 2010 und 17. Dezember 2012, des Dr. Z. vom 14. November 2010 und des Dr. D. vom 16. November 2010 und der ausweislich der Arztbriefe der Internisten Dr. Ku. vom 13. Februar 2009, 5. Juli, 17. Oktober und 26. November 2012, des HNO-Arzttes Mü. vom 19. Juni und 27. September 2012, des Dr. Bezler vom 8. Oktober 2012 und des Dr. S. vom 31. Oktober 2012 sowie des Prof. Dr. Fe. vom 26. Januar 2012, des Prof. Dr. S. vom 29. November 2012 und der Ärzte des Ostalbklinikums vom 5. Juli 2013 erhobenen Befunde fest.

Der Kläger leidet an dauerhaften Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet. Bei ihm liegen Gesundheitsstörungen in Form eines Cervikalsyndroms, einer Lumboischialgie, eines Zustands nach TEP der rechten Hüfte, eine Coxarthrose auch links, eine Gonarthrose beider Kniegelenke, ein Carpaltunnelsyndrom und insbesondere auch eine Ellenbogenarthrose rechts vor. Dies folgt aus den in den Gutachten des Dr. Sc., des Dr. Bü., den Entlassbriefen des Dr. V., des Dr. K. sowie des Prof. Dr. Fe., den sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. D. vom 16. November 2010 und des Dr. U. vom 15. November 2010 und 17. Dezember 2012 im Wesentlichen übereinstimmend gestellten Diagnosen. Zudem leidet der Kläger unter einer Gangstörung mit Schwindel, die die Benutzung eines Gehstocks, wobei er allerdings bei der Untersuchung durch Dr. Bü. einen Walkingstock verwendete, erforderlich macht. Dies entnimmt der Senat dem Entlassbrief des Prof. Dr. Fe., dem Gutachten des Dr. Bü., dem Arztbrief des Dr. S. vom 31. Oktober 2012 und den Arztbriefen des Arztes Mü. vom 19. Juni und 27.

September 2012. Des Weiteren besteht beim Kläger eine arterielle Hypertonie ohne Nachweis einer Herzerkrankung, seit Oktober 2011 ein mit Metformin behandelter Diabetes mellitus, ein Tinnitus und eine Depression in Form einer leichtgradigen Episode. Dies stützt der Senat auf die Arztbriefe von Dr. Ku., Dr. Z., Dr. S. und Dr. S., die Entlassbriefe des Prof. Dr. Fe. und des Dr. V. sowie die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. U. und des Dr. Z. ... Außerdem leidet der Kläger an einer beginnenden Polyneuropathie. Eine ausgeprägte Polyneuropathie erachtet der Senat als nicht erwiesen, nachdem Prof. Dr. Fe. im Januar 2012 und Dr. S. im Oktober 2012 diesbezüglich weder klinisch noch neurographisch sichere Befunde fanden. Das Vorliegen einer Schmerzerkrankung vermag der Senat beim Kläger nicht (mehr) festzustellen. Zwar hat Dr. K. in seinem Entlassbrief vom 7. April 2010 und Dr. S. in seinen Arztbriefen vom 2. Februar 2010 und 31. Oktober 2013 beim Kläger eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert. Im Übrigen wird diese Diagnose von den Ärzten jedoch nicht gestellt. Dass die Erkrankung zumindest derzeit nicht vorliegt, ergibt sich für den Senat auch daraus, dass es keiner Schmerzbehandlung mehr bedarf. Dies folgt aus den Angaben des Klägers anlässlich des am 26. Juni 2012 durchgeführten Erörterungstermins, wonach eine Schmerzbehandlung nicht stattfindet, der Medikamentenliste des Dr. Bü. im Gutachten vom 1. Oktober 2012, die mit Ausnahme eines Entzündungshemmers keine Schmerzmittel aufführt, sowie der Medikamentenlisten in den Entlassbriefen des O.-Klinikums vom 29. November 2012 und 5. Juli 2013 und den Behandlungsdaten des Dr. U., wonach mit Ausnahme von Paracetamol im Februar 2012 seit Januar 2012 keine Schmerzmittel verschrieben wurden. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom konnte - wie der Senat der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Z. vom 14. November 2010 entnimmt - mit Verhinderung der Rückenlage erfolgreich behandelt werden.

Aus den beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats Leistungseinschränkungen qualitativer Art. Der Kläger kann aufgrund der auf orthopädischem Gebiet erhobenen Befunde nur noch leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen ohne mittelschweres und schweres Heben und Tragen von Gegenständen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, und/oder unter Absturzgefahr, Tätigkeiten in gebückter Körperhaltung, im Hocksitz sowie über Kopf und verbunden mit längeren Wirbelsäulenzwangshaltungen und häufigem Bücken sowie ohne Klettern und Steigen verrichten. Zu vermeiden sind auch die Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft sowie Erschütterungen im Bereich des Achsenskeletts. Die leichtgradige Depression steht Arbeiten mit Nacht- oder Wechselschicht, mit taktgebundenen Arbeiten und Akkord entgegen. Der Schwindel bedingt darüber hinaus den Ausschluss von Arbeiten mit besonderen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn und von Arbeiten an laufenden Maschinen. Solche verbieten sich auch aufgrund des Bluthochdrucks. Dies ergibt sich aus dem Entlassungsbericht des Dr. V. vom 12. August 2009, den Gutachten des Dr. Sc. vom 11. März 2011 und des Dr. Bü. vom 1. Oktober 2012 aber auch dem Entlassbrief des Dr. K. vom 7. April 2010.

Die beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats jedoch nicht zu einer 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. Auch dies folgt aus den Gutachten von Dr. Sc. und Dr. Bü. und den Entlassungsberichten des Dr. V. und des Dr. K. ...

Widerlegt wird diese Einschätzung insbesondere auch nicht durch den beim Kläger bestehenden Schwindel. Ein Lagerungsschwindel wurde vom Kläger erstmals im Oktober 2008 Dr. P. gegenüber beklagt, der den Verdacht auf einen sogenannten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel äußerte und dem Kläger ein entsprechendes Habituationstraining empfahl. Im Anschluss daran hat sich der Kläger bei Dr. P. nicht mehr vorgestellt. Auch HNO-Arzt M. geht von einem gutartigen Lagerungsschwindel aus und therapiert mit einem Medikament und einem Schwindeltraining nach Anleitung. Die Verdachtsdiagnose einer zervicalen Myelopathie wurde ausweislich des Entlassbriefs des Prof. Dr. Fe. nicht aufrecht erhalten, die erweiterte Schwindelabklärung u.a. mittels Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße zeigte auch in der Funktionsprüfung keinen Hinweis auf Stenosen. Über Stürze aufgrund des Schwindels wird nicht berichtet, solche gehen auch nicht aus dem Protokoll des Klägers über die Beschwerden in der Zeit vom 19. April bis 28. Mai 2012 hervor. Im Übrigen hält der Schwindel wiederum Bezug nehmend auf dieses Protokoll nur etwa zwei Minuten an und tritt nur bei bestimmten Bewegungen auf. Bestätigt wird dies auch durch den Entlassbrief des Dr. Fe., wonach der Schwindel intermittierend und nur bei bestimmten Bewegungen und Kopfdrehungen auftritt. Bei der Untersuchung durch Dr. Bü. war dem Kläger auch, wenn auch mit starken Unsicherheiten, ohne Sturz Ballen- und Hackengang möglich. Bei der Untersuchung durch Dr. S. am 29. Oktober 2012 war die Koordination des Klägers ebenfalls ohne Befund. Der Schwindel des Klägers ist damit nicht so ausgeprägt, dass ihm nicht mit den genannten qualitativen Einschränkungen ausreichend Rechnung getragen wird.

Das von Dr. Bü. beschriebene ataktische Gangbild des Klägers kann ebenfalls keine quantitative Leistungseinschränkung bedingen. Zum Einen ist insoweit zu beachten, dass dem Kläger auch bei der Untersuchung durch Dr. Bü. dennoch Ballen- und Hackengang zumindest mit Unsicherheiten gelang, zum Anderen wird ein ataktisches Gangbild aber im Übrigen von keinem der Ärzte beschrieben. Dr. Fe. beschreibt in seinem Entlassbrief vom 26. Januar 2012 keinen ataktischen Gang, sondern nur ein unsicheres Gangbild ohne spastisch-ataktische Komponente, und auch Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. berichtet in seinem Arztbrief vom 31. Oktober 2013 nicht über ein ataktisches Gangbild, mit Blick auf die neurologische Befunderhebung wird die Koordination von ihm als ohne krankheitswertigen Befund angegeben. Auch zuletzt anlässlich des stationären Aufenthalts im Ostalbklinikum im Juli 2013 war der Kläger nach dem vorläufigen Entlassbrief vom 5. Juli 2013 orientierend neurologisch unauffällig. Hieraus schließt der Senat, dass es sich bei der Begutachtung bei Dr. Bü. um eine Augenblicksaufnahme handelte, ein ataktisches Gangbild liegt nicht dauerhaft vor. Dem unsicheren Gangbild des Klägers kann mit der Benutzung eines Gehstocks und den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen begegnet werden.

Auch soweit bei der Begutachtung durch Dr. Bü. der Blutdruck entgleiste, vermag dies einer vollschichtigen Tätigkeit des Klägers mit den genannten Funktionseinschränkungen nicht entgegen zu stehen. Die im Anschluss daran erfolgte Abklärung dieses Ereignisses durch Dr. Ku. und Prof. Dr. S. auf internistischem Fachgebiet erbrachte keinen Hinweis für eine (organische) Herzerkrankung. Der Kläger konnte ohne pathologischen Befund bis 150 Watt belastet werden, ohne dass es zu einer Blutversorgungsstörung im Bereich des Herzens gekommen wäre. Auch zeigte sich eine normale Pumpfunktion im Bereich der linken Herzkammer. Die arterielle Hypertonie selbst ist und wird medikamentös behandelt. Soweit es in der Zukunft wieder zu einem Entgleisen des Blutdrucks kommen sollte, bedingt dies Arbeitsunfähigkeit. Dies führt heute jedoch noch nicht zu einer Erwerbsminderung der Gestalt, dass dem Kläger auch leichte Tätigkeiten nur noch unter sechs Stunden täglich möglich wären.

Das Vorhofflimmern, welches am 26. November 2012 und 1. Juli 2013 Aufnahmen des Klägers im O.-Klinikum in A. erforderlich gemacht hatte, ging jeweils wieder in einen normalen Sinusrhythmus über. Bei Entlassung am 5. Juli 2013 war der Kläger insoweit beschwerdefrei. Vorhofflimmern hat deshalb ebenfalls nur Arbeitsunfähigkeit, aber keine Erwerbsminderung zur Folge.

Dem Kläger fehlt ab 1. August 2009 auch nicht die erforderliche Gehfähigkeit. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 m zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Juli 1988 - [5/4a RJ 57/87](#) -, in juris). Wegefähigkeit setzt darüber hinausgehend auch voraus, dass solche Wege auch in noch zumutbarer Zeit bewältigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 - [13/5 RJ 73/90](#) -, in juris). Der Bereich des Zumutbaren wird nach Einschätzung des BSG dann verlassen, wenn der Gehbehinderte für 500 m mehr als das Doppelte dieser Zeit, also mehr als 20 Minuten, benötigt (vgl. BSG, a.a.O.; zum Ganzen siehe zuletzt auch BSG, Urteile vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 21/10 R](#) und [B 13 R 79/11 R](#) - beide in juris).

Anhand dieses Maßstabs ist aufgrund der von den Sachverständigen Dr. Sc. und Dr. Bü. aber auch den gehörten Ärzten erhobenen Befunde eine Einschränkung der Wegefähigkeit des Klägers nicht gegeben. Unter Zuhilfenahme eines Gehstocks sind dem Kläger solche Gehstrecken möglich. Dr. V., Dr. Sc. und Dr. Bü. haben die Wegefähigkeit des Klägers auch jeweils bejaht.

Bei dieser Sachlage sieht sich der Senat zu weiteren Ermittlungen zum medizinischen Sachverhalt nicht gedrängt, sodass ein weiteres medizinisches Sachverständigengutachten nicht von Amts wegen einzuholen war. Der Sachverhalt ist auch mit Blick auf die hypertensive Krise bei der Begutachtung durch Dr. Bü., das von Dr. Bü. beschriebene ataktische Gangbild, die Polyneuropathie und den Diabetes mellitus gestützt auf die Arztbriefe der Drs. Ku. vom 17. Oktober und 26. November 2012 und das Ergebnis der am 20. November 2012 angefertigten Myokardszintigraphie und die Arztbriefe des Dr. S. vom 31. Oktober 2012 sowie des Dr. Be. vom 8. Oktober 2012 und darüber hinaus auch durch die vorläufigen Entlassbriefe des Ostalbklinikums vom 29. November 2012 und 5. Juli 2013 geklärt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-08-30