L 4 R 2839/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 3680/08
Datum
11.05.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 2839/10
Datum
06.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11. Mai 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 1954 geborene Kläger ist griechischer Staatsangehöriger und hält sich seit 1968 in der Bundesrepublik Deutschland auf. Nach seinen eigenen Angaben hat er keinen Beruf erlernt und war von 1968 bis zu seiner Arbeitsunfähigkeit im Jahre 1994 unterbrochen durch den Militärdienst in Griechenland sowie Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit als Lackierereiarbeiter und zuletzt als Pförtner oder Mitarbeiter in einer Putzkolonne (die Angaben hierzu sind nicht klar) versicherungspflichtig beschäftigt. Seit dem 12. November 2007 ist der Kläger arbeitsunfähig erkrankt. Zuletzt bezog der Kläger ab 24. Dezember 2007 Krankengeld. Mit Bescheid des Versorgungsamts Stuttgart vom 29. April 2008 wurde beim Kläger ein Grad der Behinderung in Höhe von 80 seit 28. November 2007 anerkannt.

Erstmals beantragte der Kläger am 7. Juni 1994 die Gewährung einer Rente wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit. Nach erfolgloser Durchführung eines Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahrens wies das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit Beschluss vom 10. Januar 2001 (L 9 RJ 132/00) die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart (SG) vom 24. November 1999 (S 9 RJ 571/96) zurück.

Am 26. Februar 2002 beantragte der Kläger erneut die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Nach Durchführung eines Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens nahm der Kläger die Klage des vor dem SG geführten Verfahrens (S 5 RJ 5050/02) zurück.

Zuletzt stellte der Kläger am 5. November 2007 einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Unter Vorlage ärztlicher Befundberichte des ihn behandelnden Orthopäden Dr. H. (vom 5. Dezember 2007) und des Internisten Dr. I. (vom 23. November 2007) machte er geltend, keiner Beschäftigung mehr nachgehen zu können. Dieser Zustand bestehe seit 5. November 2007. Dr. H. führte aus, der Kläger stehe seit Jahren in seiner Behandlung. Er leide an einem chronischen rezidivierenden Wirbelsäulensyndrom der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Es komme immer wieder zu erheblichen Beschwerden, die zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität führten. Bedingt durch die erhebliche Schmerzsymptomatik sei eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Dr. I. legte dar, beim Kläger bestehe ein chronisch-rezidivierendes Lumbalschmerzsyndrom mit Ischialgie beidseits. Seine Mobilität sei stark eingeschränkt, weswegen er intermittierend auf Hilfsmittel (Krücken) angewiesen sei. Es bestehe eine Gangstörung und eine Körperfehlhaltung. Des Weiteren leide der Kläger an einer depressiven Verstimmung. Ferner bestehe auch eine psychovegetative Störung, ein Vertigo, Polyarthralgien und Cephalgien sowie eine Schlafstörung. Als Therapie werde gelegentlich Morphium eingesetzt. Rehabilitationsmaßnahmen hätten nur passageren Erfolg gezeigt. Es werde eine kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung mit allerdings sehr geringem Erfolg durchgeführt.

Die Beklagte veranlasste eine Untersuchung und Begutachtung des Klägers in der ärztlichen Untersuchungsstelle Stuttgart. Der Chirurg-Unfallchirurg und Sozialmediziner Dr. N. führte in seinem Gutachten vom 4. Januar 2008 aus, der Kläger leide an einer vorbekannten Hals- und Lendenwirbelsäulen-Verschleißveränderung, die segmental die Altersnorm überstiegen. Die Beschwerden würden maßgeblich überlagert durch funktionelle Ausgestaltung und Veränderungen auf dem nervenärztlichen Fachgebiet, so dass nur eine eingeschränkte Untersuchbarkeit möglich sei. Ferner leide der Kläger an einer initialen Coxarthrose rechts, Spreizfußbildung beidseits, initial degenerativen

femoropatellaren Veränderungen beider Kniegelenke und Krampfaderbildungen beidseits an den unteren Extremitäten. Zudem führte der Gutachter aus, der Kläger habe im Rahmen der Untersuchungssituation demonstratives Geh- und Stehverhalten gezeigt und im Sitzen und Stehen über Schwindel geklagt, den er nicht näher habe präzisieren können. Er habe Hilfeeinsatz durch seine Ehefrau gefordert und auch genutzt, die wiederum bereitwillig und überfürsorglich aufgetreten sei. Aufgrund der seitengleich ausgeprägten Muskulatur und der ansonsten guten und kräftigen Muskulatur des Körpers sei nicht davon auszugehen, dass der Kläger, wie von ihm selbst vorgetragen, über viele Stunden passiv im Stuhl sitzen bleibe, sondern in seinem Zuhause ein anderes Bewegungsverhalten zeige als während der Untersuchungssituation vorgetragen. Nicht erklärbar sei, was zu der im Untersuchungszeitpunkt bestehenden Arbeitsunfähigkeit konkret geführt habe. Im Ergebnis gelangte Dr. N. zu der Einschätzung, der Kläger sei in der Lage, leichte körperliche Wechseltätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig auszuüben. Vermieden werden sollten hierbei Arbeiten in einseitiger Wirbelsäulenbelastung und über Kopf sowie Tätigkeiten unter relevantem Vibrations-/Erschütterungseinfluss auf die Wirbelsäule. Seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Pförtner könne der Kläger damit weiterhin ausüben.

Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Dr. Hu. führte in seinem Gutachten vom 18. Januar 2008 aus, der Kläger leide zu den von Dr. N. ausgeführten orthopädischen Gesundheitsbeeinträchtigungen an einer Somatisierung mit angegebenen Spannungskopfschmerzen, somatoformen Schmerzangaben sowie einem Schwankschwindel und Vorbeiantworten. Bei eingeschränkten neurologischen Untersuchungsbedingungen habe sich kein Hinweis auf neurologische Ausfallerscheinungen ergeben. Der Kläger habe zudem über Stimmenhören und Bildersehen ohne Hinweis auf eine Psychose geklagt. Die komplette Untersuchungssituation sei von Aggravation geprägt gewesen. Im Ergebnis gelangte Dr. Hu. zu der Einschätzung, der Kläger könne sowohl seiner zuletzt ausgeübten Beschäftigung wie auch leichten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung der von Dr. N. formulierten qualitativen Leistungseinschränkungen sechs Stunden und mehr täglich nachgehen.

Mit Bescheid vom 1. Februar 2008 lehnte die Beklagte den Rentenantrag des Klägers ab. Der Kläger sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert und auch nicht berufsunfähig. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss ohne Durchführung weiterer Ermittlungen mit Widerspruchsbescheid vom 14. Mai 2008 zurück.

Der Kläger erhob am 21. Mai 2008 Klage vor dem SG. Zur Begründung trug er vor, die Beklagte habe die bei ihm vorhandenen Leistungsbeeinträchtigungen nicht in ausreichendem Umfang gewürdigt. Aus dem vorgelegten Befundbericht des Neurologen Dr. Ka. vom 9. April 2008 ergebe sich, dass er an einem chronisch-generalisierten vertebragenen Schmerzsyndrom bei multisegmentaler zevikaler Diskopathie auf der Grundlage schwerwiegender degenerativer Bandscheibenveränderung im Bereich L 4/5 und L 5/S 1 leide. Zur symptomatischen Behandlung seien infiltrierte Schmerzmittel seit November 2007 in der Intensität verdoppelt worden. Auch Dr. H. habe aufgrund der Schmerzsymptomatik eine Arbeitsfähigkeit verneint. Das Vorliegen massiver neurophysiologischer Regelabweichungen ergäbe sich auch aus dem radiologischen Bericht des Dr. Ka. vom 14. November 2008. Auch der Orthopäde Dr. L. (Befundbericht vom 23. Februar 2009; Diagnosen: chronische Lumboischialgie bei bekannten NPP L5/S 1 medio-lateral und Instabilität L5/S1, NPP S6/7 medio-lateral) bestätige eine dauerhafte Leistungsminderung. Neurologe und Psychiater Dr. Lan. schließe sich in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 26. November 2008 (hierzu im Folgenden) der Beurteilung des Leistungsvermögens durch die Beklagte ebenso wenig an wie der nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragte Sachverständige Dr. Sc. in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2009 sowie seiner ergänzenden Stellungnahme vom 1. Februar 2010 (hierzu im Folgenden). Beide hätten ihn nicht mehr für fähig gehalten, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder seinen zuletzt ausgeübten Beruf mehr als drei Stunden täglich auszuüben.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte Stellungnahmen der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J. vom 20. Januar 2009 und 24. März 2010 sowie des Obermedizinalrats Fi. vom 3. Dezember 2009 vor, die bei zusammenfassender Bewertung der eingeholten sachverständigen Zeugenauskünfte und der von Dr. He. und Dr. Sc. erstatteten Gutachten (hierzu im Folgenden) an der bisherigen Beurteilung der quantitativen Belastbarkeit im Berufsleben festhielten.

Das SG hörte die den Kläger behandelnden Ärzte Dr. H. und Dr. Lan. als sachverständige Zeugen. Dr. H. führte unter dem 28. Juli 2008 aus, der Kläger sei im Zeitraum von 1998 bis Februar 2008 von ihm behandelt worden. Die Behandlung sei beendet worden, nachdem der Kläger ihn als Nazi und die Bundesrepublik Deutschland als Nazi-Staat beschimpft habe. Nach Ablehnung seiner Rente habe der Kläger in der Praxis herum gewütet; eine weitere Behandlung sei daher nicht möglich gewesen. Der Kläger leide an einem Schmerzsyndrom im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule mit erheblicher Agitiertheit. Er habe berichtet, am 4. Februar 2008 einen Wutanfall bekommen und ein Messer nach seiner Frau geworfen zu haben, das glücklicherweise in der Wand stecken geblieben sei. Eine Beurteilung der Fragen sei ihm, da er nicht unvoreingenommen dem Patienten gegenüber sei, nicht ordnungsgemäß möglich. Letztlich halte er eine psychiatrische Behandlung für dringend erforderlich. Der Kläger stelle für andere eine gewisse Gefahr dar, die Aggressivität sei eventuell durch ein divergierendes Selbstverständnis bedingt. Der Kläger fühle sich missverstanden, fehlbehandelt und halte sich selbst für erwerbsunfähig. Der Schwerpunkt der beruflichen Einschränkung sei im orthopädischen und psychiatrischen Gebiet angesiedelt. Dr. Lan. legte in seiner Stellungnahme vom 26. November 2008 dar, der Kläger werde seit dem 27. September 2007 von ihm betreut. Anlass hierfür sei damals eine schwere depressive Episode mit einer affektiven Herabstimmung, Antriebsstörung, Vitalsymptomen, neuropsychologischen Defiziten und einem sozialen Rückzug gewesen. Ferner habe der Kläger deutliche psychosomatische Krankheitserscheinungen wie Kopfschmerzen und eine durch die Depression verstärkte Schmerzsymptomatik aufgewiesen. Hinzu sei ein psychogener Schwindel gekommen. Die depressiv bedingten psychischen Veränderungen seien trotz intensiver Behandlungen so nachhaltig gestört, dass an eine geregelte berufliche Tätigkeit nicht zu denken sei. Das tägliche Arbeitsvolumen liege mindestens seit dem ersten Besuch in seiner Praxis unter drei Stunden.

Anschließend veranlasste das SG eine Untersuchung und Begutachtung des Klägers durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Suchttherapie, Dr. He ... In seinem Gutachten vom 18. April 2009 führte dieser aus, auf neurologischem Fachgebiet bestünden beim Kläger degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, die vorwiegend das orthopädische Fachgebiet beträfen. Neurologische Ausfallerscheinungen wie Paresen, Arthropathien oder auf eine umschriebene Nervenwurzel beziehbare überdauernde Sensibilitätsstörungen ließen sich nicht nachweisen. Die vom Kläger beklagte Anästhesie des gesamten Körpers mit Ausnahme des Kopfes lasse sich nicht auf eine umschriebene Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems beziehen. Funktionelle Bedeutung komme ihr nicht zu. Auf psychiatrischem Fachgebiet lasse sich eine definitive Diagnose nicht stellen. Nicht völlig auszuschließen sei, dass im Kern eine somatoforme Störung vorliege, bei der sich die beklagten körperlichen Beschwerden durch die vorliegenden Grunderkrankungen nicht ausreichend erklären ließen. Die Symptomatik sei jedoch derart durch bewusstseinsnah demonstrative Verhaltensweisen geprägt, dass sich diese Diagnose nicht definitiv habe stellen lassen. Ebenfalls habe sich eine dissoziative Störung, bei der

sich die Symptome einer unmittelbaren willentlichen Kontrolle entziehen, nicht nachweisen lassen. Keine Anhaltspunkte hätten sich für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung ergeben. Die Stimmungslage sei indifferent und nicht im engeren Sinn gedrückt gewesen. Zeitweilig habe der Kläger unwillig und gereizt gewirkt. Außerhalb der eigentlichen Untersuchungssituation habe der Kläger im Wartebereich geschrien, wobei sich eine dies erklärende psychiatrische Erkrankung nicht habe feststellen lassen. Auch die Kriterien für das Vorliegen einer Angsterkrankung seien nicht erfüllt worden. Dies gelte auch für das Vorliegen einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Ferner sei ein demenzieller Prozess nicht nachweisbar gewesen. Eine gezielte Prüfung des Gedächtnisses habe aufgrund der eingeschränkten Mitarbeit nicht erfolgen können, Störungen des Gedächtnisses seien jedoch nicht ersichtlich gewesen. Der Kläger könne sowohl seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pförtner als auch leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich ausüben. Aufgrund der vorliegenden degenerativen Veränderung der Wirbelsäule sollten schwere Lasten (über zehn kg) nicht gehoben oder getragen werden. Gleichförmige Körperhaltungen - wie Überkopfarbeiten - sollten vermieden werden. Günstig sei ein Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Arbeiten auf Leitern, häufiges Bücken oder häufiges Treppensteigen sollten nicht erfolgen. Ebenfalls seien Arbeiten in Kälte, unter Kälteeinfluss oder im Freien auszuschließen. Abschließend sei der Kläger in der Lage, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 m innerhalb von jeweils 20 Minuten zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz bestünden nicht. Auch seien zusätzliche Arbeitspausen aus nervenärztlicher Sicht nicht erforderlich.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG erstattete Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Psychotherapie Dr. Sc. am 3. Oktober 2009 ein weiteres nervenfachärztliches Gutachten. Der Kläger leide an einer depressiv-reizbaren Wesensänderung mit aggressiven Impulsdurchbrüchen, bei autoritär-dominanter Persönlichkeitsstörung (F60.3), einer toxischen Enzephalopathie (mittelschwere Form, Typ B [F06.6] nach Langzeit-Lösungsmittelexposition [T52.8]) sowie einer chronisch-therapieresistenten Schmerzkrankheit (bei ausgedehnten degenerativen Wirbelsäulenschäden: degenerative, multisegmentale Halswirbelsäulen-Veränderungen mit Protrusionen und Bandscheibenvorfall C6/7 [M50.1, M50.3], chronisch-rezidivierendes Wurzelreizsyndrom C7 und C8 beiderseits mit Muskel-Spasmen und segmentalen Paraesthesien [M50.1B], degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit multiplen Protrusionen und Bandscheibenvorfall L4/5 [M51.1, M51.3]; ferner bei chronischen Spannungskopfschmerzen, vertebragen verstärkt [G44.2], bei Periarthropathia humeroscapularis beiderseits [M75.0B], Coxarthrose rechts [M16.1R], Gonarthrose beiderseits [M17.0], chronisch rezidivierenden Gastritiden und sensomotorischer Polyneuropathie [G62.2V] nach Langzeit-Lösungsmittel-Exposition [T52.8]). Des Weiteren bestehe beim Kläger ein chronischer Tinnitus beiderseits (H93.1B), ein vertebragener Schwindel (H82/M50.1), ein chronisch-rezidivierendes Flimmerskotom beiderseits (H53.1B), eine arterielle Hypertonie (I10) sowie eine chronische Insomnie (G47.0). Danach sei der Kläger nicht mehr in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aufgrund der Schwere und Anzahl der Gesundheitsstörungen befinde sich der Kläger an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit. Ohne die intensive Versorgung durch seine Ehefrau sei er nicht mehr in der Lage, selbstständig in einer eigenen Wohnung zu leben. Er benötige bereits Hilfe bei der Körperpflege und sei nicht mehr in der Lage, selbstständig die Badewanne zu besteigen oder zu verlassen. Er könne nicht länger als 30 Minuten sitzen oder 15 Minuten stehen. Auch könne er sich nicht konzentrieren. Die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit sei erwerbsrelevant wesentlich gemindert. Auch kurze Erklärungen könnten nicht aufgenommen oder gespeichert werden. Es bestehe keinerlei Interesse oder Motivation, sich auf irgendeine Tätigkeit einzustellen. Hier wirkten sich zusätzlich Tagesmüdigkeit bei mittelschwerer Insomnie und Morphium-Medikation sowie Konzentrationsstörungen und vorzeitige Erschöpfbarkeit aus. Es bestünden erhebliche Gedächtnisstörungen, die testpsychologisch nachzuweisen seien. Auch wenn beim Kläger Verdeutlichungstendenzen unübersehbar seien, bestehe aus nervenfachärztlicher Sicht kein Zweifel am Vorliegen der Erkrankung und an der Stärke der Schmerzausprägung. Aufgrund der Gehbehinderung bei Versorgung mit zwei Unterarmgehstützen bei Gon- und Coxarthrose sowie zervikalem und lumbalem Bandscheibenvorfall sei die Wegefähigkeit wesentlich gemindert. Die Fähigkeit zur Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz läge angesichts der Schmerzerkrankung, der reizbaren Persönlichkeit, der depressiven Persönlichkeit, der depressiven Wesensänderung und der Impulskontrollstörung nicht mehr vor. Ergänzend führte Dr. Sc. unter dem 1. Februar 2010 aus, er halte auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Obermedizinalrats Fi. vom 3. Dezember 2009 an seiner bisherigen Beurteilung fest.

Mit Urteil vom 11. Mai 2010 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, auch nicht bei Berufsunfähigkeit. Der Kläger sei grundsätzlich in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts unter Beachtung gewisser qualitativer Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Seine Überzeugung stütze es (das SG) dabei auf die durchgeführten medizinischen Ermittlungen, insbesondere auf das nervenfachärztliche Gutachten des Dr. He ... Dieser habe auf neurologischem Fachgebiet degenerative Veränderungen der Wirbelsäule feststellen können. Eine definitive Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet sei nicht möglich gewesen. Der Sachverständige habe beim Kläger bewusstseinsnahe demonstrative Verhaltensweisen feststellen können. Beispielsweise habe sich der Kläger beim Entkleiden demonstrativ auf dem Boden fallen lassen. Insgesamt sei die Stimmungslage des Klägers indifferent, nicht im engeren Sinne gedrückt, zeitweilig unwillig und gereizt gewesen. Eine Störung des Antriebs habe nicht beobachtet werden können. Auch sei der Gedankengang des Klägers geordnet und nicht verlangsamt gewesen. Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten nicht beobachtet werden können. Demgegenüber habe es (das SG) sich der von Dr. Sc. abgegebenen Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens nicht anzuschließen vermocht. Dagegen spreche insbesondere auch die Tatsache, dass der im Widerspruchsverfahren tätige Gutachter Dr. Hu. die Leistungseinschätzung des Dr. He. teile. Der Kläger sei auch nicht berufsunfähig, denn er könne seine zuletzt ausgeübte versicherungspflichte Tätigkeit als Pförtner weiterhin ausüben. Hierbei handele es sich um eine leichte Tätigkeit, die dem positiven und negativen Leistungsbild des Klägers entspreche.

Gegen das am 4. Juni 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 17. Juni 2010 Berufung beim LSG eingelegt. Das SG habe die vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht in ausreichendem Umfang gewürdigt, insbesondere die Schwere seiner Beeinträchtigung im psychiatrischen Bereich verkannt. Dr. Sc. habe in seinem nervenfachärztlichen Gutachten unter anderem eine depressiv-reizbare Wesensänderung mit aggressiven Impulsdurchbrüchen bei autoritär-dominanter Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Bereits hierdurch sei er (der Kläger) in seiner Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Seine Gesundheitsstörungen seien derart ausgeprägt, dass selbst die Tätigkeit in einer beschützenden Einrichtung nicht mehr in Frage komme. Dem stehe auch das Gutachten des Dr. He. nicht entgegen. Auch dieser habe festgestellt, dass er (der Kläger) nicht offen aggressiv gewesen sei. Die fehlende Aggressivität sei jedoch unter anderem vor dem Hintergrund des tätlichen Angriffs auf die Ehefrau dringend zu bezweifeln. Zudem habe Dr. He. festgestellt, dass er (der Kläger) außerhalb der Untersuchungssituation im Wartebereich herumgeschrien habe. Nach dem Gutachten des Dr. Sc. spreche dieses Verhalten jedoch ganz offensichtlich für eine außerordentliche Reizbarkeit und damit für das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung. Im Übrigen ergebe sich auch aus der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Lan. ein psychiatrisches Krankheitsbild, das zu einer Einschränkung des

quantitativen Leistungsvermögens führe. Auch aufgrund der degenerativen Veränderung der Wirbelsäule sei er nicht mehr in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem Umfang von mindestens drei Stunden täglich zu erbringen. Die Tatsache, dass sein Restleistungsvermögen aufgehoben sei, ergebe sich auch aus der Bescheinigung des ihn behandelnden Dr. I. vom 19. Oktober 2010, wonach seine (des Klägers) Dauerberentung sehr notwendig und richtig sei. Eine Besserung des Allgemeinzustandes sei auch in Zukunft nicht zu erwarten. Er halte ihn für erwerbsunfähig. Ein aufgehobenes Leistungsvermögen ergebe sich auch aus der vorgelegten Stellungnahme des Dr. Ka. vom 16. November 2010. Danach leide er (der Kläger) an einem chronisch generalisierten vertebragenen Schmerzsyndrom, welches unter anderem mit Opioiden speziell schmerztherapeutisch behandelt werde. Von einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit sei auszugehen. Eine weitere Befundverschlechterung ergebe sich aus dem vorgelegten ärztlichen Attest vom 6. September 2011 von Dr. Ka ... Er werde schmerztherapeutisch mit Opioiden und steroidalen Antiphlogistika therapiert. Außerdem befinde er sich regelmäßig für CT-gesteuerte Infiltrationen an der Wirbelsäule mit Betäubungsmitteln und zum Teil auch mit Kortison im Lumbalsegment in seiner Behandlung. Sein Zustand sei desolat. Er sei schmerzbedingt kaum gehfähig, gehe an Unterarmgehstützen und trage dauerhaft eine lumbale Bandage zur Stützung des Halteapparates. Er sei in keinster Weise arbeitsfähig.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11. Mai 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 1. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Mai 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. November 2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren bisherigen Vortrag und die Ausführungen im angefochtenen Urteil.

Der Senat hat Dr. I. und Dr. Ka. als sachverständige Zeugen gehört. Dr. Ka. hat unter dem 21. August 2012 ausgeführt, seit August 2011 sei der Kläger in Abständen von mehrmals monatlich bis zu zwei- bis drei Monaten, zuletzt im Juli 2012, in seiner Behandlung gewesen. Der Kläger leide seither an einer massiven Diskopathie HW4/5 mit Spinalkanalstenose und Neuroforamenstenose beidseits, einer degenerativen Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenprotrusion und Osteochondrose lumbosakral sowie einem Bandscheibenvorfall LW4/5. Zudem liege bei ihm ein generalisiertes chronisches vertebragenes Schmerzsyndrom vor. Der Kläger sei seit Mai 1994 in seiner Behandlung. Seither habe sich dessen Zustand kontinuierlich verschlechtert. Zuletzt seien starke Opiate eingesetzt worden (Jurnista 32 mg). Es bestehe weiterhin ein generalisiertes Schmerzsyndrom die Wirbelsäule betreffend mit Ausstrahlung. Zuletzt hätten die Schmerzen lumbal stark zugenommen, weshalb der Kläger mehrfach bildgestützte Infiltrationen im Bereich der Lendenwirbelsäule erhalten habe. Auch das Zervikalsyndrom habe sich verstärkt. Ein starker Schwindel habe die Situation zuletzt aggraviert. Auch der Einsatz von Medikamenten wie Sulpirid gegen vertebragenen Schwindel habe die Symptomatik nicht rückbilden können. Als Nebenwirkung auf die Opiate habe sich ein vermehrtes Schwitzen ergeben. Durch die Infiltrationen an der Wirbelsäule könnten die Schmerzexazerbationen jeweils vorübergehend gelindert, jedoch nie vollständig beseitigt werden. Dr. I. hat unter dem 22. August 2012 mitgeteilt, an welchen Tagen er den Kläger zwischen Oktober 2010 und August 2012 behandelt habe. Der Kläger leide an einem Bandscheibenschaden, chronischen Schmerzen und einer Depression. Im Behandlungsverlauf habe sich eine zunehmende Verschlechterung der psychischen Situation und des körperlichen Zustands gezeigt, ebenso wie eine weitere Verschlechterung des Schmerzsyndroms.

Der Senat hat sodann das nervenfachärztliche Fachgutachten des Chefarztes der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Psychiatrischem Zentrum Nordbaden, Dr. Schw., vom 9. August 2013 erhoben. Dr. Schw. hat ausgeführt, dass in den nervenärztlichen Gutachten der zurückliegenden 18 Jahre konsequent Vortäuschungsverhaltensweisen aufgezeigt würden. Diese unauthentischen Beschwerdeangaben, instruktionswidrige Anstrengungsminderleistungen und Vortäuschungshandlungen hätten in der bei ihm stattgefunden Untersuchung ein solches Ausmaß angenommen, dass nach dem Klassifikationssystem ICD-10 als Verhaltensauffälligkeit eine bewusste Simulation (Vortäuschung einer Krankheit mit offensichtlicher Motivation - ICD-10 Z 76.5) festzustellen gewesen sei. Teile des Antwortverhaltens des Klägers hätten einem "Vorbeiantworten" entsprochen, wobei dieses Fehlverhalten instrumentellen Charakter habe, im Zusammenhang mit andern Vortäuschungshandlungen zu sehen sei und nicht einem krankhaften Prozess, etwa einer dissoziativen Störung zuzuordnen sei. Es sei nicht auszuschließen, dass bei dem Kläger tatsächlich auch somatoforme Symptombildungen vorlägen, die unter Umständen zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 54.4) oder einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) oder undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F. 45.1) zugeordnet werden könnten. Auch sei nicht grundsätzlich auszuschließen, dass eine spezifische Angststörung, etwa im Sinne einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F. 41.1) oder Panikstörung (ICD-10 F. 41.9) vorliege. Entsprechende Diagnosen hätten jedoch nicht mit der erforderlichen Sicherheit gestellt werden können, da es angesichts der gravierenden Vortäuschungshandlungen nicht möglich gewesen sei, etwaiges tatsächliches krankhaftes und krankheitswertes Geschehen von vorgetäuschtem Verhalten zu differenzieren. Unstrittig hingegen lägen beim Kläger verschiedene degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates vor, die durchaus auch schmerzbehaftet sein könnten. Das simulatorische Verhalten des Klägers diene der Einnahme einer Krankenrolle und damit verbundenen primären und sekundären Krankheitsgewinn. Neben der Entpflichtung von den Anforderungen des Arbeitslebens sei es dem Kläger erkennbar möglich, das Verhalten von Familienangehörigen zu manipulieren. Das erkennbare wohlmeinende unterstützend-protektive Verhalten, insbesondere der Ehefrau, verstärke diese Fehlverhaltensweisen. Auf psychiatrisch-psychotherapeutisch und mitbeurteilten neurologischen Fachgebiet seien keine Gesundheitsstörungen festzustellen, die zu einer Minderung der Ausdauerleistungsfähigkeit und somit zu einer quantitativen Leistungsminderung führen würden. Aus den nachgewiesen orthopädischen Leiden ergäben sich gewisse qualitative Leistungseinschränkungen, so dass grundsätzlich schwere körperliche Arbeiten (Heben und Tragen von Lasten über zehn kg) auszuschließen seien, anhaltend leichte und vorübergehend mittelschwere Arbeiten jedoch möglich sein sollten. Ferner seien gleichförmige Körperhaltungen, Zwangshaltungen der Wirbelsäule sowie Überkopfarbeiten und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zu vermeiden.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Übereinstimmung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte im Verfahren L 9 RJ 132/00, die Akte des SG und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144, 151 Abs. 2 SGG statthafte und zulässige Berufung des, über die der Senat mit Einverständnis beider Beteiligter durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG), ist unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 1. Februar 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Mai 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in ihren Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung und auch nicht wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

1. 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).

Nach diesen Maßstäben ist der Kläger, wie das SG zutreffend entschieden hat, weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren sowie der vom SG und vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat entnimmt dies den bereits im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. Hu. vom 18. Januar 2008 und des Dr. N. vom 4. Januar 2008, dem im Verfahren vor dem SG eingeholten Gutachten des Dr. He. vom 18. April 2009 sowie dem im LSG-Verfahren von Dr. Schw. erstatteten Gutachten vom 9. August 2013.

Zunächst liegen auf nervenärztlichem Fachgebiet keine Erkrankungen vor, die eine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht rechtfertigen könnten. Dr. Schw. hat in seinem Gutachten vom 9. August 2013 in einer für den Senat überzeugenden Weise dargelegt, dass in Bezug auf den Kläger in den nervenärztlichen Gutachten der zurückliegenden 18 Jahre konsistent Vortäuschungsverhalten aufgezeigt werden konnten. Diese unauthentischen Beschwerdeangaben, instruktionswidrigen Anstrengungsminderleistung und Vortäuschungshandlungen haben in der Untersuchungssituation beim Sachverständigen Dr. Schw. ein solches Ausmaß angenommen, dass nach dem Klassifikationssystem ICD-10 als Verhaltensauffälligkeit eine bewusste Simulation (Vortäuschen einer Krankheit mit offensichtlicher Motivation ICD-10 Z 76.5) festzustellen war. Teile des Antwortverhaltens des Klägers entsprechen dem von dem Psychiater Ganser beschriebenen "Vorbeiantworten", wobei dieses Fehlverhalten instrumentellen Charakter hat, im Zusammenhang mit anderen Vortäuschungshandlungen zu sehen ist und nicht einem krankhaften Prozess, etwa einer dissoziativen Störung zuzuordnen ist. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) oder undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD 10 F. 45.1), einer spezifische Angststörung, etwa im Sinne einer generalisierten Angststörung (ICD 10 F 41.1) oder Panikstörungen (ICD 10 F 41.0) konnte der Sachverständige nicht mit der erforderlichen Sicherheit diagnostizieren. Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen überzeugt die Schlussfolgerung von Dr. Schw., dass sich unter Verwendung der ICD-10-Klassifikation eine Erkrankung auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet nicht diagnostizieren lässt.

Im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen des Dr. Schw., die im Übrigen mit denjenigen des bereits im erstinstanzlichen Verfahren tätig gewordenen Dr. He. übereinstimmen, vermochte sich der Senat der abweichenden Einschätzung des Dr. Sc. in dessen Gutachten vom 3. Oktober 2009 nicht anzuschließen. Dieser hatte ausgeführt, aufgrund der Schwere und Anzahl der Gesundheitsstörungen befinde sich der Kläger an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit. Ohne die intensive Versorgung durch die Ehefrau sei er nicht mehr in der Lage, selbstständig in einer eigenen Wohnung zu leben. Er benötige bereits Hilfe bei der Körperpflege und sei nicht mehr in der Lage, selbstständig die Badewanne zu besteigen und zu verlassen. Auch könne er nicht länger als 30 Minuten sitzen und länger als 15 Minuten stehen. Insoweit sind die von Dr. Sc. als wahr unterstellten Angaben des Klägers zu seinen Beschwerden unplausibel, inkonsistent und vage. In der Untersuchungssituation bei Dr. Schw. gab der Kläger, befragt nach seinem Selbsterleben in der zweiten Explorationsstunde und ausgesetztem Sitzen befragt an, "es gehe". Auch die immer wieder demonstrierte Unfähigkeit, zu einfachen Denkanstrengungen oder schlussfolgerndem Denken waren auffällig. Einfache und einfachste Fragen im Mini-Mental-Status-Test wurden teils verweigert, teils mit Vorbeiantworten quittiert. Im Rahmen der körperlich-neurologischen Untersuchung ergaben sich vielfältige Auffälligkeiten. In Bezug auf die motorische Koordination demonstrierte der Kläger, dass er weder aktiv noch passiv seinen Kopf in der Halswirbelsäule rotieren könne. Im Rahmen der vierstündigen Explorationssitzung bei Dr. Schw. zeigte sich jedoch keine Beeinträchtigung der Kopfbeweglichkeit. Auch bei der Prüfung der Handkraft gab es bei wiederholten Prüfungen ganz unterschiedliche Intensitäten der Kraftentfaltung. Die vom Kläger geschilderten Angaben waren mit dem Spontanverhalten im Rahmen der Untersuchungssituation bei Dr. Schw. nicht in Einklang zu bringen. Bei einem als sprachunabhängigen Verfahren als Beschwerdevalidierungsverfahren Tom-Test durchgeführten Verfahren, worin die Fähigkeit zur Wiedererkennung zuvor gezeigter einfacher Bilder geprüft wurde, brach der Kläger den Test in der zweiten Durchführung ab. Schon die erste Durchführung ergab jedoch ein massiv auffälliges Ergebnis. Von den zuvor 50 gezeigten Bildern erinnerte der Kläger sich lediglich an 16. Mit den 16 erzielten Wiedererkennungen lag der Kläger signifikant unter dem Zufallsbereich. Dieses Ergebnis weist auf eine absichtliche Minderleistung hin. Die vom Kläger gezeigten Beschwerden und Defizite sind medizinisch nicht erklärbar, nicht krankheitsbedingt, sondern

vielmehr Ausdruck simulatorischen Verhaltens. Da Dr. Sc. das beim Kläger vorliegende simulierende und aggravierende Verhalten somit nicht zutreffend gewürdigt hat, vermag auch seine diagnostische Einordnung der vom Kläger geklagten Beschwerden sowie die hierauf gestützte sozialmedizinische Beurteilung nicht zu überzeugen.

Auf orthopädischem Fachgebiet bestehen beim Kläger an Halswirbelsäule- und Lendenwirbelsäule Verschleißveränderungen, die segmental die Altersnorm überschreiten. Diese Beeinträchtigungen werden jedoch durch funktionelle Ausgestaltung auf dem nervenfachärztlichen Fachgebiet überlagert. Ferner besteht beim Kläger eine initiale Coxarthrose rechts, eine Spreizfußbildung beidseits, initial-degenerative fermoropartellare Veränderungen beider Kniegelenke sowie Krampfaderbildungen rechts und links an den unteren Extremitäten. Diese Krankheitsbilder sind jedoch nicht so gravierend, als dass sie der Verrichtung einer mindestens sechsstündigen Tätigkeit des Klägers entgegenstehen könnten. Dies entnimmt der Senat dem überzeugenden Gutachten des Dr. N. vom 4. Januar 2008. Anhaltspunkte dafür, dass seit der Begutachtung durch Dr. N. eine Änderung der orthopädischen Befunde, die eine abweichende sozialmedizinische Begutachtung rechtfertigen könnte, eingetreten wäre, sind nicht ersichtlich und wurden vom Kläger auch nicht vorgetragen.

Aus den bei dem Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Diese sind auf die orthopädischen Leiden des Klägers zurückzuführen. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule kann der Kläger lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben. Schwere Lasten (über zehn kg) sollten nicht gehoben und getragen werden. Diese sollten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen ausgeübt werden. Häufiges Treppensteigen sollte der Kläger ebenso wie Arbeiten in Kälte und unter Kälteeinfluss im Freien vermeiden. Weitere Einschränkungen ergeben sich im nervenärztlichen Bereich nicht. Dies entnimmt der Senat den Gutachten des Dr. He., des Dr. N. und des Dr. Schw ... Damit liegt auch der Ausnahmefall einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung (vgl. hierzu etwa Bundessozialgericht [BSG], Urteile vom 1. März 1984 4 RJ 43/83 - und 9. Mai 2012 - B 5 R 68/11 R - m.w.N; auch Großer Senat, Beschluss vom 19. Dezember 1996 - GS 2/95 -; alle in juris) nicht vor. Die beim Kläger vorliegenden Einschränkungen können zwar das Spektrum der für ihn in Betracht kommenden Tätigkeiten einschränken, sie begründen aber keine Zweifel an der normalen betrieblichen Einsatzfähigkeit für leichtere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Auch ist die Wegefähigkeit des Klägers gegeben. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit zwar auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Das BSG hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 Metern 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 in noch zumutbarer Zeit bewältigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 - 13/5 RJ 73/90 -, in juris). Das BSG hat hierzu ausgeführt, dass für die Beurteilung dieses Zeitfaktors ein generalisierender Maßstab anzuwenden ist. Dabei kann von dem nach der Rechtsprechung des BSG zum Schwerbehindertenrecht noch üblichen Zeitaufwand von 30 Minuten für zwei km ausgegangen werden, der bereits kurze Wartezeiten und Zeiten des Herumstehens einbezieht. Umgerechnet auf 500 Meter ergibt sich so eine normale Gehzeit von 7,5 Minuten. Der Bereich des Zumutbaren wird nach Einschätzung des BSG dann verlassen, wenn der Gehbehinderte für 500 Meter mehr als das Doppelte dieser Zeit, also etwa 20 Minuten benötigt (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991, 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). Dass anhand dieses Maßstabs eine Einschränkung der Wegefähigkeit des Klägers nicht besteht, entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. N. sowie demjenigen des Dr. Schw ... Zwar hatte Dr. Sc. in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2009 ausgeführt, der Kläger sei aufgrund der Gehbehinderung bei Versorgung mit zwei Unterarmgehstützen bei Gon- und Coxarthrose sowie zervikalem und lumbalem Bandscheibenvorfall in seiner Wegefähigkeit erheblich eingeschränkt. Eine nachvollziehbare Begründung für die von ihm abgegebene Leistungseinschätzung liefert er jedoch nicht. Gegen eine Einschränkung der Wegefähigkeit spricht zudem, dass sowohl der bereits 2008 tätige Dr. N. als auch der im August 2013 tätige Sachverständige Dr. Schw. in Kenntnis der von Dr. Sc. genannten Verwendung der Unterarmgehstützen und der gleichfalls berücksichtigten Befunde – dieser, Dr. Schw., auch unter Einbeziehung eines von Dr. Ka. im August 2012 vorgelegten Befundberichts, in dem eine Gangstörung des Klägers genannt wird - eine Wegefähigkeit des Klägers bejahten.

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 Bundessozialgerichts (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 -; Urteil vom 18. Februar 1998 - B 5 RJ 34/97 R -; Urteil vom 20. Juli 2005 - B 13 RJ 19/04 R -; jeweils in juris). 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 -; Urteil vom 25. Juli 2001 - B 8 KN 14/00 R -; jeweils in juris) 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 -; in juris). 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).

Nach diesen Grundsätzen hat der Kläger zuletzt zumindest keine Tätigkeit ausgeübt, die eine Anlern- oder Ausbildungszeit von mehr als zwölf Monaten voraussetzt. 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 -; in juris).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-12-16