

L 7 R 3875/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7

1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 R 1241/13

Datum
04.08.2014

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 3875/14

Datum
22.09.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 4. August 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit streitig.

Der 1959 geborene Kläger konnte eine im September 1977 begonnene Ausbildung als Gipser nicht abschließen, weil er im Februar 1978 als Beifahrer einen Motorradunfall erlitt, in dessen Folge eine Oberschenkelamputation links durchgeführt werden musste. In der Folgezeit war der Kläger zunächst als Zeitungsausträger und sodann ab Dezember 1985 als Staplerfahrer versicherungspflichtig beschäftigt. Im August 2005 erlitt er einen Myokardinfarkt und bezog danach zunächst Krankengeld bis zur Aussteuerung am 14. Januar 2007, vom 15. Januar 2007 bis 13. Januar 2008 Arbeitslosengeld und ab dem 14. Januar 2008 - mit Ausnahme der Zeit vom 1. Juli 2008 bis 14. Juli 2009 - Arbeitslosengeld II. Der Kläger ist schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 90, ihm ist das Merkzeichen "G" zuerkannt.

Ein im November 2005 gestellter Antrag des Klägers auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente war erfolglos (Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 6. November 2007 - [L 11 R 4184/07](#) -). Im Rahmen eines weiteren Rentenverfahrens (S 14 R 1180/09) beauftragte das Sozialgericht Mannheim (SG) den Facharzt für Innere Medizin Dr. B. mit der Erstellung eines internistischen Gutachtens. Dieser diagnostizierte im Gutachten vom 26. November 2009 eine koronare Ein-Gefäßerkrankung mit Zustand nach Stentimplantation in die LAD, eine leicht bis mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion nach transmuralem Vorderwandinfarkt 07/2005, eine arterielle Hypertonie, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) I/II Grades, ein Lungenemphysem, einen Zustand nach Nikotinabusus, eine Gangbeeinträchtigung bei Versorgung mit Oberschenkelprothese links wegen posttraumatischer Oberschenkelamputation links 01/1978, Kniebeschwerden rechts bei Verdacht auf initiale Retropatellararthrose, ein chronisches Halswirbelsäulen (HWS)-Syndrom mit cervikalen Bandscheibenvorfällen, eine Lumbago bei hohlrunder Fehlstatik ohne Wurzelreizsymptome, eine Angststörung, eine Schlafstörung, ein metabolisches Syndrom mit Adipositas, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus Typ II b sowie eine Lese- und Schreibschwäche (LRS). Die Tätigkeit als Staplerfahrer sei dem Kläger nicht mehr zumutbar. Unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen könne der Kläger noch leichte körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten. Betriebsunübliche oder besondere Bedingungen seien hinsichtlich des Arbeitsplatzes nicht erforderlich, ein stufenarmes Erreichen des Arbeitsplatzes sei jedoch von Vorteil. Trotz eingeschränkter Gehfähigkeit könne der Kläger noch viermal täglich mehr als 500 Meter zu Fuß innerhalb von je 20 Minuten zurücklegen, er könne auch öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Die Beteiligten schlossen sodann am 11. November 2010 vor dem SG einen Vergleich, wonach der Kläger die Klage zurücknahm und die Beklagte ihm eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme bewilligte. Vom 7. bis 28. September 2011 absolvierte der Kläger eine Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik H ... Im Entlassungsbericht vom 27. September 2011 wurde ausgeführt, wegen eines Zustandes nach Vorderwandinfarkt 2005, einer koronaren Ein-Gefäßerkrankung, eines metabolischen Syndroms, eines Zustandes nach Bandscheibenvorfall und Zustands nach Oberschenkelamputation links 1978 bestehe auf Dauer Leistungsunfähigkeit auch für leichte körperliche Tätigkeiten über zwei Stunden. Psychisch bestehe eine Einschränkung durch eine Depression und Angststörung. Der Kläger sei außerdem Analphabet.

Am 7. Mai 2012 stellte der Kläger bei der Beklagten erneut einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Nach Einholung einer sozialmedizinischen Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin Dr. D. vom 25. Oktober 2012, die unter Auswertung der vorliegenden medizinischen Unterlagen zu der Beurteilung gelangte, der Kläger könne noch vollschichtig leichte Tätigkeiten des

allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 8. November 2012 den Antrag ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 12. März 2013 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 15. April 2013 Klage zum SG erhoben. Auf Antrag des Klägers gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. Dipl.-Soz. K. ein nervenärztliches Gutachten erstattet. Im Gutachten vom 26. November 2013 hat er folgende Diagnosen gestellt:

1. Generalisierte Angststörung mit Paniksyndrom 2. Depressive Entwicklung im Sinne von Dysthymia 3. Chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren 4. Analphabetismus bei umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten 5. Zervikobrachialgie beidseits bei Bandscheibenvorfall HWK 4/5 und 5/6 6. Lumboschialgie links bei Verdacht auf NPP L3/L4 7. Phantomschmerzen bei Zustand nach Oberschenkelamputation links 8. Koronare Herzkrankheit, Zustand nach Vorderwandinfarkt 8/2005, arterielle Hypertonie.

Der Kläger sei auf Grund der generalisierten Angststörung nicht mehr in der Lage, regelmäßig alleine in die Öffentlichkeit zu gehen. Er könne zudem höchstens 30 Meter weit gehen unter Zuhilfenahme von zwei Krücken. Nach längeren Wegstrecken als 30 Meter komme es zu rezidivierenden Phantomschmerzen im linken Oberschenkelstumpf mit blitzartigem Charakter, die ein weiteres Gehen nicht ermöglichen. Wegen des Analphabetismus benötige er auch bei weniger komplizierten bürokratischen Tätigkeiten Unterstützung. Der Kläger könne nur noch Tätigkeiten im Sitzen ohne mentale Belastung und ohne erhöhten Publikumsverkehr weniger als drei Stunden täglich verrichten. Wegen einer generalisierten Angststörung und Panikattacken mit zunehmender sozialer Phobie könne er auch keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr benutzen. Auch das Führen eines PKW sei ihm nicht möglich, da er keinen Führerschein besitze.

Nachdem die Beklagte unter Bezugnahme auf die sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. E. vom 22. Januar 2014 dieser Beurteilung entgegen getreten war, hat das SG die Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie Dr. B. mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 14. April 2014 hat Dr. B. auf psychiatrischem Gebiet die Diagnosen einer Dysthymia, einer Panikstörung sowie einer kombinierten Störung schulischer Fertigkeiten gestellt. Eine darüber hinausgehende Angststörung vor allem während des Tages habe sich in der ausführlichen Exploration nicht finden lassen. Auch die zusätzliche Diagnose einer somatoformen Störung sei nicht erforderlich, da die Schmerzen des Klägers angesichts körperlicher Vorschädigungen, seines Übergewichts, seiner Fehlhaltung auf Grund einer Beinprothese, der Notwendigkeit, Krücken zum Gehen benutzen zu müssen und seiner weitestgehend bestehenden Immobilität nicht erstaunten und das Schmerzerleben in Folge einer depressiven Verstimmung verändert und meist verstärkt werde. Gleichwohl solle die Schmerzsymptomatik nicht bagatellisiert werden. Der Kläger könne noch Tätigkeiten in sitzender Position verrichten. Aus psychiatrischer Sicht sei er in der Lage, arbeitstäglich sechs Stunden und mehr zu verrichten, wobei sein berufliches Leistungsvermögen deutlich gefährdet erscheine. Arbeiten unter Zeitdruck, im Freien oder in Schichtarbeit seien nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Möglichkeit, Fußwege zurückzulegen oder öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen.

Mit Gerichtsbescheid vom 4. August 2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Unter Zugrundelegung der von Dr. B. und Dr. B. erstatteten Gutachten sei der Kläger noch in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit qualitativen Einschränkungen sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten, auch sei die Wegefähigkeit noch gegeben.

Gegen den ihm am 15. August 2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 10. September 2014 Berufung zum LSG Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung bezieht er sich auf den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik H. vom 27. September 2011 sowie das im Klageverfahren eingeholte Gutachten des Dr. med. Dipl.-Soz. K. vom 26. November 2013.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 4. August 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 8. November 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. März 2013 zu verurteilen, ihm eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, höchsthilfsweise eine Rente wegen teilweiser Erwerbsunfähigkeit bei Berufsunfähigkeit ab dem 27. September 2011 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie A. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 24. November 2014 mitgeteilt, der Kläger habe ihn im Jahr 2013 zweimal konsultiert. Dieser sei herabgestimmt, deprimiert, schwung- und lustlos, es bestünden Schlafstörungen, jedoch keine Suizidalität und keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen. Die behandelnde Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. T. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 8. Dezember 2014 die von ihr erhobenen Befunde mitgeteilt und weiter angegeben, die chronischen Erkrankungen des Klägers seien in einem stabilen Zustand. Seit November 2014 sei eine Verschlechterung des HWS-Syndroms aufgetreten.

Die Beklagte hat unter Bezugnahme auf die sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für psychosomatische Medizin/Psychotherapie Dr. D. vom 9. Januar 2015 vorgetragen, aus den sachverständigen Zeugenaussagen ergebe sich keine Verschlechterung. Insbesondere habe Dr. T. bezüglich der von ihr genannten Verschlechterung des vorbekannten HWS-Syndroms lediglich eine schmerzhaftere Bewegungseinschränkung der HWS angegeben.

Nachdem der Kläger im Erörterungstermin vom 7. Mai 2015 mitgeteilt hatte, dass er sich in schmerztherapeutischer Behandlung befinde, hat der Senat die behandelnde Fachärztin für Anästhesiologie, Palliativmedizin, Akupunktur Dr. R. als sachverständige Zeugin gehört. Diese hat unter dem 14. Juli 2015 mitgeteilt, der Kläger habe sich dreimal von Februar bis Juni 2015 in ihrer Behandlung befunden und hierbei über Schmerzen im Nacken und Oberbauch sowie Schlafstörungen geklagt. Es habe eine medikamentöse Einstellung stattfinden sollen

sowie eine Vorstellung beim Neurologen. Eine effektive multimodale Therapie habe nicht stattfinden können, weil der Kläger die letzten Termine nicht wahrgenommen habe. Beigefügt war der Bericht über ein CT der HWS vom 22. Mai 2015, auf das Bezug genommen wird.

Weiter vorgelegt worden ist der Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Prof. Dr. G. vom 18. September 2015 über eine einmalige Vorstellung des Klägers am 26. August 2015 mit den Diagnosen Depression, Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie Verdacht auf Schlafapnoesyndrom. Im Arztbrief vom 22. September 2015 hat Dr. F. bezüglich eines am 11. September 2015 durchgeführten Schlafapnoe-Screening ausgeführt, es liege sicherlich ein leichtes bis moderates obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) vor, der Kläger sei jedoch nicht durch vermehrte Tagesmüdigkeit beeinträchtigt. Auffallend sei eine bronchiale Obstruktion, am ehesten vereinbar mit einer COPD. Die Beklagte hat hierzu die von Dr. D. erstellte sozialmedizinische Stellungnahme vom 4. August 2016 vorgelegt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten, der Gerichtsakten der Verfahren S 9 R 1950/06, [L 11 R 4184/07](#), S 14 R 1180/09 sowie der Akten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist der Bescheid vom 8. November 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. März 2013 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1](#) und [4, 56 SGG](#)) und begehrt die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, höchst hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Der geltend gemachte Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung richtet sich nach [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007 ([BGBl. I, S. 554](#)). Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll 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 Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ([§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#)). Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn neben den oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger hat die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sowie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenantragstellung erfüllt, was auch zwischen den Beteiligten unstreitig ist. Der Senat ist jedoch nicht davon überzeugt, dass der Kläger erwerbsgemindert ist. Die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers ist zwar beeinträchtigt durch Gesundheitsstörungen auf internistischem, orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet. Diese sind jedoch nicht derart schwerwiegend, dass sie das Leistungsvermögen des Klägers in zeitlicher Hinsicht einschränken. Vielmehr genügen qualitative Einschränkungen, um dessen Leiden gerecht zu werden. Der Senat stützt sich hierbei insbesondere auf das im Klageverfahren S 14 R 1180/09 eingeholte internistische Gutachten des Dr. B. vom 26. November 2009, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, sowie das am 14. April 2014 von Dr. B. im Klageverfahren erstattete psychiatrische Gutachten.

Auf internistischem Fachgebiet besteht beim Kläger eine koronare Ein-Gefäßkrankung mit Zustand nach Stentimplantation nach einem Vorderwandinfarkt im Juli 2005 ohne elektrokardiographisch nachweisbare Ischämiezeichen mit kompensierter Herzinsuffizienz bei leicht- bis mittelgradig reduzierter linksventrikulärer Pumpfunktion. Ein in der Rehaklinik H.-K. im September 2011 durchgeführtes Langzeit-EKG hat keine höhergradigen Herzrhythmusstörungen ergeben, der Kläger war dort kardial beschwerdefrei. Auch in der Folgezeit ist keine Verschlechterung eingetreten. Der Senat entnimmt dies der sachverständigen Zeugenaussage der Dr. T. vom 8. Dezember 2014, wonach sich die chronischen Erkrankungen des Klägers in einem stabilen Zustand befinden. Beim Kläger bestehen weiter eine - sehr gut eingestellte - arterielle Hypertonie ohne Linksherzhypertrophie, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Grad I bis II sowie ein leichtgradiges, durch Rückenlage assoziiertes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), das jedoch keine vermehrte Tagesmüdigkeit bedingt, wie dem Arztbrief des Dr. F. vom 22. September 2015 entnommen werden kann. Der Kläger leidet zudem an einem metabolischen Syndrom mit Adipositas, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus Typ II b mit diabetischen Folgeerkrankungen einer diabetischen Nephropathie bei Proteinurie und Mikroalbuminurie. Der Kläger kann deshalb nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne vermehrtes Treppensteigen verrichten.

Auf orthopädischem Fachgebiet bestehen beim Kläger ein Zustand nach posttraumatischer Oberschenkelamputation links 01/1978 bei Versorgung mit Oberschenkelprothese links sowie ein Zustand nach Bandscheibenvorfall HWK 4/5 und 5/6 mit nachfolgender Cervikobrachialgie und Lumboischialgien links bei Verdacht auf NPP L3/L4. Der Kläger befand sich deshalb zuletzt im Jahr 2006 in fachorthopädischer Behandlung bei dem Orthopäden Dr. S. ... Im streitigen Zeitraum fand die Behandlung wegen der Beschwerden auf

orthopädischem Fachgebiet allein durch die Allgemeinärztin Dr. T. statt. In der Bescheinigung vom 31. Mai 2011 hat sie als rehabilitationsrelevante Diagnosen eine Foraminaeinengung im HWS-Bereich genannt, in der sachverständigen Zeugenaussage vom 8. Dezember 2014 jedoch lediglich einen Zustand nach NPP der HWK 4/5 links und HWK 5/6 rechts im Juli 2006 als chronische Erkrankung angegeben und mitgeteilt, seit November 2014 sei eine Verschlechterung des HWS-Syndroms (schmerzhafte Bewegungseinschränkung) eingetreten. Die vom Kläger gegenüber dem Sachverständigen Dr. B. angegebenen belastungsabhängigen Kreuzschmerzen ohne ischialgieforme Schmerzausstrahlung und ohne lumbale Wurzelreizsymptome sind am ehesten auf eine Fehlstatik bei Oberschenkelprothese links sowie Adipositas zurückzuführen. Ausgeschlossen sind dadurch Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, auf Leitern oder Gerüsten sowie ausschließlich im Gehen und Stehen. Gegen eine weitergehende - insbesondere zeitliche - Leistungsbeeinträchtigung des Klägers durch die genannten Gesundheitsstörungen spricht, dass der Kläger die von Dr. R. im Februar 2015 begonnene Therapie nach lediglich drei Behandlungsterminen abgebrochen hat.

Auf nervenärztlichem Fachgebiet bestehen beim Kläger eine Dysthymia sowie eine Panikstörung. Eine Angststörung, wie sie Dr. med. Dipl.-Soz. K. angenommen hat, liegt zur Überzeugung des Senats nicht vor, der sich hierbei auf die gut nachvollziehbaren Ausführungen der Sachverständigen Dr. B. stützt. Eine über die Panikstörung hinausgehende Angst, vor allem während des Tages, konnte bei der ausführlichen Exploration des Klägers nicht festgestellt werden. Die Panikstörung des Klägers äußert sich in regelmäßig auftretenden nächtlichen Panikattacken aus dem Schlaf heraus mit Atemnot, einem Engegefühl auf der Brust, einer Todesangst und Schweißausbrüchen. Während des Tages treten Panikattacken jedoch nicht auf. Hieraus resultiert insbesondere keine Unfähigkeit zur Benützung öffentlicher Verkehrsmittel, wie sie Dr. med. Dipl.-Soz. K. angenommen hat. Darüber hinaus besteht ein Carpalunnelsyndrom beidseits, jedoch ohne motorische Einschränkungen der Finger- oder Handbeweglichkeit. Insoweit besteht auch eine Behandlungsmöglichkeit, wie dem Arztbrief des Prof. Dr. G. vom 18. September 2015 entnommen werden kann, der bei Beschwerdepersistenz eine handchirurgische Vorstellung angeregt hat. Durch die Erkrankungen auf nervenärztlichem Gebiet sind Tätigkeiten in Nachtschicht, mit mentalen Anforderungen und mit erhöhtem Publikumsverkehr ausgeschlossen.

Unter Berücksichtigung der genannten Leistungseinschränkungen ist der Kläger noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen in Normalschicht, ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, ohne vermehrtes Treppensteigen oder besondere feinmotorische Anforderungen an die Hände, ohne Belastungen durch Kälte, Nässe oder Zugluft bzw. durch pulmonale Reizstoffe (Staub, Gase, Dämpfe, Rauch) und ohne Tätigkeiten, die über das rudimentäre Maß hinausgehende Lese- oder Schreibfertigkeiten erfordern (vgl. nachfolgend), mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten.

Beim Kläger liegt auch keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - juris). Beim Kläger besteht zwar eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS), jedoch kein kompletter Analphabetismus. Er verfügt noch über ein rudimentäres Maß des Lesens und Schreibens, wie Dr. B. ausgeführt hat, so dass er z.B. in der Lage war, bei seiner letzten Tätigkeit als Staplerfahrer auch Sortierarbeiten vorzunehmen. Auch die Sachverständige Dr. B. hat eine LRS bzw. eine kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten diagnostiziert; ihr gegenüber hat der Kläger angegeben, er könne nicht schreiben und nicht richtig lesen. So war der Kläger in der Lage, seinen Namen und die ersten zehn Ziffern zu schreiben. Danach ist nicht von einem kompletten Analphabetismus auszugehen. Einschränkungen hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit ergeben sich hieraus nur insoweit, als Tätigkeiten ausgeschlossen sind, die Lesefertigkeit voraussetzen. Das Lesen von Zahlen ist dem Kläger dagegen möglich. Der Kläger ist damit noch in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes eine Erwerbstätigkeit auszuüben, so dass keine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen ist.

Der Kläger ist auch noch in der Lage, einen Arbeitsplatz zu erreichen und hierzu viermal täglich eine Wegstrecke von 500 Metern in jeweils 20 Minuten zurückzulegen sowie öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger nach seinem unfallbedingten Verlust des linken Beines sowie nach Versorgung mit einer Beinprothese in der Lage war, über 20 Jahre eine versicherungspflichtige Beschäftigung als Staplerfahrer auszuüben. Der Kläger hat diese Tätigkeit im Jahr 2005 auch nicht wegen Gehbeschwerden aufgegeben, sondern wegen eines damals stattgehabten Vorderwandinfarktes. Bei dieser Tätigkeit musste der Kläger, wie dem Arztbrief der Orthopädischen Universitätsklinik H. vom 5. Oktober 2011 entnommen werden kann, große Wegstrecken zurücklegen. Im Jahr 2001 erfolgte auch die Versorgung mit einer neuen Prothese. Zumindest im Jahr 2006 bestanden insoweit keine Beeinträchtigungen der Wegefähigkeit. So hat der damals behandelnde Orthopäde Dr. S. angegeben, der Kläger habe ihn lediglich wegen persistierender Nackenbeschwerden sowie Taubheit im linken Arm konsultiert. Die Oberschenkelamputation sei vom Kläger nicht erwähnt und mangels Beschwerden auch nicht untersucht worden. Schmerzen im Oberschenkelstumpf links sowie im rechten Kniegelenk sind erstmals dokumentiert im Gutachten des Dr. B. vom 11. April 2007. Dr. T. hat in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 25. Juli 2009 auch lediglich eine Gangstörung, bedingt durch eine schlecht sitzende Prothese, angegeben. Bei der gutachterlichen Untersuchung des Klägers durch Dr. B. am 17. November 2009 hat dieser gegenüber dem Gutachter angegeben, bei ebenerdigem Gehen müsse er nach 200 Metern pausieren, jedoch nicht wegen Luftnot, sondern wegen der Kreuzschmerzen. Bezüglich der zu diesem Zeitpunkt benützten Unterarmgehstütze hat er angegeben, er benötige diese wegen Kniebeschwerden rechts und Kreuzschmerzen seit ca. einem Jahr. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass weder eine fachärztliche Behandlung der Kniebeschwerden rechts stattfindet noch dass diese von Dr. T. in der sachverständigen Zeugenaussage vom 8. Dezember 2014 als Diagnose genannt worden sind oder eine entsprechende Behandlung aufgeführt worden ist. Dr. B. ist denn auch zu der zutreffenden Beurteilung gelangt, der Kläger könne trotz eingeschränkter Gehfähigkeit noch viermal täglich mehr als 500 Meter zu Fuß innerhalb von jeweils 20 Minuten zurücklegen. Der Senat folgt insoweit nicht der Beurteilung des Dr. med. Dipl.-Soz. K. im nervenärztlichen Gutachten vom 26. November 2013, wonach der Kläger mit zwei Gehhilfen höchstens 30 Meter weit gehen könne und sich dann wegen Schmerzen ausruhen müsse; diese Einschränkungen lägen seit ca. sieben Jahren vor. Dem ist schon entgegen zu halten, dass der Kläger bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. B. im November 2009 angegeben hatte, er benutze die Gehhilfen seit einem Jahr. Gegen eine rentenrelevante Einschränkung der Gehstrecke spricht zudem, dass Dr. B. mitgeteilt hat, das Gangbild des Klägers sei zwar deutlich links hinkend, jedoch auch ohne Unterarmgehstützen sicher.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)). Voraussetzung eines solchen Rentenanspruchs ist, dass der Kläger vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig ist. Der Kläger ist zwar am 9. Juni 1959 und damit vor dem Stichtag geboren, er ist jedoch nicht berufsunfähig. Berufsunfähig sind nach [§ 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 ([§ 240 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 240 Abs. 2 Satz 4 SGB VI](#)). Der Kläger hat keinen Beruf mit Abschluss erlernt und war zuletzt in einer ungelerten Tätigkeit versicherungspflichtig beschäftigt. Auf Grund dieser ungelerten Tätigkeit kann er auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verwiesen werden (zum Stufenschema des BSG vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1996 - [13 RJ 35/96](#) -; Urteil vom 18. Februar 1998 - [B 5 RJ 34/97 R](#) -, jeweils m.w.N. - beide juris). Solche sind ihm, wie oben dargelegt, noch möglich.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-17