

## L 4 R 3026/13

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 22 R 2663/12  
Datum  
27.06.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 R 3026/13  
Datum  
21.11.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung seit 1. September 2011.

Der am 1959 in Russland geborene, bei der Beklagten gesetzlich rentenversicherte Kläger, der 1993 aus Russland übersiedelte, hat keinen Beruf erlernt und ist seit 1998 als Maschinenbediener, seit September 2012 in Teilzeit mit einer täglichen Arbeitszeit von vier Stunden, versicherungspflichtig beschäftigt, nachdem er mehr als ein Jahr arbeitsunfähig war und eine Wiedereingliederung in seine zuvor ausgeübte vollschichtige Tätigkeit scheiterte.

Zuletzt führte der Kläger in der Zeit vom 13. Juli bis 17. August 2011 eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme durch. Im Reha-Entlassungsbericht vom 17. August 2011 gab Facharzt für Anästhesie Dr. K. folgende Diagnosen an: Zervikozephalgie links bei Zustand nach Operation nach Janetta (20. Juli 2011) und Verdacht auf Trigeminusneuropathie, Brustwirbelsäulen-Syndrom linksbetont, Gonalgie links, Omalgie linksbetont bei Zustand nach Rotatorenmanschettenruptur-Operation links und Bizepsyndrom rechts, Zustand nach Epikondylitis radialis humeri beidseits mit Dekompressions-Operation beidseits, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Chronifizierungsgrad III nach "Mainz Pain Staging System" [MPSS]), Entwicklung und Verstärkung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, insbesondere Angstattacken, posttraumatische Belastungsreaktion, Prostatahypertrophie, rezidivierende Nierenkoliken beidseits sowie passagere Leberwerterhöhung unter Amitrylin und Carbamazepin. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung unter Vermeidung von Bücken, Wärme, Hitze und Hydrauliklärm sowie Heben von Lasten über 15 Kilogramm könne er ebenso mindestens sechs Stunden täglich verrichten wie seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arbeiter an Biegemaschinen. Anschließend erfolgte ab 29. August 2011 eine Wiedereingliederung, ab 26. September 2011 mit einer Arbeitszeit von vier Stunden täglich, die am 21. Oktober 2011 vorzeitig beendet wurde.

Einen vom Kläger im August 2013 gestellten Antrag auf erneute Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2013 bestandskräftig mit der Begründung ab, es bestünden keine Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit. Einen weiteren vom Kläger im Juni 2014 gestellten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. Juli 2014 mit der Begründung ab, solche seien nicht erforderlich.

Am 29. September 2011 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine Rente wegen Erwerbsminderung. In einem Attest vom 25. Oktober 2011 gab Arzt für Allgemeinmedizin Dr. B. an, der Kläger habe am "28. September 2011" (richtig 29. August 2011) mit einer Wiedereingliederung begonnen. Nach vier Stunden Arbeitsbelastung täglich sei eine weitere Steigerung nach dessen Angaben nicht mehr möglich gewesen. Er habe über die Zunahme des Gesichtsschmerzes und der körperlichen Erschöpfung berichtet. Sein Arbeitgeber habe ihm geraten, eine Teilrente zu beantragen. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. L. das Gutachten vom 22. Dezember 2011 auf Grund einer Untersuchung des Klägers vom 21. Dezember 2011. Sie diagnostizierte eine Cervicozephalgie links bei Zustand nach Janetta (Juli 2011) und Verdacht auf Trigeminusneuralgie, ein Brustwirbelsäulen-Syndrom, eine Omalgie beidseits bei beidseitiger Operation, eine Gonalgie links und einen Zustand nach Epikondylitis radialis humeri beidseits. Von einer dauerhaften Erwerbsminderung sei nicht auszugehen. Der Kläger könne die bisherige Tätigkeit und zumindest leichte Tätigkeiten ohne

Heben und Tragen von schweren Gegenständen von über 15 Kilogramm sowie Überkopfarbeiten weiterhin sechs Stunden täglich und mehr ausüben. Mit Bescheid vom 11. Januar 2012 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit der Begründung ab, er sei noch in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein.

Der Kläger erhob Widerspruch und legte ärztliche Befundberichte vor. Dr. Ka., Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Klinikums S., berichtete unter dem 29. Dezember 2011 über eine stationäre Behandlung des Klägers in der Zeit vom 5. bis 9. Dezember 2011 und gab Läsionen der Rotatorenmanschette rechts, Impingement-Syndrom der Schulter rechts und Bursitis im Schulterbereich rechts als Diagnosen an. Es sei am 5. Dezember 2011 eine arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks mit Erweiterung des subakromialen Raumes rechts durchgeführt worden. Die postoperative radiologische Kontrolle habe einen regelrechten postoperativen Befund gezeigt. Die Wiederherstellung einer schmerzfreien Schulterfunktion benötige drei bis sechs Monate. Je nach präoperativer Schultergelenkfunktion verbleibe eine Bewegungseinschränkung und ein Kraftverlust am operierten Schultergelenk. Orthopäde Dr. Z. gab im Schreiben vom 20. Januar 2012 folgende Diagnosen an: fortgeschrittene Coxarthrose beidseits, chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Instabilität L4/L5 mit Spondylolisthesis L4, craniosakrales Syndrom bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance, Kniegelenksarthrose beidseits, chronisches Thoraco-vertebral-Syndrom bei Zustand nach Brustwirbelkörper-Fraktur und Periarthritis humerus scapularis mit Bewegungseinschränkung bei Zustand nach Rotatorenmanschettenruptur-Operation. Die von der Beklagten im Bescheid vom 11. Januar 2012 angegebenen Diagnosen Omalgie und Gonalgie seien keine gängigen Diagnosen, da diese lediglich Beschwerden im Schulter- bzw. Kniegelenk beschreiben würden. Das beim Kläger vorliegende chronische Schmerzsyndrom habe seine Ursache in mehreren degenerativen Veränderungen der Hüftgelenke, der Brust- und Lendenwirbelsäule, beider Schultergelenke sowie erheblichen Funktionsstörungen in den Iliosacralgelenken. Prof. Dr. E.-H., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums S., berichtete unter dem 3. Januar 2012 über ein vorstationäres, psychosomatisches Beratungsgespräch mit dem Kläger vom 20. Dezember 2011. Er gab folgende Diagnosen an: Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren, atypische Depression, Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung, Zustand nach mikrovaskulärer Dekompression des Nervus trigeminus links (Mai 2011), Coxarthrose beidseits, Hämorrhoiden-Leiden, Zustand nach Brustwirbelfraktur, Zustand nach operativer Behandlung eines Epicondylus radialis humeri links (2005), anamnestisch Zustand nach stumpfem Bauchtrauma mit Leberverletzung und anamnestisch Prostatahypertrophie. Eine stationäre Behandlung sei auf Grund der Schmerzsymptomatik und der Depression dringend indiziert. Unter dem 17. Februar 2012 berichtete er über die stationäre Behandlung des Klägers in der Zeit vom 4. Januar bis 15. Februar 2012 und gab folgende Diagnosen an: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, somatoformer Schwindel, leichte depressive Episode, Zustand nach mikrovaskulärer Dekompression des Nervus trigeminus links (Mai 2011) bei Ausschluss Arteritis temporalis, Zustand nach Rotatorenmanschettenruptur mit arthroskopischer Refixation der rechten Schulter (Dezember 2011), benigne Prostatahyperplasie, Coxarthrose beidseits, Asthma bronchiale, retropatellare Arthrose bei Zustand nach Patellafraktur und Patella bipatitia, Zustand nach Brustwirbelfraktur (ca. 1978), Zustand nach operativer Behandlung der Epicondylus radialis humeri links (2005), Zustand nach stumpfem Bauchtrauma mit Leberverletzung (ca. 1978), Zustand nach Nierensteinleiden mit rezidivierenden Koliken, Zustand nach Ringfingerkuppenteilamputation links und Zustand nach Hämorrhoiden-Operation mit Komplikationen (1995). Die Gesichtsschmerzen und der Schwindel des Klägers seien im Laufe des stationären Aufenthalts rückläufig gewesen. Er habe ein psychosomatisches Krankheitsverständnis entwickeln und einen Zusammenhang zwischen den körperlichen Symptomen und bestehenden Konflikten erkennen können. Zur Entlassung seien die ursprünglichen Symptome wieder stärker geworden. Prof. Dr. E.-H. empfahl eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unter Mitbetreuung eines Neurologen und physiotherapeutische Weiterbehandlung der Schulter. In einer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 8. Februar 2012 gelangte Dr. L. zum Ergebnis, es würden keine neuen Aspekte vorliegen und das Leistungsvermögen des Klägers sei unverändert. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. April 2012 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück. Er schließe sich der Beurteilung des sozialmedizinischen Dienstes an, wonach der Kläger noch in der Lage sei, jedenfalls leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich auszuüben.

Am 8. Mai 2012 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Er sei bei der gebotenen arbeitsmedizinischen Gesamtschau auf Grund seiner zwischenzeitlichen physischen und psychischen Leistungsfähigkeit nicht mehr in der Lage, selbst leichte Arbeiten in genügendem Umfang zu verrichten. Zahlreiche Krankenhausaufenthalte, Operationen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen hätten allenfalls kurzzeitige Besserungen gebracht. Zusätzlich hätten biographische Belastungen (z.B. traumatische Erfahrungen im Afghanistankrieg [als russischer Soldat] und der von ihm noch nicht verarbeitete Tod seines Vaters im Jahr 2005) zu einem großen und von ihm nicht mehr auffangbaren Kräfteverbrauch geführt. Er habe massive Beschwerden im gesamten Bereich des Bewegungsapparates, ständig sich wiederholende Schmerzen im Gesichts- sowie Kopfbereich und leide an andauernder Müdigkeit, Antriebs- und Freudlosigkeit, starker Geräuschempfindlichkeit und sozialem Rückzug. Sein Hauptproblem seien seine Schmerzen, insbesondere die Kopfschmerzen. Zahlreiche schmerztherapeutische Behandlungen hätten nur zu kurzzeitigen Besserungen geführt, die sich im Alltag nicht hätten erhalten können. Obwohl er inzwischen nur noch vier Stunden täglich arbeite und dabei sogar zwei Pausen mache, sei er danach jeweils "völlig fertig" und seine Schmerzen hätten wieder massiv zugenommen. Der Kläger legte einen Arztbrief des Betriebsarztes Dr. F. vom 6. März 2013 vor. Dieser führte aus, der Kläger sei über zwei Jahre arbeitsunfähig gewesen und er habe trotz verschiedener Therapiemaßnahmen und Belastungsuntersuchungen erst nach Einrichtung eines speziellen Arbeitsplatzes mit Hilfe des Integrationsamtes mit einer Arbeitsprobung beginnen können. Wegen heftiger Beschwerden bzw. fehlender Belastbarkeit habe diese mehrmals unterbrochen werden müssen. Er könne nur maximal vier Stunden täglich leichte Tätigkeiten in überwiegend sitzender Körperhaltung ohne Nachtschicht und ohne Akkord ausüben. Trotz dieser einfachen Bedingungen sei es vermehrt zu Fehlzeiten gekommen. Eine Steigerung der Belastbarkeit sei in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Dr. B. führte in einem vom Kläger vorgelegten ärztlichen Attest vom 7. März 2013 aus, Haupterkrankung des Klägers sei ein chronisches rezidivierendes Schmerzsyndrom unklarer Ursache. Hinzu kämen zahlreiche somatische Beschwerden wie ein Brust- und Lendenwirbelsäulen-Syndrom sowie rechtsseitige Schulterbeschwerden. Bei einer Arbeitszeit von vier Stunden täglich würden keine belastungsinduzierten Beschwerden bestehen. Für seine psychische Stabilität und angesichts seines Alters sei es für ihn von großem Vorteil, wenn er eine Belastungszeit von vier Stunden täglich nicht überschreite.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahmen des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Bu. vom 5. Dezember 2012 und 16. Mai 2013 entgegen, in denen dieser ausführte, unter nervenärztlichem Gesichtspunkten habe er keine wesentlichen Bedenken gegen die diagnostische und sozialmedizinische Einschätzung (unter Integrierung der körperlichen Situation) durch Dr. L. ... Im Hinblick auf die multiplen orthopädischen Einschränkungen schlug er die Einholung eines chirurgisch-orthopädischen Gutachtens vor. Auf der Grundlage des Sachverständigengutachtens von Dr. He. vom 15. Februar 2013 (dazu nachstehend) sei auch unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. F. und Dr. B. von keinem quantitativ eingeschränkten Leistungsvermögen des Klägers auszugehen.

Das SG holte ein Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. He. vom 15. Februar 2013 ein, welches er nach einer Untersuchung des Klägers vom 8. Januar 2013 erstellte. Dieser diagnostizierte schmerzhafte Funktionsstörungen der gesamten Wirbelsäule ohne eindeutige neurologische Begleiterscheinungen bei mäßigen Verschleißerscheinungen in den unteren Halswirbelsäulen-Segmenten und beginnenden Verschleißerscheinungen in den unteren Lendenwirbelsäulen-Segmenten, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung variablen Ausmaßes im linken Schultergelenk nach Rotatorenmanschettennaht und subacromialer Dekompression 2011, funktionelle Beschwerden in beiden Hüft- und Kniegelenken ohne Nachweis einer bedeutsamen Struktur- oder Funktionsstörung, chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen links sowie eine chronische Schwindelneigung unklarer Ursache. Die vom Kläger vorgetragene Funktionsstörungen seien aus orthopädisch-gutachterlicher Sicht nur teilweise nachvollziehbar. Bei der Begutachtung hätten sich mehrfach offenkundige Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Zu leichten und mittelschweren körperlichen Arbeiten in unterschiedlichen Körperhaltungen sei der Kläger unter Berücksichtigung von qualitativen Leistungseinschränkungen (lediglich gelegentliches Heben und Tragen von Lasten bis 15 oder 20 kg in stabilisierter aufrechter Rumpfhaltung oder bis 10 kg in Rumpfvor- oder Seitneigung, wechselnde Körperhaltung zwischen Sitz-, Steh-, und Gehphasen von bis zu einer Stunde Dauer, kein langes Verharren in Zwangshaltungen der Wirbelsäule, lediglich gelegentliches Bücken, kein Besteigen von Leitern oder Gerüsten, keine Akkord- oder Fließbandbedingungen) vollschichtig in der Lage.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. Juni 2013 wies das SG die Klage ab. Der Kläger sei weder teilweise noch voll erwerbsgemindert. Das SG stütze sich dabei auf das Sachverständigengutachten des Dr. He. vom 15. Februar 2013 und das Gutachten der Dr. L. vom 22. Dezember 2011. Auch Dr. B. habe nicht vertreten, dass der Kläger schlichtweg nicht in der Lage sei, sechs Stunden täglich zu arbeiten. Der abweichenden Ansicht von Dr. F. sei nicht zu folgen. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, da er auf Grund seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbediener auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden könne.

Gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 2. Juli 2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 24. Juli 2013 Berufung eingelegt. Das SG habe aus der Feststellung des Sachverständigen Dr. He., er habe keine plausible orthopädisch-somatische Ursache für die erheblichen Schmerzempfindungen des Klägers feststellen können, nicht den Schluss ziehen dürfen, dass diese Schmerzempfindungen nicht in dem von ihm beschriebenen Ausmaß vorhanden seien. Darüber hinaus sei es nicht nachvollziehbar, dass das SG ein sechsstündiges Leistungsvermögen daraus abgeleitet habe, dass er gegenüber dem Sachverständigen keine unerträglichen Schmerzen nach vierstündiger Arbeit angegeben habe, sondern lediglich, dass er nach vier Stunden Arbeit völlig fertig sei und sich unerträgliche Schmerzen entwickeln würden, wenn er nicht aufhöre zu arbeiten. Im Übrigen werde ein eingeschränktes zeitliches Leistungsvermögen durch Dr. B. und Dr. F. bestätigt. Auch die Gutachterin Dr. L. habe angegeben, dass er nach der Wiedereingliederung den Arbeitsplatz nach vier Stunden wieder habe aufgeben müssen. Soweit Dr. B. lediglich eine Empfehlung ausgesprochen habe, habe das SG hieraus zu Unrecht gefolgert, dass er noch in der Lage sei, sechs Stunden täglich zu arbeiten. Die Wortwahl von Dr. B. sei nachvollziehbar, da er kein Gutachten erstellt habe. Auch die Feststellung des Sachverständigen Dr. He., er sei nicht auffällig dysphorisch oder gar depressiv gewesen, spreche nicht gegen die Annahme seiner erheblichen Schmerzen. Entsprechendes gelte für den Umstand, dass er nicht engmaschig und fortlaufend schmerztherapeutisch behandelt werde. Darüber hinaus habe sich das SG nicht mit der ärztlichen Stellungnahme des Dr. Z. vom 9. September 2013 (vom Kläger im Rahmen des Antrags auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation vom August 2013 vorgelegt) und des Dr. F. vom 6. März 2013 auseinandergesetzt. Dr. Z. habe unter anderem ausgeführt, dass alle durchgeführten Therapiemaßnahmen (medikamentöse Therapie, Krankengymnastik, manuelle Therapien, Injektionsbehandlungen, Infusionen und andere physikalische Maßnahmen) unbefriedigend gewesen seien und dass wegen drohender vorzeitiger Berentung dringend eine erneute stationäre schmerztherapeutische Behandlung erforderlich sei. Darüber hinaus habe das SG die Unterstellung des Sachverständigen Dr. He., er, der Kläger, habe mehrfach offenkundige Verdeutlichungstendenzen aufgezeigt, unkritisch übernommen, ohne nachvollziehbar zu machen, welche Fakten diese Auffassung begründeten. An diesem Punkt sei das Sachverständigengutachten von Dr. He. weder nachvollziehbar noch schlüssig und es werde die Wertung im Reha-Entlassungsbericht des Dr. K. vom 17. August 2011 ignoriert, wonach keine Aggravation festzustellen gewesen sei. Es komme immer wieder und derzeit gehäuft vor, dass er umfalle. Es stehe eine mögliche Operation an der Halswirbelsäule im Raum, jedoch ziehe er derzeit wegen zahlreicher bislang erfolgter und zum Teil nicht zufriedenstellend verlaufender Operationen eine Behandlung mit Krankengymnastik vor. Schließlich sei der Arbeitsmarkt für ihn verschlossen, weil er keinen leidensgerechten Arbeitsplatz innegehabt habe und diese Tätigkeit in Zukunft nicht mehr ausüben könne.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juni 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 11. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab dem 1. September 2011 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 ihr erstinstanzliches Vorbringen und die Ausführungen im Gerichtsbescheid und hat die auf den Antrag auf Rehabilitationsleistungen des Klägers vom Juni 2014 abgegebene sozialmedizinische Stellungnahme des Arztes Bu. vom 30. Juni 2014 (kein eindeutiger Nachweis einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) vorgelegt.

Der Senat hat Orthopäden Dr. En. als sachverständigen Zeugen gehört, der unter dem 25. Juli 2014 angegeben hat, den Kläger am 5. Februar 2010 und in der Zeit von Mai 2013 bis Juli 2014 insgesamt siebenmal behandelt zu haben. Die radiologischen Untersuchungen hätten ergeben: Streckfehlhaltung der Halswirbelsäule, Spondylochondrose C4 bis C7 mit Zwischenwirbelaum-Minderung, rechtskonvexe Dorsalskoliose, altersgerechte Osteochondrose, linksconvexe Lumbalskoliose mit Osteochondrose betont L4-S1, Spondylarthrose, Spinalstenose L4/L5, Foramenstenose beidseits L5/S1, Foraminale rechtsbetonte Protrusio C6/C7 mit Teilverlegung zum Neuroforamen sowie Protrusio C4/C5 und C5/C6. Als Behandlungsmaßnahmen seien Quaddelungen, Krankengymnastik und physikalische Therapie durchgeführt worden, welche bislang immer etwas Erleichterung gebracht hätten. Neurochirurg Dr. Schulz hat in einem von Dr. En. beigelegten Arztbrief vom 25. Oktober 2013 berichtet, er habe eine chronische Lumboischialgie rechts und eine Spinalkanalstenose L4/5 diagnostiziert. Die Schmerzsymptomatik sei durch den neuroradiologischen Befund erklärt. Er habe dem Kläger zu einer Operation geraten und wegen der

diesbezüglichen Zögerlichkeit des Klägers auf die alternative Möglichkeit zu gezielten bildwandlergesteuerten periradikulären Infiltrationen (PRT) hingewiesen. Der Kläger habe sich noch Bedenkzeit erbeten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige 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 unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 11. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat ab 1. September 2011 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](#) 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-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, zumindest leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung von qualitativen Leistungseinschränkungen jedenfalls sechs Stunden täglich zu verrichten.

Auf orthopädischen Fachgebiet leidet der Kläger an schmerzhaften Funktionsstörungen der gesamten Wirbelsäule ohne eindeutige neurologische Begleiterscheinungen bei mäßigen Verschleißerscheinungen in den unteren Halswirbelsäulen-Segmenten und beginnenden Verschleißerscheinungen in den unteren Lendenwirbelsäulen-Segmenten, einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung variablen Ausmaßes im linken Schultergelenk nach Rotatorenmanschettennaht und subacromialer Dekompression 2011 sowie funktionellen Beschwerden in beiden Hüft- und Kniegelenken ohne Nachweis einer bedeutsamen Struktur- oder Funktionsstörung. Dies entnimmt der Senat dem Sachverständigengutachten des Dr. He. vom 15. Februar 2013. Im Reha-Entlassungsbericht des Dr. K. vom 17. August 2011, dem von der Beklagten eingeholten Gutachten der Dr. L. vom 22. Dezember 2011, den Arztbriefen und Attesten des Dr. Z. vom 20. Januar 2012 und 9. September 2013 sowie der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. En. vom 25. Juli 2014 werden die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen und die darauf beruhenden Funktionsstörungen ebenfalls genannt, wobei diese Ärzte diese lediglich zum Teil anders bezeichnet haben.

Darüber hinaus leidet der Kläger auf nervenärztlichem Gebiet rentenrelevant an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einem somatoformen Schwindel, einer leichten Depression und einem Zustand nach mikrovaskulärer Dekompression des Nervus trigeminus links (Mai 2011) bei fortbestehenden Kopf- und Gesichtsschmerzen. Dies entnimmt der Senat dem Entlassungsbericht des Prof. Dr. E.-H. vom 17. Februar 2012. Sie ergeben sich auch aus dem Reha-Entlassungsbericht des Dr. K. vom 17. August 2011 und dem Sachverständigengutachten des Dr. He. vom 15. Februar 2013, wobei wiederum lediglich die Bezeichnungen der Gesundheitsstörungen und Funktionsbeeinträchtigungen geringfügig abweichen.

Aus den rentenrelevanten Gesundheitsstörungen ergeben sich qualitative, jedoch keine quantitativen Leistungseinschränkungen. Aufgrund seiner orthopädischen Erkrankungen sollte der Kläger nur noch Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen ausüben und das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg in stabilisierter aufrechter Rumpfhaltung bzw. über 10 kg in Rumpfvor- oder Seitneigung, langes Verharren in Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Überkopfarbeiten, häufiges Bücken, Hitze, das Besteigen von Leitern oder Gerüsten und Akkord oder Fließbandbedingungen meiden. Dies entnimmt der Senat dem Sachverständigengutachten des Dr. He. vom 15. Februar 2013, dem Reha-Entlassungsbericht des Dr. K. vom 17. August 2011 und dem Gutachten der Dr. L. vom 22. Dezember 2011.

Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Leistungseinschränkungen ist der Kläger noch in der Lage, jedenfalls leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Auch dies entnimmt der Senat dem Reha-Entlassungsbericht des Dr. K. vom 17. August 2011, dem Gutachten der Dr. L. vom 22. Dezember 2011 und dem Sachverständigengutachten des Dr. He. vom 15. Februar 2013. Weder die auf den orthopädischen Erkrankungen beruhenden funktionellen Beeinträchtigungen des Klägers noch die somatoforme Schmerzstörung und der somatoforme Schwindel haben ein solches Ausmaß, dass der Kläger an der Ausübung einer leichten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich

gehindert wäre. Dr. He. stellte bei seiner klinischen Untersuchung des Klägers am 8. Januar 2013 ein sicheres Gangbild ohne Hinken fest. Beim Entkleiden zeigte der Kläger kein auffälliges Schonungsmuster und keine Bewegungsstörungen der Schultern. Er war ohne Probleme zu einer Rumpfneigung von 80 bis 90° in der Lage. Er hatte beidseits einen kräftigen Faustschluss. Zum Einbeinstand war er beidseits relativ sicher ohne Abstützen in der Lage. Auch den tiefen Hocksitz konnte er vollständig ausführen und sich aus der Hocke ohne Abstützung der Hände wieder aufrichten. Die Kniegelenke waren in ihrer Beweglichkeit nicht eingeschränkt. Die röntgenologische Untersuchung zeigte nur mäßiggradige Verschleißerscheinungen. Dr. He. beschrieb für den Senat dabei schlüssig und nachvollziehbar ein Verdeutlichungsverhalten des Klägers. Denn während bei der gezielten Beweglichkeitsprüfung der Kläger Einschränkungen bei der Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Schultern demonstrierte, zeigte der Kläger beim Entkleiden des Pullovers und der Socken keine solche Einschränkungen. In nervenärztlicher Hinsicht trat der Kläger im Rahmen der stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit vom 13. Juli bis 17. August 2011 zwar klagend auf, jedoch zeigte er keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen, wie sich dem Reha-Entlassungsbericht des Dr. K. vom 17. August 2011 entnehmen lässt. Auch Prof. Dr. E.-H. gab in seinem Entlassungsbericht vom 17. Februar 2012 lediglich leichte Konzentrationsstörungen, keine Auffassungsstörungen und keine Gedächtnisstörungen an. Die Stimmung des Klägers während des stationären Aufenthalts vom 4. Januar bis 15. Februar 2012 war ausgeglichen und lediglich beim Thema Schmerzen leicht gedrückt. Seine affektive Schwingungsfähigkeit war vorhanden, es bestand kein Antriebsmangel und trotz Ein- und Durchschlafstörungen keine Ermüdbarkeit. Der Sachverständige Dr. He. sah ebenfalls keinerlei Anhaltspunkte für formale oder inhaltliche Denkstörungen oder für eine dysphorische oder gar depressive Stimmungslage des Klägers. Bestätigt wird das beim Kläger noch vorhandene Leistungsvermögen durch seine Angaben zum Tagesablauf gegenüber dem Sachverständigen Dr. He. ... So versorgt er seinen Haushalt gemeinsam mit seiner Ehefrau und hilft ihr beim Kochen, Staub saugen sowie Bettenmachen und erledigt die Gartenarbeiten. Auffallend ist im Übrigen, dass der Kläger sich keiner intensiven und kontinuierlichen schmerztherapeutischen Behandlung unterzieht. Er sucht seinen behandelnden Orthopäden Dr. En. nur sporadisch auf, weil die von ihm durchgeführten bzw. verordneten Behandlungen offensichtlich zumindest zeitweise Linderung verschaffen. Es liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Kläger die von Prof. Dr. E.-H. empfohlene ambulante Psychotherapie angenommen hat.

Der abweichenden Leistungseinschätzung von Dr. F. in seinem Arztbrief vom 6. März 2013 vermag der Senat nicht zu folgen, denn er teilt keinerlei objektive Befunde mit, die seine Beurteilung stützen. Aus dem Umstand, dass beim Kläger eine Operation der Halswirbelsäule ansteht, folgt nichts anderes. Denn hierdurch ist eine Verbesserung, nicht jedoch eine Verschlechterung seiner Leiden zu erwarten.

Beim Kläger besteht auch keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen, mit der Folge, dass ihm eine konkrete Verweisungstätigkeit hätte benannt werden müssen (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 78/09 R](#) -; in juris). Bei ihm liegen zwar die dargelegten qualitativen Leistungseinschränkungen vor, diese sind jedoch nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen.

2. Dem Kläger steht auch keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu.

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 besonderer 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.

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 ungelerten 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).

Die vom Kläger zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschineneinrichter stellt allenfalls eine angelernte Tätigkeit im unteren Bereich dar. Der Kläger kann daher auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden und ist deshalb nicht berufsunfähig.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB  
Saved  
2014-11-30