

L 9 R 1688/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 796/03
Datum
15.12.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 1688/06
Datum
25.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Dezember 2005 wird zurückgewiesen. Die Klagen gegen die Bescheide der Beklagten vom 16. April 2007 und 19. April 2007 werden abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten noch, ob dem Kläger die Rente wegen verminderter Erwerbsminderung ab einem früheren Zeitpunkt zu gewähren ist.

Der am 3.3.1946 geborene Kläger - ein griechischer Staatsangehöriger - hat seinen Angaben zufolge keinen Beruf erlernt. Nach sechsjährigem Schulbesuch in Griechenland arbeitete er zunächst in der Landwirtschaft und absolvierte seinen Militärdienst. Im Jahr 1969 kam er in die Bundesrepublik Deutschland und war hier 22 Jahre lang in einer Verzinkerei als ungelernter Arbeiter versicherungspflichtig beschäftigt. Im Mai 1991 kehrte er nach Griechenland zurück und war dort auf Baustellen erwerbstätig, zu Anfang bei der Wagenladung und später - bis zu einem im Mai 2001 aufgetretenen Myokardinfarkt - als Lastwagen-Kraftfahrer einer Zementfabrik. Er bezieht vom griechischen Rentenversicherungsträger IKA seit 16.10.2001 eine Rente bei anerkannter Invalidität von 80 %.

Am 15.10.2001 beantragte der Kläger über den griechischen Versicherungsträger IKA bei der Beklagten die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte ließ den Bericht der griechischen Gesundheitskommission vom 22.10.2001 von Dr. G. auswerten. Dieser führte unter dem 15.7.2002 aus, bei dem Kläger lägen eine koronare Herzkrankheit - akuter Herzinfarkt (thrombolysiert) und Lungenödem am 7.5.2001 - und eine Belastungsangina pectoris vor. Der Kläger sei in der Lage, leichte Arbeiten vollschichtig bzw. mindestens sechs Stunden arbeitstäglich ohne Wechsel- und Nachtschicht und ohne besonderen Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) zu verrichten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kraftfahrer könne er zweistündig bis unter halbschichtig ausüben.

Mit Bescheid vom 28.8.2002 lehnte die Beklagte hierauf den Rentenantrag des Klägers ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung und auch keine Berufsunfähigkeit vorliege.

Hiergegen legte der Kläger am 7.10.2002 Widerspruch ein. Er trug vor, die Gesundheitskommission der IKA P. habe bei ihm einen Invaliditätssatz zwischen 67 und 80 % festgestellt. Aufgrund seiner vorliegenden Erkrankungen sei er nicht im Stande einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der Kläger legte folgende Unterlagen vor: - Ärztliches Kurzgutachten des G. Ch., P., vom 12.10.2001 (Diagnose: Chronisches Bandscheibenleiden L 4 bis L 5 und L 5 bis S 1), - Ärztliches Kurzgutachten des D. D., P. vom 6.11.2002 (Diagnosen: Diabetes mellitus Typ II, angiale Komplikationen - Koronarerkrankung -), - Ärztliches Kurzgutachten des Kardiologen K. K., P., vom 27.3.2002 (Diagnose: Koronarerkrankung auf dem Boden einer Hyperlipidämie und Diabetes; am 25.6.2001 durchgeführte Angioplastik).

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.2002 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 17.2.2003 Klage zum Sozialgericht Stuttgart, mit der er die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung weiter verfolgte.

Das Sozialgericht holte Gutachten auf internistischem und neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ein. Der Internist Prof. Dr. Dr. R., Athen, stellte beim Kläger im Gutachten vom 5.5.2004 folgende Diagnosen: 1. Koronare Herzkrankheit (Zwei-Gefäßerkrankung) - Zustand nach

Myokardinfarkt der unteren und lateralen Wand, der mit Thrombolyse behandelt wurde (5/2001), - Zustand nach transluminaler Angioplastik mit Stent-Implantation (6/2001) 2. Diabetes mellitus Typ II, medikamentös gut eingestellt, mit diabetischer peripherer Neuropathie 3. Arterielle Hypertonie, unter Medikation gut eingestellt 4. Hyperlipidämie unter medikamentöser Behandlung 5. Leichtes Übergewicht (BMI: 25,95 kg/m²) 6. Seelisch-nervöse, depressive Reaktion der Herzkrankheit und persönlichen Problemen gegenüber. Der Kläger leide an dem sog. metabolischen-kardiometabolischen Syndrom. Außerdem liege eine deutliche psychische Störung vor, die das berufliche Leistungsvermögen nach gutachtlicher Auffassung am meisten einschränke. Der Kläger könne leichte Arbeiten vollschichtig verrichten, sei aber jederzeit, auch in Ruhe, durch einen erneuten Myokardinfarkt gefährdet. Aktuell liege die Herzfunktion des Klägers, bei einer in der Echokardiographie gezeigten Auswurfraction von ca. 60 %, fast im Normbereich. Auch hätten das Belastungs-EKG und die Thalliumszintigraphie keinen pathologischen Befund ergeben. Bandscheibenvorfälle hätten nicht festgestellt werden können. Eine ärztlicherseits erwähnte posttraumatische Arthritis des rechten Sprunggelenks habe keine Auswirkungen auf die Beweglichkeit des Gelenks. Aufgrund der koronaren Herzerkrankung und der arteriellen Hypertonie seien für den Kläger folgende Arbeiten nicht zumutbar: Schwere körperliche Arbeiten wie Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel, Akkord- oder Fließbandarbeit, Arbeiten an gefährlichen Maschinen, auf Gerüsten, in Wechsel- oder Nachtschicht, Arbeiten mit häufigem Klettern oder Steigen oder häufigem Bücken, vermehrtem Gehen oder längerem Stehen oder überwiegend einseitiger Körperhaltung, unter besonders ungünstigen Umweltbedingungen, wie extreme Hitze und Kälte und unter starken Temperaturunterschieden sowie Arbeiten mit besonderer psychischer Belastung oder besonderer Verantwortung. In seinem zuletzt ausgeübten Beruf des Kraftfahrers könne der Kläger nicht mehr arbeiten, da diese Tätigkeit sehr wahrscheinlich mit überwiegend einseitiger Körperhaltung verbunden sei, eine psychische Stabilität voraussetze und unter Umständen unter ungünstigen Umweltbedingungen ausgeübt werde. Der Kläger könne öffentliche Verkehrsmittel, auch während der Hauptverkehrszeiten, benutzen. Weil die genaue Belastung der Herzfunktion durch eine täglich viermal zu Fuß zurückgelegte Wegstrecke von 500 Metern innerhalb jeweils 20 Minuten sehr schwer zu bestimmen sei, könne insoweit keine definitive Stellungnahme abgegeben werden.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. X., A., stellte im Gutachten vom 19.1.2005 bei dem Kläger folgende Diagnosen: 1. Reaktive Depression mit psychosomatischen Beschwerden 2. Koronare Herzkrankheit 3. Diabetes mellitus 4. Arterielle Hypertonie Der Kläger sei in der Lage, leichte vorwiegend sitzende Tätigkeiten von vier bis sechs Stunden täglich im Hinblick auf die psychische Belastung zu verrichten. Die Tätigkeit als Kraftfahrer sei für den Kläger ausgeschlossen. Folgende Einschränkungen des Leistungsvermögens seien wegen der Einnahme von Psychopharmaka und der verminderten geistigen Beanspruchbarkeit des Klägers zu beachten: Mittelschwere oder schwere körperliche Arbeiten, Heben, Tragen oder Bewegung von Lasten ohne Hilfsmittel, überwiegendes Gehen, Stehen bzw. Sitzen, gleichförmige Körperhaltung, häufiges Bücken, häufiges Treppensteigen, Steigen auf Leitern, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, Arbeiten an gefährdenden Maschinen, Akkord- und Fließbandarbeiten, volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände, räumliches Sehen, Wechselschicht, Nachtschicht, Hitze, Kälte, Zugluft, Nässe, Lärm und ähnliches und besondere Verantwortung. Der Kläger sei in der Lage, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern innerhalb von jeweils 20 Minuten zurückzulegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Die Umstellungsfähigkeit auf einen neuen, angepassten Arbeitsplatz sei vorhanden.

Für die Beklagte stimmte Dr. G. dem Gutachten von Dr. X. bezüglich der erhobenen neuropsychiatrischen Befunde und Diagnosen, nicht jedoch bezüglich der Beurteilung der zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers zu, weil letztere weder transparent noch psychiatrisch kriterienorientiert und sozialmedizinisch schlüssig nachvollziehbar sei (Stellungnahme vom 8.4.2005).

Der Kläger legte danach noch das Kurzgutachten des Arztes T. I. vom 23.9.2005 vor, welcher aufgrund einer Untersuchung des Klägers vom selben Tag die Diagnose eines stressbedingten Syndroms mit depressiven Symptomen auf dem Boden einer somatischen Erkrankung stellte.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 15.12.2005 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger sei nicht erwerbsgemindert. Zu dieser Überzeugung gelangte das SG hinsichtlich der kardiologischen Gesundheitsstörungen des Klägers aufgrund der für schlüssig und nachvollziehbar erachteten Beurteilung von Prof. Dr. Dr. R. ... Der Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens des Klägers im Gutachten des Dr. X. vom 19.1.2005 vermochte sich das SG nicht anzuschließen. Wegen der festgestellten reaktiven Depression mit psychosomatischen Beschwerden befände sich der Kläger offensichtlich nicht in dauerhafter fachärztlicher Behandlung. Befunde, die schlüssig und nachvollziehbar eine Leistungsminderung in qualitativer oder quantitativer Hinsicht begründeten, würden von Dr. X. nicht mitgeteilt. Auch auf der Grundlage der vorgelegten Atteste der behandelnden Ärzte könne sich das SG nicht von einer rentenrelevanten Leistungsminderung bedingt durch die psychische Erkrankung des Klägers überzeugen. Die vom Kläger zudem vorgetragenen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule sowie am rechten Sprunggelenk führten nach dem Ergebnis der Beweiserhebung nur zu qualitativen, nicht jedoch quantitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, weil er aufgrund seiner bislang ausgeübten Tätigkeiten als ungelernter Arbeiter einzustufen und damit auf sämtliche ungelernte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar sei.

Am 24.3.2006 hat der Kläger gegen das am 28.12.2005 zur Post aufgegebene Urteil Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und sich zur Begründung auf das Gutachten des Dr. X. vom 19.1.2005 gestützt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens von Prof. Dr. V., Th. Der Sachverständige stellt im Gutachten vom 20.12.2006 folgende Diagnosen: 1. Neurologisch: - Ischämischer Gehirnfarkt im Zentrum semiovale links frontal sowie Hippokampusischämie rechts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aufgrund des Diabetes mellitus. - Restzustand nach einem Lumbal- bzw. Ischiassyndrom bilateral (rechts mehr als links) 2. Psychiatrisch: - reaktive Depression (ICD-10 F. 41.2). Es handele sich um eine generalisierte Angiopathie aufgrund des Diabetes mellitus und der Hypertonie, die zur Zeit das Herz und das Gehirn betreffe und in Zukunft höchst wahrscheinlich auch andere Organe erfassen werde. Diese Situation provoziere mehr oder weniger eine Reduktion einiger Funktionen des Organismus des Klägers und verursache Unsicherheit, die die Klägerpersönlichkeit beeinflusse und Ursache der reaktiven Depression sei. Durch seine Gesundheitsstörungen seien die körperlichen und geistigen Funktionen des Klägers beeinträchtigt und seine Leistungsfähigkeit reduziert. Der Kläger könne wegen des relativ verlangsamten Gedankenablaufs, der relativen Minderung an Anregbarkeit und Initiative sowie der relativen Reaktionsverzögerung und Passivität nicht als Lastkraftwagenfahrer tätig sein. Leichte und einfache Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er vier bis sechs Stunden arbeitstäglich überwiegend im Sitzen ausüben. Zu vermeiden seien: Wechselschicht, Nachtschicht, besonderer Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband), häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten über 10 kg ohne mechanische Hilfsmittel, volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände, Eigen- und Fremdgefährdung, häufiges Bücken,

Klettern oder Steigen, Absturzgefahr, Arbeiten an gefährdenden Maschinen, oder an solchen, die volle körperliche oder psychische Gebrauchsfähigkeit sowie Denkfähigkeit, Initiative, andauernde Aufmerksamkeit, nervöse Anspannung und besondere Verantwortung erforderten, Gefährdung durch starke Temperaturunterschiede und Tätigkeiten im Arbeitsraum bei Kälte, Hitze, Zugluft, Nässe, Lärm und inhalativen Reizstoffen. Eine Pause von 20 Minuten alle zwei Stunden würde eine Erleichterung für den Kläger bedeuten und sich auch positiv auf die Qualität seiner Arbeit auswirken. Die Leistungseinschränkung bestehe seit zwei Jahren seit der Kläger auch an reaktiver Depression, Impotenz und Alibidinie leide. Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Klägers sei unwahrscheinlich, aber nicht völlig ausgeschlossen. Voraussetzung hierfür seien eine korrekte Behandlung des Diabetes mellitus, der Herz- und Gehirnschämie, der Hypertonie sowie der reaktiven Depression und eine Reduktion des Körpergewichts des Klägers.

Unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie - Sozialmedizin - Dr. H. (vom 29.1.2007) hat die Beklagte anerkannt, dass der Kläger seit Januar 2006 sowohl teilweise als auch voll erwerbsgemindert ist und einen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1.2.2006 bis zum Beginn der Regelaltersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres und auf Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1.8.2006 befristet bis 31.7.2009 hat, wobei für den Zeitraum des Zusammentreffens nur die höhere Rente geleistet werde (Schreiben der Beklagten vom 6.2.2007). Entsprechend diesem Teilanerkenntnis hat die Beklagte den Rentenbescheid vom 16.4.2007 über die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und den Rentenbescheid vom 19.4.2007 über die Rente wegen voller Erwerbsminderung erlassen.

Der Kläger hat das Verfahren fortgeführt, da seines Erachtens die Rente wegen Erwerbsminderung bereits ab Antragstellung zu gewähren ist. Der Senat hat hierauf eine ergänzende gutachtliche Stellungnahme von Prof. Dr. V. eingeholt. Unter dem 10.5.2007 hat Prof. Dr. V. ausgeführt, nach dem Befundbericht des Prof. Dr. L. vom 24.3.2004 habe bei dem Kläger eine Angstneurose mit milden depressiven Elementen bestanden, nach der wiederholten psychiatrischen Untersuchung am 29.3.2004 sei eine Besserung bestätigt worden. Dieselbe Diagnose habe auch der Psychiater Dr. D. Athanassios (nach Untersuchungen des Klägers am 26. und 30.3. sowie 2.4.2004) gestellt. Die Leistungseinschränkung des Klägers bestehe erst seit 2004, als er auch an reaktiver Depression, Impotenz und Alibidinie zu leiden angefangen habe.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Dezember 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 28. August 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 2002 aufzuheben sowie die Bescheide der Beklagten vom 16. April 2007 und 19. April 2007 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bereits ab 1. Oktober 2001 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klagen gegen die Bescheide vom 16. April 2007 und 19. April 2007 abzuweisen.

Für die Beklagte hat die Beratungsärztin H. unter dem 5.6.2007 ausgeführt, im März 2004 sei beim Kläger lediglich eine leichtgradige psychische Symptomatik beschrieben worden. Auch spreche die Beurteilung des Prof. Dr. V. mit der Annahme eines Leistungsvermögens des Klägers bis einschließlich sechs Stunden täglich gegen eine gravierende Beeinträchtigung.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig; Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegen nicht vor.

Gegenstand des Berufungsverfahrens sind zum einen der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 28.8.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.12.2002, mit welchem die Beklagte die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt hat. Zum anderen sind Gegenstand des Berufungsverfahrens gem. [§§ 153 Abs. 1, 96 SGG](#) auch die während des Berufungsverfahrens ergangenen Bescheide vom 16.4.2007 und 19.4.2007. Über diese Bescheide entscheidet der Senat kraft Klage (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage, § 96 RdNr. 7 und 7a).

Die Berufung ist sachlich nicht begründet. Nach Bewilligung von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ab dem 1.2.2006 und wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1.8.2006 durch die Beklagte hat der Kläger keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente bereits ab einem früheren Zeitpunkt.

Das SG hat die gesetzlichen Voraussetzungen für den geltend gemachten Rentenanspruch zutreffend dargestellt. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat hierauf Bezug und sieht von einer Darstellung der für die Rentengewährung erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen ab ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Der Kläger war an diesem gesetzlichen Maßstab orientiert zur Überzeugung des Senats ab Rentenanspruchstellung zunächst nicht erwerbsgemindert. Der Leistungsfall der Erwerbsminderung ist erst im Lauf des Monats Januar 2006 eingetreten.

Eine Erwerbsminderung des Klägers, d.h. ein Absinken seiner beruflichen und körperlichen Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lässt sich zur Überzeugung des Senats vor Januar 2006 nicht belegen. Dies ergibt sich im Wesentlichen aus der Gesamtwürdigung der sich in den Akten befindlichen ärztlichen Unterlagen, insbesondere aus den vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Internisten Prof. Dr. Dr. R. (vom 5.5.2004) und des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. X. (vom 19.1.2005) sowie aus dem vom Senat eingeholten neurologisch-psychiatrischen Gutachten des Prof. Dr. V. (vom 20.12.2006) nebst ergänzender gutachterlicher Stellungnahme (vom 10.5.2007).

Der Kläger leidet nach den auf den obigen ärztlichen Unterlagen beruhenden Feststellungen des Senats seit Januar 2006 unter folgenden, seine berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsstörungen: 1. Koronare Herzkrankheit (Zwei-Gefäßerkrankung) - Zustand nach Myokardinfarkt der unteren und lateralen Wand, der mit Thrombolyse behandelt wurde (5/2001) - Zustand nach transluminarer Angioplastik mit Stent-Implantation (6/2001) 2. Diabetes mellitus Typ II, medikamentös gut eingestellt, mit diabetischer peripherer Neuropathie 3. Arterielle Hypertonie, unter Medikation gut eingestellt 4. Hyperlipidämie unter medikamentöser Behandlung 5. Leichtes Übergewicht (BMI: 25,95 kg/ m²) 6. Ischämischer Gehirnfarkt im Zentrum semiovale links frontal sowie Hippokampusischämie rechts 7. Restzustand nach einem Lumbal- bzw. Ischiassyndrom bilateral (rechts mehr als links) 8. Reaktive Depression (ICD - 10 F 41.2).

Im Vordergrund des Beschwerdebildes stehen die Gesundheitsstörungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet. Bei der gutachtlichen Untersuchung durch Prof. Dr. V. hat die durchgeführte neuropsychiatrische Testung (nach Rohrschach und Lecrubier-Sheehan) folgende psychische Störungen ergeben: Verlängerte Zeit für Antworten des Klägers, ausgeprägtes Unsicherheitsgefühl, Verminderung des Eigenantriebs, leichtes Ermüden bei intellektuellen Arbeiten, leichtes Verzichten auf die Vollkommenheit seiner Bemühungen, Hinweise auf eine Angstdepression und Hinweise auf ein von einer reaktiven Depression stark beeinflusstes Denken und Verhalten. Ansonsten hat Prof. Dr. V. als Ergebnis der psychiatrischen Exploration des Klägers festgehalten, der Kläger habe einen ausgeprägt bedenkensvollen schwermütigen, depressiven Gesichtsausdruck gehabt, seine Körperbewegungen seien kraftlos und träge gewesen, er sei mit langsamen Schritten gegangen. Ferner hat Prof. Dr. V. den Kläger als bewusstseinsklar und völlig orientiert, ohne Benommenheitsgefühl bzw. Bewusstseinstörung, ohne illusionäre Verknüpfung und halluzinierte Erlebnisse beschrieben. Auch bestanden keine deutliche Merkfähigkeitsschwäche, keine paranoide oder Versündigungswahnideen, keine wesentliche Störung der Kritikfähigkeit und der Intelligenz, keine Erregung, Unruhe oder Stereotypen. Es lagen dagegen ein relativ verlangsamter Gedankenablauf, ein reduziertes Gedächtnis (besonders für die neueren Vorgänge), eine relativ verlangsamte Ausführung der Äußerungen und Handlungen, eine relative Minderung an Anregbarkeit und Initiative sowie eine relative Reaktionsverzögerung und Passivität vor. Auf neurologischem Fachgebiet bestanden folgende Störungen: seitengleiche mittelgradige bilaterale ASR-Abschwächung, kein Lasèque-Zeichen bis 60 Grad rechts, Bragart-Zeichen rechts, bilaterale Anosmie und atypische, eher instabile Schmerzempfindungsstörungen am ganzen Körper des Klägers.

Wegen der Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet kann der Kläger seit Januar 2006 nur leichte und einfache Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt drei bis unter sechs Stunden pro Arbeitstag überwiegend im Sitzen verrichten. Zu vermeiden sind: Wechselschicht, Nachtschicht, besonderer Zeitdruck (Akkord, Fließband), häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten über 10 kg ohne mechanische Hilfsmittel, Arbeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung, häufiges Bücken, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr, Arbeiten an gefährdenden Maschinen oder an solchen, die die volle körperliche oder psychische Gebrauchsfähigkeit sowie Denkfähigkeit, Initiative, andauernde Aufmerksamkeit, nervöse Anspannung und besondere Verantwortung erfordern, Gefährdung durch starke Temperaturunterschiede und Exposition gegenüber Kälte, Hitze, Zugluft, Nässe, Lärm und inhalativen Reizstoffen. Außerdem sind besondere Pausen von 20 Minuten alle zwei Stunden im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit des Klägers zumindest wünschenswert.

Die sonstigen Gesundheitsstörungen des Klägers auf internistisch/kardiologischem und orthopädischem Fachgebiet bedingen keine zusätzlichen Leistungsausschlüsse. Das Sozialgericht hat insoweit das Beweisergebnis der kardiologischen Begutachtung des Klägers durch den Internisten Prof. Dr. Dr. R. frei von Beweisfehlern gewürdigt. Der Senat schließt sich der Beweiswürdigung des SG hierzu uneingeschränkt an und sieht zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit von einer Darstellung der Entscheidungsgründe gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ab.

Die Beklagte hat zu Recht unter Annahme einer allmählichen Verschlechterung der Gesundheitsstörungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet seit der Begutachtung durch Dr. X. im Januar 2005 für den Eintritt des Leistungsfalles die zeitliche Mitte zwischen den Begutachtungen durch Dr. X. und Prof. Dr. V. - und damit den Januar 2006 - zugrunde gelegt. Von einem früheren Eintritt des Leistungsfalles vermochte sich auch der Senat nicht zu überzeugen.

Zwar befand sich der Kläger nach den Ausführungen des Prof. Dr. V. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme (vom 10.5.2007) ab März 2004 in psychiatrischer Behandlung (mit angegebenen Untersuchungsterminen Ende März und Anfang April 2004); es wurde jedoch nach medikamentöser Behandlung eine Besserung der festgestellten Angstneurose mit milden depressiven Elementen bestätigt. Prof. Dr. V. stützt seine Annahme einer Leistungsminderung seit 2004 darauf, dass der Kläger seit dieser Zeit auch an Depressionen, Impotenz und Alibidinie zu leiden angefangen habe. Dieser Feststellung kann jedoch nur entnommen werden, dass der Beginn der erwähnten Störungen auf das Jahr 2004 zu datieren ist, wobei nichts über ihren Schweregrad ausgesagt ist. Des weiteren belegen die von Dr. X. im Januar 2005 bei dem Kläger erhobenen Befunde die zeitlich nach dem von Prof. Dr. V. genannten Beginn der Leistungseinschränkung im Jahr 2004 liegen, keine Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers auf unter sechs Stunden arbeitstäglich. Der Senat gelangt zu dieser Feststellung aufgrund des von Dr. X. erhobenen psychischen Befunds. Des weiteren lagen zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. X. auf neurologischem Gebiet keine Gesundheitsstörungen vor. Der Kläger wirkte bei der Untersuchung durch Dr. X. in seiner Erscheinungsform unauffällig. Er zeigte sich im Gespräch aufgeschlossen und kooperativ. Seine verbalen und (sonstigen) Ausdrucksmöglichkeiten waren unauffällig. Er war voll zu Ort, Zeit, Person und Situation orientiert. Hinsichtlich der Fähigkeit zur Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, der Gestik, Denken und Intelligenz stellte Dr. X. keine Störungen fest. Die Einstellung des Klägers zur sozialen Umwelt war adäquat und positiv. Er vermerkte jedoch einen reduzierten und verlangsamten Grundantrieb und eine bedrückt depressive Grundstimmung des Klägers. Der Kläger schilderte damals seine Angst vor einem neuen Herzinfarkt, die ihn nach den Ausführungen des Dr. X. auch sehr beeinträchtigte. Andererseits erbrachte die psychiatrische Untersuchung durch Dr. X. im Wesentlichen die Befunde, die schon in den vorhergehenden Gutachten und ärztlichen Bescheinigungen aufgeführt wurden, ohne dass inzwischen die Krankheitserscheinungen zugenommen hätten. Soweit Dr. X. in seinem Gutachten erklärt "ungünstige lebensgeschichtliche Entwicklung und geringe körperliche Belastbarkeit können zu einem psycho-somatischen Erschöpfungssyndrom führen", zeigt er nur eine mögliche Entwicklung auf. Nachweise dafür, dass beim Kläger insoweit ein wesentliches Erkrankungsbild vorliegt, ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Zum Zeitpunkt der Untersuchung des Klägers durch Prof. Dr. V. hatte sich der Gesundheitszustand des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet im Vergleich zu den von Dr. X. erhobenen Befunden verschlechtert und das quantitative Leistungsvermögen ist auf unter sechs Stunden arbeitstäglich herabgesunken. Der genaue Zeitpunkt, zu welchem das Leistungsvermögen des Klägers auf unter sechs Stunden arbeitstäglich für angepasste körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes gesunken ist, kann anhand der vorliegenden medizinischen Befunde nicht bestimmt werden. Der Senat hält es jedoch für sachgerecht, wie auch in vergleichbaren Fällen verfahren wird, die zeitliche Mitte zwischen der Untersuchung des Klägers durch die beiden Sachverständigen (als gegriffenen Mittelwert) für den Eintritt des Leistungsfalles zugrunde zu legen. Hierbei wurde berücksichtigt, dass in Ermangelung der Kenntnis eines besonderen Ereignisses von einer allmählichen Progredienz der

Gesundheitsstörungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet auszugehen ist. Die Beklagte hat daher zu Recht als Eintritt des Leistungsfalls der Erwerbsminderung den Monat Januar 2006 zugrunde gelegt. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen hält der Senat einen früheren Eintritt des Leistungsfalls der Erwerbsminderung nicht für nachgewiesen.

Bei einem über dreistündigen aber unter sechsstündigen Leistungsvermögen des Klägers steht dem - nicht erwerbstätigen - Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung nur aufgrund der Arbeitsmarktlage zu. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden grundsätzlich auf Zeit geleistet ([§ 102 Abs. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI). Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn. Eine Dauerrente kommt nur in Frage, wenn sie unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage geleistet wird und es unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann. Hiervon geht der Senat nicht aus, da nach der gutachtlichen Beurteilung des Prof. Dr. V. eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Klägers zumindest als möglich erscheint, sofern der Diabetes mellitus, die Herz- und Gehirnschämie, die Hypertonie und die reaktive Depression gezielt und korrekt behandelt werden und der Kläger sein Körpergewicht reduziert. Befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden gemäß [§ 101 Abs. 2 SGB VI](#) nicht vor Beginn des 7. Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet. Die Beklagte hat unter Zugrundelegung eines Leistungsfalls im Januar 2006 daher zutreffend dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1.8.2006 befristet bis 31.7.2009 bewilligt.

Ausgehend von einem im Januar 2006 eingetretenen Leistungsfall hat die Beklagte des weiteren zu Recht ab 1.2.2006 dem Kläger unbefristet (da nicht vom Arbeitsmarkt abhängig) Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bewilligt wegen seines auf unter sechs Stunden arbeitstäglich herabgesetzten Leistungsvermögens.

Der Senat vermochte sich schließlich auch nicht davon zu überzeugen, dass der vom Kläger im Berufungsverfahren noch erhobene Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung zu einem früheren Zeitpunkt aufgrund einer Berufsunfähigkeit des Klägers zu bejahen wäre.

Kann der Versicherte die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben, so ist ausgehend vom qualitativen Wert der bisherigen Tätigkeit, der Kreis der Tätigkeiten zu ermitteln, auf den der Versicherte zumutbar verwiesen werden kann. Für die Ermittlung einer zumutbaren Verweisungstätigkeit hat das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung ein Mehrstufenschema entwickelt, welches durch die Gruppen mit den Leitberufen des Vorarbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hochqualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters (anerkannter Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren), des angelernten Arbeiters (sonstiger Ausbildungsberuf mit einer Regelausbildungszeit von drei Monaten bis zu zwei Jahren) mit Unterscheidung in einen oberen (zwölf bis 24 Monate Anlernzeit) und unteren Bereich sowie des ungelernten Arbeiters charakterisiert ist (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 61](#)). Im Rahmen der sozialen Zumutbarkeit kann auf eine Tätigkeit der jeweils nächst niedrigeren Gruppe verwiesen werden. Dem angelernten Arbeiter des unteren Bereichs sind grundsätzlich alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sozial zuzumuten; demgegenüber müssen sich Verweisungstätigkeiten für die Angelernten des oberen Bereiches durch Qualitätsmerkmale auszeichnen.

Die vom Kläger zuletzt ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit als LKW-Fahrer in einer Zementfabrik in Griechenland ist als angelernte Tätigkeit zu beurteilen. Nach ständiger Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des BSG vom 5.8.2004, [B 13 RJ 7/04 R](#), Bayerisches Landessozialgericht vom 8.11.2005, [L 5 R 385/04](#)) ist selbst der Berufskraftfahrer mit abgeschlossener Ausbildung aufgrund der für diesen Beruf bis August 2001 vorgeschriebenen zweijährigen Regelausbildungszeit (§ 2 Kraftfahrer-Ausbildungsverordnung- Kraftausb.V - vom 26. Oktober 1973) lediglich dem oberen Anlernbereich zuzuordnen, es sei denn, es treten besondere Umstände hinzu, welche einen Berufsschutz als Facharbeiter begründen. Erst in der ab 1. August 2001 geltenden Neufassung der Verordnung (BGBl. I S. 642) wird eine Ausbildungsdauer von drei Jahren normiert. Nach seinem beruflichen Werdegang, wie er nach Aktenlage dokumentiert ist, hat der Kläger eine solche Ausbildung (mit Zwischen- und Abschlussprüfung und vertieften Kenntnissen in den maßgeblichen Ausbildungsbereichen) nicht absolviert. Er hat vielmehr nach langjähriger Tätigkeit als ungelernter Arbeiter in Deutschland nach seiner Rückkehr nach Griechenland im Mai 1991 auf Baustellen gearbeitet, die erste Zeit bei der Beladung der Wagen und später als Lastwagenfahrer einer Zementfabrik. Danach fehlen Anhaltspunkte für die Zuordnung der Kraftfahrertätigkeit selbst zur Gruppe der oberen Angelernten. Der Senat hält daher den Kläger auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes für verweisbar.

Nach alledem ist auch unter dem Gesichtspunkt der Prüfung einer Berufsunfähigkeit nicht von einem vor Januar 2006 eingetretenen Leistungsfall auszugehen.

Aus den genannten Gründen war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#). Hierbei hat der Senat berücksichtigt, dass die Beklagte nach Kenntnis des Gutachtens des Prof. Dr. V. vom 20.12.2006 unverzüglich ihr Teilanerkennnis vom 6.2.2002 abgegeben hat. Eine Belastung der Beklagten mit außergerichtlichen Kosten des Klägers erscheint daher nicht angemessen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-10-15