

**L 7 R 3836/04**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 10 RJ 3606/03  
Datum  
26.07.2004  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 7 R 3836/04  
Datum  
19.10.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 26. Juli 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch des Klägers auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der am 1949 geborene Kläger ist gelernter KFZ-Mechaniker, der nach seiner Gesellenprüfung am 10. September 1968 zunächst vier Jahre als Zeitsoldat bei der Bundeswehr tätig war. Danach war er ca. 12 Jahre als Busfahrer im Reise- und Linienverkehr beschäftigt und anschließend 14 Jahre lang als Baumaschinenführer und LKW-Fahrer bei der Fa. S ... Nach der dortigen betriebsbedingten Entlassung absolvierte er mit Förderung des Arbeitsamts eine Umschulung zum Hausmeister, während der er am 14. August 2000 einen Herzinfarkt erlitt.

Am 15. August 2001 beantragte der Kläger unter Vorlage ärztlicher Fachberichte erstmals die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Der Antrag wurde mit dem erlittenen Herzinfarkt, einem Rückenleiden und Muskelschwäche begründet. Die LVA Baden-Württemberg (LVA) veranlasste daraufhin eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung; Dr. E. (Fachärztin für Chirurgie) diagnostizierte im Gutachten vom 24. September 2001 ein chronifiziertes, degeneratives Wirbelsäulensyndrom, insbesondere der Brust- und Lendenwirbelsäule, verbunden mit funktionellen Teileinschränkungen, Flachrücken und Wirbelgleiten, Zustand nach Hinterwandinfarkt, deutliches Übergewicht mit Bluthochdruck und ein metabolisches Syndrom. Hierauf ausgehend kam die Gutachterin zu der Einschätzung, dass beim Kläger trotz der orthopädischen und internistischen Leiden nach wie vor eine vollschichtige Leistungsfähigkeit bestehe. Trotz seiner Beinbeschwerden sei beim Gehen nicht die Wegstrecke eingeschränkt. In einem internistischen Zusatzgutachten vom 11. Oktober 2001 vertrat Dr. Er. (Facharzt für innere Medizin und Sozialmedizin) die Auffassung, der Kläger sei aus internistischer Sicht weiterhin in der Lage, leichte Arbeiten vollschichtig mit mittelschweren Belastungsspitzen halbschichtig zu verrichten. Dabei sollten allerdings Zeitdruck und Nachtschicht ausgeschlossen werden. Daraufhin lehnte die LVA mit Bescheid vom 18. Oktober 2001 den Rentenanspruch des Klägers ab.

Am 14. April 2003 beantragte der Kläger unter Vorlage ärztlicher Fachberichte erneut die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die LVA veranlasste daraufhin weitere internistische und orthopädische Leistungsbeurteilungen; im Gutachten vom 17. Juli 2003 diagnostiziert der Internist Dr. Er. Rückenschmerzen, einen Zustand nach Beckenfraktur, Zustand nach Herzinfarkt mit PTCA und Stentimplantation, Adipositas, Zustand nach CTS-Operation beidseits, Zustand nach Bandruptur im linken Knie, Zustand nach Schulteroperation rechts sowie Hypertonie. Hiervon ausgehend kommt der Gutachter zur Auffassung, der Kläger könne leichte körperliche Tätigkeiten mit gelegentlichen mittelschweren Einstreuungen im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen vollschichtig durchführen. Arbeiten mit schwerem Heben und Tragen, Arbeiten in Zwangshaltungen sowie Arbeiten, die mit häufigem Bücken verbunden sind, könne er nicht ausüben. Aufgrund der Herzerkrankung sollten Schicht- und Akkordarbeit vermieden werden. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei möglich ab dem 14. Mai 2002. Im fachorthopädischen Gutachten vom 19. Juni 2003 stellt der Orthopäde Dr. T. die Diagnosen: Fehlstellung und verstärkte Gefügestörungen der Halswirbelsäule mit rezidivierendem Schulter-Arm-Syndrom ohne Wurzelreizung, geringe Periarthritis beidseits bei degenerativen Veränderungen der Rotorenmanschetten mit endgradiger Funktionseinschränkung, hohlrunder Rücken mit verstärkter Gefügestörung der Lendenwirbelsäule mit rezidivierenden lumbalgieformen Beschwerden sowie eine beginnende Cox- und Gonarthrose beidseits ohne wesentliche Funktionsbehinderung. Aufgrund der festgestellten Befunde sei der Kläger noch in der Lage, leichte, gelegentlich auch mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperhaltung ohne regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über acht bis zehn Kilo vollschichtig auszuüben. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines LKW-Fahrers sei nicht mehr vollschichtig möglich, da davon

auszugehen sei, dass bei dieser Tätigkeit auch entsprechende Ladearbeiten zu verrichten seien, was wegen der Gefügestörung der Lendenwirbelsäule nur in sehr eingeschränktem Umfang möglich sei.

Mit Bescheid vom 1. August 2003 lehnte die LVA den Rentenantrag des Klägers ab mit der Begründung, es liege weder eine volle noch eine teilweise Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit vor. Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, die vorliegenden medizinischen Befunde seien nicht richtig gewürdigt worden. Außerdem bestehe ausweislich des ärztlichen Attests des Dr. N. (Facharzt für Allgemeinmedizin) vom 25. September 2003 außerdem eine chronische Gastroduodentis, ein Postcholezystektomiesyndrom, eine psychogene Alteration sowie ein Vertigosyndrom bei mittlerem Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen. Mit Widerspruchsbescheid vom 12. November 2003 wies die LVA den Widerspruch des Klägers zurück.

Der Kläger hat am 11. Dezember 2003 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und im Wesentlichen die Begründung aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt.

Das SG hat Dr. N. und Dr. R. (Fachärzte für Allgemeinmedizin), Dr. W. (Facharzt für Orthopädie), Dr. K. (Verhaltenstherapeutin) und Dr. H. (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) als sachverständige Zeugen schriftlich befragt. Dr. W. (Schreiben vom 30. Januar 2004) kommt zu der Einschätzung, der Kläger könne noch durchgehend leichte Arbeiten verrichten mit gelegentlich mittelschwerer Belastung. Dr. K. kommt unter dem 17. Februar 2004 zu der Einschätzung, der Kläger sei aufgrund einer Anpassungsstörung mit leichter bis mittelschwerer Depression derzeit nicht in der Lage, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Er erscheine aber in der Lage, täglich zwei bis drei Stunden ausreichend konzentriert zu arbeiten. Die Frage nach der körperlichen Arbeit müssten die internistischen und orthopädischen Kollegen bearbeiten.

Das SG hat außerdem Dr. Bu. (Facharzt für innere Medizin) zum Sachverständigen bestellt. Im Gutachten vom 8. Juni 2004 führt der Sachverständige aus, beim Kläger lägen folgende Erkrankungen vor: Zustand nach Hinterwandinfarkt bei koronarer Dreifäßerkrankung, Zustand nach zweifacher Ballondilatation und Stent-Implantation der RCA, arterielle Hypertonie, chronisches degeneratives Wirbelsäulensyndrom mit Betonung im LWS-Bereich bei älterem Bandscheibenschaden der LWS, Zustand nach alter Beckenringfraktur, Zustand nach Acromioplastik rechts bei Periarthropathia humeroscapularis, linksbetonte Gonarthrose, Diabetes mellitus Typ II b, Refluxösophagitis, Übergewicht, Fettleber, Hyperlipidämie, depressive Anpassungsstörung, und chronisches Schmerzsyndrom. Hiervon ausgehend kommt der Gutachter zu der Einschätzung, die Leistungsfähigkeit des Klägers sei insofern eingeschränkt, als ihm keine schweren und keine überwiegend mittelschweren körperlichen Arbeiten mehr zugemutet werden könnten, insbesondere kein Heben, Tragen und Bewegungen schwerer Lasten ohne mechanische Hilfe; des Weiteren keine Arbeiten unter Zeitdruck oder sonstiger überdurchschnittlicher Stressbelastung (Akkordarbeit, Wechselschicht etc.). Ebenfalls nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten, welche mit regelmäßigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule (Bücken, Knien, Überkopparbeiten), häufigem Einwirken von widrigen Klimaeinflüssen (Kälte, Nässe, Zugluft), häufigem Treppensteigen oder häufigem Bewältigen längerer Gehstrecken verbunden sind. Am Arbeitsplatz müsse die Möglichkeit zur Einhaltung einer konsequenten Diabetesdiät, einschließlich der ggf. erforderlichen Zwischenmahlzeiten, sowie zur Messung des Blutzuckers und zur Verabreichung der erforderlichen Insulininjektionen vor den Mahlzeiten zur Verfügung gestellt werden. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei der Kläger noch fähig, leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten vollschichtig zu verrichten.

Mit Urteil vom 26. Juli 2004 hat das SG die Klage, gerichtet auf Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, abgewiesen; wegen der Einzelheiten wird auf das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 4. August 2004 zugestellte Urteil verwiesen.

Hiergegen richtet sich die 3. September 2004 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung, mit welcher der Kläger vorbringt, seine Erkrankungen seien unzureichend gewürdigt und der Sachverhalt nicht vollständig aufgeklärt worden. Zur weiteren Begründung hat der Kläger ärztliche Stellungnahmen des T. Krankenhauses M. vom 12. August 2005 und vom 18. August 2005, der Neurologin Dr. J. vom 26. August 2005 und des Allgemeinmediziners Dr. N. vom 19. September 2006 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 26. Juli 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 1. August 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. November 2003 zu verurteilen, ihm ab 1. April 2003 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Beim Kläger bestünden aufgrund seiner Krankheiten zwar qualitative Einschränkungen, jedoch keine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens.

Der Senat hat - jeweils als Gutachter nach [§ 109 SGG](#) - Dr. G. (Facharzt für Orthopädie) und Dr. B. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) als Sachverständige mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 31. Januar 2005 führt der Sachverständige Dr. G. aus, aufgrund der degenerativen Veränderungen an der unteren Halswirbelsäule und dem Defekt an den Rotorenmanschetten der Schultergelenke seien Arbeiten, die mit endgradigen Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule und mit Heben der Arme verbunden seien, sehr erswert. Deshalb seien insbesondere Arbeiten über Kopf für den Kläger nicht ausführbar. Der Kläger könne insgesamt nur noch leichte körperliche Tätigkeiten, die überwiegend im Sitzen verrichtet werden sollten, ausführen. Ein Wechsel der Körperhaltung, z. B. vom Sitzen zum Stehen und Gehen sollte jedoch gewährleistet sein. Überkopparbeiten sowie Arbeiten, die mit Heben von Lasten, einseitigen Körperhaltungen und dem Besteigen von Treppen und Leitern verbunden seien, seien dem Kläger nicht zuzumuten. Dem Kläger sei es allerdings nicht unmöglich, eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Lagewechseln über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden zu verrichten. Er sei insbesondere in der Lage, eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Der Arbeitsplatz sollte mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. PKW gut erreichbar sein, da Gehbelastungen von mehr als 200 m für den Kläger mit Beschwerden verbunden seien. Zu dem Gutachten hat der Beklagte unter dem 11.

März 2005 dahin gehend Stellung genommen, es sei nach wie vor davon auszugehen, dass der Kläger nicht voll oder teilweise erwerbsgemindert sei. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass Gehbelastungen von mehr als 200 m für diesen mit Beschwerden verbunden seien. Abgesehen davon, dass mit dieser Formulierung noch keine Aussage zur insgesamt unzumutbaren Gehstrecke getroffen worden sei - mit hinnehmbaren (leichten) Beschwerden könnten dem Kläger wohl auch längere Wege zugemutet werden - könne der Kläger die Strecke zwischen seiner Wohnung und einem Arbeitsplatz jedenfalls mit dem ihm zur Verfügung stehenden Motorroller bewältigen.

Der Sachverständige Dr. B. kommt in seinem neurologischen Gutachten vom 6. Januar 2006 zu der Einschätzung, beim Kläger liege keine überdauernde, sozialmedizinisch relevante depressive Symptomatik und auch sonst kein psychischer Befund vor, der auf weit reichende, etwa quantitative Leistungseinschränkungen, schließen lasse. Der Kläger könne wenigstens körperlich leichte Tätigkeiten, zu ebener Erde, überwiegend - aber keineswegs ausschließlich - im Sitzen, dazu ohne ständigen Zeitdruck, ohne ständige nervöse Anspannung, auch ohne andere Stressfaktoren wie Nacht- oder Wechselschicht verrichten. Zusätzliche betriebsunübliche Pausen seien nicht zu fordern. Eine quantitative Leistungsminderung sei nicht zu begründen. Es sei also ein vollschichtiges Leistungsvermögen (von acht Stunden täglicher Arbeitszeit) zu konstatieren. Eine quantitative Leistungsminderung sei aus nervenärztlichem Blickwinkel auch unter Mitberücksichtigung der in anderen Fachgebieten zu diskutierenden Beschwerden nicht herleitbar. Auch die Benutzung öffentlicher und privater Verkehrsmittel sei - auch orientiert an den Angaben zur Alltags- und Freizeitgestaltung - aus nervenärztlicher Sicht möglich.

Der Senat hat außerdem von Amts wegen Oberarzt Dr. Ni. (Facharzt für Inneres, Kardiologie und Angiologie) vom D. Krankenhaus M. mit der Erstellung eines internistisch-kardiologischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 30. Mai 2006 führt der Sachverständige aus, der Kläger leide internistisch an einer koronaren Dreifäßerkrankung, hochgradiger langstreckiger Stenosierung eines peripheren RCA-Astes bei guter ventrikulärer Pumpfunktion mit EF 70 % und keinen Mottilitätsstörungen, einem Zustand nach Myocarinfarkt, Mitralinsuffizienz 1. Grades, Trikuspidalklappeninsuffizienz 1. Grades, arterieller Hypertonie bei gut kompensiertem Hypertonieherz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Adipositas, Steatosis hepatitis und Hypertriglyceridämie. Aus internistischer Sicht biete der Kläger derzeit jedoch keine relevanten Funktionseinschränkungen, die das Eingreifen von spezifischen Maßnahmen aktuell erforderlich machten. Es sei aber offenkundig, dass beim Kläger eine Multimorbidität bestehe mit den aus internistischer Sicht klassischen Zivilisationskrankheiten. Führend seien jedoch die orthopädischen Befunde, welche in Kombination der internistischen Erkrankungen die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit in außerordentlichem Maß einschränkten. Der Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen sowie der Wechsel der Körperhaltung sollte gewährleistet sein, da sonst Schmerzen und Parästhesien im Rücken-, Becken- und Beinbereich aggravierten. Bücken sollte möglichst vermieden werden, da sonst die Beschwerden im Lendenwirbelbereich zunähmen. Das Tragen von leichten Lasten bis zu fünf kg sollte möglich sein. Überkopfarbeiten seien bei degenerativen Veränderungen beider Schultern ebenso zu vermeiden wie Nässe- und Staubeinwirkung, damit die Dyspnoe-Symptomatik nicht verstärkt werde. Akkord-, Zeitdruck- und Nachtschichtarbeiten seien untersagt, da sie Stress bedeuteten, welcher sich in Form von hypertensiven Krisen oder pectangiformen Beschwerden sein somatisches Korrelat suche und den Kläger nur gefährde. Das zeitliche Höchstmaß, welches das Arbeiten möglich mache, sei unter Berücksichtigung der Multimorbidität auf maximal vier Stunden zu veranschlagen. Für den Kläger sei eine Wegstrecke von mehr als 500 Meter, selbst unter Anwendung von Hilfsmitteln vier Mal täglich nicht zuzumuten. Die Strecke wäre für ihn keinesfalls unter 20 Minuten zurückzulegen. Öffentliche Verkehrsmittel seien zwei Mal täglich, auch zu den Hauptverkehrszeiten, zu benutzen. Hinsichtlich des Arbeitsweges wäre möglichst eine wohnortnahe Beschäftigung wünschenswert.

Zu diesem Gutachten hat Dr. M. (Art für innere Medizin, Sportmedizin, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen) vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten unter dem 24. August 2006 Stellung genommen; beim Kläger sei es im August 2000 zu einer Erstmanifestation einer coronaren Herzerkrankung in Form eines Hinterwandinfarkts gekommen, durch den die Wandbewegungsstörung im Hinterwandbereich (posterobasale Hypokinesie), die in der Echountersuchung nachgewiesen worden sei, bedingt sei. Es bestehe ein ausgeprägtes Risikofaktorenprofil mit Übergewicht, Bluthochdruckerkrankung und Blutzuckererkrankung, die auch mit Insulin behandelt werde. Dabei werde die Blutzuckererkrankung als gut eingestellt bezeichnet. Die Blutdruckwerte seien aber immer wieder zu hoch und lägen teilweise bei systolischen Werten bis 200 mmHg und diastolischen Werten bis 125 mmHg. Auch das Körpergewicht habe zugenommen; der Kläger wiege nun 115 kg bei 172 cm Größe. Außer leichtgradigen Wandveränderungen ohne Stenosen seien keine weiteren arteriosklerotischen Veränderungen anderer Arterien vorhanden. Auch lägen keine weiteren Sekundärschäden bezüglich der Blutzuckererkrankung und Bluthochdruckerkrankung vor. In Bezug auf die Auswirkungen der coronaren Herzkrankheit zeigten die vorliegenden Belastungs-EKG-Untersuchungen (Dr. Er. 10/2001 und 07/2003, Dr. Bu. 06/2004 und T. Krankenhaus M. 08/2005) relativ konstante Ergebnisse mit einer Belastbarkeit bei fast allen bis 125 Watt, ohne EKG-Veränderungen. Aus diesen Befunden lasse sich auf eine gute und ausreichende Leistungsfähigkeit, zumindest für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes schließen. Im August 2005 sei jedoch eine Herzkatheteruntersuchung gemacht worden, bei welcher eine diffuse Dreifäßerkrankung diagnostiziert worden sei mit hochgradigen Stenosen in mehreren Gefäßabschnitten. Aufgrund des Gutachtens der Dres. Ni. und S. lasse sich keine Aussage zu den sozialmedizinischen Auswirkungen dieser Gefäßveränderungen treffen. Eine Echocardiographie sei wegen schlechter Schallbedingungen als nur unzureichend durchführbar geschildert worden, die Diagnose "gut kompensiertes Hypertonieherz" sei durch keinerlei Befunde oder Messwerte unterlegt. Eine Belastungsuntersuchung, wie z. B. eine Fahrradergometrie, eine Myocardszintigraphie, eine Stressechocardiographie oder eine Belastungs-MRT sei nicht durchgeführt worden. Betrachte man zusätzlich das Gutachten des Nervenarztes Dr. B., so zeige sich, dass der Kläger ein recht aktives Freizeit- und Alltagsverhalten habe und jedenfalls daraus keine relevanten Leistungseinschränkungen ableitbar seien; er gebe an, dass er jedes Wochenende zum Flohmarkt fahre, mit dem Motorroller unterwegs sei, alle anfallenden Haushaltsarbeiten verrichte, am PC arbeite und mit seinen 7- und 13jährigen Enkelkindern spiele. Pectanginöse Beschwerden habe er keine. Insofern lasse sich aus internistischer Sicht das weiterhin vollschichtige Leistungsvermögen bei Herrn Re. bestätigen. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung des aktuellen internistischen Gutachtens durch die Dres. Ni. und S. beruhe nach deren Angaben überwiegend auf den Befunden des orthopädischen Fachgebietes, was als führend angenommen werde; die Befunde des internistischen Fachgebietes ließen keine relevanten quantitativen Leistungseinschränkungen erkennen. In Anbetracht der Befunde der verschiedenen orthopädischen Gutachten sei die Leistungsbeurteilung des aktuellen Gutachtens nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig nachvollziehbar sei, weshalb die Leistungseinschränkungen erst seit Antragstellung bestehen sollte, weshalb nur maximal vier Stunden Arbeit möglich sein sollte und weshalb der Kläger bei unauffälligen Durchblutungsbefunden eine Einschränkung der Wegstrecke haben sollte. Insgesamt sei die Leistungsbeurteilung des internistischen Gutachtens nicht nachvollziehbar. Vielmehr sei das Leistungsvermögen des Klägers aufgrund einer coronaren Herzerkrankung bei ausgeprägtem Risikofaktorenprofil, aufgrund degenerativer Veränderungen des Bewegungsapparates und aufgrund einer lebenssituativ begründeten rezidivierenden Verstimmung qualitativ, aber nicht quantitativ für körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes eingeschränkt. Die diffusen Veränderungen der Herzkranzgefäße mit höhergradigen Einengungen führten nicht zu erkennbaren Einschränkungen im Alltag und beeinträchtigten auch nicht

das aktive Freizeit- und Alltagsverhalten des Klägers. Die Leistungsbeurteilung des aktuellen internistischen Gutachtens führe Befunde des orthopädischen Fachgebietes als führend leistungslimitierend an, aus denen selbst der orthopädische Gutachter nach [§ 109 SGG](#) keine quantitativen Leistungseinschränkungen hergeleitet habe. Hierzu hat der Hauerzt des Klägers, Dr. N. , unter dem 10. Oktober 2006 dahin gehend Stellung genommen, er teile die Beurteilung von Dr. Ni ... Das psychische Urteil von Dr. B. stütze sich auf die Ausführungen des Klägers, die etwas irritierend interpretiert worden seien. Im Vordergrund stünden die körperlichen Behinderungen, die von Dr. Ni. zutreffend geschildert worden seien.

Zur weiteren Darstellung wird auf die Rentenakte der Beklagten, die Klageakte des SG und die Berufungsakte des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 151 Abs. 1 des SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt worden sowie statthaft ([§ 143 SGG](#)), weil die Berufung wiederkehrende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Berufung ist jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Maßgeblich ist vorliegend das ab 1. Januar 2001 für die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit geltende Recht (eingeführt durch Gesetz vom 20. Dezember 2000 ([BGBl. I S. 1827](#))), denn im Streit steht ein Anspruch des Klägers erst ab 1. April 2003 (vgl. [§ 300 Abs. 1](#) und 2 SGB VI). Versicherte haben gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) 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 (versicherungsrechtliche Voraussetzungen) und (3.) vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind 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 (Satz 2 a.a.O.). Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist 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 (vgl. hierzu allgemein BSG - Großer Senat - [BSGE 80, 24 ff. = SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#)).

Der Kläger erfüllt zwar die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren ([§ 50 Abs. 1 Nr. 2, § 51 Abs. 1 SGB VI](#)) ebenso wie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Renten wegen Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, Abs. 4 SGB VI](#)). Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens hat der Kläger jedoch keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung oder auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, weil er in der streitbefangenen Zeit ab 1. April 2003 nicht erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) gewesen ist.

Diese Überzeugung hat der Senat aufgrund der Würdigung der vorliegenden Sachverständigengutachten und schriftlichen Aussagen der sachverständigen Zeugen gewonnen, die eine umfassende Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes des Klägers ermöglichen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers berühren das neurologisch-psychiatrische, orthopädische und internistische Gebiet; sie führen jedoch - weder für sich noch in einer Gesamtschau - zu den die begehrten Renten begründenden Leistungseinschränkungen.

Im Vordergrund stehen beim Kläger die orthopädische und die internistisch-kardiologische Problematik. Hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik des Bewegungsapparates haben sämtliche fachärztlichen Stellungnahmen, angefangen von den Rentengutachtern Dr. E. (27. September 2001) und Dr. T. (19. Juni 2003), deren Beurteilung urkundsbeweislich zu verwerten ist, über den als sachverständigen Zeugen gehörten behandelnden Orthopäden Dr. W. (30. Januar 2004) bis zum Sachverständigen Dr. G. (31. Januar 2005) den Veränderungen keine quantitativen Einschränkungen für körperlich leichte Tätigkeiten beigemessen. Der Senat teilt diese einhellige Einschätzung, welcher auch die Kläger-Seite nicht dezidiert entgegengetreten ist. Danach sind aufgrund der dokumentierten degenerativen Veränderungen an der unteren Halswirbelsäule und dem Defekt an den Rotorenmanschetten der Schultergelenke Arbeiten, die mit endgradigen Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule und mit Heben der Arme verbunden seien, erschwert. Der Kläger kann insgesamt nur noch leichte körperliche Tätigkeiten, die überwiegend im Sitzen verrichtet werden sollten, ausführen, bei denen zudem ein Wechsel der Körperhaltung z. B. vom Sitzen zum Stehen und Gehen, gewährleistet ist; Überkopparbeiten sowie Arbeiten, die mit Heben von Lasten, einseitigen Körperhaltungen und dem Besteigen von Treppen und Leitern verbunden seien, scheiden aus. Allerdings ist es dem Kläger nicht unmöglich, eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Lagewechseln über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden zu verrichten.

Eine relevante quantitative Leistungsminde rung ergibt sich nach der Überzeugung des Senats auch nicht - weder für sich betrachtet noch in der Gesamtschau mit den sonstigen Beschwerden - aus dem internistisch-kardiologischen Leistungsbild des Klägers. Hier ist zunächst festzuhalten, dass sowohl der Rentengutachter Dr. Er. (vom 11. Oktober 2001 und vom 16. Juli 2003) als auch der vom SG bestellte Sachverständige Dr. Bu. (vom 8. Juni 2004) unter Verwendung fremder und eigener Untersuchungsbefunde zwar schwere und überwiegend mittelschwere körperliche Arbeiten ausgeschlossen und weitere Arbeitserleichterungen (kein Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten, keine Akkordarbeit, keine Wechselschicht, keine Zwangshaltungen und keine widrigen Witterungseinflüsse) für angezeigt gehalten haben. Zugleich haben beide Ärzte aber - unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen - den Kläger noch für fähig erachtet, leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten vollschichtig zu verrichten. Der Sachverständige Dr. Bu. betont sogar, dass beim Kläger die (angenommene) Depression mit im Vordergrund des Krankheitsgeschehens stehe. Dieser internistischen Einschätzung widerspricht zwar die Auffassung des Sachverständigen Dr. Ni. , der das zeitliche Höchstmaß täglicher Arbeit beim Kläger mit maximal vier Stunden veranschlagen hat. Dessen Einschätzung hat jedoch wiederum Dr. M. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten, dessen Stellungnahme als qualifiziertes Beteiligungsvorbringen zu verwerten ist (vgl. BSG SozR Nr. 3 zu [§ 118 SGG](#)), unter dem 24. August 2006 überzeugend entgegengehalten, dass sich aus früheren Befunden von Dr. Er. , Dr. Bu. und des T. Krankenhauses M. auf eine gute und ausreichende Leistungsfähigkeit des Klägers, zumindest für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes schließen lasse. Die von Dr. Ni. erhobenen Befunde des internistischen Fachgebietes ließen keine relevanten quantitative Leistungseinschränkungen erkennen. Insbesondere ließen sich damit die Auswirkungen der diagnostizierten Gefäßveränderungen schon deswegen nicht beurteilen, weil bestimmte Belastungsuntersuchungen (z. B. Fahrradergometrie, Myocardszintigraphie, Stressechocardiographie, Belastungs-MRT) nicht durchgeführt worden seien. Der Senat teilt diese Einschätzung ebenso wie den Einwand von Dr. M. , wonach die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nach Angaben von Dr. Ni. überwiegend auf den - als führend angenommenen - Befunden des orthopädischen

Fachgebietes beruht, was mit Blick auf die Befunde der verschiedenen orthopädischen Gutachten nicht nachvollziehbar ist. Unter diesen Umständen vermag auch die zusammenfassende Einschätzung des Sachverständigen, wonach das Leistungsvermögens des Klägers auf maximal vier Stunden Arbeit täglich eingeschränkt sei, nicht zu überzeugen.

Schließlich ergibt sich auch keine relevante Leistungsminderung unter dem Gesichtspunkt der neurologisch-psychiatrischen Beschwerdesymptomatik. Nach dem zeitnahen und überzeugenden nervenärztlichen Gutachten des Dr. B. ergeben sich - über eine gewisse Stimmungslabilität hinaus - keine überdauernden depressiven Veränderungen mit sozialmedizinischer Relevanz, die eine quantitative Leistungseinschränkung rechtfertigen könnten. Die abweichenden Einschätzungen von Frau Dr. K. vom 17. Februar 2004 und des Allgemeinmediziners Dr. N. vom 19. September 2006 und vom 10. Oktober 2006 sind nicht geeignet, diese fundierte, auch das Alltagsverhalten des Klägers einbeziehende Beurteilung zu erschüttern.

Die Notwendigkeit zu Arbeitsunterbrechungen in einem das betriebsübliche Maß übersteigenden Rahmen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19. August 1997 - [13 RJ 11/96](#) - (juris)) besteht nicht; hierfür ergeben sich keine näheren Anhaltspunkte. Auch lässt sich eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Gehfähigkeit, d. h. das Fehlen eines Minimums an Mobilität als Teil des versicherten Risikos (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#); SozR 3-5868 § 13 Nr. 19), derzeit nicht mit der für die richterliche Überzeugungsbildung gebotenen, an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit feststellen. Insoweit ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG [SozR 2200 § 1247 Nr. 56](#); [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#); BSG, Urteil vom 14. März 2002 - [B 13 RJ 25/01 R](#) - (juris)) ein generalisierender Maßstab anzulegen; danach ist in der Regel erst voll erwerbsgemindert, wer auch unter Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Gehstützen) nicht mehr in der Lage ist, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (jeweils innerhalb von zwanzig Minuten) zu Fuß zurückzulegen und zweimal täglich während der Hauptverkehrszeit öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Eine Einschränkung der Gehfähigkeit in diesem Sinne lässt sich beim Kläger nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit feststellen. Eine solche Einschränkung hat zwar der Sachverständige Dr. Ni. angenommen und dazu ausgeführt, eine Wegstrecke von mehr als 500 m sei dem Kläger, auch unter Anwendung von Hilfsmitteln, täglich nicht zuzumuten; eine solche Strecke wäre für ihn keinesfalls unter 20 Minuten zurückzulegen. Dieser Einschätzung ist allerdings von Dr. M. zutreffend entgegen gehalten worden, dass die Annahme einer Einschränkung der Wegstrecke bei unauffälligen Durchblutungsbefunden wenig nachvollziehbar erscheint. Zudem setzt sich der Sachverständige Dr. Ni. mit dieser Einschätzung in Widerspruch sowohl zum internistischen Gutachten von Dr. Bu. als auch zum neurologischen von Dr. B., der - was von erheblichem Gewicht ist - gerade unter Berücksichtigung der (aktiven) Alltags- und Freizeitgestaltung des Klägers die notwendige Gehfähigkeit bejaht hat. Vor dem Hintergrund des dokumentierten Freizeitverhaltens des Klägers relativiert sich auch die diesbezügliche Einschätzung des Sachverständigen Dr. G., ein Arbeitsplatz sollte mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. dem PKW gut erreichbar sein, da Gehbelastungen von mehr als 200 m für den Kläger mit Beschwerden verbunden seien. Dies gilt umso mehr, als auch Dr. G. nicht von unzumutbaren Beschwerden bei einer längeren als der genannten Wegstrecke gesprochen und keine Aussage zur insgesamt zumutbaren Gehstrecke getroffen hat. Abgesehen davon ist der Kläger - worauf der Beklagte hingewiesen hat - motorisiert und daher in der Lage, mit seinem Motorroller bestimmte Strecken selber zurückzulegen und bestimmte Orte zu erreichen.

Der Kläger ist damit nicht erwerbsunfähig. Eine - u.U. eine Rente wegen voller Erwerbsminderung rechtfertigende - Ausnahme von der bei ungelerten und angelernten Arbeitern - wie dem Kläger - grundsätzlich entbehrlichen Pflicht zur Benennung von Verweisungstätigkeiten ist allerdings dann gegeben, wenn qualitative Leistungsbeschränkungen vorliegen, die eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung darstellen (vgl. etwa BSG [SozR 3-2600 § 43 Nrn. 17 und 21](#); [SozR a.a.O. § 44 Nr. 12](#)), oder der Arbeitsmarkt sonst praktisch verschlossen ist, etwa weil der Versicherte nicht in der Lage ist, noch unter betriebsüblichen Bedingungen Tätigkeiten zu verrichten oder seine Fähigkeit, einen Arbeitsplatz zu erreichen, aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist (vgl. BSG [SozR 2200 § 1246 Nrn. 137 und 139](#)). Hinsichtlich der vorhandenen qualitativen Beschränkungen hängt das Bestehen einer Benennungspflicht im Übrigen entscheidend von deren Anzahl, Art und Umfang ab, wobei zweckmäßigerweise in zwei Schritten - einerseits unter Beachtung der beim Restleistungsvermögen noch vorhandenen Tätigkeitsfelder, andererseits unter Prüfung der "Qualität" der Einschränkungen (Anzahl, Art und Umfang) - zu klären ist, ob hieraus eine deutliche Verengung des Arbeitsmarktes resultiert (vgl. BSG [SozR 3-2600 § 43 Nrn. 17 und 21](#); [SozR a.a.O. § 44 Nr. 12](#); BSG, Urteil vom 9. September 1998 - [B 13 RJ 35/97 R](#) - (juris)).

Derartige Gründe für eine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes liegen nach dem Beweisergebnis jedoch nicht vor. Das beim Kläger zu beachtende positive und negative Leistungsbild begründet keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung. Der Senat geht insoweit in Übereinstimmung mit den Befunden der auf unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten tätigen sachverständigen Zeugen und Sachverständigen davon aus, dass zwar erhebliche Leistungseinschränkungen bestehen mit der Folge, dass keine schwereren Arbeiten verrichtet werden können, jedoch keine spezifische Leistungsbehinderung. Eine Vielzahl der beim Kläger zu beachtenden qualitativen Einschränkungen ist zudem bereits vom Begriff der "körperlich leichten Arbeiten" erfasst, z. B. Arbeiten ohne schweres Heben und Tragen (vgl. BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 117](#); [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#); BSG, Urteile vom 19. August 1997 - [13 RJ 91/96](#) - und vom 24. März 1998 - [4 RA 44/96](#) - (beide juris)); regelmäßig stellen derartige Arbeitsplätze auch keine besonderen Anforderungen an die Geh-, Steh- und Steigfähigkeit (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#)). Nicht gedeckt sind die verbleibenden Einschränkungen (z.B. Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne häufige Zwangshaltungen im Akkord- oder Schichtbetrieb); sie führen jedoch zu keiner wesentlichen zusätzlichen Einschränkung des für den Kläger in Betracht kommenden Arbeitsfeldes (vgl. hierzu [BSGE 80, 24, 32](#)). Körperlich leichte Arbeiten werden nicht typischerweise unter diesen Bedingungen ausgeübt. Etwaige häufigere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bewirken für sich allein noch keine verminderte Erwerbsfähigkeit (vgl. [BSGE 9, 192, 194](#); BSG [SozR 2200 § 1247 Nr. 12 S. 23](#)).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-10-31