

L 2 R 3023/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 4460/12
Datum
05.06.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 R 3023/13
Datum
15.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 5. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht im Streit, ob der Kläger die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rente wegen (voller) Erwerbsminderung erfüllt.

Der 1958 geborene Kläger hat die Ausbildung in einem Malermeisterbetrieb angefangen, aber nicht abgeschlossen. Er war in den Folgejahren (1980 bis 2008) in einem Mineralwasserunternehmen als Berufskraftfahrer tätig und zuletzt dort ab Juni 2008 als Kommissionierer versicherungspflichtig beschäftigt. Seit dem 24. Januar 2012 ist der Kläger arbeitsunfähig krank. Beim Kläger ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 70 seit Oktober 2015 festgestellt.

Am 17. Februar 2012 beantragte er bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte die Gutachterin Dr. H. das Gutachten vom 30. März 2012. Darin diagnostizierte die Gutachterin insbesondere eine Belastungsatemenot bei chronischer obstruktiver Lungenerkrankung Stadium II, Lungenüberblähung, Zustand nach Lungenembolien beidseits mit Infarktpneumonie rechts und Zustand nach pulmonaler Blutung und Pneumonie rechts Februar 2011 mit Embolisation der Arteria bronchialis rechts 2011; eine schlafbezogene Atemstörung (Upper airway resistance-Syndrom) mit APAP-Therapie seit Oktober 2011 und gebesserter Tagesmüdigkeit; einen Bluthochdruck, medikamentös eingestellt, bisher ohne Folgeschäden; reaktiv depressive Verstimmungszustände. Hinsichtlich des Leistungsvermögens führte Dr. H. aus, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers in seiner letzten beruflichen Tätigkeit als Lagerarbeiter und Kommissionierer bereits auf unter drei Stunden vermindert sei. Eine Besserung sei wahrscheinlich. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben würden empfohlen. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ging Dr. H. davon aus, dass beim Kläger noch ein sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte Arbeiten, überwiegend im Sitzen, ohne Nachschicht, ohne übermäßigen Zeitdruck, ohne ständiges Gehen und Stehen, ohne Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten und ohne Exposition von Nässe, Kälte und Durchzug sowie ohne übermäßige Temperaturschwankungen bestehe.

Mit Bescheid vom 3. Mai 2012 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab. Zur Begründung führte die Beklagte aus, der Kläger könne noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein. Die Einschränkungen, die sich aus den Krankheiten oder Behinderungen des Klägers ergeben würden, führten nicht zu einem Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung oder auch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und verwies auf seine gesundheitlichen Einschränkungen vor allem durch Atemnot und auf die im November 2011 erlittene Lungenembolie. Die Beklagte befragte daraufhin nochmals die beratende Ärztin Dr. H., die in ihrer Stellungnahme vom 3. Juli 2012 mitteilte, dass kein quantitativ gemindertes Leistungsvermögen festgestellt werden könne und sie bei ihrer bisherigen Leistungsbeurteilung bleibe. Dies gelte ihrer Auffassung nach auch unter Berücksichtigung der beim Kläger zwischenzeitlich festgestellten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule. Auf eine Anfrage der Beklagten teilte des Weiteren der Arbeitgeber des Klägers mit Schreiben vom 25. Juli 2012 mit, dass der Kläger zunächst von 1980 bis 2008 als Auslieferungsfahrer und ab Juni 2008 als Kommissionierer beschäftigt gewesen sei. Es habe sich bei der Tätigkeit als Kommissionierer um eine ungelernte Tätigkeit gehandelt (Bl. 209

Verwaltungsakte). Die Tätigkeit als Berufskraftfahrer sei aus persönlichen Gründen, nicht jedoch aus medizinischen Gründen aufgegeben worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2012 wies der Beklagte sodann den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 6. September 2012 durch seinen Bevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Zur Begründung hat der Bevollmächtigte auf die beim Kläger bestehenden Erkrankungen verwiesen. So leide der Kläger nicht unter einer Belastungsatemnot Grad II, sondern Grad III, zudem mit einer asthmoiden Komponente. Des Weiteren würden nicht lediglich degenerative Veränderungen vorliegen, sondern eine schwere Osteochondrosis intervertebralis und eine knöcherne Einengung des Spinalkanals. Wenn diese Diagnosen von der Beklagten berücksichtigt worden wären, so wäre festgestellt worden, dass der Kläger nicht mehr in der Lage sei, mindestens sechs Stunden pro Tag einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Die Beklagte ist dem entgegengetreten.

Das SG hat im Weiteren die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen vernommen. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. H. hat in seiner Auskunft vom 7. März 2013 (Bl. 33 SG-Akte) mitgeteilt, dass der Kläger sich einmalig am 21. Januar 2013 bei ihm vorgestellt habe. Zum Leistungsvermögen könne er im Hinblick auf die nur einmalige Vorstellung nichts sagen. Der Facharzt für Neurologie Dr. W. hat in seiner Auskunft vom 8. März 2013 (Bl. 36 SG-Akte) mitgeteilt, der Kläger sei im Jahr 2012 insgesamt fünfmal innerhalb der Zeit vom 16. Mai bis 23. November 2012 bei ihm in Behandlung gewesen. Nachdem die letzte körperliche Untersuchung am 31. August 2012 stattgefunden habe, hätten keine Aussagen über den aktuellen Gesundheitszustand gemacht werden können. Der Gesundheitszustand des Klägers bei der letzten Befunderhebung habe die Verrichtung einer körperlich leichten Tätigkeit in einem Umfang von sechs Stunden arbeitstäglich nicht ausgeschlossen. Der Internist, Kardiologe und Pneumologe Dr. H. hat in seiner Auskunft vom 20. März 2013 (Bl. 51 ff. SG-Akte) mitgeteilt, dass ausgehend von den von ihm erhobenen Befunden auf pulmonalem Gebiet, jedenfalls in der Gesamtheit betrachtet eine Berufstätigkeit bis zu sechs Stunden, vorausgesetzt eine leichtere körperliche Belastung, nicht ausgeschlossen sei. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin V. gab in ihrer Auskunft vom 7. März 2013 (Bl. 41 SG-Akte) an, dass sich insgesamt beim Kläger, der bei ihr seit März 2011 bis auf Weiteres in Behandlung sei, der allgemeine Zustand gebessert habe, die Dispnöe nur noch bei Belastung auftrete und keine Hämoptysen mehr bestünden. Hinsichtlich des Leistungsvermögens verwies sie darauf, dass der Kläger im Juni 2011 einen Wiedereingliederungsversuch (vier bis sechs Stunden pro Tag) erfolglos unternommen habe (wegen einer Belastungsdispnöe).

Mit Urteil vom 5. Juni 2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass auf der Grundlage der vorliegenden ärztlichen Gutachten von Dr. H. und der Auskünfte der behandelnden Ärzte Dr. H. und Dr. W. davon auszugehen sei, dass der Kläger noch einer Erwerbstätigkeit in einem Umfang von sechs Stunden am Tag in zumutbarer Weise nachgehen könne. So hätte auch weder der Internist Dr. H. noch der Facharzt für Neurologie Dr. W. ein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden arbeitstäglich festgestellt. Des Weiteren habe darüber hinaus auch Dr. V. berichten können, dass sich der Allgemeinzustand des Klägers gebessert habe. Prof. Dr. H. habe den Kläger lediglich einmal am 21. Januar 2013 im Rahmen einer psychiatrischen Vorstellung zur Diagnostik und Therapieberatung gesehen. Fragen zum Leistungsvermögen habe er nach einmaliger Vorstellung ohne Verlaufsbeobachtung nicht beantworten können. Hieraus entnehme das Gericht allerdings nicht, dass von einem quantitativ eingeschränkten Leistungsvermögen auszugehen wäre. Auch würden die von Prof. Dr. H. genannten Diagnosen - Panikstörung sowie Angst und Depression gemischt - nicht dafür sprechen, dass das Leistungsvermögen im Sinne einer Erwerbsminderung eingeschränkt sei. Dies gelte umso mehr, als der den Kläger behandelnde Nervenarzt Dr. W. für den Kläger die Verrichtung einer körperlich leichten Berufstätigkeit in einem Umfang von sechs Stunden arbeitstäglich nicht habe ausschließen können. Weiterer Ermittlungsbedarf habe sich auch nicht aus der Angabe des Bevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vom 5. Juni 2013 ergeben, dass beim Kläger am 31. Mai 2013 ein Belastungs-EKG durchgeführt worden sei, mit dessen Ergebnis der behandelnde Arzt nicht zufrieden gewesen sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass aufgrund des einmaligen, aus Sicht des Arztes nicht zufriedenstellenden Befundes auf eine anhaltende dauerhafte Einschränkung des Leistungsvermögens geschlossen werden könne. Der Kläger habe darüber hinaus auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Ausgehend von den nach [§ 240 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung - \(SGB VI\)](#) maßgeblichen Kriterien und der hierzu ergangenen Rechtsprechung sei festzuhalten, dass der Kläger aufgrund der zuletzt von ihm ausgeübten Tätigkeit der Berufsgruppe der ungelernten Arbeiter zuzuordnen sei. Er sei zuletzt als Kommissionierer sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen, hierbei habe es sich um eine ungelernte Tätigkeit gehandelt. Die Tätigkeit als Berufskraftfahrer habe er aus persönlichen Gründen, nicht aber aus medizinischen Gründen aufgegeben. Damit sei auf die Tätigkeit als Kommissionierer abzustellen, diese sei dem Leitberuf des ungelernten Arbeiters zuzuordnen. Es komme daher bei der Frage der Berufsunfähigkeit allein darauf an, ob der Kläger überhaupt noch eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten in der Lage sei. Dies sei aus den oben genannten Gründen zu bejahen.

Der Kläger hat gegen das seinem Bevollmächtigten am 24. Juni 2013 mit Empfangsbekenntnis zugestellte Urteil am 24. Juli 2013 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Zur Begründung macht der Klägerbevollmächtigte geltend, so habe das SG u.a. trotz des Hinweises des sachverständigen Zeugen Prof. Dr. H. in seiner Auskunft vom 7. März 2013, es liege eine depressive Störung vor, die der Behandlung bedürfe, keine weiteren Ermittlungen angestellt, insbesondere kein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Der Kläger vertrete die Auffassung, dass, wäre die psychiatrische Erkrankung näher begutachtet worden, eine zumindest teilweise Erwerbsunfähigkeit festgestellt worden wäre. Die psychische Belastung mit Panikattacken, Angst und Depression sei nach wie vor vorhanden, weshalb er auch in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung sei. Darüber hinaus sei am 23. Juli 2013 eine rezidive Tagesmüdigkeit diagnostiziert worden. Des Weiteren sei eine erhebliche Merkfähigkeit festgestellt worden (gemeint wohl Einschränkung der Merkfähigkeit). Auch pneumologisch-kardiologisch hätten sich Verschlechterungen des Gesundheitszustands ergeben. So habe das O. am 20. August 2013 über eine aktuelle Exazerbation der Erkrankung mit Belastungsdispnöe NYHA III, der dritthöchsten Stufe, berichtet. Definiert sei diese wie folgt: "Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursache Erschöpfung, Rhythmusstörung, Luftnot oder Angina pectoris". Ebenfalls habe sich eine signifikant asthmoiden Komponente gezeigt. Es werde daher beantragt, einerseits pneumologisch-kardiologisch den Kläger erneut gutachterlich zu untersuchen und ebenso ein psychologisches bzw. psychiatrisches Sachverständigengutachten einzuholen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 5. Juni 2013 sowie den Bescheid der Beklagten vom 3. Mai 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. August 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller

Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Der Senat hat die weitere Auskunft von Prof. Dr. H. vom 17. Oktober 2013 (Bl. 28 Senatsakte) eingeholt, der darin u.a. mitteilt, dass der Kläger seit 12. März 2013 zwischenzeitlich siebenmal, zuletzt am 14. Oktober 2013 zur psychiatrischen Behandlung vorstellig geworden sei. Er berichte unverändert über eine subjektiv zunehmende Belastungsdisponie. An psychiatrischen Beschwerden berichte der Kläger eine depressive Verstimmung, einen sozialen Rückzug, multiple Ängste und Panikattacken sowie Schlafstörungen und Erektionsstörungen. Von psychiatrischer Seite seien die Diagnosen Angst und Depression sowie Panikstörung zu stellen. Zum Leistungsvermögen selbst macht Prof. Dr. H. keine Angaben. Des Weiteren hat der Senat eine ergänzende Auskunft bei Dr. H. vom 22. Oktober 2013 eingeholt (Bl. 30 Senatsakte). Dr. H. gelangt hierbei hinsichtlich des Leistungsvermögens abweichend zu seiner früheren Auskunft vom 20. März 2013 nunmehr zu der Auffassung, dass er beim Kläger eine Erwerbstätigkeit über sechs Stunden - auch bei leichter körperlicher Belastung - eher für unwahrscheinlich halte.

Die Beklagte ist unter Berufung auf die sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P. vom 5. Dezember 2013 dem entgegengetreten und hat darauf verwiesen, dass aus ihrer Sicht die Sachaufklärung auf internistischem Fachgebiet ausreichend sei. Die entsprechenden lungenfachärztlichen Befunde würden vorliegen und auch weiterhin eine quantitative Leistungsminderung nicht begründen. Bezüglich der nervenärztlichen Erkrankung solle die Tatsache, dass die Mutter des Klägers kürzlich an einem Krebsleiden verstorben sei, Berücksichtigung finden (Bezugnahme auf die Auskunft von Prof. Dr. H. vom 17. Oktober 2013). Da eine entsprechende Therapie im März 2013 eingeleitet worden sei, durch den Tod der Mutter aber zunächst eine weitere Verbesserung nicht zu erreichen gewesen sei, sei der weitere Verlauf jedoch abzuwarten. Es sei nicht davon auszugehen, dass auch aufgrund der nervenärztlichen Erkrankung unter der entsprechenden Therapie eine quantitative Leistungsminderung nach einer entsprechenden Behandlung über sechs Monate eintreten werde.

Von Klägerseite ist im Weiteren der Befundbericht des O. Bereich Orthopädie des Chefarztes Dr. Sch. vom 4. Dezember 2013 vorgelegt worden, in dem die Diagnose einer medialen Gonarthrose links gestellt worden ist. Prof. Dr. H. hat in der ergänzenden Auskunft vom 17. Dezember 2013 (Bl. 45 Senatsakte) zum Leistungsvermögen mitgeteilt, dass er sich mit dieser Frage überfordert fühle und seiner Meinung nach eine stationäre psychosomatische Diagnostik und Behandlung notwendig wäre.

Ferner wurde noch vom Klägerbevollmächtigten ein aktueller Befundbericht des Facharztes für Chirurgie und Orthopädie, Unfallchirurgie Dr. L. vom 3. Dezember 2013 vorgelegt, in dem als Diagnose eine beginnende Coxarthrose rechts sowie eine Gonarthrose rechts und eine Tendopathie der Fasciae latae überlastungsbedingt gestellt werden.

Am 5. Februar 2014 fand ein Erörterungstermin statt, im Rahmen dessen der Vorsitzende darauf hinwies, dass von seiner Seite keine Veranlassung für weitere Ermittlungen von Amts wegen bestehe. Die Klägerseite erklärte hierzu von ihrem Antragsrecht nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Gebrauch zu machen. Außerdem hat der Klägerbevollmächtigte noch ein aktuelles Attest der Neurochirurgischen Gemeinschaftspraxis Dr. B. und Dr. H. vom 20. Januar 2014 vorgelegt, wonach im Bereich der Wirbelsäule eine Stenose bei L3/4 und L4/5 festgestellt worden sei und für den 11. Februar 2014 eine Operation geplant sei. Im Hinblick auf die am 11. Februar 2014 durchgeführte Operation und die sich daran anschließende Anschlussheilbehandlung in der Zeit vom 5. März 2014 bis 26. März 2014 in der B., Bad K., war der Antrag nach [§ 109 SGG](#) zurückgestellt worden um das Ergebnis der Reha abzuwarten. Im Reha-Entlassbericht vom 27. März 2014 (Bl. 69 f. Senatsakte) wird das Leistungsvermögen des Klägers bezogen auf leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung entsprechender qualitativer Einschränkungen mit sechs Stunden und mehr arbeitstäglich eingeschätzt. Bei den Diagnosen wird unter anderem auch eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F3.38), gebessert genannt.

Nach Hinweis des Gerichts, dass die B.-Klinik trotz der beim Kläger bekannten psychischen Probleme keine Veranlassung gesehen habe von einer Erwerbsminderung auszugehen und daher auch von Seiten des Gerichts keine Veranlassung für weitere Ermittlungen bestehe, benannte der Klägerbevollmächtigte zunächst Privatdozent Dr. F., Klinik an der L., O., als Gutachter, der den Gutachtensauftrag vom 19. Mai 2014 mit Schreiben vom 27. Juni 2014 wegen völliger Überlastung zurückgab. Der sodann benannte Gutachter Dr. F. Fachklinik K., gab den Gutachtensauftrag vom 9. Juli 2014 ebenfalls wegen Überlastung zurück (Schreiben vom 16. Juli 2014). Auch der sodann vom Kläger im Weiteren benannte Gutachter Prof. Dr. K., Bad D.m, gab wegen Überlastung den Gutachtensauftrag vom 14. August 2014 mit Schreiben vom 24. Oktober 2014 zurück. Auf Vorschlag der Median Kliniken wurde schließlich Prof. Dr. B., Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Bad D., mit Schreiben vom 10. November 2014 mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 10. April 2015 (Eingang bei Gericht am 29. April 2015) hat Prof. Dr. B. aufgrund der Untersuchung des Klägers am 5. Februar 2015 als Diagnosen ein somatoformes Syndrom, ein Schlafapnoesyndrom, ein Emphysem, ein LWS-Syndrom, Hypertonie, eine leichte Linksherzinsuffizienz, eine Depression (keine Psychotherapie bisher erfolgt!!) sowie eine Angststörung (keine Psychotherapie bisher erfolgt!!) gestellt. Hinsichtlich des Leistungsvermögens führt Prof. Dr. B. aus, aus allen Krankheitsbildern zusammen ergebe sich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. Dem Kläger sei lediglich eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden mit Pausen von zweimal 15 Minuten pro Stunde ohne große körperliche Belastung zumutbar. Summa summarum seien es drei Stunden, die der Kläger noch tätig sein könne.

In ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 15. Juni 2015 ist die Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Sozialmedizin Dr. D. der Einschätzung von Prof. Dr. B. entgegengetreten und hat u.a. darauf verwiesen, dass der Gutachter auf seinem nervenärztlich-psychosomatischen Fachgebiet ausdrücklich nur die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt, beim Kläger gestellt habe, also einen Ausprägungsgrad einer depressiven Symptomatik, der nach den ICD10-Kriterien noch nicht einmal dem einer leichten depressiven Episode entspreche und einen Ausprägungsgrad einer Angststörung, der noch nicht einmal nach ICD10-Kriterien dem einer spezifischen Angststörung entspreche. Prof. Dr. B. habe auch versäumt, den psychischen Befund des Klägers nach dem üblicherweise verwendeten anerkannten Standard des AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) zu

erstellen. Wesentliche Items würden fehlen, insbesondere auch das Item "Befürchtungen (und damit Angaben zu Ängsten) und Zwängen" und das Item "Antrieb und Psychomotorik". Stattdessen stütze sich Prof. Dr. B. überwiegend in seinem Gutachten auf die subjektive Beschwerdeschilderung des Klägers und eine psychometrische Testdiagnostik, die aus Selbstbeurteilungstestverfahren bestehe - die wiederum ausschließlich die Sicht des Klägers zu seinen Beschwerden widerspiegeln würden. Damit setze der Gutachter keinerlei Validierungstests ein, sowie er auch ebenfalls versäumt habe, z.B. einen Tagesablauf des Klägers zu erheben und darüber hinaus differenziert z.B. die sozialen Kontextfaktoren des Klägers zu explorieren, um die dem Kläger in seinem Alltag aktuell zur Verfügung stehenden Kompetenzen auf kognitiver, emotionaler, sozialer und Körperverhaltensebene herauszuarbeiten.

Prof. Dr. B. hat mit seiner daraufhin eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2015 noch den Standardbefund nach AMDP, den ausführlichen körperlichen Befund 1 und das Gutachten 1 (mit Redundanzen) vorgelegt, die dem Gericht noch nicht vorgelegen hatten. Im weiteren hat er noch unter anderem ausgeführt, den Tagesablauf des Klägers habe er tatsächlich nicht beschrieben, da sich dieser auf wenige Sätze reduzieren lasse: Spät aufstehen, Aktivitäten im Haushalt, körperlich in der Lage, sich zu versorgen und wie vom Arzt empfohlen spazieren zu gehen. Zur Frage der Konsistenz und Plausibilitätsprüfung hat er darauf verwiesen, dass keine Diskrepanz zwischen Fühl- und Funktionsbeeinträchtigung sowie den Aktivitäten des täglichen Lebens bestanden habe. Es sei auch, wie alle Gutachter wissen würden, ein Selbstbetrug, wenn man die Aussagen eines Patienten daran messe, was er zu Hause mache oder nicht mache. Da würden Protokolle durch Gutachter getätigt werden, die mit dem tatsächlichen Tagesablauf eines Patienten überhaupt nicht übereinstimmen würden. Zur Objektivität des psychischen Befundes teile er mit, dass er sich in der Lage gesehen habe, zwischen subjektiven und objektiven Beschwerden des Patienten zu differenzieren.

Der Senat hat des Weiteren noch das internistisch-arbeitsmedizinische Sachverständigengutachten bei Dr. S. vom 8. Dezember 2015 mit der durch den Facharzt für Bronchialheilkunde Dr. van B. durchgeführten Spiroergometrie eingeholt. Als Erkrankungen auf internistischem Fachgebiet hat Dr. S. eine COPD (chronische obstruktive Lungenerkrankung), einen Zustand nach Lungenembolie, mittelschweres Lungenemphysem, Hypertonie, Zustand nach Radiojodtherapie 06/2012, Schlafapnoesyndrom, jedoch keinen Nachweis einer relevanten Herzminderleistung als Ursache der beklagten Belastungsatmennot. Das Leistungsvermögen hat Dr. S. dahingehend eingeschätzt, dass der Kläger unter Beachtung bestimmter qualitativer Leistungseinschränkungen der Kläger jedenfalls noch leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 Stunden und mehr an fünf Tagen der Woche ausüben könne.

Anlässlich der dem Kläger vom 8. Dezember 2015 bis 12. Januar 2016 gewährten Rehabilitation in der Rehaklinik G., Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische und Innere Medizin, sind im Reha-Entlassungsbericht vom 15. Januar 2016 als Diagnosen eine mittelschwere depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung (gebessert), Lungenfunktionseinschränkung bei COPD III, Zustand nach Lungenembolie, Zustand nach Nikotinabusus, Zustand nach Bandscheibenvorfall L4/5 mit OP 2013, arterielle Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Behandlung benannt. Das Leistungsvermögen des Klägers ist darin zwar hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist mit unter 3 Stunden, jedoch im Übrigen bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hinsichtlich leichter körperlicher Tätigkeiten unter Beachtung qualitativer Einschränkungen mit 6 Stunden und mehr arbeitstäglich eingeschätzt. Im Reha-Entlassungsbericht wird unter anderem darauf hingewiesen, dass der Kläger trotz Besserung sowohl des allgemein körperlichen Zustandes als auch der depressiven Erkrankung auch zum Ende der Reha weiter fest entschlossen war, seinen Rentenantrag weiter zu verfolgen. Theoretisch bestand nach Auffassung der Rehaklinik bei dem aufgehobenen Leistungsbild für die letzte Tätigkeit als Lagerist auch die Möglichkeit zur Prüfung von LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)-Maßnahmen. Diesbezüglich hatte der Kläger jedoch kein Interesse. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die nach den §§ 143, 144 Abs. 1, Abs. 3 (Sozialgerichtsgesetz) SGG statthafte, unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 und Abs. 3 SGG](#)) eingelegte Berufung ist zulässig.

II.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Anspruchs auf Gewährung einer Rente wegen voller (hilfsweise teilweiser) Erwerbsminderung nicht vorliegen.

Nach [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1).

Voll erwerbsgemindert sind gem. [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) auch Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind gem. [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare

Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Gem. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist jedoch nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen liegen nach den Feststellungen der Beklagten beim Kläger vor, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Pflichtbeiträge und der Wartezeit. Der Kläger ist jedoch nicht im Sinne der obigen gesetzlichen Regelung erwerbsgemindert.

Auf der Grundlage der vorliegenden Befundunterlagen, Arztauskünfte, des Gutachtens von Dr. H. im Verwaltungsverfahren, das insoweit im Urkundenbeweis zu verwerten ist, der im SG-Verfahren wie auch noch hier im Berufungsverfahren eingeholten Arztauskünfte sowie dem auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten nervenärztlichen Gutachten von Prof. Dr. B. und des von Amts wegen eingeholten weiteren internistischen Gutachtens von Dr. S. wie auch der vorliegenden Reha-Entlassberichte aus 2014 und 2016 ist der Kläger zur Überzeugung des Senates noch in der Lage, einer leichten körperlichen Tätigkeit unter Beachtung entsprechender qualitativer Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden arbeitstäglich an fünf Tagen in der Woche nachzugehen.

1. Die beim Kläger auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Gesundheitsstörungen führen zu keiner quantitativen Leistungseinschränkung. Nach den Auskünften von Prof. Dr. H. vom 17. Oktober 2013 und 17. Dezember 2013 war der Kläger auch im Jahr 2013 weiterhin in psychiatrischer Behandlung. Laut Prof. Dr. H. berichtete der Kläger eine depressive Verstimmung, einen sozialen Rückzug sowie multiple Ängste und Panikattacken, Schlafstörung und Erektionsstörungen. Von psychiatrischer Seite seien die Diagnosen Angst und Depression sowie Panikstörung gestellt. Die bisherige psychiatrische Behandlung mit verschiedenen Antidepressiva und angstlösenden Medikamenten habe seit März 2013 keine Verbesserung gebracht, wobei zu berücksichtigen wäre, dass im Juli 2013 die Mutter des Klägers an Leukämie verstorben sei und von neurologischer Seite die Diagnose einer neuralgischen Amyotrophie sowie einer zervikalen Wurzelstörung und eines Karpaltunnelsyndroms zusätzlich gestellt worden seien. Eine Einschätzung zum Leistungsvermögen konnte Prof. Dr. H. nicht geben. Soweit Prof. Dr. H. in dem Zusammenhang die Frage gestellt hat, ob bezüglich der vom Kläger geklagten Atemnot die Lungenbefunde als Ursache in Betracht kommen, hat Dr. P. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 5. Dezember 2019 darauf verwiesen, dass die lungenfachärztlichen Befunde dies nicht begründen. Nichts anderes ergibt sich im Ergebnis auch aus dem noch von Amts wegen eingeholten internistischen Gutachten von Dr. S. (dazu unter Ziff. 3). Im Übrigen rechtfertigen die von Prof. Dr. H. lichter gestellten Diagnosen bzw. genannten Befunde die Annahme einer quantitativen Leistungsminderung aufgrund der auf nervenärztlichen Gebiet bestehenden Gesundheitsstörungen ebenso wenig. Zu keinem anderen Ergebnis führt auch das noch auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten von Prof. Dr. B. vom April 2015. Prof. Dr. B. gelangt ausgehend von allen beim Kläger bestehenden Krankheitsbildern auf ein unter 3 Stunden arbeitstägliches Leistungsvermögen des Klägers. Zur Begründung führt er unter anderem aus, dass er getrennt gesehen den jeweiligen Beurteilungen seiner Kollegen zustimme, interaktiv gesehen sich jedoch die Befunde erheblich verstärken würden. So sei etwa die schlafbedingte Apnoe nicht beeinträchtigend, mit der emphysembedingten Apnoe aber zusammen ausgeprägt. Komme noch die Angstproblematik hinzu, ergebe sich ein pathologischer Regelkreis, der eskaliere. Hierzu ist jedoch festzuhalten, dass Prof. Dr. B. in seinem am 29. April 2015 vorgelegten Gutachten vom 10. April 2015 auf seinem nervenärztlichen-psychosomatischen Fachgebiet ausdrücklich nur die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt, stellt, also einen Ausprägungsgrad einer depressiven Symptomatik, der nach ICD 10-Kriterien noch nicht einmal dem einer leichten depressiven Episode entspricht und einen Ausprägungsgrad einer Angststörung, der noch nicht einmal nach ICD 10-Kriterien dem einer spezifischen Angststörung entspricht. Wobei Prof. Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2015 und der dort vorgelegten Fassung des Gutachtens nun von einer depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, spricht. Dr. D. hat noch in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 15. Juni 2015 in dem Zusammenhang ferner darauf verwiesen, dass es Prof. Dr. B. unterlassen habe, den psychischen Befund des Klägers nach dem üblicherweise verwendeten anerkannten Standard des AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) zu erstellen. So fehlen wesentliche Items, insbesondere das Item "Befürchtungen (und damit Angaben zu Ängsten) und Zwänge" sowie das Item "Antrieb und Psychomotorik". Prof. Dr. B. stützt sich überwiegend in seinem Gutachten auf die subjektive Beschwerdeschilderung des Klägers und eine psychometrische Testdiagnostik, die aus Selbstbeurteilungstestverfahren besteht - die wiederum ausschließlich die Sicht des Klägers zu seinen Beschwerden widerspiegelt. Prof. Dr. B. hat keinerlei Validierungstests eingesetzt, es auch versäumt, einen Tagesablauf des Klägers zu erheben und darüber hinaus differenziert z.B. die sozialen Kontextfaktoren des Klägers zu explorieren, um die dem Kläger im Alltag aktuell zur Verfügung stehenden Kompetenzen auf kognitiver, emotionaler, sozialer und Körperverhaltenesebene herauszuarbeiten. Da Prof. Dr. B. gerade auch von einer somatoformen Störung beim Kläger ausgeht, wäre nach Stand der Wissenschaft ein wesentlicher Bestandteil der Konsistenzprüfung bezüglich Hinweisen auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandener Funktionsbeeinträchtigungen der Nachweis einer Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzungsfragebögen) einerseits und beispielsweise Diskrepanzen zwischen den geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und den zu eruierenden Aktivitäten des täglichen Lebens andererseits gewesen. Zwar hat Prof. Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2015 noch eine überarbeitete Gutachtensfassung (mit dem Datum 31. März 2015), die nunmehr auch die Beantwortung der gestellten Fragen im Einzelnen enthielt, sowie die von Dr. D. vermissten Erhebungsunterlagen und Testergebnisse vorgelegt. Er hat hierbei unter anderem auch darauf verwiesen, dass er einen Tagesablauf des Klägers tatsächlich nicht beschrieben habe, da sich dieser auf wenige Sätze reduzieren lasse: Spät aufstehen, Aktivitäten im Haushalt, körperlich in der Lage, sich zu versorgen und spazieren zu gehen wie vom Arzt empfohlen. Zu der von Dr. D. aufgeworfenen Frage der Konsistenz und Plausibilitätsprüfung führt Prof. Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2015 zwar aus, dass keine Diskrepanz zwischen Fehl- und Funktionsbeeinträchtigung sowie den Aktivitäten des täglichen Lebens (mit Hinweis auf den MMPI-Test) bestanden habe und er auch bezweifle, dass eine exakte Schilderung des Tagesablaufs eine Änderung der Betrachtung ergeben hätte, da er zu diesem Zwecke beim Patienten in der Wohnung des Gutachten hätte erstellen müssen, überzeugt dies den Senat nicht. So mahnt Prof. Dr. B. in seinem Gutachten selbst zu Recht an, dass der Kläger bezüglich seiner angegebenen depressiven ängstlichen Symptomatik bislang keine Psychotherapie wahrgenommen habe. Auch insoweit fällt also eine Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und fehlenden angemessenen Therapiemaßnahmen und/oder Eigenaktivitäten des Klägers zur Linderung seiner Beschwerden auf. Hinzu kommt auch, dass ausweislich des Reha-Entlassberichtes der Rehaklinik G., Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische und Innere Medizin, vom 15. Januar 2016 unter anderem auf nervenärztlichen Gebiet als Diagnose im Unterschied noch zu Prof. Dr. B. nur von einer mittelschweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (gebessert) die Rede ist. Prof. Dr. B. ist im Übrigen selbst auch davon ausgegangen, dass bei einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung eine deutliche Besserung und eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit möglich sei, was sich insofern in dem zitierten Reha-Entlassungsbericht der Rehaklinik G. damit auch bestätigt hätte.

2. Auch hinsichtlich des orthopädischen Fachgebiets ist beim Kläger nicht von so schwerwiegenden Gesundheitsstörungen und damit verbundenen Funktionseinschränkungen auszugehen, die eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens begründen könnten. Vielmehr ist nach der am 11. Februar 2014 durchgeführten OP im Bereich L4/5 und L3/4 ausweislich des Entlassberichtes der B., Bad K., vom 27. März 2014 zur Anschlussheilbehandlung von einem vollschichtigen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten überwiegend im Stehen, im Gehen und im Sitzen, unter Vermeidung von monotoner Zwangshaltung in der Wirbelsäule, häufigen Belastungen sowie Arbeiten unter Kälte, Nässe und Zugluft sowie häufigen Stoßbelastungen nach Ablauf einer dreimonatigen Zeit der Rekonvaleszenz auszugehen.

3. Beim Kläger bestehen zwar auch auf internistisch-pneumologischem Gebiet Gesundheitsstörungen. Dr. H. hatte in seiner Auskunft vom 20. März 2013 im SG-Verfahren das Leistungsvermögen des Klägers bezogen auf das pneumologische Fachgebiet noch mit 6 Stunden täglich für leichtere körperliche Tätigkeiten eingeschätzt. Er hatte in dem Zusammenhang noch ausgeführt, dass sich der pulmonale Leidensdruck durch multiple Begleiterkrankungen gefestigt und aggraviert habe, im Vordergrund jedoch im Rahmen der letztmaligen Vorstellung im September 2012 die Überlagerung durch eine Angst- und Panikstörung gestanden habe, deren neurologisch/psychiatrische Mitbetreuung notwendig sei. In der zweiten Auskunft von Dr. H. im Rahmen des Berufungsverfahrens vom 22. Oktober 2013 führt er zum Leistungsvermögen aus, dass er zwischenzeitlich die Einschränkung des Klägers aufgrund der Beurteilung und Untersuchung im Rahmen der Verlaufskontrollen für zunehmend erachte und eine Berufstätigkeit über 6 Stunden – auch bei leichterer körperlicher Belastung – eher für unwahrscheinlich halte. Hierzu hat Dr. P. schon in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 allerdings darauf verwiesen, dass sich ausweislich der Auskunft von Dr. H. hinsichtlich der am 15. Oktober 2013 erfolgten Untersuchungen zu der zusätzlichen signifikanten asthmoiden Komponente mit dynamischer Lungenüberblähung eine noch deutliche Besserung im Vergleich zur Infektsituation im August 2013 ergeben habe und durch eine Akutspasmolyse weiterhin eine Verbesserung erzielbar sei. Darüber hinaus sei nach den vorliegenden lungenfachärztlichen Befunden auch weiterhin eine quantitative Leistungsminderung nicht zu begründen.

Dies hat auch das noch von Amts wegen eingeholte internistische Gutachten von Dr. S. bestätigt. Nach den Feststellungen von Dr. S. bestehen beim Kläger eine COPD, Zustand nach Lungenembolie, ein mittelschweres Lungenemphysem, eine Hypertonie, Zustand nach Radiojodtherapie 06/2012, Schlafapnoe-Syndrom, jedoch kein Nachweis für eine relevante Herzmitterleistung als Ursache der beklagten Belastungsatmennot. Die beim Kläger bestehende COPD ist grundsätzlich durch die Verabreichung bronchiale erweiternder Substanzen (z.B. durch die beim Kläger angewendeten Medikamente Spiriva, Formotop) gut beeinflussbar. Entsprechend dem Untersuchungsergebnis des Lungenfacharztes Dr. van B. konnte der Atemwegswiderstand durch die Verabreichung von Spiriva normalisiert werden. Auch die Vitalkapazität ist beim Kläger mit 5 l unauffällig (altersentsprechend normal). Insbesondere die vom Kläger vorgetragene Atemnot im Belastungsbereich von lediglich weniger als 2 Minuten und 50 Watt auf dem Fahrradergometer ist organmedizinisch nicht erklärbar, zumal eine Herzmitterleistung ebenfalls nicht objektivierbar ist. Auch bestehen bei dem Zustand nach segmentalen Lungenembolien im November 2011 sowie einer spontanen Lungenblutung im Juni 2011 keine objektivierbaren Einschränkungen. Insbesondere ist nach den Feststellungen von Dr. S. bzw. Dr. van B. die im Arztbericht des Ortenauklinikums vom 22. Oktober 2013 beschriebene respiratorische Partialinsuffizienz nun nicht mehr nachweisbar. Letztlich können zwar als Folge der COPD und der oben genannten Einschränkungen schwere körperliche Arbeiten nicht mehr verrichtet werden, auch mittelschwere körperliche Arbeiten nicht mehr als 3 Stunden täglich sowie keine Arbeiten unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen sowie Kälte oder Nässe. Daneben besteht beim Kläger eine Hypertonie, ohne Hinweise auf eine hypertensive Herzerkrankung (BNP normal). Dr. S. hat in dem Zusammenhang noch darauf hingewiesen, dass bei dem anlässlich des bei der Untersuchung tagesaktuell schlecht eingestellten Bluthochdruckleidens eine 24-Stunden-Blutdruck-Langzeitmessung indiziert sei, um zu evaluieren, ob die Blutdruck senkende Medikation ausreicht bzw. überhaupt eingenommen wurde. Zu irgendwelchen Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsvermögens führt dies allerdings nicht. Nach der durchgeführten Radiojodtherapie besteht im Übrigen beim Kläger eine normale Schilddrüsenfunktionslage, die auch zu keinen Leistungseinschränkungen führt. Schließlich besteht nach den Feststellungen von Dr. S. in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der Echokardiographie im O. vom Oktober 2013 sowie auch dem aktuellen normalen Wert für den hochspezifischen Funktionsparameter BNP kein Hinweis auf das Vorliegen einer Herzinsuffizienz. Die vom Kläger in dem Zusammenhang vorgetragene Belastungsatmennot ist jedenfalls durch eine Herzmitterleistung nicht erklärbar, so dass auch insoweit keine Leistungseinschränkungen festgestellt werden können. Das beim Kläger bestehende Schlafapnoe-Syndrom ist schließlich mit CPAP offensichtlich ausreichend beatmet. So sind auch richtungsweisende Phasen von Tagesmüdigkeit aktenkundig nicht dokumentiert worden. Eine erneute Vorstellung in einem Schlaflabor ist nach den Angaben des Klägers angedacht. Der Kläger führte im Übrigen allerdings nach wie vor auch selbst ein Kraftfahrzeug. Auch insoweit bestehen folglich keine Leistungseinschränkungen. Insgesamt ist daher auch auf internistischem Gebiet beim Kläger zwar von gewissen qualitativen Leistungseinschränkungen, jedoch nicht einer quantitativen Leistungseinschränkung auszugehen.

Schließlich ergibt sich auch aus dem Reha-Entlassungsbericht anlässlich der dem Kläger gewährten Rehabilitation in der Rehaklinik G. vom 15. Januar 2016 keine andere Bewertung des Leistungsvermögens des Klägers. Als Diagnosen sind dort benannt eine mittelschwere depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung (gebessert), Lungenfunktionseinschränkung bei COPD III, Zustand nach Lungenembolie, Zustand nach Nikotinabusus, Zustand nach Bandscheibenvorfall L4/5 mit OP 2013, arterielle Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Behandlung. Das Leistungsvermögen des Klägers ist darin zwar hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist mit unter 3 Stunden, jedoch im Übrigen bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hinsichtlich leichter körperlicher Tätigkeiten bei zeitweisem Stehen, Gehen und überwiegendem Sitzen, in Tagesschicht, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und mit Heben von nur noch leichten Gegenständen, nur noch gelegentlich kurze Gehstrecken in der Ebene sowie im Hinblick auf die eingeschränkte Frustrationstoleranz und einer vermehrten Stressvulnerabilität keine Tätigkeiten mit besonderen diesbezüglichen Anforderungen für 6 Stunden und mehr arbeitstäglich eingeschätzt. Im Reha-Entlassungsbericht wird unter anderem auch darauf hingewiesen, dass der Kläger trotz Besserung sowohl des allgemein körperlichen Zustandes als auch der depressiven Erkrankung auch zum Ende der Reha weiter fest entschlossen war, seinen Rentenantrag weiter zu verfolgen. Theoretisch bestand nach Auffassung der Rehaklinik bei dem aufgehobenen Leistungsbild für die letzte Tätigkeit als Lagerist auch die Möglichkeit zur Prüfung von LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)-Maßnahmen. Diesbezüglich hatte der Kläger jedoch kein Interesse.

Schließlich ergibt sich auch aus dem Umstand, dass beim Kläger seit Oktober 2015 nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) ein GdB von 70 festgestellt ist, nichts für den Kläger günstigeres. Denn während in der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der Prüfung, ob eine Erwerbsminderung vorliegt, allein darauf abzustellen ist, ob der Versicherte zumindest noch in der Lage ist trotz der bei ihm bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einer leichten körperlichen Tätigkeit vollschichtig (6 Stunden und mehr) nachzugehen, wird im Recht der Rehabilitation und

Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) darauf abgestellt, inwieweit aufgrund der bestehenden Behinderungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Eine Aussage darüber, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Betroffene noch erwerbsfähig ist wird daher durch den Grad der Behinderung nicht getroffen.

Damit ist zur Überzeugung des Senates der Kläger unter Beachtung der oben beschriebenen qualitativen Einschränkungen nach wie vor in der Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einer leichten körperlichen Tätigkeit 6 Stunden arbeitstäglich an fünf Tagen in der Woche nachzugehen. Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen voller (hilfsweise teilweiser) Erwerbsminderung liegen damit nicht vor.

III.

Gem. [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) haben Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auch Versicherte, die 1. vor dem 2. Januar 1961 geboren und 2. berufsunfähig sind.

Berufsunfähig sind gem. [§ 240 Abs. 2 Satz 1 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 denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können (Satz 2). Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind (Satz 3). Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Unter Beachtung der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG zum Mehrstufenschema und der Frage der maßgeblichen Verweisungstätigkeiten hat das SG zutreffend in Übereinstimmung mit der Beklagten den Kläger aufgrund der von ihm zuletzt ausgeübten Tätigkeit der Gruppe der ungelernten Arbeiter zugeordnet. Er war zuletzt als Kommissionierer sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Hierbei handelte es sich ausweislich der Arbeitgeberauskunft um eine ungelernte Tätigkeit (Anlernzeit bis zu drei Monaten, Vergütung nach Lohngruppe drei des Tarifvertrages, erst ab Lohngruppe vier Facharbeiter). Damit aber ist der Kläger auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes – unter Beachtung der bereits oben erwähnten qualitativen Einschränkungen – verweisbar und bedarf es damit nicht der Benennung einer Verweisungstätigkeit.

Aus diesen Gründen ist die Berufung insgesamt zurückzuweisen.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-06-24