

L 13 R 1032/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 4 KN 200/10

Datum

18.10.2011

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 1032/11

Datum

30.04.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zu den Voraussetzungen eines Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 18. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1952 in Polen geborene Kläger, deutscher Staatsangehöriger, hat nach seinen eigenen Angaben keine Berufsausbildung absolviert. Er war in Polen als Elektriker, Beifahrer, Kraftfahrer, Ladearbeiter und Mechaniker tätig. Nach seinem Zuzug in das Bundesgebiet im August 1983 war er von 1984 bis 1986 als Maschinenarbeiter, von 1987 bis 2002 als Staplerfahrer und zuletzt im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses ab Oktober 2009 als Kraftfahrer (Schülerverkehr) versicherungspflichtig beschäftigt.

Der Kläger beehrte mit Antrag vom 3. November 2009 Rente wegen Erwerbsminderung von der Beklagten. Zur Begründung verwies er auf diverse Befundberichte seiner behandelnden Ärzte. Die Beklagte holte eine Auskunft der Firma Z. GmbH über die letzte Tätigkeit des Klägers als Kraftfahrer im Schülerverkehr sowie ein orthopädisches Gutachten von Dr. W. vom 7. April 2010 ein. Dieser stellte beim Kläger eine Funktionsbeeinträchtigung der Lendenwirbelsäule bei Spinalkanalstenose, ein Asthma bronchiale, einen nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus sowie eine medikamentös eingestellte Hypertonie fest. Er kam zu dem Ergebnis, der Kläger könne noch 6 Stunden und mehr leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, überwiegend sitzend, jedoch mit der Möglichkeit zum Arbeitshaltungswechsel, verrichten. Die Beklagte lehnte daraufhin den Antrag mit angefochtenem Bescheid vom 14. April 2010 ab.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, wesentliche Erkrankungen seien nicht beachtet bzw. falsch bewertet worden. Ein Bescheid des Zentrums Bayern Familie und Soziales Region Oberpfalz vom 28. April 2010 (Grad der Behinderung - GdB - 70) sowie weitere Befundberichte wurden vorgelegt.

Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten der Allgemeinärztin und Sozialmedizinerin Dr. S. vom 15. Juli 2010 ein. Die Sachverständige diagnostizierte beim Kläger eine Claudicatio spinalis bei degenerativer Spinalkanalstenose L 4/5, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, eine schwer einstellbare arterielle Hypertonie, dopplersonographisch Nachweis geringer arteriosklerotischer Gefäßveränderungen an den Carotiden, einen unzureichend eingestellten Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas, eine Dysthymie, eine Refluxösophagitis, unter Therapie asymptomatisch, eine Sprung- gelenksarthrititis links und Tendovaginitis des Musculus tibialis posterior, eine Hochtonschwerhörigkeit beidseits sowie Schlafstörungen. Sie bescheinigte dem Kläger ebenfalls ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten. Der Widerspruch wurde daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 9. September 2010 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben. Das SG hat nach Beiziehung diverser Befundberichte ein orthopädisches Gutachten von Dr. C. vom 4. Februar 2011 und ein internistisch-sozialmedizinisches Gutachten von Dr. D. vom 3. Mai 2011 eingeholt.

Dr. C. hat beim Kläger folgende Gesundheitsstörungen festgestellt:

1. Degeneratives Zervikalsyndrom mit Hals-/Nackenmyogelosen, Uncovertebralarthrose C4/5 links stärker als rechts mit cervikogenem Schwindel
2. Degeneratives Lumbalsyndrom mit Streckfehlhaltung und lumbosacralbetonter Spondylarthrose, lumbale Spinalkanalstenose bei Prolaps, pseudoradikuläres Schmerzsyndrom
3. Knorpelschaden beider Kniegelenke bei mildem Genua vara beidseits
4. Hypertrophe Schultergelenksarthrose beidseits, leichte Tendinosis calcarea rechts und oberer Schmerzbogen beidseits, Ausschluss Rotatorenmanschettenruptur
5. Senk-Spreizfußdeformität beidseits.

Er ist zu dem Ergebnis gekommen, der Kläger könne noch leichte körperliche Arbeiten, überwiegend sitzend, nur gelegentlich gehend und stehend, sowohl im Freien als auch in geschlossenen Räumen vollschichtig mit den arbeitsüblichen Unterbrechungen verrichten. Nicht mehr zumutbar seien das Heben und Tragen von schweren Lasten, Arbeiten aus ungünstigen wirbelsäulenbelastenden Positionen heraus, kraftvolle Überkopfarbeiten, kniend, gebückt und gehockt zu erbringende Arbeiten und Arbeiten mit Absturzgefahr auf Leitern und Gerüsten. Eine wesentliche Einschränkung der Wegefähigkeit bestehe nicht.

Dr. D. hat folgende Diagnosen gestellt:

1. Metabolisches Syndrom bei Adipositas Grad I mit Hyperlipidämieeigung, jetzt unter Therapie normale Blutfettwerte, und Diabetes mellitus Typ II b, gut eingestellt und ohne Hinweis auf klinisch relevante Spätkomplikationen, sowie essenzieller arterieller Hypertonie Stadium II mit noch nicht zufriedenstellender Blutdruckeinstellung und deutlicher Hypertrophie und diastolischer Dysfunktion der normalgroßen systolisch regelgerecht pumpenden linken Herzkammer
2. Vermehrte Fetteinlagerung in die Leber ohne Anhalt für einen höherwertigen Leberschaden
3. Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung Stadium II nach Gold mit zusätzlichen zeitweiligen asthmatischen Atemwegsobstruktionen bei Infekten oder anderen Reizen
4. Gastroösophageale Hernie mit Reflux; ausgeprägte Sigmadivertikulose, Hämorrhoiden, Zustand nach Entfernung zweier Polypenknospen

Dr. D. hat erklärt, der Kläger könne unter Mitberücksichtigung der von Dr. C. festgestellten orthopädischen Diagnosen noch körperlich leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen mit nur gelegentlichem Positionswechsel in geschlossenen Räumen 6 Stunden und mehr mit den üblichen Pausen verrichten. Zu vermeiden seien Tätigkeiten verbunden mit Kälte, Nässe, Zugluft, Rauch, Staub und Reizgasen sowie der Umgang mit lebertoxischen Stoffen und Arbeiten mit besonderen psychischen Belastungen wie erhöhter Zeitdruck, Nacht-/Wechselschicht.

In seiner Stellungnahme hierzu hat der Kläger geltend gemacht, er werde dreimal wöchentlich wegen seiner Wirbelsäulenerkrankung behandelt (Gymnastik und Massagen). Ohne diese Massagen könne er nicht mehr gehen. Er habe dann verstärkte Lähmungserscheinungen in den Beinen und Wadenkrämpfe. Dr. C. habe auch die orthopädischen Atteste des Klägers ignoriert. Ein weiterer Befundbericht des Klinikums der Universität B-Stadt wurde vorgelegt. Er habe ihn maximal 3 Minuten körperlich untersucht. Zu Unrecht habe er eine Indikation zur Operation verneint. Auch sei die Behauptung haltlos, der Kläger könne Kniebeugen machen oder in die Hocke gehen. Ebenfalls könne er keine Strecken von mehr als 30 m gehend zurücklegen, ohne eine Pause zu machen. Auch sei die Kniegelenkserkrankung nicht hinterfragt worden.

Dr. C. hat hierzu unter dem 4. Februar 2011 ergänzend Stellung genommen und an seiner sozialmedizinischen Bewertung festgehalten.

In der mündlichen Verhandlung am 18. Oktober 2011 hat der Kläger erklärt, er sei am 2. August 2011 an der Wirbelsäule operiert worden. Die gesundheitliche Situation sei viel besser. Er habe noch Schmerzen im Gesäß, beim Gehen und beim Sitzen. Die Lähmung sei weg.

Das SG hat mit Urteil vom selben Tag die Klage unter Berufung auf die Gutachten von Dr. C. und Dr. D. abgewiesen.

Zur Begründung der hiergegen zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegten Berufung hat der Kläger vorgetragen, er sei multipel erkrankt. Dies sei durch ärztliche Atteste nachgewiesen. Das Zusammenwirken seiner verschiedenen Erkrankungen beeinträchtige ihn so stark, dass er einer Erwerbstätigkeit von wirtschaftlichem Wert nicht mehr nachgehen könne. Die Sachverständigen in der ersten Instanz würden seine Erkrankungen nicht angemessen würdigen. Das dort festgestellten Leistungsvermögen stimme nicht mit der Realität überein. Es werde unterstellt, dass er sich durch Sitzen ausruhen könne, obwohl er sich nach dem Sitzen hinlegen müsse, weil ihn dieses so anstrengt. Auch könne er keine 500 m mehr pro Tag gehen, keine Kniebeugen machen oder in die Hocke gehen. Entgegen der Annahme des orthopädischen Sachverständigen erster Instanz sei eine Operation indiziert gewesen und deshalb auch durchgeführt worden. Die Schmerzsituation habe sich durch die Operation deutlich verbessert, sein Leistungsvermögen jedoch nicht.

Der Kläger hat Befundberichte des Kardiologen Dr. M., des Urologen H., des Orthopäden Dr. C., der Internisten Dr. F. und Dr. K.-B. sowie der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums der Universität B-Stadt und seinen Schwerbehindertenausweis (GdB 70 mit Merkzeichen G) vorgelegt. Dr. C. und Dr. D. haben in ihren daraufhin vom Senat eingeholten ergänzenden Stellungnahmen vom 8. Februar 2013 und 27. Februar 2013 an ihrer sozialmedizinischen Bewertung festgehalten. Daraufhin hat der Kläger weitere Befundberichte des Kardiologen Dr. M., der Nervenärztin Dr. Z., des Orthopäden Dr. C. und der HNO-Ärztin Dr. A. vorgelegt.

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

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom

18. Oktober 2011 sowie des Bescheids der Beklagten vom 14. April 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. September 2010 zu verurteilen, Rente wegen Erwerbsminderung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Akten des SG und der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage gegen den angefochtenen Bescheid vom 14. April 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. September 2010 abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht kein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung gemäß [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#), Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gemäß [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) bzw. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß [§§ 43 Abs. 1, 240 Abs. 1, 2 SGB VI](#) zu.

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Gem. [§ 43 Abs. 1, 2 SGB VI](#) haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise bzw. 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.

Teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs bzw. drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Erwerbsgemindert ist gem. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht für den erkennenden Senat fest, dass die Leistungsfähigkeit des Klägers zwar qualitativ hinsichtlich der Art und Schwere der noch möglichen Tätigkeiten gemindert ist, ohne dass die qualitativen Leistungseinschränkungen jedoch einen rentenerheblichen Umfang angenommen haben. Eine quantitative Leistungseinschränkung liegt nicht vor. Der Kläger kann noch 6 Stunden täglich und mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumindest leichte Arbeiten verrichten.

Bei der Untersuchung des Klägers durch Dr. C. war dieser in einem regelgerechten Allgemeinzustand. Eine Zyanose oder Gewebswassereinlagerungen zeigten sich nicht, die Pulse waren an den Extremitäten gut tastbar. Die periphere Muskulatur wies einen regelgerechten Tonus auf.

Nach den Feststellungen von Dr. C. ist die Hauptgesundheitsstörung beim Kläger das chronisch-rezidivierende Wirbelsäulensyndrom mit Hauptmanifestation über der Lenden- und der Halswirbelsäule. Die Untersuchung des Achsorgans erbrachte einen Beckengeradstand mit physiologischer Rückenform, normalen Schwingungsverhältnissen und regulär ausgebildeter paravertebraler Muskulatur. Die Halswirbelsäule war frei beweglich bei physiologischer Kopfhaltung. Die Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule war hingegen eingeschränkt. So waren die Links- und die Rechtsrotation ebenso wie die Lateralflexion um die Hälfte vermindert; der Finger-Boden-Abstand betrug 25 cm. Das Wiederaufrichten aus der Vorneige gelang dem Kläger jedoch noch aus eigener Kraft ohne Zuhilfenahme der Arme. Der neuro-orthopädische Status erbrachte keine Auffälligkeiten. Das Zeichen nach Laségue war beiderseits negativ. Der Kläger konnte auch den Langsitz einnehmen. Die Zehenheber- und die Fußheberfunktion waren regelgerecht. Der Senat schließt sich den überzeugenden Feststellungen von

Dr. C. an, dass angesichts dieses Befunds unter Berücksichtigung der fehlenden neurologischen Ausfälle eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens des Klägers auch für leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht zu begründen ist.

Dr. C. hat sich mit den Einwendungen des Klägers, die im Berufungsschriftsatz im wesentlichen nur wiederholt werden, bereits in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 4. Februar 2011 auseinandergesetzt und hier überzeugend die Vorwürfe widerlegt, er habe für die Begutachtung des Klägers nur eine minimale Zeitspanne aufgewendet bzw. Vorbefunde der behandelnden Ärzte außer Acht gelassen. Dr. C. hat ausgeführt, angesichts der Verhältnisse an der Wirbelsäule des Klägers bestehe keine zwingende Operationsindikation. Soweit nun vom Kläger vorgetragen wird, eine dennoch durchgeführte Operation habe die Schmerzsituation deutlich verbessert, wird dadurch das Gutachten von Dr. C. nicht infrage gestellt. Gerade Operationen an der Wirbelsäule haftet das Risiko an, dass sich nicht die gewünschte Verbesserung erzielen lässt. Zuweilen tritt sogar noch eine Verschlechterung der Schmerzsituation ein. Auf dieses Risiko hat Dr. C. hingewiesen. Soweit sich beim Kläger dieses Risiko nicht realisiert hat, sondern vielmehr die Schmerzen reduziert sind, ist dies erfreulich, kann jedoch nicht ein Absinken der Leistungsfähigkeit des Klägers auch für leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf unter 6 Stunden täglich begründen.

An den oberen Extremitäten des Klägers fanden sich symmetrische Konturen ohne Muskelathropien, Weichteilschwellungen oder Ergussbildungen. Die Schulterfunktionsgriffe waren dem Kläger beidseits frei durchführbar. Die Beweglichkeit war frei, die Kraftentwicklung normal. Die Schultergelenke waren bandstabil, Hinweise für eine Rotatorenmanschettenruptur konnte Dr. C. nicht finden. Angesichts der leichten degenerativen Veränderungen und des von Dr. C. festgestellten oberen Schmerzbogens sind qualitative Leistungseinschränkungen im Form des Verzichts auf schwere Hebe- und Tragebelastungen sowie Überkopfarbeiten für den Senat nachvollziehbar. Weitere

Leistungseinschränkungen lassen sich hieraus jedoch nicht ableiten.

An den Ellbogengelenken, den Händen und den Fingern fanden sich keine nennenswerten Auffälligkeiten. Die Muskulatur war seitengleich und regelrecht kräftig ausgebildet, die Hände zeigten eine seitengleiche normale Beschwielung. Die Funktionsgriffe waren beidseits vollständig möglich. Eine Kraftminderung war nicht vorhanden.

An den unteren Extremitäten des Klägers zeigte sich eine normale ausgebildete Muskulatur ohne Ödeme, Entzündungs- oder Stauungszeichen. Die Beweglichkeit der Hüften war nicht eingeschränkt. Die Kniegelenke wiesen eine normale Kontur ohne Ergussbildung auf. Die Bandführung war beidseits stabil, die Meniskuszeichen negativ. Die Beweglichkeit der Kniegelenke war nicht eingeschränkt.

Die Sprunggelenke und Füße des Klägers waren abgesehen von einer Senk-Spreiz- fußdeformität unauffällig.

In internistischer Hinsicht steht beim Kläger ein metabolisches Syndrom bei Adipositas im Vordergrund. Dr. D. hat insoweit jedoch darauf verwiesen, dass sich die Befunde aufgrund einer Gewichtsreduktion und einer Intensivierung der Therapie im Vergleich zu der Vorbegutachtung durch die Beklagte im Jahr 2010 deutlich verbessert hätten. Die Blutfettwerte des Klägers lagen bei der Untersuchung durch Dr. D. im Normbereich. Der im Oktober 2010 entgleiste Diabetes mellitus ist nunmehr gut eingestellt. Das Blutzuckerprofil des Klägers zeigte sich ausgeglichen ohne stärkere Blutzuckerschwankungen. Klinisch relevante Spätkomplikationen oder diabetische Augenhintergrundveränderungen liegen beim Kläger nicht vor. Das Ruhe- und das Belastungs-EKG waren unauffällig, wobei sich der Kläger kardial nicht ausbelastete. Hinweise für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit zeigten sich nicht. Allein der beim Kläger vorliegende Bluthochdruck ist nicht optimal eingestellt. Eine generelle zeitliche Limitierung auch für körperlich leichte Tätigkeiten lässt sich angesichts fehlender hämodynamisch relevanter Herzrhythmusstörungen oder Ischämiezeichen in Ruhe und bei Belastung nach den überzeugenden Feststellungen der erfahrenen Gerichtssachverständigen Dr. D. allerdings nicht begründen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen an der Lunge. Hier liegt beim Kläger nach Beendigung des Zigarettenkonsums nur noch eine leichte Verschleimung im Sinne einer chronischen Bronchitis vor. Hierbei ist mit Atemnot bei stärkeren körperlichen Belastungen bzw. bei Infekten oder Expositionen gegenüber atemreizenden Stoffen zu rechnen. Für leichte körperliche Tätigkeiten ohne Exposition gegenüber bronchial reizenden Einflüssen resultiert hieraus jedoch keine Einschränkung.

Die erfahrenen Gerichtssachverständigen Dr. C. und Dr. D. haben hieraus übereinstimmend abgeleitet, dass dem Kläger noch mindestens 6 Stunden täglich leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar sind. Die Zweitgutachterin Dr. D. hat ihre sozialmedizinische Leistungsbeurteilung dabei unter ausdrücklicher Einbeziehung der Feststellungen von Dr. C. getroffen. Sie hat nicht nur die Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet aufgelistet und diese bewertet, sondern eine zusammenfassende Wertung der Gesundheitsstörungen des Klägers auf allen Fachgebieten abgegeben.

Dr. C. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. Februar 2013 klargestellt, dass sich aus den nachgereichten Befundberichten keine sozialmedizinische relevante Befundverschlechterung ergibt. Vielmehr sei von einer deutlichen Besserung nach der Wirbelsäulenoperation auszugehen. Auch Dr. D. ist in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 27. Februar 2013 zu diesem Ergebnis gelangt. Eine wesentliche Befundänderung liegt - abgesehen von einer Zunahme der Adipositas - nicht vor. Aus den nachgereichten Befundberichten ergibt sich nicht, dass klinisch relevante diabetische Spätkomplikationen entstanden sind. Auch die Herzkreislaufsituation ist gekennzeichnet durch eine echocardiographisch nachgewiesene unverändert gute Gesamtpumpfunktion der nur als mäßig hypertrophiert beschriebenen linken Herzkammer ohne ischämieverdächtige regionale Kontraktionsstörungen.

Auch aus den weiteren übersandten Befundberichten ergeben sich keine Hinweise auf eine überdauernde abweichende sozialmedizinische Situation. Zum Teil haben die nachgereichten Befundberichte bereits früher vorgelegen (Befundberichte von Dr. M. und Dr. C.). Im Befundbericht von Dr. Z. wird allein von einer akuten Belastungsreaktion bei Verzweiflung über vorausgegangenen Suizid der Ehefrau berichtet, jedoch keine weiteren, überdauernden nervenärztlichen Diagnosen gestellt. Im Befundbericht von Dr. A. wird von einer beidseitigen Mittel- und Hochtonschwerhörigkeit berichtet. Insoweit ist jedoch darauf zu verweisen, dass bei der Untersuchung durch Dr. D. normal laute Umgangssprache vom Kläger verstanden wurde. Unter Mitberücksichtigung des Umstands, dass die festgestellte Schwerhörigkeit nach den Ausführungen von Dr. A. durch eine Hörgeräteversorgung therapierbar ist, lässt hieraus eine rentenrelevante Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers nicht ableiten.

Ein Rentenanspruch ergibt sich auch nicht daraus, dass der Kläger unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarktes keine Tätigkeit finden würde. Denn bei ihm bestehen weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsbehinderung, die ausnahmsweise die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich machen würde; auch bestehen nach den Ausführungen von Dr. C. und Dr. D. keine relevanten Einschränkungen der Wegefähigkeit. Für sonstige sogenannte Katalogfälle (vgl. SozR 2200 § 1246 Nrn. 30, 75, 81, 90, 104, 109, 117; SozR 3-2200 § 1247 Nr. 8, § 1246 Nr. 41) liegt - nach den Feststellungen der Sachverständigen und der Überzeugung des erkennenden Gerichts - ebenfalls kein Anhalt vor.

Dem Kläger steht damit kein Anspruch auf Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung gem. [§ 43 Abs. 1](#), 2 SGB VI zu.

Schließlich hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, da er nicht berufsunfähig ist (vgl. [§ 240 Abs. 1](#), 2 SGB VI). Berufsunfähig sind nach [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach 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. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden verrichten kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, ist der Kläger, der keinen Beruf erlernt hat und zuletzt als Kraftfahrer und davor als Staplerfahrer

versicherungspflichtig beschäftigt war, als ungelernter Arbeiter im Sinne des sog. Stufenschemas des BSG einzustufen. Er ist damit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt uneingeschränkt verweisbar. Da insoweit noch ein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr besteht, scheidet damit auch die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit aus.

Zu einer weiteren Begutachtung ergibt sich bei Berücksichtigung des Vortrags des Klägers im Berufungsverfahren sowie der ergänzenden Stellungnahmen von Dr. D. und Dr. C., die übereinstimmend keine Notwendigkeit gesehen haben, eine erneute Begutachtung durchzuführen, für den Senat kein Anlass.

Nach alledem ist die Berufung unbegründet.

Die Kostenentscheidung ([§ 193 SGG](#)) berücksichtigt, dass der Kläger auch im Berufungsverfahren erfolglos geblieben ist.

Gründe, die Revision zuzulassen (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-06-14