L 5 R 5011/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 8 R 509/04
Datum
07.11.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 5011/05
Datum
25.07.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 7. November 2005 aufgehoben und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung im Streit.

Der 1952 geborene Kläger absolvierte in der Zeit vom 1. August 1967 bis 31. Juli 1970 nach seinen Angaben die Ausbildung zum Gas- und Wasserinstallateur. Anschließend war er in seinem Beruf bis zum 31. Juli 1987 tätig. Das Arbeitsverhältnis endete durch Kündigung wegen des Bankrotts des Betriebs (vgl. Bl 135 LSG-Akte). Danach vom 1. August 1987 bis zum 19. Oktober 2002 war er als Sicherungsposten u. a. bei Gleisarbeiten beschäftigt. Ausweislich der Auskunft seines Arbeitgebers vom 13.Oktober 2003 (vgl. Bl. M6 der Verwaltungsakten) handelte es sich dabei um eine Anlerntätigkeit mit einer Anlernzeit von 14 Tagen, die Tätigkeit sei nicht tarifvertraglich erfasst gewesen. Seit 10.Juli 2002 ist der Kläger arbeitsunfähig krank bzw. arbeitslos.

Am 10. Juni 2002 hatte der Kläger einen akuten Hinterwandinfarkt erlitten, am 28. August 2002 einen Re-Infarkt, der eine Reanimation erforderlich machte. In der selben Nacht erlitt auch der Vater des Klägers einen Herzinfarkt, an dessen Folgen er verstarb. Nach Behandlung im Klinikum L. nahm der Kläger an einer von der Beklagten geförderten Anschlussheilbehandlung in der Reha-Klinik H.-K. vom 12. September 2002 bis 17. Oktober 2002 teil. Im Entlassungsbericht vom 8. November 2002 (Bl. M2 in der Handakte der Beklagten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - LTA -/Medizinische Unterlagen) stellten Prof. Dr. B. und Stationsarzt P. folgende Diagnosen:

1. Akuter Hinterwandinfarkt am 10. August 2002 bei koronarer Zwei-Gefäß-Erkrankung 2. PTCA und Stentimplantation der RCA am 10.08.02 3. Re-Hinterwandinfarkt am 28.08.02 bei Stentverschluss mit kardiopulmonaler Reanimation 4. Hyperlipoproteinämie 5. Nikotinabusus.

Hinsichtlich des Leistungsvermögens ging Prof. Dr. B. davon aus, dass dem Kläger die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nur noch unter drei Stunden täglich zumutbar sei. Es bestehe Arbeitsunfähigkeit wegen Rekonvaleszenz bis Ende November 2002, dann sei der Kläger für mittelschwere Arbeiten im Umfang von sechs Stunden und mehr täglich leistungsfähig.

Am 7. Juli 2003 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte holte daraufhin zum einen bei Dr. L. das internistische Gutachten vom 26. August 2003 sowie bei dem Chirurgen Dr. N. das weitere Gutachten vom 2. September 2003 (Bl. M3 bzw. M4 der Verwaltungsakte - VA -/Medizinische Unterlagen) ein. Dr. L. stellte als Diagnose eine koronare Herzkrankheit mit Herzinfarkt (ICD 10: I.25) fest. Zum Leistungsvermögen führte Dr. L. aus, dass aus internistischer Sicht mittelschwere Arbeiten vollschichtig möglich seien, eventuell der Kläger auch den bisherigen Beruf weiter ausüben könne. Der Chirurg Dr. N. stellte des Weiteren folgende Diagnosen:

&61607; degenerative Verschleißveränderungen der Wirbelsäule mit Bandscheibenvorwölbung L 5/S 1 &61607; Bandscheibenherniation HWK 6/7 &61607; bilaterale Forameneinengung &61607; segmentale geringe Spinalkanaleinengung C 5-7 &61607; keine aktuelle belangvolle Wurzelreizsymptomatik oder sensomotorisches Defizit bei insgesamt leichter Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit und

mäßiger Belastungsminderung &61607; Zustand nach Meniskus-Teilresektion rechts ohne erkennbare Residuen &61607; Zustand nach angegebener Schienbeinfraktur rechts ohne erkennbare Residuen

Dr. N. hielt den Kläger für leichte Arbeiten vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leistungsfähig. Eine durchgängig mittelschwere körperliche Arbeit oder anteilig schwere körperliche Arbeit sollte nicht abverlangt werden, auch keine Tätigkeit bei häufigem Vornüberbücken und bei Wirbelsäulenzwangshaltung.

Mit Bescheid vom 4. September 2003 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag des Klägers ab.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und legte hierzu ein Attest des behandelnden Arztes für Allgemeinmedizin Dr. D. vor. Nach Beiziehung von Befundberichten der behandelnden Ärzte Dres. H. und M. (Orthopäden), Dr. D. und Dr. He. (Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie) sowie der Einholung einer Stellungnahme des ärztlichen Dienstes (Dr. K.) vom 10. Dezember 2003 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. Februar 2004 den Widerspruch zurück.

Dagegen hat der Kläger am 20. Februar 2004 Klage vor dem Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Zur Begründung macht der Klägerbevollmächtigte geltend, der Kläger leide an erheblichen gesundheitlichen Störungen aufgrund der Folgen des Hinterwandinfarktes, außerdem Wirbelsäulenbeschwerden, dauerhaften Kopfschmerzen und schwerwiegenden dauerhaften Schmerzzuständen im gesamten Bewegungsaparat, von den Händen über Schulter, Rücken bis zu den Füßen, chronischen Schlafstörungen, chronischer Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Angstzuständen, Schweißausbrüchen, Schwindelgefühlen, deutlichen Sprachstörungen, mittelschweren Depressionen bei sozialer Rückzugstendenz und einer Hyperlipoproteinämie. Die Schmerzen in Verbindung mit den mittelstarken Depressionen seien ein wesentlicher Grund der völligen Erwerbsunfähigkeit, da auch einfachste Arbeiten nicht mehr kontinuierlich verrichtet werden könnten und ständig Pausen erforderlich seien.

Das SG hat zum einen sachverständige Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte Dr. M. und Dr. He. eingeholt sowie ferner das fachinternistisch-arbeitsmedizinische Gutachten von Dr. S. vom 21. Juni 2004, das nervenärztliche Gutachten vom 24. September 2004 mit testpsychologischer Zusatzuntersuchung bei Dr. Hei., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum am W., das Gutachten auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) der Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. E. vom 21. Februar 2005 sowie das weitere internistisch-rheumatologische Fachgutachten von Dr. M., F.klinik, Klinik für Rehabilitation und Akutklinik für Rheumatologie vom 23. Juni 2005. Die Beklagte hat hierzu noch abschließend die Stellungnahme des sozialmedizinischen Dienstes, Obermedizinalrat (OMR) Fi. vom 1. September 2005, vorgelegt.

Dr. S. hat zunächst im Rahmen seines Gutachtens als Diagnosen gestellt:

&61607; Koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung, Zustand nach zwei Hinterwandinfarkten 8/2002 &61607; Hypertonie &61607; Operation eines linksseitigen Rundherdes in der Lunge 1996 ohne Hinweis auf Bösartigkeit &61607; Überhöhung für Harnsäure, Cholesterin und Triglyceride im Blutserum.

Hinsichtlich des Leistungsvermögens ist Dr. S. davon ausgegangen, dass der Kläger vom internistischen Fachgebiet her noch in der Lage sei, seine Beschäftigung als Sicherungsposten im Rahmen einer Baustellensicherung, z. B. auch auf Gleisbaustellen, acht Stunden täglich auszuüben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten im Übrigen leichte körperliche Arbeiten ca. acht Stunden täglich ausgeübt werden.

Dr. Hei. hat auf nervenärztlichem Gebiet des Weiteren folgende Diagnosen gestellt:

&61607; auf neurologischem Fachgebiet bestünden degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, insbesondere der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie ein Bandscheibenvorfall der Halswirbelsäule, diese Erkrankungen beträfen jedoch vorwiegend das orthopädische Fachgebiet &61607; auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine leichte Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst: ICD 10: F 41.0) im Vordergrund &61607; zudem liege eine leichte depressive Episode (ICD 10: F 32.0) vor

Dr. Hei. hat auch darauf verwiesen, dass die Kriterien für das Vorliegen einer somatoformen Störung, etwa im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, nicht erfüllt seien. Hinsichtlich des Leistungsvermögens ist er davon ausgegangen, dass der Kläger eine leichte körperliche Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von ca. acht Stunden täglich verrichten könne, unter Berücksichtigung entsprechender qualitativer Leistungseinschränkungen, insbesondere hinsichtlich der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sollten schwere Lasten (über zehn Kilogramm) nicht gehoben oder getragen werden. Auch gleichförmige Körperhaltungen sowie Überkopfarbeiten sollten vermieden werden. In dem weiteren auf Antrag des Klägers eingeholten nervenärztlichen Gutachten bei Dr. E. vom 21. Februar 2005 wurde auf psychiatrischem Fachgebiet eine Anpassungsstörung, verbunden mit Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD 10, F 43.2) als Diagnose gestellt. Dr. E. ist hinsichtlich des Leistungsvermögens der Auffassung gewesen, dass der Kläger nicht mehr in der Lage sei, ohne Gefährdung seiner Gesundheit in seinem zuletzt ausgeübten Beruf regelmäßig zu arbeiten. Der Kläger sei im Hinblick auf die unter hohem Zeitdruck sowie in Nacht- und Wechselschicht zuletzt ausgeübte Arbeit aufgrund seiner psychischen Störung und auch der orthopädischen Beschwerden nurmehr in der Lage, eine Tätigkeit von weniger als drei Stunden täglich zu verrichten.

Obermedizinalrat Fi. vertrat in der anschließenden sozialmedizinischen Stellungnahme vom 14. März 2005 die Auffassung, dass vom internistischen Bereich auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. S. hier davon auszugehen sei, dass der Kläger noch über ein entsprechendes Leistungsvermögen verfüge und die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. De. vertrat des Weiteren in ihrer Stellungnahme vom 30. März 2005 ergänzend zu OMR Fi. die Auffassung, dass die im Gutachten von Dr. E. dargelegten Befunde nicht so grundsätzlich und wesentlich über das detaillierte Gutachten von Dr. Hei. hinausgingen, als dass hieraus auf ein aufgehobenes Leistungsvermögen auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Berücksichtung der entsprechenden qualitativen Einschränkungen geschlossen werden könne.

In dem ferner vom SG noch eingeholten internistisch/rheumatologischen Fachgutachten stellt Dr. M. zum einen vom Fachgebiet der internistischen Rheumatologie aus eine entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankung im Sinne einer so genannten Spondylarthritis fest, des Weiteren eine somatisch betonte Form einer Fibromyalgie, ferner im allgemeinen internistischen Gebiet eine massive Herz-

Kreislauf-Problematik im Sinne einer auch eindeutig nachgewiesenen koronaren Herzerkrankung mit bereits zweimaligem Herzinfarkt und Zustand nach Implantation eines Stents. Zwar sei nach Dr. M. die augenblickliche kardiale Funktion in Übereinstimmung der Befunde des R.-B.-Krankenhauses relativ gut, dennoch sei die koronare Herzerkrankung nicht wegzudiskutieren. Viel gravierender individuell für den Kläger sei jedoch die Tatsache, dass sich eine massive, psychosomatische Störung, wohl ausgelöst durch den Herzinfarkt, den Re-Infarkt und vor allem auch die Wiederbelebungsmaßnahme, die der Kläger letztendlich wohl nicht verkraftet habe, und hieraus eine massive Angstproblematik sich entwickelt habe. Dies führe neben der organischen Problematik zu einer zusätzlichen ausgeprägten psychischen bzw. psychosomatischen Problematik, die in die Leistungsbeurteilung mit einbezogen werden müsse. Im Ergebnis verweist Dr. M. im Weiteren darauf, dass man insgesamt davon ausgehen könne, dass bei jeweiliger alleiniger Betrachtung der vier Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen noch von einem vollschichtigen Leistungsbild beim Kläger auszugehen sei. Sehe man sich die Erkrankungen jedoch in der Zusammenschau an, sei im Rahmen der Summation der hieraus resultierenden Leistungseinbußen auch im Sinne einer so genannten Krankheitslast, die aus diesen verschiedenen Krankheiten im körperlichen, psychischen und seelischen Bereich resultierten, ein vollschichtiges Leistungsbild derzeit nicht mehr vorstellbar. Das Leistungsvermögen hat Dr. M. daraufhin dahingehend eingeschätzt, dass er in einem Zeitfenster von mindestens drei, jedoch weniger als sechs Stunden pro Arbeitstag den Kläger als für leichte körperliche Tätigkeiten mit weiteren qualitativen Einschränkungen noch leistungsfähig ansieht.

Dem hat OMR Fi. in der weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme vom 1. September 2005 widersprochen.

Mit Urteil vom 7. November 2005 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 4. September 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Februar 2004 verurteilt, dem Kläger ausgehend von einem Leistungsfall im August 2002 vom 1. September 2002 bis 28. Februar 2003 (siehe Berichtigungsbeschluss vom 23. Dezember 2005) und ab 1. März 2006 eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und für die Zeit vom 1. März 2003 bis 28. Februar 2006 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zu zahlen. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, dass das Leistungsvermögen des Klägers dauerhaft auf einen Umfang von weniger als sechs, jedoch mehr als drei Stunden täglich abgesunken sei. Es hat sich hierbei insbesondere auf das zuletzt eingeholte Gutachten des Sachverständigen Dr. M. im Gutachten vom 23. Juni 2005 gestützt. Das SG ist hierbei davon ausgegangen, dass auf der Grundlage der von Dr. M. in verschiedenen Bereichen bestehenden Gesundheitsstörungen hinsichtlich der Auswirkungen auf den einzelnen Fachgebieten unter Berücksichtigung auch der Rechtsprechung des BSG nicht nur diese für sich isoliert betrachtet werden dürften, sondern im Rahmen einer Gesamtbewertung zu bewerten seien und eine solche Bewertung genau von Dr. M. auch absolut plausibel vorgenommen worden sei. Der Gutachter habe ausführlich dargestellt, dass zwar bei alleiniger Betrachtung der jeweiligen Krankheitsbilder auf dem jeweiligen Fachgebiet durchaus noch von einem vollschichtigen Leistungsvermögen ausgegangen werden könne, bei Betrachtung der Erkrankungen in der Gesamtschau im Rahmen der Summation der hieraus resultierenden Leistungseinbußen jedoch ein vollschichtiges Leistungsbild nicht mehr vorstellbar sei. Das SG hat des Weiteren darauf verwiesen, dass es allerdings dem auf unter drei Stunden abgesunkenen Leistungsvermögen, wie es von Dr. E. eingeschätzt worden sei, nicht folgen könne. Ausgehend von den Feststellungen von Dr. M. sei damit davon auszugehen, dass beim Kläger ein nachweislich auf unter sechs Stunden täglich abgesunkenes Leistungsvermögen bestehe. Da Dr. M. des Weiteren nachvollziehbar dargelegt habe, dass eine Verbesserung des Gesamtzustandes des Klägers in einem Ausmaß, dass sich die festgestellten Leistungseinbußen deutlich besserten, nicht zu erwarten sei, bestehe unter Berücksichtigung von § 102 Abs. 2 Satz 4 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI) ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Dauer. Da im Übrigen der Kläger keinen Arbeitsplatz inne habe und bei einem Leistungsvermögen zwischen drei und sechs Stunden täglich von einer Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes auszugehen sei, habe er Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, die jedoch unter Berücksichtigung von § 102 Abs. 2 SGB VI auf Zeit, und zwar für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn zu befristen sei. Der Leistungsfall liege unter Berücksichtigung der Feststellungen von Dr. M. im August 2002 mit Eintreten der Summation der Erkrankungen und damit dem Herzinfarkt. Der Rentenantrag sei erst im Juli 2003 gestellt worden, jedoch habe der Kläger bereits am 27. August 2002 einen Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation gestellt. Dieser sei gemäß § 116 Abs. 2 SGB VI in einen Rentenantrag umzudeuten, sodass die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung am 1. September 2002 und die Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit am 1. März 2003 beginne.

Der Kläger hat gegen das seinem Bevollmächtigten am 15. November 2005 mit Empfangsbekenntnis zugestellte Urteil am 23. November 2005 und die Beklagte gegen das ihr am 22. November 2005 mit Empfangsbekenntnis zugestellte Urteil am 29. November 2005 Berufung eingelegt (zunächst irrtümlich unter dem Aktenzeichen L 13 R 5113/05 geführt).

Zur Begründung seiner Berufung trägt der Klägerbevollmächtigte vor, anstelle der ab 1. März 2006 gewährten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung werde auch für diese Zeit weiterhin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung begehrt. Der Kläger macht geltend, in der Zwischenzeit so in der Gesundheit geschädigt zu sein, dass er nur noch unter drei Stunden am Tag arbeiten könne. Er beruft sich hierbei ausdrücklich auf das Gutachten von Dr. E. vom 21. Februar 2005. Im Übrigen habe auch bereits der Psychiater Dr. La. in einer ausführlichen gutachterlichen Stellungnahme vom 20. April 2004 im Klageverfahren ebenfalls die Einschätzung abgegeben, dass der Kläger auf Dauer völlig erwerbsunfähig sei.

Der Kläger verweist ferner darauf, dass er sich in der Zeit vom 27. August 2005 bis 26. Oktober 2005 in der Psychosomatischen Tagesklinik des R.-B.-Krankenhauses befunden habe und insoweit noch ein Entlassbericht angefordert werden sollte. Außerdem habe sich im laufenden Jahr die psychische Lage deutlich verschlechtert, gegenüber den von Dr. Hei. im Gutachten vom 24. September 2004 beschriebenen Zustand habe sich dieser deutlich verschlechtert. Im Übrigen habe der Kläger auch multiple orthopädische Probleme, er könne keine Lasten mehr tragen, seine Arme kaum noch bewegen und auch das Gehen sei bei längerem Zeitraum eingeschränkt. Die orthopädischen Probleme seien jedoch geringer als die Probleme auf dem Gebiet der Psychiatrie/Neurologie und der Inneren Medizin. Der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. La. habe beim Kläger eine akute Symptomatik einer schweren Depression festgestellt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 7. November 2005 abzuändern, den Bescheid der Beklagten vom 4. September 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Februar 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger auch über den 28. Februar 2006 hinaus Rente wegen voller Erwerbminderung zu gewähren, sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 7. November 2005 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass die Voraussetzungen für die dem Kläger ab 1. September 2002 gewährte zeitlich unbefristete Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und für die Zeit vom 1. März 2003 bis 28. Februar 2006 gewährte Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit nicht gegeben sind. Die Beklagte macht in dem Zusammenhang insbesondere geltend, das SG sei auf die von OMR Fi. vorgetragenen Bedenken mit keinem Wort eingegangen und habe sich nicht mit der Frage auseinander gesetzt, weshalb die Bewertung von Dr. M. überzeugender als die der Vorgutachter Dres. L., N., S. und Hei. sein sollte, welche den Kläger übereinstimmend noch für fähig gehalten hätten, vollschichtig einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. So sei u. a. auch nicht ersichtlich, über welche besondere Qualifiaktion, die die vorbegutachtenden Ärzte nicht hätten, Dr. M. verfüge, um die von ihm beanspruchte "Gesamtwürdigung" vornehmen zu können. Auffällig sei jedenfalls, dass die (bisher nur von Dr. M. diagnostizierte) rheumatische Erkrankung bisher ebenso wenig therapiert worden sei wie die (ebenfalls nur durch ihn festgestellte) Psoriasis vulgaris, obwohl sicherlich Behandlungsoptionen bestünden (mit Hinweis auf Bl. 33 des Gutachtens vom 23. Juni 2005), und dass der Kläger "aus grundsätzlichen Erwägungen" die Einnahme von Schmerzmitteln sowie die Behandlung mit Psychopharmaka ablehne (mit Hinweis auf Bl. 14 des Gutachtens vom 24. September 2004), was nicht gerade auf einen ausgeprägten Leidensdruck schließen lasse. Die Beklagte gehe jedenfalls weiterhin davon aus, dass der Kläger zumindest leichte körperliche Arbeiten noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten könne, weshalb ihm dann Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung zu Unrecht zugesprochen worden sei.

Die behandelnde Hausärztin Dr. H.-B. hat dem Senat weitere Befundunterlagen, insbesondere den Bericht des Zentrums für Innere Medizin des R.-B.-Krankenhauses vom 21.Mai 2005, wie auch die der Abteilung für Psychosomatischen Medizin des R.-B.-Krankenhauses vom 6. September 2005 und 29. November 2005, übersandt. Der Kardiologe Dr. V. schloss organische Ursachen der geklagten Herzbeschwerden aus und diagnostizierte eine Angina pectoris psychosomatischer Genese. Prof. W., Chefarzt der Abteilung für psychosomatische Medizin teilte im Entlassungsbericht vom 29. November 2005 hinsichtlich einer vom 29. August bis 21. Oktober 2005 teilstationär durchgeführten psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung des Klägers folgende Diagnosen mit:

&61607; Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45.4) bei &61607; Ängstliche vermeidende Persönlichkeit (ICD 10 F 60.6) &61607; Zustand nach Herzinfarkt und Re-Infarkt 08/2002 (ICD 10 I 25.2). Der Kläger habe sich in Ansätzen einen Zusammenhang zwischen seinen chronischen körperlichen Beschwerden und seinen emotionalen Belastungen erarbeitet.

Des Weiteren hat Dr. La., Arzt für Neurologie und Psychiatrie in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 11. September 2006 als Diagnose eine Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD 10 F 34.2) angegeben und zum Leistungsbild die Auffassung vertreten, dass der Kläger in seinem bisherigen Beruf als Sicherheitsbeauftragter bei der Deutschen Bahn nicht mehr werde arbeiten können, die Leistungsfähigkeit sei soweit reduziert, dass eine kontinuierliche berufliche Tätigkeit nur noch in einem Umfang von eineinhalb bis zweieinhalb Stunden täglich möglich sei. Auch im Übrigen könne der Kläger leichtere Arbeiten nach Ansicht von Dr. La. nicht mehr ausüben.

In der sozialmedizinischen Stellungnahme von OMR Fi. vom 19. Oktober 2006 weist dieser darauf hin, dass bei Berücksichtigung einer vorhergehenden Herzkathederuntersuchung vom Mai 2005 im R.-B.-Krankenhaus die durch den Internisten und Kardiologen Privatdozent Dr. He. in seinem Arztbrief vom 6. Oktober 2005 dargelegten Befunde (mit maximaler Belastbarkeit bis zur 225-Watt-Belastungsstufe und jetzt nicht mehr auffälligen Befunden im Rahmen der echokardiografischen Befunderhebung) nicht auf eine quantitative Beeinträchtigung seitens der durchgemachten Erkrankungen im Bereich des Herzens selbst bis zur mittelschweren Belastungsstufe schließen ließen. Des Weiteren würde auch in dem von Dr. L., Orthopäde, verfassten Brief mit Datum vom 11. August 2006 bei anamnestisch seit mehreren Wochen bestehenden Schmerzen im Bereich des Nackens rechts, wobei sich zwar lokale Muskelverspannungen tasten ließen, lediglich eine endgradige Bewegungseinschränkung und keine neurologischen Beeinträchtigung beschrieben. Schließlich verweist OMR Fi. bezüglich der Auskunft von Dr. La. darauf, dass dort von einer regelmäßigen Behandlung die Rede sei, ohne jedoch Aussagen in Bezug auf die tatsächliche Behandlungshäufigkeit bzw. die Abstände zwischen den einzelnen Behandlungen des Klägers zu treffen. Der Senat hat des Weiteren bei Prof. Dr. Dipl.Ing. B. W., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, Ärztlicher Direktor der Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation des Bezirkskrankenhauses G., das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 29. April 2007 eingeholt. Prof. Dr. Dr. W./Oberärztin Dr. O. haben in ihrem Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine Anpassungsstörung mit Ängsten, leichter depressiver Störung und somatoformen Symptomen sowie degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Bandscheibenvorwölbungen bzw. -vorfällen vor allem auf Höhe HWK 6/7 und LWK 5/S 1 ohne behindernde radikuläre Symptomatik festgestellt. Des Weiteren besteht nach ihren Feststellungen ein funktionell nicht relevanter Spannungskopfschmerz und eine Hypästhesie im Versorgungsbereich des Nervus axillaris rechts nach zweimaliger Schulterluxation, ebenfalls ohne funktionelle Relevanz. Prof. Dr. Dr. W. verweist darauf, dass beim Kläger als Folge des Erlebens eines zweimaligen Myokardinfarktes mit Reanimation Ängste bestehen, vorwiegend vor einem neuerlichen Myokardinfarkt, und eine leichte depressive Störung sowie diverse körperliche Symptome im Vordergrund stehen. Zum Leistungsvermögen hat Prof. W. die Auffassung vertreten, dass der bisherige Arbeitsplatz dem Kläger nicht mehr zumutbar sei, da hier zeitweise schwere körperliche Tätigkeiten mit entsprechenden Witterungseinflüssen anfielen. Leichte körperliche Tätigkeiten seien jedoch aus neurologisch-psychiatrischer Sicht vollschichtig ausführbar. Allerdings müssten aufgrund der psychischen Störung mit Angststörung, Angst, depressiver Störung und somatoformen Beschwerden Schicht- und Akkordtätigkeiten oder Tätigkeiten mit besonders hoher Verantwortung, besonderem Stress oder besonderem Zeitdruck unterbleiben, auch eine Tätigkeit in Menschenmengen sollte aufgrund entsprechender Ängste vermieden werden. Eine grundsätzliche Einschränkung des Publikumskontaktes werde jedoch im Gegensatz zu den Vorgutachtern, abgesehen von größeren Menschenmengen, nicht für notwendig gehalten. Der Kläger könne auch im Übrigen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig sechs Stunden oder mehr an fünf Tagen leichte Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Einschränkungen ausüben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten (1 Band Rentenakten und 1 Band Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufungen sowohl des Klägers als auch der Beklagten sind zulässig. Sie sind insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach § 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Im Streit steht hier die Gewährung einer Leistung für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr (Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung).

II.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Entgegen der Auffassung des SG liegen die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen (voller bzw. teilweiser) Erwerbsminderung nicht vor. Die Berufung des Klägers ist daher unbegründet.

1.

Nach § 43 Abs. 2 SGB VI (in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000, BGBl I, 1827) 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 Regelungen erwerbsgemindert.

Der wesentliche Schwerpunkt der Gesundheitsstörungen des Klägers liegt auf internistischem und neurologisch-psychiatrischem Gebiet. Auf internistischem Gebiet hat bereits der Internist Dr. L. in seinem Verwaltungsgutachten, das hier im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden kann, auf der Grundlage der von ihm erhobenen Befunde und hinsichtlich der von ihm diagnostizierten koronaren Herzkrankheit mit Herzinfarkt das Leistungsvermögen dahingehend eingeschätzt, dass mittelschwere Arbeiten vollschichtig möglich seien, eventuell der Kläger auch in seinem bisherigen Beruf weiterarbeiten könne, dies allerdings noch überprüft werden müsse. Er hat in dem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sich bei seiner Untersuchung kein auffälliger Befund gefunden habe, sich keine Hinweise für eine Herzinsuffizienz, anamnestisch auch keine Zeichen einer Angina pectoris gefunden hätten, die vom Kläger geltend gemachte Luftnot nicht nachvollziehbar sei. Auch haben sich nach den Feststellungen von Dr. L. keine Hinweise für ein pulmologisches Krankheitsbild gefunden. Auch kardiologisch sei keine weitere Diagnostik erforderlich gewesen, da der Kläger insoweit ausreichend durchuntersucht sei. Im EKG haben sich die Hinweise des durchgemachten Herzinfarktes gefunden, weitere Auffälligkeiten bestanden dagegen nicht. Der Blutdruck lag im Normbereich.

Auch Dr. S. hat in seinem für das SG erstatteten Gutachten unter Berücksichtigung der beim Kläger diagnostizierten koronaren Zwei-Gefäß-Erkrankung darauf verwiesen, dass im Rahmen der aktuell durchgeführten Myokardszintigrafie außer den Narbenbildungen im Hinterwandbereich bis zur Lateralwand reichend keine sogenannte Belastungsischämie nachgewiesen werden konnte. Die Belastungselektrokardiografie war bis 150 Watt ohne pectanginöse Beschwerden oder relevante Endstreckenabsenkungen möglich. In der Gesamtschau sind damit nach Dr. S. im Leistungsbereich mittelschwere körperliche Arbeiten keine relevanten Funktionsbeeinträchtigungen im Sinne von Durchblutungsstörungen der Herzmuskulatur oder relevanten Herzrhythmusstörungen nachweisbar. Zu berücksichtigen ist allerdings nach Auffassung von Dr. S., dass es beim Kläger bei Zustand nach zweimaligem Hinterwandinfarkt zu einer entsprechenden Narbenbildung gekommen ist, sodass die Restmuskulatur der linken Herzkammer die Pumparbeit übernehmen muss. Somit kann es im Leistungsbereich mittelschwere körperlicher Arbeiten bei mehrstündiger Belastung zu Erschöpfungsreaktionen kommen. Er hat daraus zum Leistungsvermögen konkret den Schluss gezogen, die Verrichtung schwerer körperlicher Arbeiten sei dem Kläger nicht mehr möglich, auch nicht eine vollschichtige Verrichtung mittelschwerer körperlicher Arbeiten, nicht mehr zumutbar sei auch häufiges Heben oder Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie Akkordarbeiten oder Arbeiten unter erhöhtem Zeitdruck. Außerdem sollten im Hinblick auf das Bluthochdruckleiden, das aktuell medikamentös gut eingestellt ist, Arbeiten auf Gerüsten sowie an Maschinen, von denen eine erhöhte Unfallgefahr ausgeht, gemieden werden. Im Hinblick auf die zuletzt vom Kläger ausgeübte Tätigkeit hat Dr. S. bezogen auf die vom Kläger vorgenommene Beschreibung dieser Tätigkeit als Sicherungsposten z. B. auf Gleisbaustellen darauf verwiesen, dass aufgrund der auf internistischem Fachgebiet festzustellenden Befunde der Kläger eine derartige überwiegend aufsichtsführende Tätigkeit noch ausüben könne, sofern die qualitativen Einschränkungen respektiert werden. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt kann der Kläger im Übrigen leichte körperliche Arbeiten vollschichtig ca. acht Stunden täglich ausüben. Auch hier gelten die von ihm schon beschriebenen qualitativen Einschränkungen.

Des Weiteren hat Dr. Hei. in dem ebenfalls vom SG eingeholten Gutachten auf neurologischem Fachgebiet degenerative Veränderungen der

Wirbelsäule, insbesondere der Hals- und Lendenwirbelsäule, sowie einen Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbelsäule festgestellt. Neurologische Ausfallerscheinungen wie Paresen, Muskelathrophien oder auf eine umschriebene Nervenwurzel beziehbare Sensibilitätsstörungen ließen sich nicht nachweisen. Vom Kläger sei zwar eine reduzierte Sensibilität im Bereich der rechten Schulter angegeben worden, dieser komme aber keine funktionelle Bedeutung zu. Auch ansonsten konnten keine neurologische Erkrankung festgestellt werden. Auf psychiatrischem Gebiet diagnostizierte Dr. Hei. eine leichte Panikstörung (episodisch paroxsysmale Angst; ICD 10 F 41.0). Typisch für eine derartige Panikstörung sind wiederkehrende Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation beschränken und deshalb auch für den Betroffenen nicht vorhersehbar sind. Zu den wesentlichen Symptomen zählen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und die Furcht zu sterben. Daneben liegt eine leichte depressive Episode (ICD 10 F 32.0) vor. Diese ist charakterisiert durch eine gedrückte Stimmung des Betroffenen, eine Verminderung von Antrieb und Aktivität sowie eine ausgeprägte Müdigkeit nach der kleinsten Anstrengung. Der Schlaf ist häufig gestört, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Hinweise auf das Vorliegen einer mittelgradigen bzw. schweren depressiven Episode ergaben sich nach den Feststellungen von Dr. Hei. jedoch nicht. Zum Leistungsvermögen verwies Dr. Hei. darauf, dass aus nervenärztlicher Sicht grundsätzlich noch leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von ca. acht Stunden täglich möglich sind. Als qualitative Leistungseinschränkungen sind allerdings zu berücksichtigen, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule schwere Lasten (über zehn Kilogramm) nicht gehoben und getragen sowie gleichförmige Körperhaltungen sowie Überkopfarbeiten vermieden werden sollten. Günstig ist ein Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Ebenso wenig sollten Arbeiten auf Leitern, häufiges Bücken oder häufiges Treppensteigen erfolgen. Aufgrund der vorliegenden psychischen Erkrankungen muss eine Überforderung durch Akkordarbeit, Wechselschicht- oder Nachtarbeit sowie durch Arbeiten unter besonderem Zeitdruck vermieden werden. Dies gilt gleichermaßen für besonders hohe Ansprüche an Auffassung und Konzentration sowie eine erhöhte Verantwortung an eine besonders (hohe) geistige Beanspruchung. Dies bedeutet nach den Angaben von Dr. Hei., dass der Kläger Tätigkeiten mit einer das normale Maß deutlich übersteigenden geistigen Beanspruchung aufgrund der bei ihm vorliegenden psychischen Erkrankungen nicht mehr verrichten kann.

Im Unterschied dazu hat Dr. E. in ihrem auf Antrag des Klägers erstellten Gutachten das Leistungsvermögen deutlich schlechter bewertet und die Einschätzung abgegeben, dass der Kläger nicht mehr in der Lage sei, ohne Gefährdung seiner Gesundheit in seinem zuletzt ausgeübten Beruf regelmäßig zu arbeiten aber auch im Hinblick, dass nach den zwei Infarkten eine arteriosklerotische Veränderung der Herzkranzgefäße und höchstwahrscheinlich auch eine Veränderung der Gehirngefäße vorliege, nicht mehr in der Lage sei über acht bzw. vier Stunden konzentriert tätig sein zu können. Auch bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sei der Kläger nur noch in der Lage eine leichte körperliche Tätigkeit mit weniger als drei Stunden täglich zu verrichten. Dr. E. hatte diese Einschätzung insbesondere auf die von ihr auf psychiatrischem Gebiet diagnostizierte und im Vordergrund stehende Anpassungsstörung verbunden mit Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD 10 F 43.2) gestützt. Die Symptomatik einer somatoformen Störung, etwa im Sinne einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung, liegt dagegen auch nach Dr. E. nicht vor. Obwohl die von Dr. E. gestellte Diagnose auf psychiatrischem Gebiet mit der von Dr. Hei. bereits gestellten Diagnose übereinstimmt, vertritt sie im Weiteren jedoch in Abweichung zu Dr. Hei. die Auffassung, Dr. Hei. habe zwar die Symptomatik einer Panikstörung festgestellt, und im psychopathologischen Befund hier sei die Stimmungslage auch als wechselhaft beschrieben worden, jedoch nicht die dysphorische Stimmungslage, die nach Auffassung von Dr. E. eigentlich sofort wahrgenommen werden konnte. Dr. Hei. habe auch die Auffassung vertreten, dass das Stottern beim Kläger nur vereinzelt aufgetreten sei, die tickartige Muskelspannung der rechten Augenbrauen sei nur beiläufig erwähnt worden, jedoch nicht in ihrer qualitativen Masse gedeutet worden. Aus Sicht von Dr. E. hätten jedoch das Stottern sowie die tickartige Muskelanspannung der rechten Augenbraue während der ganzen Untersuchung gedauert. Dr. Hei. habe in seinem psychopathologischen Befund die eher gesteigerte Psychomotorik, wonach der Patient auch gespannt, erregt und unruhig sowie dysphorisch gewesen sei, nicht erwähnt. Schließlich hätten auch die vom Diplompsychologen Bauer im Zusammenhang mit dem von Dr. Hei. erstellten Gutachten durchgeführten psychologischen Testuntersuchungen einen Normbefund gezeigt, die Untersuchung der Konzentrationsdauer habe jedoch nur eineinhalb Stunden gedauert, dieser Normbefund sei dann allerdings von Dr. Hei. auch übertragen worden auf eine achtstündige Tätigkeit, was aus Sicht von Dr. E. bei dem multiorgan erkrankten Patienten nicht so gedeutet werden könne. Auch Dr. La. habe in seiner Auskunft berichtet, dass er von einer ausgeprägten depressiven Störung und gleichzeitig deutlich ausgeprägten Angststörungen ausgehe, die vor allem mit der schweren Herzerkrankung in Zusammenhang gebracht werden. Somit habe es sich hier auch um eine Anpassungsstörung und nicht um eine Panikstörung bzw. eine leichte depressive Störung, wie sie Dr. Hei. diagnostiziert habe, gehandelt. Diesbezüglich weist jedoch nach Auffassung des Senats bereits Dr. De. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 30. März 2005 zutreffend darauf hin, dass die gutachterliche Beurteilung von Dr. E. wie auch des ambulant behandelnden Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. La. die subjektiven Beschwerden des Klägers zu sehr im Vordergrund sehen. Des Weiteren fehle eine gezielte Tagesablaufanamnese. Im Übrigen wird im Vergleich zum Gutachten von Dr. Hei. von Dr. E., wenn sie von einer Diagnose einer Anpassungsstörung, Angst und Depressionen gemischt ausgehe, letztendlich nichts anderes beschrieben. Letztendlich seien die funktionellen Auswirkungen entscheidend, im psychopathologischen Befund zeigten sich im Vergleich der beiden Gutachten jedoch keine wesentlichen Differenzen, was den Schweregrad und die Konsequenzen der Symptome und Beschwerden auf die Alltagsbewältigung anbelangt. Dr. De. hat ferner noch darauf verwiesen, dass sich Dr. E. vordergründig auch auf eine prognostische Leistungsbeurteilung, d. h die eventuellen Möglichkeiten einer Verschlechterung und des etwaigen Auftretens eines weiteren Herzinfarktes gestützt habe. Diese prognostische Beurteilung kann jedoch nicht überzeugen, da letztendlich auch (geringfügige) morphologische Zeichen im CT oder MRT des Kopfes nicht mit klinisch-funktionellen bzw. psychopathologischen oder neuropsychologischen Ausfällen korrelieren. Auch kann das Argument nicht zutreffen, dass eine neuropsychologische Untersuchung nur eineinhalb Stunden in Anspruch nehme, hingegen der Kläger besondere Konzentrationsanforderungen ganztags erbringen müsse. Bei der Durchführung einer vollschichtigen leichten Tätigkeit sind vielmehr durchschnittliche Konzentrationsanforderungen zu berücksichtigen, an qualitative Einschränkungen sollten besondere konzentrative Anforderungen entfallen.

Die Einschätzungen von Dr. Hei. und Dr. De. haben schließlich auch Prof. Dr. Dr. W./Dr. O. in ihrem nervenärztlichen Gutachten vom 29. April 2007 bestätigt, die ebenfalls davon ausgehen, dass der Kläger zwar nicht mehr in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit arbeiten könne, da hier zeitweise schwere körperliche Arbeiten mit entsprechenden Witterungseinflüssen anfielen. Leichte körperliche Tätigkeiten hält jedoch Prof. Dr. W. aus neurologisch-psychiatrischer Sicht für vollschichtig ausführbar. Aufgrund der psychischen Störung mit Anpassungsstörung, Angst, depressiven Störungen und somatoformen Beschwerden sollten nach Auffassung von Prof. Dr. W. Schicht- und Akkordtätigkeiten oder Tätigkeiten mit besonders hoher Verantwortung, besonderem Stress oder besonderem Zeitdruck unterbleiben, auch eine Tätigkeit in Menschenmengen sollte aufgrund entsprechender Ängste vermieden werden. Damit hat auch Prof. W. die schon zuvor von Dr. Hei. genannten qualitativen Einschränkungen bestätigt. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen kann auch nach Prof. Dr. W. der Kläger noch sechs Stunden und mehr pro Tag leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben.

Soweit Dr. La. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft und Dr. E. in ihrem Gutachten das Leistungsvermögen des Klägers deutlich schlechter eingestuft haben, kann der Senat dem bezüglich Dr. E. zum einen schon aus den oben genannten Gründen nicht folgen. Auch Prof. Dr. W. hat in dem Zusammenhang darauf verwiesen, dass man zwar mit Dr. E. insoweit übereinstimme, als hier von der Diagnose einer Anpassungsstörung auszugehen sei, bei der Bewertung des Leistungsvermögens Dr. E. u. a. aber mit den vorliegenden kardiovaskulären Risikofaktoren argumentiert habe, die an sich jedoch keine greifbare Funktionseinschränkungen verursachen und somit keine quantitative Leistungsminderung bedingen. Auch die von ihr ins Feld geführten radiologisch dokumentierten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sind für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht relevant, solange ihnen keine konkrete Funktionsstörung zugeordnet werden kann. Des Weiteren haben Prof. Dr. W. und Dr. O. darauf verwiesen, dass die von Dr. E. angenommene cerebrale Mikroangiopathie auch angesichts des kernspintomografischen Befundes nicht nachvollzogen werden konnte. Außerdem hat sich nach Einschätzung von Prof. Dr. W. die depressive Störung offenbar seit der Psychotherapie im September 2005 gebessert und erscheint ihm und Dr. O. auch für die Zukunft therapierbar. Die von Dr. E. abgegebene Beurteilung des Leistungsvermögens mit weniger als drei Stunden täglich auch für leichte körperliche Tätigkeiten können deswegen Prof. Dr. W. und Dr. O. nicht teilen.

Schließlich ist noch bezüglich der von Dr. E. in Abweichung zu Dr. Hei. und auch Prof. Dr. W. vorgenommenen und angenommenen deutlichen auch quantitativen Leistungseinschränkung festzuhalten, dass zwar Dr. La. etwa auch noch von einer "regelmäßigen" Behandlung des Klägers spricht, allerdings keine Aussagen im Bezug auf die tatsächliche Behandlungshäufigkeit trifft bzw. die Abstände zwischen den einzelnen Behandlungen, und der Kläger auch bei der Begutachtung durch Dr. Hei. u. a. angegeben hat, im nervenärztlichen Bereich eher in weiteren Behandlungsabständen (ca. alle sechs bis acht Wochen) sich lediglich in Behandlung zu begeben. Dies spricht aber eher gegen einen gravierenden Leidensdruck und auch gegen gravierende Beeinträchtigungen im Alltagsleben zumindest zum damaligen Zeitpunkt.

Bezüglich der Einschätzung von Dr. La. hat im Übrigen bereits Dr. Hei. im Sozialgerichtsverfahren zur dortigen Auskunft in seinem Gutachten zutreffend darauf verwiesen, dass sich Dr. La. zu sehr auf das subjektive Empfinden des Klägers stütze. Die erhebbaren Befunde stützen diese Einschätzung im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit dagegen nicht.

Soweit nun Dr. M. in seinem rheumatologisch-internistischen Gutachten in einer "Gesamtschau" zu der Auffassung gelangte, dass zwar bei alleiniger Betrachtung jeder der vier dargelegten Erkrankungen (entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankung, chronische Schmerzerkrankung, massive Herz-Kreislauf-Problematik sowie psychosomatische Störung, Anpassungsstörung) noch von einem vollschichtigen Leistungsbild auszugehen sei, jedoch in der Zusammenschau, im Rahmen der Summation der hieraus resultierenden Leistungseinbußen, auch im Sinne einer so genannten Krankheitslast, die aus diesen verschiedenen Krankheiten im körperlichen, psychischen und seelischen Bereich resultiere, ein vollschichtiges Leistungsbild derzeit nicht mehr vorstellbar sei, kann der Senat dem entgegen dem SG nicht folgen. Hierzu hat zum einen schon zutreffend OMR Fi. darauf verwiesen, dass gerade nach den von Dr. M. selbst beschriebenen Beeinträchtigungen im internistisch-rheumatologischen Bereich bei Beschränkung auf den internistisch-rheumatologischen Fachbereich allein keine quantitative Belastungseinschränkung beim Kläger gesehen wird. In dem Zusammenhang weist OMR Fi. auch zu Recht darauf hin, dass bezüglich der aufgeführten Funktionseinschränkungen zu berücksichtigen ist, dass ein Teil der bei einer potenziellen Berufstätigkeit zu vermeidenden Bedingungen, wie z. B. Zwangshaltungen, z. B. häufiges Bücken, Überkopfarbeiten, Zwangshaltungen der Wirbelsäule und dergleichen, per se keinen uneingeschränkten leichten Belastungscharakter enthalten und deshalb, da beim Kläger in körperlicher Hinsicht ohnehin nur noch leichte Betätigungen für möglich erachtet werden, unter den Funktionseinschränkungen keiner besonderen Erwähnung bedürfen. Stützt man also die Frage der Leistungsfähigkeit allein auf den internistisch-rheumatologischen Fachbereich ist festzustellen, dass der Kläger danach unter Berücksichtigung entsprechender qualitativer Einschränkungen und der Beschränkung auf leichte körperliche Arbeiten quantitativ noch in der Lage ist, vollschichtig sechs Stunden und mehr täglich zu arbeiten. Hinsichtlich der Einschätzung des nervenärztlichen Bereiches wird in diesem Zusammenhang auch nochmals auf die Einschätzung von Dr. Hei. und zuletzt auch Prof. Dr. W. verwiesen. Prof. W. hat im Übrigen ausdrücklich auch hinsichtlich des Gutachtens von Dr. M. noch darauf hingewiesen, dass erstmals von Dr. M. eine Psoriasis mit Spondylarthritis diagnostiziert wird, worauf die vom Kläger berichteten Wirbelsäulenbeschwerden zurückgeführt werden. Auch werden erstmals von Dr. M. Gelenkschwellungen und Kapselverdickungen an diversen Gelenken beschrieben, über die der Kläger zuvor nie berichtet hatte und deren funktionelle Relevanz aus Sicht von Prof. Dr. W. und Dr. O. gering bis fehlend erscheint. Apparative Befunde, z. B. Röntgenbefunde zur Unterstützung der Diagnose, fehlen. Soweit Dr. M. darauf verwies, dass zwar allein jeweils die betreffenden Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen keine wesentliche Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens ergeben, dies aber in einer Gesamtschau auf drei bis unter sechs Stunden reduziert sei, haben auch Prof. Dr. W. und Dr. O. daraus den Schluss gezogen, dass aus rheumatologischer Sicht alleine offenbar nichts gegen eine vollschichtige leichte körperliche Tätigkeit sprechen würde. Da allerdings die Gutachter Prof. Dr. W. und Dr. O. eine solche Einschränkung auch im neurologisch-psychiatrischen Gebiet nicht sehen und das internistisch arbeitsmedizinischen Gutachten von Dr. S. bezüglich der kardialen Situation auch keine entsprechenden Einschränkungen sieht, sind Prof. Dr. W. und Dr. O. auch nach Auffassung des Senates zu Recht der Auffassung, dass im Zusammenhang mit den genannten Fachgebieten insgesamt eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten besteht. Schließlich hat auch bereits OMR Fi. in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2006 noch darauf verwiesen, dass gerade auch hinsichtlich des internistischen Leistungsvermögens ausweislich der zwischenzeitlich nach der Begutachtung durch Dr. M. hier noch im Berufungsverfahren vorgelegten ärztlichen Unterlagen - bei Berücksichtigung einer vorhergehenden Herzkathederuntersuchung im Mai 2005 im R.-B.-Krankenhaus S. - die durch den Internisten und Kardiologen Priv. Doz. Dr. He. in seinem Brief vom 6. Oktober 2005 dargelegten Befunde im Bereich des Herzens (mit maximaler Belastbarkeit bis zur 225-Watt-Belastungsstufe und jetzt nicht mehr auffälligen Befunden im Rahmen der echokardiografischen Befunderhebung) nicht auf eine quantitative Beeinträchtigung seitens der durchgemachten Erkrankungen im Bereich des Herzens selbst bis zur mittelschweren Belastungsstufe schließen lassen.

Abschließend ist noch festzustellen, dass auch im Übrigen auf orthopädischem Gebiet keine Einschränkung des Leistungsvermögens vorliegt, die eine Rente wegen Erwerbsminderung begründen könnte. Bereits Dr. N. hat in dem im Verwaltungsverfahren und hier im Urkundenbeweis zu verwertenden Gutachten darauf verwiesen, dass auch unter Berücksichtigung der auf orthopädischem Gebiet bestehenden Erkrankungen, der Kläger noch in der Lage sei, in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sicherungsposten sechs Stunden und mehr täglich zu arbeiten und auch bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt noch in der Lage sei, leichte körperliche Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen unter Beachtung bestimmter Einschränkungen hinsichtlich des Bewegungs- und Haltungsapparates sowie bestimmter Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ebenfalls noch sechs Stunden täglich auszuüben. Vermieden werden sollten konkret Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltung, Arbeiten über Kopf und häufig vorn übergebeugt sowie unter besonderen Erschütterungs- oder Vibrationseinfluss. Nach den eigenen Angaben des Klägers erscheint nach Auffassung von Dr. N. auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit

leidensgerecht. Schließlich hat auch noch OMR Fi. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 19. Oktober 2006 darauf verwiesen, dass auch in dem hier im Berufungsverfahren noch vorgelegten Brief von Dr. L., Orthopäde, vom 11. August 2006 zwar anamnestisch seit mehreren Wochen bestehende Schmerzen im Bereich des Nackens rechts beschrieben werden, wobei sich lokale Muskelverspannungen tasten lassen, sich jedoch lediglich eine endgradige Bewegungseinschränkung und insbesondere keine neurologischen Beeinträchtigungen finden. Aus den dort beschriebenen klinisch-funktionellen Befunden lässt sich keine quantitative Beeinträchtigung der Belastbarkeit des Klägers ableiten. Bezüglich der qualitativen Einschränkungen ergeben sich diese, wie bereits oben ausgeführt, schon daraus, dass der Kläger ohnehin nur noch für leichte körperliche Tätigkeiten in Betracht kommt.

Insgesamt ist damit nach Überzeugung des Senats auf der Grundlage der vorliegenden ärztlichen Gutachten und Zeugenauskünfte festzuhalten, dass der Kläger - unter Berücksichtigung entsprechender qualitativer Einschränkungen - leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr ausüben kann. Damit besteht kein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Es war im Übrigen im Hinblick auf dieses Leistungsvermögen zu der Frage, inwieweit welche konkrete Tätigkeit des Klägers noch leidensgerecht und zumutbar ist, keine Prüfung durchzuführen, da die jeweilige Arbeitsmarktlage bei einer Leistungsfähigkeit von sechs Stunden täglich und mehr nicht zu berücksichtigen ist (§ 43 Abs. 3 letzter Halbsatz SGB VI). Auch Anhaltspunkte dafür, dass hier in der Person des Klägers eine Summierung ungewöhnlicher Leistungsbeeinträchtigungen oder eine spezifische Leistungsbeeinträchtigung gegeben wäre, bestehen nicht und schließlich ist hier auch nicht von einem verschlossenen Arbeitsmarkt im Sinne der Rechtsprechung des BSG und der dort aufgestellten Kriterien auszugehen (siehe BSGE 56, 64 = SozR 2200 § 1246 Nr. 110; siehe insbesondere auch hierzu den bestätigenden Beschluss des Großen Senats vom 19. Dezember 1996 in BSGE 80, 24 = SozR 3-2600 § 44 Nr. 8; siehe auch zuletzt BSG im Urteil vom 5. Oktober 2005 - B 5 RJ 6/05 R - in SozR 4-2600 § 43 Nr.5).

2. Der Kläger ist auch nicht berufsunfähig.

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.

Nur wenn der Kläger aufgrund seiner krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen die qualitativen Anforderungen seines bisherigen Berufs (Hauptberuf) nicht mehr erfüllen kann, liegt eine - im Sinne der Rentenversicherung relevante - Minderung der Berufsfähigkeit vor. Der Hauptberuf ist regelmäßig die der Versicherungspflicht zugrunde liegende Berufstätigkeit, die der Versicherte zuletzt auf Dauer, d. h. mit dem Ziel verrichtet hat, sie bis zum Erreichen der Altersgrenze oder bis zum Eintritt der auf Krankheit oder Behinderung beruhenden Unfähigkeit auszuüben. Wurde zuvor im Laufe des Erwerbslebens eine höher qualifizierte Tätigkeit im Wesentlichen krankheits- oder gebrechensbedingt aufgegeben, so ist zu prüfen, ob diese Tätigkeit maßgeblicher Hauptberuf geblieben ist oder ob der Versicherte ihn dennoch "freiwillig" aufgegeben bzw. sich mit seinem Verlust dauerhaft abgefunden hat.

Das BSG hat in dem Zusammenhang das so genannte Mehrstufenschema entwickelt. Die Stufen sind von unten nach oben nach ihrer Leistungsqualität, diese gemessen nach Dauer und Umfang der im Regelfall erforderlichen Ausbildung und beruflichen Erfahrung, nicht nach Entlohnung oder Prestige, geordnet. Danach sind zu unterscheiden: Ungelernte Berufe (Stufe 1); Berufe mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren (Stufe 2); Berufe mit einer Ausbildung von mehr als zwei Jahren (Stufe 3); Berufe, die zusätzliche Qualifikation oder Erfahrungen oder den erfolgreichen Besuch einer Fachschule voraussetzen (Stufe 4), zu ihr gehören Facharbeiter mit Vorgesetztenfunktion gegenüber anderen Facharbeitern, Spezialfacharbeiter, Meister, Berufe mit Fachschulqualifikation als Eingangsvoraussetzung; Berufe, die einen erfolgreichen Abschluss einer Fachhochschule oder eine zumindest gleichwertige Berufsausbildung voraussetzen (Stufe 5); Berufe, deren hohe Qualität regelmäßig auf einem Hochschulstudium oder einer vergleichbaren Qualifikation beruht (Stufe 6). In jedem Fall kann ein Arbeitsverdienst hilfstatsächliche Bedeutung für die Feststellung des qualitativen Werts des bisherigen (oder Vergleichs-) Berufs nur haben, soweit er die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt; nur insoweit ist er überhaupt rechtlich relevant. Eine "Verweisung", die grundsätzlich durch eine konkrete Benennung eines Berufs geschehen muss, der an mindestens 300 Arbeitsplätzen im Bundesgebiet ausgeübt wird, kann nur auf einen Beruf derselben qualitativen Stufe oder der nächst niedrigeren erfolgen. Hierbei ist das Überforderungsverbot (Einarbeitung innerhalb von drei Monaten) zu beachten. Eine konkrete Benennung ist grundsätzlich (Ausnahmen: so genannte Unüblichkeitsfälle oder Seltenheitsfälle) nur dann nicht erforderlich, wenn der bisherige Beruf der ersten Stufe angehört oder wenn ein so genannter einfacher Angelernter (Stufe 2, aber Ausbildung bis zu einem Jahre) auf ungelernte Berufe verwiesen wird (siehe hierzu insgesamt Urteil des BSG vom 29. Juli 2004 - B 4 RA 5/04 R -). Konkret ist hinsichtlich des Leitberufs des Facharbeiters noch folgendes zu berücksichtigen: so kann der Gruppe mit dem Leitberuf des Facharbeiters auch zu geordnet werden, wer einen anerkannten Ausbildungsberuf mit mehr als zweijähriger Ausbildung zwar nicht erlangt hat, dessen Tätigkeit für den Betrieb aber insbesondere hinsichtlich der tarifvertraglichen Bewertung bzw. der tariflichen Einordnung durch den Arbeitgeber als Facharbeitertätigkeit zu qualifizieren ist (siehe näher zur "Tarifrechtsprechung" BSG Urteil vom 20. Juli 2005 - B 13 RJ 19/04 R -); der Versicherte muss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gearbeitet und sich durch praktische Berufsausübung die Kenntnisse angeeignet haben, die ihn befähigen, sich unter gelernten Facharbeitern auf dem Arbeitsmarkt wettbewerbsfähig und damit vollwertig zu behaupten (BSGE 65, 169). Was die Verweisbarkeit auf die nächst niedrigere Berufsgruppe des Mehrstufenschemas angeht, hat das BSG hinsichtlich der Facharbeiterberufe konkretisierend festgelegt, dass Facharbeiter nur auf solche Tätigkeiten verwiesen werden dürfen, die eine betriebliche Anlernzeit von wenigstens drei Monaten erfordern oder sich aus dem Kreis der ungelernten Tätigkeiten nach der tariflichen Eingruppierung durch den Arbeitgeber bzw. der tarifvertraglichen Eingruppierung oder auf Grund besonderer qualitativer Merkmale hervorheben und deshalb einer Anlerntätigkeit gleichstehen (vgl. näher BSG Urteil vom 25. Juli 2001 - B 8 KN 14/00 R - in SozR 3-2600 § 43 Nr. 26).

Der Kläger hat zwar den Beruf eines Gas- und Wasserinstallateurs erlernt und war in diesem Beruf nach Abschluss der Ausbildung im Sommer 1970 bis 1987 auch tätig. Seit August 1987 bis Oktober 2002 war er jedoch nunmehr als Sicherungsposten tätig. Die Tätigkeit als Gas- und Wasserinstallateur wurde durch Kündigung beendet, weil - so der Kläger gegenüber dem Sachverständigen Dr. W. (Bl. 135 der Senatsakten) - sein Arbeitgeber offensichtlich zahlungsunfähig war. Eine Aufgabe wegen Krankheit ist seinerzeit nicht erfolgt, hierfür gibt weder der Vortrag des Klägers noch der Inhalt der Akten irgendeinen Anhalt.

Unter Berücksichtung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sicherungsposten, etwa bei Gleisbaumaßnahmen, muss angesichts der kurzen Anlernzeit von nur 14 Tagen einerseits und der erhöhten Anforderungen an die Zuverlässigkeit andererseits von einem unteren Angelernten (Stufe 2) ausgegangen werden. Insoweit aber ist eine Verweisungstätigkeit überhaupt nicht zu benennen. Vielmehr ist insoweit der Kläger dann auf alle Tätigkeiten dieser Stufe bzw. der ungelernten Berufe zu verweisen.

Aus diesen Gründen ist auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2007-08-01