

L 13 R 2450/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 R 950/13
Datum
28.03.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 2450/14
Datum
22.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 28. März 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1956 im L. geborene Kläger hat in seinem Heimatland eine Berufsausbildung zum Vermessungstechniker absolviert und kam im Jahr 1983 als Asylbewerber nach D. Von September 1991 bis Juni 1997 war er als Hausmeister und zuletzt von November 1999 bis Januar 2005 als Wachmann versicherungspflichtig beschäftigt. Seitdem ist er arbeitslos.

Der Kläger beantragte erstmals am 8. April 2010 bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Mit Bescheid vom 7. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Dezember 2010 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Im anschließenden Klageverfahren beim Sozialgericht Mannheim (S 14 R 59/11) holte das SG sachverständige Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte des Klägers ein. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. A. und der Facharzt für Innere Medizin Dr. S. äußerten sich nicht zur quantitativen Leistungsfähigkeit des Klägers. Der Neurologe und Psychiater Dr. K., der Facharzt für Innere Medizin Dr. G. und der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. M. gingen davon aus, dass dem Kläger leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr täglich zumutbar seien. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. D. ging dagegen von einem auf unter sechs Stunden täglich reduzierten Leistungsvermögen des Klägers aus.

Das SG bestellte ferner den Facharzt für Innere Medizin Prof. Dr. H. zum gerichtlichen Sachverständigen. Dieser teilte in seinem kardiologischen Fachgutachten vom 8. Mai 2012 mit, bei dem Kläger liege eine ischämische Kardiomyopathie bei Z.n. Vorderwandinfarkt 1996 mit operativer Myokardrevaskularisation und aktuell mittelgradig eingeschränkter Pumpfunktion (EF ca. 40%) vor. Des Weiteren lägen eine befriedigend eingestellte arterielle Hypertonie sowie eine Hyperlipoproteinämie und Diabetes mellitus Typ II als kardiovaskuläre Risikofaktoren vor. Aktuell habe sich eine stabile Herzinsuffizienz ohne Hinweis auf eine Verschlechterung der linksventrikulären Pumpfunktion ergeben. Prof. Dr. H. hielt den Kläger auf kardiologischem Fachgebiet für in der Lage, unter Berücksichtigung bestimmter qualitativer Einschränkungen seine bisherige Tätigkeit als Pförtner/Wachmann und leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden arbeitstäglich auszuüben. Die Gesamtschau der Kombination mit den anderen Erkrankungen lege jedoch den Schluss nahe, dass der Kläger körperlich nicht mehr in der Lage sei, einer dauerhaften Erwerbstätigkeit nachzugehen. Jedoch sei bei höherer Belastungsanforderung die Einräumung von individuellen Pausen erforderlich. Die Gesamtschau der Kombination mit den anderen Erkrankungen (Epicondylitis humeri radialis, chronische Bronchitis, chronische Wirbelsäulenbeschwerden, Heberden- und Bouchard-Arthrose der Finger rechts) lege jedoch den Schluss nahe, dass der Kläger körperlich nicht mehr in der Lage sei, einer dauerhaften Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Der Kläger erklärte den Rechtsstreit in der mündlichen Verhandlung am 19. Juli 2012 für erledigt und beantragte gleichzeitig erneut die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Mit Bescheid vom 30. Oktober 2012 lehnte die Beklagte den Antrag ab, nachdem sie zuvor eine Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. D. (sozialmedizinischer Dienst der Beklagten) vom 26. Oktober 2012 eingeholt hatte, die weiterhin ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten annahm. In seinem dagegen gerichteten Widerspruch

brachte der Kläger vor, zwar hätten alle Fachärzte bis auf den behandelnden Kardiologen Dr. D. angegeben, dass er von Seiten des jeweiligen Fachgebiets noch leichte Arbeiten vollschichtig verrichten könne, doch stehe nirgendwo geschrieben, dass ein Versicherter wegen einer Erkrankung auf einem bestimmten Fachgebiet erwerbsgemindert sein müsse. Es sei vielmehr ausreichend, dass seine gesamte gesundheitliche Situation die weitere Ausübung einer Tätigkeit ausschließe. Dies sei bei ihm eindeutig der Fall. Die Beklagte holte die erneute sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. D. vom 22. Januar 2013 ein und wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. März 2013 zurück.

Dagegen hat der Kläger beim Sozialgericht Mannheim am 18. März 2013 Klage erhoben und seinen bisherigen Vortrag wiederholt und vertieft. Er leide seit Mitte der 90er Jahre unter einer Herzerkrankung. Im Dezember 1996 habe er einen Herzinfarkt erlitten und sich daraufhin im Januar 1997 einer Bypassoperation unterziehen müssen. Im vorangegangenen Klageverfahren habe der Gutachter Dr. H. festgestellt, dass seine Herzerkrankung nach NYHA II-III einzustufen sei, was einer Berufsunfähigkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten entspreche. Es sei nach den Kriterien der New York Heart Association davon auszugehen, dass seine Herzerkrankung zu nicht nur leichten Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit geführt habe. Da als weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren ein Diabetes mellitus, eine chronische Bronchitis und eine depressive Erkrankung vorlägen, sei die Prognose der Herzerkrankung als ungünstig einzustufen. Die zusätzlichen Erkrankungen verursachten auch weitere Einschränkungen des Leistungsvermögens, denn durch die depressive Erkrankung sei er in seinem Nachtschlaf gestört und dann tagsüber häufig unkonzentriert, abgeschlagen und antriebsgemindert. Durch die Bronchitis werde sein körperliches Leistungsvermögen insoweit eingeschränkt, als er schnell außer Atem gerate, woraus eine rasche Erschöpfbarkeit und mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit resultierten. Eine zusätzliche Beeinträchtigung des körperlichen Leistungsvermögens ergebe sich auch durch seine Wirbelsäulenerkrankung, durch die keine Arbeiten mehr möglich seien, die mit dem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg verbunden seien. Unter Beachtung der Leistungseinschränkungen aus allen seinen Erkrankungen sei Prof. Dr. H. zuzustimmen, der in seinem Gutachten zu dem Ergebnis komme, dass er nicht mehr in der Lage sei, einer dauerhaften Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Das SG hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das nach Aktenlage erstellte Gutachten des Prof. Dr. K. vom 28. Juni 2013 eingeholt. Prof. Dr. K. hat als Diagnosen eine koronare 3-Gefäß-Erkrankung mit Zustand nach Vorderwandspitzeninfarkt und anschließender Bypassoperation; arteriosklerotische Veränderungen in anderen Gefäßbezirken; eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Herzens; Risikofaktoren der Arteriosklerose; chronische Bronchitis; chronische Gastro-Duodenitis; degenerative Skelettveränderungen der Wirbelsäule und der Fingerendgelenke; Epicondylitis humeri bds. sowie depressive Verstimmung genannt. Der Kläger sei durch die kardiale Erkrankung deutlich in seinem körperlichen Leistungsvermögen eingeschränkt. Er leide an pektanginösen Beschwerden und Atemnot bereits bei leichter Belastung. Durch die infolge der kardialen Grunderkrankung auftretenden Herzrhythmusstörungen bestehe die Gefahr eines plötzlichen Herztodes. Letztlich schränkten auch die degenerativen Gelenkveränderungen die Leistungsfähigkeit des Klägers ein. Ihm sei Gehen mit Belastung von 10 kg oder das Schieben von Transportwagen wegen der kardialen Erkrankung einerseits und der Epicondylitis und der Heberden-Bouchard-Arthrose der Fingergelenke nicht möglich. Er sei zwar in der Lage, mit Unterbrechungen zu sitzen, das Sortieren kleinerer Gegenstände, das Zusammensetzen von Teilen, das Abnehmen von Produkten von einem Band oder einer Maschine sei ihm aber wegen der damit verbundenen körperlichen Belastung nicht möglich. Auch lang dauerndes Stehen am Band oder bei Küchenarbeiten, Aufsichts- und Kontrollarbeiten könnten ihm nicht mehr sechs Stunden pro Arbeitstag im Stehen abverlangt werden. Bei Aufsichts- und Kontrollfunktionen müsse zusätzlich der auftretende Stress berücksichtigt werden, den der Kläger wegen seiner Herzrhythmusstörungen vermeiden sollte. Er sei insbesondere nicht in der Lage, vollschichtig als Pförtner oder Wachmann zu arbeiten. Auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien ihm nur noch unter drei Stunden täglich zuzumuten. Entscheidend für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit des Klägers sei nicht die Einzelbeurteilung der verschiedenen Krankheitskomplexe, sondern die Gesamtbewertung. Unter dieser Prämisse bestünden keine Abweichungen zu den Vorgutachtern. Die Beklagte hat zum Gutachten des Prof. Dr. K. u.a. die Stellungnahme des Sozialmediziners des Schlicht vom 25. März 2014 vorgelegt. Dr. S. hat bezüglich der von Prof. Dr. K. erwähnten Abnahme der Ejektionsfraktion von 40 % auf 30 % bis 35 % darauf verwiesen, dass diese von Dr. D. erhobenen Werte vom 19. Mai 2011 datierten und im nachfolgenden Gutachten des Prof. Dr. H. bei der echokardiologischen Untersuchung eine Ejektionsfraktion von 40% festgestellt worden sei. Die angebliche Verschlechterung auf 30% bzw. 35% sei daher allenfalls temporär und definitiv 2012 nicht mehr vorhanden gewesen. Eine überdauernde Verschlechterung der kardialen Situation lasse sich gerade nicht belegen und liege definitiv nicht vor. Zu den Herzrhythmusstörungen hat Dr. S. darauf hingewiesen, dass zur Behandlung von Patienten, die durch Herzrhythmusstörungen wirklich hochgradig gefährdet seien, inzwischen Defibrillatoren implantiert würden. Dies sei beim Kläger nie angedacht worden, da eine so hochgradige Herzinsuffizienz, die die prophylaktische Implantation eines Defibrillators rechtfertigen würde, bei ihm nicht bestehe. Darüber hinaus habe Prof. Dr. K. ausgeführt, dass primär die Zusammenschau der Erkrankungen und nicht die Erkrankung auf kardiologischem Fachgebiet das Limitierende sei. Die Aussage, dass der Kläger wegen der potentiellen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen keinerlei leichte Arbeiten mehr verrichten könne, sei deshalb widersprüchlich. Die von Prof. Dr. K. angesprochene schlechte Prognose habe mit dem aktuell festzustellenden Leistungsvermögen nichts zu tun. Aus der führenden kardiologischen Problematik ergäben sich Einschränkungen, wie sie im Gutachten des Prof. Dr. H. festgestellt worden seien, nämlich die Beschränkung auf leichte Arbeiten ohne außergewöhnliche Stressbelastung im Sinne von besonderem Zeitdruck oder ähnlichem. Hinsichtlich der chronischen Bronchitis liege eine wesentliche Lungenfunktionseinschränkung nicht vor. Die obstruktive Komponente sei unter Medikation reversibel gewesen, wie auch aus der von Dr. D. mitgeteilten Lungenfunktion hervorgehe. Somit ergebe sich seitens der pulmonalen Erkrankung keine einzige zusätzliche Einschränkung gegenüber dem, was kardialerseite erlaubt und möglich sei. Schwerwiegende gastroenterologische Erkrankungen bestünden nicht, so dass sich daraus keine zusätzliche Einschränkung ergebe. Bezüglich der Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet habe der Orthopäde Dr. M. in seiner sachverständigen Zeugenaussage keinen Grund seitens des Bewegungsapparats gesehen, das quantitative Leistungsvermögen einzuschränken. Für sämtliche Erkrankungen des Skelettsystems ergäben sich keinerlei zusätzliche qualitativen Einschränkungen, wenn ohnehin kardiologischerseits eine Beschränkung auf leichte Arbeiten bestehe. Auf psychiatrischem/psychosomatischem Fachgebiet sei ein depressives Syndrom nicht schwergradiger Ausprägung dokumentiert. Dr. K. habe 04/2011 ebenfalls keinerlei Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens aufgrund seines Fachgebiets gesehen und auch im Befundbericht von 08/2012 der Dr. M. werde lediglich eine Dysthymie festgestellt. Eine intensiviert psychosomatische/antidepressive Behandlung sei offensichtlich 2013 nicht erforderlich gewesen, lediglich die vorgeschlagene Einnahme von Amitriptylin 75 mg erfolgt. Dass hier keine weitergehende Medikation erforderlich sei und auch keine Behandlungsintensivierung durch teil- oder vollstationäre Behandlung nötig gewesen sei, sei ein Indiz dafür, dass auch diesbezüglich keine wesentliche Verschlechterung eingetreten sei. Auszuschließen diesbezüglich seien allenfalls Arbeiten, die besondere psychische Belastbarkeit erforderten und Arbeiten unter besonderem Zeitdruck. Prof. Dr. K. sei nach arbeitsmarktypischen Verrichtungen gefragt worden. Es mache stutzig, dass seiner Ansicht nach überhaupt nichts mehr in Frage komme, da der Kläger nicht bettlägerig und auch nicht pflegebedürftig sei und offensichtlich für seine Selbstversorgung aufkomme.

Seitens des kardiologischen Fachgebiets gebe es keinen Grund, der das zumindest sechsstündige Verrichten einer geeigneten leichten Tätigkeit ausschließe, wie dies auch Prof. Dr. H. in seinem Gutachten gefolgert habe und seitens des nicht-kardiologischen Fachgebiets lägen keine schwerwiegenden, das Leistungsvermögen weiter einschränkenden Erkrankungen vor. Das SG hat ferner aus dem Schwerbehindertenverfahren S 4 SB 1089/13 das Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. S. vom 18. September 2013 beigezogen. Dieser hat ausgeführt, dass sich der Kläger in altersentsprechend gutem Allgemeinzustand und normalgewichtigem Ernährungszustand befinde. Die physikalische Untersuchung des Herzens und der Lungen habe keinen auffälligen Befund ergeben. Der Blutdruck liege bei bekanntem Bluthochdruckleiden unter medikamentöser Behandlung im gut eingestellten Bereich. Die Untersuchung der Bauchorgane habe keinen richtungsweisenden pathologischen Befund ergeben. Die orientierende Untersuchung der unteren Extremitäten, einschließlich des Lymph- und Gefäßapparates habe ein normales arterielles Gefäßsystem ergeben. Die Krampfaderbildung sei nicht von klinischer Relevanz. Im Rahmen der Laborwerte sei bei bekannter koronarer Herzkrankheit der BNP bestimmt worden. Bei einer chronischen Überlastung der Muskulatur der linken Herzkammer antworte der Herzmuskel mit der Ausschüttung des "Brain Natriuretic Peptide". Der BNP-Spiegel im Plasma sei geeignet, Rückschlüsse auf das Ausmaß einer Herzminderleistung zu ziehen. Der Grenzwert für eine Herzinsuffizienz betrage 100 pg/ml, der Wert liege mit 88,5 pg/ml beim Kläger im Normbereich. Somit könne eine Pumpfunktionsschwäche der nicht vom bekannten Herzinfarkt befallenen Anteile der Herzmuskulatur der linken Herzkammer nicht nachgewiesen werden. Die durchgeführte Lungenfunktionsdiagnostik sei durch eine verminderte Einblaseung in das Gerät geprägt gewesen. Bei drei verschiedenen Versuchen seien jeweils voneinander abweichende Flussvolumenkurven dokumentiert, die zudem auch noch verzerrt seien. Somit sei diese mitwirkungsbedürftige Untersuchung ebenfalls nicht verwertbar. Gleiches gelte für die Belastungselektrokardiographie. Der Lungenfacharzt Dr. van B. habe einen Befundbericht hinsichtlich einer Ergospirometrie auf dem Laufband bei 0% Gefälle erstellt. Obwohl der Kläger hier noch vorgetragen habe, nach 50 m stehenbleiben zu müssen, sei er immerhin in der Lage gewesen, eine Strecke von 590 m in 10 Minuten zurückzulegen. Die Sauerstoffaufnahmekapazität sei unauffällig gewesen, die Herzfrequenz nicht wesentlich angestiegen, die Atemreserven seien nicht erschöpft gewesen. Es sei somit festzustellen, dass der Kläger die Untersuchung abgebrochen habe, obwohl er aufgrund der kardio-pulmonalen Leistungsreserven die Untersuchung hätte fortsetzen können. Nach Verlassen der Praxis habe Dr. van B. beobachtet, dass der Kläger seine Gehhilfe nicht als solche benutzt habe, sondern sie zusammen mit der Tasche getragen und sich auf der Straße im gleichen Tempo bewegt habe wie seine Begleitperson. Dr. S. hat als Diagnose eine koronare Herzerkrankung, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und eine chronische Bronchitis genannt und mitgeteilt, beim Kläger liege insgesamt ein GdB von 10 vor.

Mit Urteil vom 28. März 2014 hat das SG die Klage abgewiesen und sich dabei im Wesentlichen auf die Feststellungen des Gutachtens des Dr. H. (bezüglich des von ihm vertretenen internistischen Fachgebiets) und des Dr. S. gestützt. Aus dem im Rahmen der Begutachtung bei Prof. Dr. H. erzielten Wert von 75 Watt, den der Kläger bei der Ergometrie für knapp über eine Minute erreicht habe, lasse sich der Schluss ziehen, dass der Kläger noch in der Lage sei, einer leichten körperlichen Belastung standzuhalten. Hierzu verwies das SG auf Tabelle 5 der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit, die zu dem Ergebnis komme, dass bei einer ergometrischen Maximalbelastbarkeit von 50-75 Watt und einer eingeschränkten linksventrikulären Funktion bei einer gemessenen Ruhe-Ejektionsfraktion von 30-44% noch leichte körperliche Tätigkeiten möglich seien. Auch die vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vorgelegte gutachterliche Äußerung des Dr. W. (Agentur für Arbeit H.) lasse keine andere Schlussfolgerung zu, da sich Dr. W. bei seiner Äußerung auf das Gutachten des Prof. Dr. K. beziehe, dem die Kammer in der Leistungseinschätzung nicht folgen können. Gegen das ihm am 28. Mai 2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 4. Juni 2014 Berufung eingelegt. Das SG habe sich zu Unrecht auf das Gutachten des Dr. S. gestützt, das zur Prüfung des Grades der Behinderung (GdB) erstellt worden und für das vorliegende Verfahren auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht aussagekräftig und somit auch nicht verwertbar sei. Das SG habe auch das Gutachten des Dr. W. vom ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit H. vom 5. November 2013 nicht berücksichtigt, in welchem ein eingeschränktes Leistungsvermögen von unter drei Stunden pro Tag bescheinigt worden sei, sondern sich auf eine Stellungnahme des Beratungsarztes der Beklagten Dr. S. bezogen. Bemerkenswert sei, dass das SG die Ausführungen des Prof. Dr. K. in erster Linie deshalb als nicht überzeugend eingestuft habe, weil dieser das Gutachten nach Aktenlage ohne Untersuchung erstellt habe, sich dann aber auf die Stellungnahme des Dr. S. beziehe, der ihn ebenfalls nicht untersucht habe. Sämtliche kardiologischen Fachärzte, nämlich Dr. D., Prof. Dr. H. und Prof. Dr. K. kämen zu dem Ergebnis, dass er durch seine Erkrankungen so stark beeinträchtigt sei, dass ihm leichte Arbeiten nicht mehr zuzumuten seien. Dagegen sei es nicht überzeugend, wenn das SG sich einem Gutachten anschließe, das zur Prüfung des GdB erstellt worden sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 28. März 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Aufhebung des Bescheids vom 30. Oktober 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. März 2013 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1. September 2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat auf die sozialmedizinische Stellungnahmen der Fachärztin für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin Dr. R. vom 11. Juni 2015 und des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N. vom 23. September 2015 verwiesen.

Der Senat hat die sachverständige Zeugenauskunft des Facharztes für Innere Medizin Dr. S. vom 8. August 2014 eingeholt. Dieser hat mitgeteilt, die Erkrankungen des Klägers bewirkten eine anhaltende schwere Einschränkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit sei hochgradig eingeschränkt. Einfache Aufgaben könnten nicht stringent erledigt werden. Die Somatisierung führe zusammen mit den körperlichen Beschwerden (z.B. Spinalkanalstenose, Spondylose der LWS) zu einem chronischen Schmerzsyndrom und reaktiven Depressionen. Hierdurch sei ebenfalls die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit hochgradig eingeschränkt. Der Kläger sei nicht in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit einem Umfang von sechs oder auch nur drei Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben.

Der Senat hat ferner auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) den Facharzt für Innere Medizin Dr. K. als gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 12. Mai 2015 folgende Diagnosen mitgeteilt: Z.n. Infarkt der Herzvorderwand 12/1996 bei koronarer Dreifäßerkrankung; Z.n. interventioneller Erweiterung der vorderen linken Herzkranzarterie mittels PTCA 12/1996; Z.n. Bypass-

OP der Herzkranzgefäße (LIMA-Bypass zur LAD und Zweifach-ACVB) 1/1997 in H.; Infolge des Herzinfarkts Ausbildung eines Vorderwandspitzenaneurysmas; Herzinsuffizienz NYHA II-III bei KHK (mit systolischer und diastolischer Funktionsstörung); geringgradige Aorten- und Mitralklappeninsuffizienz; Ventrikuläre Extrasystolie mit Couplets, supraventrikuläre Extrasystolie; arterieller Hypertonus (ED 1996); Diabetes mellitus Typ 2 (ED 3/2009) bei metabolischem Syndrom; Z.n. Messerstichverletzung 1985; Z.n. Rippenserienfraktur lins 2006; Z.n. Hydrozelen-Operation mit Epididymektomie (Nebenhodenentfernung) rechts 1/2002; Z.n. Skrotalhämatom 2/2007 nach Spaltung eines Skrotalabszesses; Z.n. Abszessspaltung bei Pilonidal sinus 2/2010; Chronische Bronchitis bei langjährigem Nikotinabusus (anamnestisch); psychovegetative Störungen seit vielen Jahren mit Schlafstörungen; rezidivierende depressive Episoden seit vielen Jahren (mindestens seit 1998); HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom bds.; chronisches LWS-Syndrom mit Spondylosis deformans und Spondylarthrosen; lumbale Spinalkanalstenose (nachgewiesen durch MRT vom 13. Mai 2013); Nucleus pulposus-Prolaps der LWS (nachgewiesen in der gleichen Untersuchung); rezidivierende Epicondylitis humeri radialis bds.; Heberden- und Bouchard-Arthrosen der Fingergelenke gemäß in den Akten vorgefundenen Vorbefunden; 1/2011 nachgewiesene Antrum-betonte Gastritis und geringgradige Prostatahypertrophie.

Der Kläger sei bei der Fahrradergometrie in der Lage gewesen, bis 75 Watt zwei Minuten lang zu treten. Gemäß den Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit finde sich in der Tabelle 5 bei der Maximalleistung von ca. 75 Watt eine leichte körperliche Belastbarkeit. Aufgrund der koronaren Dreifäßerkrankung und der Herzrhythmusstörungen, der chronischen Rückenschmerzen sowie der Störungen im psychovegetativen Bereich seien Tätigkeiten unter erhöhtem Zeitdruck nicht zumutbar. Zudem seien Tätigkeiten in Nässe, Kälte, Zugluft und bei starken Temperaturschwankungen nicht zumutbar. Auch Beeinträchtigungen durch Gase, Dämpfe, Aerosole, Stäube, Rauch, Lärm und Vibrationen seien zu vermeiden. Ebenso seien Tätigkeiten mit erhöhter Unfall- und Verletzungsgefahr sowie Tätigkeiten mit Zwangshaltungen sowie Schichtarbeit nicht zumutbar. Die chronische Bronchitis stehe wohl nicht mehr im Vordergrund. Die belastungsabhängige Atemnot sei ganz überwiegend kardial bedingt. Der Diabetes mellitus Typ 2, die Prostatahypertrophie, die Rippenfrakturen in der Vergangenheit sowie die durchgemachten Abszess-Spaltungen und urologischen Operationen hätten keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. Dr. K. hat weiter ausgeführt, aufgrund der ergometrischen Belastbarkeit wäre der Kläger noch in der Lage, leichte Tätigkeiten mit den genannten Einschränkungen im Sitzen - unterbrochen durch gelegentliches Stehen und Gehen - auszuüben. Insbesondere unter Bezugnahme auf die Angaben des Hausarztes Dr. S. ergäben sich jedoch Bedenken, ob eine leichte Tätigkeit über sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche ausgeübt werden könne. Dr. S. beschreibe Konzentrationsschwäche, Unfähigkeit, sich auf die Erledigung von Aufgaben zu konzentrieren, Tagesmüdigkeit, Einschränkung der Körperwahrnehmung und Sensibilität sowie anhaltende schwere Einschränkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Wegen der seit Jahren bestehenden nervenärztlichen Behandlung bei Dr. K. und Dr. M. sei von einer chronischen Depression auszugehen. Die Lumbalkanalstenose, der Bandscheibenvorfall und die chronischen LWS-Beschwerden stünden wahrscheinlich einer mehr als sechsstündigen Tätigkeit im Sitzen im Wege. Der häufige Wechsel der nächtlichen Schlafposition wegen Rückenschmerzen sei in diesem Zusammenhang zu beachten. Aufgrund der neben der kardialen Erkrankung vorhandenen erheblichen Komorbiditäten sollte noch eine nervenärztliche Begutachtung durchgeführt werden.

Auf weiteren Antrag des Klägers (§ 109 SGG) hat der Senat daraufhin den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B. zum Sachverständigen bestellt. In seinem nervenärztlichen Gutachten vom 24. August 2015 hat er folgende Diagnosen mitgeteilt: Z.n. Vorderwandinfarkt bei arteriosklerotischen Veränderungen; arterielle Hypertonie; Hypercholesterinämie; Diabetes mellitus Typ II; chronischer Nikotinabusus mit der Folge einer chronischen Bronchitis; degenerative Wirbelsäulenveränderung, ausgeprägte Heberden'sche und Bouchard'sche Arthrosen; allergische Diathese; Varikosis und chronische Dysthmie. Prof. Dr. B. hat ausgeführt, der Kläger leide unter den Folgen vieler Erkrankungen. Diese seien jeweils einzeln betrachtet nicht so gravierend, dass man daraus eine allgemeine Leistungsunfähigkeit ableiten könnte. Wenn man sie jedoch miteinander hinsichtlich der Auswirkungen in Relation setze, komme man zu ganz anderen Ergebnissen, nämlich dass sie in ihren Wechselwirkungen eine hochgradige Leistungsinsuffizienz bedingen. So sei es im Fall des Klägers eindeutig. Dabei hat sich Prof. Dr. B. der Einschätzung des Prof. Dr. K. angeschlossen. Unter dem Aspekt der synoptischen Leistungsbeurteilung sei der Kläger nicht mehr in der Lage, irgendeiner beruflichen Tätigkeit im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarktes gerecht zu werden, auch nicht im Sinne von körperlich leichten Tätigkeiten, im Sinne von geistig einfachen Verrichtungen oder auch in dem Sinne, dass er diesbezüglich nur unterhalbsschichtig oder unter drei Stunden pro Tage gefordert werde. Die Beklagte ist dem Gutachten des Prof. Dr. B. unter Bezugnahme auf die sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. N. vom 23. September 2015 entgegengetreten. Dieser hat darauf verwiesen, dass die von Prof. Dr. B. festgestellten internistischen Erkrankungen des Zustands nach Vorderwandinfarkt mit metabolischem Syndrom nicht in sein Fachgebiet fielen. Die chronische Dysthmie habe schon vor Jahren Eingang in die Akten der Behandler gefunden. Insofern habe sich keine wesentliche Befundverschlechterung über Jahre auch für die psychische Erkrankung eingestellt; ein neues Erkrankungsbild sei nicht hinzugetreten. Unter einer Dysthmie werde ein leichtgradiger chronischer Verstimmungszustand verstanden, der nicht die Kriterien einer wenigstens leichten depressiven Episode umfasse. Hinsichtlich der vom Sachverständigen erwähnten Aggravation müsse die Frage gestellt werden, inwieweit die tatsächlich festgestellten Symptome in ihrem Ausmaß und ihrem Schweregrad zuverlässig beurteilt werden könnten, da gerade das psychiatrische Fachgebiet sehr abhängig sei von der Beschwerdeschilderung. Der mitgeteilte psychopathologische Befund entspreche dem leichten chronischen Verstimmungszustand einer Dysthmia. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ergebe sich damit kein Befund, der gegen ein vollschichtiges quantitatives Leistungsvermögen des Klägers spreche.

Wegen des weiteren Vorbringens und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten beider Instanzen und die Prozessakten der Verfahren S 14 R 59/11 (SG Mannheim) und S 4 SB 1089/13 (SG Mannheim) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die vom Kläger beanspruchte Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung - §§ 43, 240 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - dargelegt und - gestützt auf die in den Gutachten des Dr. H. und des Dr. S. mitgeteilten Befunde und Feststellungen auf internistischem Fachgebiet - zutreffend ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung hat, weil er in der Lage ist, ihm zumutbare Tätigkeiten des

allgemeinen Arbeitsmarktes bei Beachtung rentenrechtlich nicht relevanter qualitativer Einschränkungen wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Der Senat schließt sich dem nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung des gesamten Vorbringens des Klägers uneingeschränkt an und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zurück.

Auch aus dem Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren folgt nichts Anderes. Der Kläger leidet hauptsächlich an Beschwerden auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet, nämlich einem Z.n. Infarkt der Herzvorderwand 12/1996 bei koronarer Dreifäßerkrankung; Z.n. interventioneller Erweiterung der vorderen linken Herzkranzarterie mittels PTCA 12/1996; Z.n. Bypass-OP der Herzkranzgefäße (LIMA-Bypass zur LAD und Zweifach-ACVB) 1/1997 in H.; Infolge des Herzinfarkts Ausbildung eines Vorderwandspitzenaneurysmas; Herzinsuffizienz NYHA II-III bei KHK (mit systolischer und diastolischer Funktionsstörung); geringgradiger Aorten- und Mitralklappeninsuffizienz; Ventrikulärer Extrasystolie mit Couplets, supraventrikulärer Extrasystolie, arteriellem Hypertonus (ED 1996) sowie Diabetes mellitus Typ 2. Hierzu stützt sich der Senat auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. K. vom 12. Mai 2015. Der Sachverständige hat umfangreiche Untersuchungen erhoben und sich mit den aktenkundigen Vorbefunden sowie den vom Kläger geschilderten Beschwerden beschäftigt. Der Blutdruck in Ruhe lag bei der Untersuchung mit 120/70 mmHg im Normbereich. Bei der Fahrradergometrie ist eine Belastung über zwei Minuten bis 75 Watt und über 16 Sekunden eine Belastung mit 100 Watt möglich gewesen, was nach den Ausführungen des Sachverständigen unter Bezugnahme auf die Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit (Stand 29. Januar 2010) einer leichten körperlichen Belastbarkeit entspricht. Bei der Farbdoppler-Echokardiographie hat Dr. K. - bei variablen Messwerten aufgrund schlechter Untersuchungsbedingungen - einen Mittelwert der Ejektionsfraktion von 47% angegeben, entsprechend einer grenzwertigen bzw. etwas reduzierten Pumpfunktion. In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige darauf hingewiesen, dass bei der Laboruntersuchung das N-terminale ProBNP mit 266pg/ml (Normwert bis 161 pg/ml) leicht erhöht gewesen sei und dies als Hinweis auf eine Herzinsuffizienz gewertet. Im Langzeit-EKG hat sich eine mittlere Herzfrequenz von 77/min (tagsüber 82/min und nachts 71/min) mit einer maximalen Herzfrequenz von 123/min und einer minimalen Herzfrequenz von 51/min gezeigt, ca. 1731 ventrikuläre Extrasystolen (VES), 25 VES-Couplets, etwas über 1200 supraventrikuläre Extrasystolen (SVES) und keine relevanten Pausen. Bezüglich der Laborwerte hat Dr. K. mitgeteilt, der "Langzeitzucker-Wert" HbA1c sei mit 6,5% deutlich besser als bei der letzten Angabe im Diabetespass und etwas besser als bei der Laboruntersuchung durch Dr. S. im September 2013, das Gesamtcholesterin sei optimal eingestellt bei leicht erniedrigtem HDL-Cholesterin, die Nierenfunktion sei unauffällig, ebenso die Elektrolyte Kalium und Natrium und der CRP-Wert sei normal, so dass sich keine Hinweise auf eine Entzündung im Körper ergäben. Aus den von ihm erhobenen Untersuchungsbefunden hat der Sachverständige auf dem von ihm vertretenen internistischen Fachgebiet - insbesondere unter Berücksichtigung der ergometrischen Belastbarkeit - nachvollziehbar gefolgert, dass der Kläger in der Lage sei, mit bestimmten qualitativen Einschränkungen, welche die eingeschränkte Belastbarkeit aufgrund der koronaren Dreifäßerkrankung und der Herzrhythmusstörungen berücksichtigen, leichte Tätigkeiten vollschichtig auszuüben. Dem schließt sich der Senat in Anbetracht der von Dr. K. erhobenen Befunde, die im Wesentlichen mit den von Dr. S. und Dr. H. mitgeteilten Befunden auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet übereinstimmen, an.

Der Senat folgt jedoch nicht der von Dr. K. (im Übrigen fachfremd) vertretenen Ansicht, dass der Kläger insgesamt aufgrund der vorhandenen erheblichen Komorbiditäten, insbesondere auf nervenärztlichem Fachgebiet, nicht mehr in der Lage sei, einer mehr als sechsstündigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens auf nervenärztlichem Fachgebiet lässt sich insbesondere auch nicht dem Gutachten des Prof. Dr. B. vom 24. August 2015 entnehmen. Denn Prof. Dr. B. hat auf seinem Fachgebiet als Diagnose lediglich eine Dysthmie angegeben, wobei er selbst über Verhaltensauffälligkeiten in Form von mäßigen aggravatorischen Tendenzen berichtet hat. Bezüglich des weiteren psychischen Befunds hat Prof. Dr. B. eine klare Bewusstseinslage beschrieben und das Vorliegen von Orientierungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Ich-Funktionen, Störungen des Gedankenganges und Auffälligkeiten des Gedankeninhaltes verneint. Das Auffassungsvermögen hat Prof. Dr. B. als nicht gestört bezeichnet und Kurzzeitgedächtnis/Merkfähigkeit, Neugedächtnis/unmittelbare Erfahrungen, Langzeitgedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit als - soweit prüfbar - unbeeinträchtigt beschrieben. Prof. Dr. B. hat ferner angegeben, die Kritikfähigkeit sei grundsätzlich erhalten gewesen und es hätten sich keine Hinweise auf eine eigentliche Zwangssymptomatik im Sinne von Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken ergeben. Ferner hat Prof. Dr. B. zwar erwähnt, dass der Kläger über Zukunftsängsten leide, jedoch keinen Hinweis auf eine generalisierte Angsterkrankung, auf eine phobische Symptomatik oder ein Paniksyndrom gefunden. Bezüglich der Stimmungslage hat Prof. Dr. B. die subjektive Angabe des Klägers, dass es ihm seelisch schlecht gehe, erwähnt und objektiv eine gedrückte und besorgte Grundstimmung gesehen. Die Psychomotorik hat Prof. Dr. B. als zeitweise angespannt bezeichnet und angegeben, phasenweise hätten sich traurig anmutende Gesichtszüge gezeigt und die Gestik des Klägers sei eher verhalten gewesen. Die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit hat Prof. Dr. B. als erkennbar eingeschränkt bezeichnet und mitgeteilt, die Affektivität sei erkennbar in Richtung des depressiven Pols eingeengt und der Antrieb deutlich vermindert. Auffällige neurologische Befunde hat Prof. Dr. B. nicht mitgeteilt und auch darauf hingewiesen, dass der Kläger nach Verlassen der Praxis in der Lage war, ohne irgendwelche erkennbare Einschränkungen zu gehen, obwohl er während der Untersuchung ein sehr verzögertes Gehen demonstriert habe. Aus diesen Befunden lässt sich von Seiten des nervenärztlich-psychiatrischen Fachgebiets allenfalls eine leicht ausgeprägte Beeinträchtigung ableiten, die von Prof. Dr. B. nachvollziehbar als Dysthmie eingestuft wurde. Daraus lassen sich zur Überzeugung des Senats lediglich qualitative Einschränkungen bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, aber keine zeitliche Leistungseinschränkung ableiten. Auch Prof. Dr. B. hat im Übrigen darauf verwiesen, dass eine neurologische Erkrankung im engeren Sinne nicht zu erkennen sei. Soweit Prof. Dr. B. dennoch bei "synoptischer Leistungsbeurteilung" unter Berücksichtigung sämtlicher beim Kläger auf anderen Fachgebieten vorliegenden Erkrankungen ein aufgehobenes Leistungsvermögen angenommen hat, ist dies für den Senat nicht nachvollziehbar. Denn hinsichtlich der von Prof. Dr. B. fachfremd berücksichtigten Erkrankungen auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet kann auf das oben ausführlich dargestellte Gutachten des Sachverständigen Dr. K. und die darin mitgeteilten Untersuchungsbefunde verwiesen werden, woraus sich ergibt, dass von Seiten des kardiologischen Fachgebiets lediglich qualitative Leistungseinschränkungen zu beachten sind, aber keine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens besteht. Die daneben bestehenden Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet spielen ebenfalls nur im Hinblick auf qualitative Einschränkungen eine Rolle. Wie Dr. K. in seinem Gutachten ausgeführt hat, steht auch die chronische Bronchitis nicht mehr im Vordergrund und die belastungsabhängige Atemnot, die nach Einschätzung von Dr. K. überwiegend kardial bedingt ist, wird angemessen dadurch berücksichtigt, dass dem Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar sind. Sonstige Erkrankungen, die sich auf das zeitliche Leistungsvermögen des Klägers auswirken könnten, liegen nicht vor. Der Kläger ist demnach noch in der Lage, leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Ausgeschlossen sind Tätigkeiten, die mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Arbeiten unter erhöhtem Zeitdruck oder in Kälte, Nässe, Zugluft, unter starken Temperaturschwankungen, Gasen, Dämpfen, Rauch und Lärm. Ferner sind Arbeiten in Schichtarbeit und in Zwangshaltungen zu vermeiden. Der Kläger hat somit keinen Anspruch auf Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung gemäß [§ 43 SGB VI](#). Eine Pflicht zur

Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit besteht nicht. Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen bzw. schwere spezifische Leistungsbehinderungen sind nicht gegeben. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung meint die Fälle, in denen bereits eine einzige schwerwiegende Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003 - [B 5 RJ 64/02 R](#) - juris). Als Beispiel hierfür ist etwa die Einarmigkeit eines Versicherten zu nennen. Das Merkmal "Summierung" ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" trägt hingegen dem Umstand Rechnung, dass auch eine Vielzahl von Einschränkungen, die jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, zusammengenommen - ohne im Einzelnen oder auf den ersten Blick ungewöhnlich zu sein - das noch mögliche Arbeitsfeld in erheblichem Umfang zusätzlich einengen können. In diesen Fällen besteht die Verpflichtung, ausnahmsweise eine konkrete Tätigkeit zu benennen, weil der Arbeitsmarkt möglicherweise für diese überdurchschnittlich leistungsgeminderten Versicherten keine Arbeitsstelle bereithält oder nicht davon ausgegangen werden kann, dass es für diese Versicherten eine ausreichende Anzahl von Arbeitsplätzen gibt oder ernste Zweifel daran aufkommen, ob der Versicherte in einem Betrieb einsetzbar ist (BSG Urteil vom 10. Dezember 2003, [B 5 RJ 64/02 R](#) - juris). Die von den Sachverständigen festgestellte Beschränkung auf körperlich leichte Tätigkeiten sowie die sonstigen qualitativen Einschränkungen, die der Kläger bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit beachten muss, sind weder besonders zahlreich noch schränken sie den möglichen Einsatzbereich des Klägers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über das auch ansonsten bei Vorliegen qualitativer Einschränkungen übliche Maß hinaus ein. Der Senat hat auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger eine Tätigkeit nicht unter den in Betrieben üblichen Bedingungen ausüben kann. Der Anmarschweg zur Arbeitsstätte ist für ihn schließlich ebenfalls nicht rentenrelevant eingeschränkt, da er bei der von Dr. van B. am 18. September 2012 durchgeführten Ergospirometrie in der Lage war, 590 m in 10 Minuten zurückzulegen und sich die körperliche Belastbarkeit - wie sich anhand der zuletzt von Dr. K. mitgeteilten Befunde und der Belastbarkeit in der Ergometrie bis 75 Watt ableiten lässt - nicht wesentlich verändert hat. Damit ist der Arbeitsmarkt für den Kläger nicht verschlossen. Dem Kläger steht auch kein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß [§ 240 SGB VI](#) zu. Kann der Versicherte seinen "bisherigen Beruf" aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr verrichten, ist zu ermitteln, ob es zumindest eine Tätigkeit gibt, die ihm sozial zumutbar ist (sogenannte subjektive Zumutbarkeit) und die er gesundheitlich wie fachlich noch bewältigen kann (objektive Zumutbarkeit). Das Bundessozialgericht (BSG) hat zur Feststellung des qualitativen Wertes des bisherigen Berufes und damit zur Bestimmung sozial zumutbarer Verweisungstätigkeiten (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1996 - [13 RJ 35/96](#) = [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 55](#) - juris Rdnr. 30; Niesel in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, [§ 240 SGB VI](#) Rdnr. 24 ff. m.w.N.) ein Mehrstufenschema entwickelt, das die Arbeiterberufe in Gruppen untergliedert. Diese werden durch die Leitberufe eines Facharbeiters mit Vorgesetztenfunktion (und diesem gleichgestellten besonders hoch qualifizierten Facharbeiters), eines Facharbeiters, der einen anerkannten Ausbildungsberuf mit einer anerkannten Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren, regelmäßig drei Jahren ausübt, eines angelernten Arbeiters, der einen Ausbildungsberuf mit einer vorgeschriebenen Regelausbildungszeit von bis zu zwei Jahren ausübt, und eines ungelernten Arbeiters charakterisiert. Dabei wird die Gruppe der angelernten Arbeiter nochmals in die Untergruppen der "oberen Angelernten" (Ausbildungs- oder Anlernzeit von über zwölf bis zu 24 Monaten) und "unteren Angelernten" (Ausbildungs- oder Anlernzeit von mindestens drei bis zu zwölf Monaten) unterteilt. Kriterien für eine Einstufung in dieses Schema sind dabei die Ausbildung, die tarifliche Einstufung, die Dauer der Berufsausbildung, die Höhe der Entlohnung und insbesondere die qualitativen Anforderungen des Berufs. Eine Verweisung ist grundsätzlich nur auf eine Tätigkeit der jeweils niedrigeren Gruppe möglich. Ferner ist erforderlich, dass der Versicherte die für die Verweisungstätigkeit notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten innerhalb einer bis zu drei Monaten dauernden Einarbeitung und Einweisung erwerben kann (BSG, Urteil vom 22. September 1977 - [5 RJ 96/76](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 23](#) - juris Rdnr. 15; BSG, Urteil vom 9. September 1986 - [5b RJ 50/84](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 139](#) - juris Rdnr. 11). Ausgangspunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist danach der "bisherige Beruf", den der Versicherte ausgeübt hat. Dabei ist unter dem bisherigen Beruf in der Regel die letzte nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit jedenfalls dann zu verstehen, wenn sie zugleich die qualitativ höchste im Berufsleben des Versicherten war (BSG, Urteil vom 20. August 1997 - [13 RJ 39/96](#) - [SozR 3-2600 § 43 Nr. 17](#) = juris Rdnr. 16). Der Kläger hat in seinem Heimatland den Beruf eines Vermessungstechniklers erlernt, diesen Beruf aber nach dem Zuzug nach Deutschland nicht mehr ausgeübt. Er war zuletzt als Wachmann versicherungspflichtig beschäftigt und dabei allenfalls der Gruppe der angelernten Arbeiter des unteren Bereichs zuzuordnen. Damit kann er auf sämtliche ungelernten Arbeiten unter Beachtung der vorliegenden qualitativen Einschränkungen verwiesen werden. Die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit ist angesichts der Vielzahl der auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhandenen ungelernten Tätigkeiten nicht erforderlich (vgl. BSG, Urteil vom 15. November 1983 - [1 RJ 112/82](#), Urteil vom 28. November 1985 - [4a RJ 51/84](#)). Der Kläger ist daher nicht berufsunfähig im Sinne des [§ 240 SGB VI](#). Da das SG die Klage somit zu Recht abgewiesen hat, war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass der Kläger mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtko, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 193 SGG](#) Rdnr. 8 erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-30