

L 4 R 5572/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 2 R 1293/05
Datum
30.08.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 5572/07
Datum
01.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30. August 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger einen Anspruch auf Weitergewährung von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab 01. September 2004 hat.

Der am 1950 in Tunesien geborene, verheiratete Kläger, der seit 1973 in Deutschland lebt, hat seinen Angaben zufolge in Tunesien eine Ausbildung als Dreher durchlaufen und auch als solcher dort gearbeitet. Er war dann in der Bundesrepublik Deutschland von 1973 bis 1982 als Metallarbeiter beschäftigt und hat von 1984 bis 1986 eine Umschulung zum Gas-Wasser-Installateur durchgeführt, jedoch nicht abgeschlossen. Zuletzt war er Metallarbeiter von 1986 bis 1996 bei der Firma N. in B ...

Der Kläger beantragte am 11. Juni 1997 bei der Landesversicherungsanstalt (LVA) Baden, einer Rechtsvorgängerin der Beklagten, Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit. Er machte als Gesundheitsstörungen Rückenschmerzen geltend. Die gegen die ablehnende Entscheidung der LVA Schwaben, die das Verfahren übernommen hatte, gerichtete Klage wies das Sozialgericht Karlsruhe (SG) mit Urteil vom 03. Februar 2000 ab (S 2 RJ 2916/98). Im Berufungsverfahren hat das Landessozialgericht (LSG) das Gutachten der Dr. R., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie am Städtischen Klinikum K., vom 08. Mai 2002 eingeholt. Die Sachverständige hatte folgende Diagnosen erhoben: Dysthymia, leichte bis mittlere depressive Episode und somatoforme Störung. Eine medizinisch-medikamentöse und eine dem psychotherapeutischen Standard entsprechende Behandlung sei notwendig. Der Kläger könne allenfalls unter zwei Stunden arbeiten. Die LVA Baden-Württemberg, die Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden einheitlich als Beklagte bezeichnet), unterbreitete daraufhin ein vom Kläger angenommenes Vergleichsangebot, wonach ihm, ausgehend von einem am 07. Februar 2001 eingetretenen Leistungsfall vom 17. Juni 2002 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 01. September 2001 bis 31. August 2004 gewährt wurde.

Am 25. Mai 2004 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Weitergewährung der Rente. Sein Gesundheitszustand habe sich eher verschlimmert. Nach Einholung von Befundberichten des Facharztes für Orthopädie Dr. L. vom 04. Mai 2004, der Praktischen Ärztin Dr. St. vom 05. Juli 2004 und des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H., der in seiner Auskunft vom 14. Juli 2004 angab, der Kläger habe sich am 20. Februar 2001 letztmalig in seiner Behandlung befunden, erhob die Beklagte das Gutachten des Internisten Medizinaldirektor Le. vom 05. Oktober 2004; diesem lagen Zusatzgutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sc. vom 09. August 2004 und des Facharztes für Orthopädie Dr. Sch. vom 25. August 2004 zugrunde. Dr. Sc. erhob folgende Diagnosen: Normvariante der Persönlichkeit mit soziopathischen Zügen und Verdeutlichung von im Kern eventuell organisch begründeten Beschwerden (Kahnarthrose) mit dem Wunsch auf Weitergewährung der Rente. Weder sei eine endogene Depression noch eine relevante reaktive Depression vorhanden. Der Kläger sei zwischen 2001 und 2004 nicht in nervenärztlicher Behandlung gewesen, erst vor acht Tagen habe er seinen Nervenarzt besucht. Er könne körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten vollschichtig verrichten. Im Vergleich zum Gutachten der Dr. R. sei entweder zwischenzeitlich eine Besserung eingetreten oder man habe die Verhältnisse damals verkannt. Dr. Sch. gelangte zu folgenden Diagnosen: Zervikal- und Lumbalsyndrom bei leichten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, Pseudarthrose des Kahnbeins der linken Hand und leichte Arthrose des linken Handgelenks sowie leichte Arthrose der Hüftgelenke. Aufgrund der Beschwerden im linken Handgelenk sei es 1997 und 2001 zu Operationen gekommen, wobei eine Abheilung der Pseudarthrose nicht habe erreicht werden

können. Die Bewegungen des linken Handgelenks seien leichtgradig eingeschränkt, sodass die Einsatzfähigkeit der linken Hand deutlich herabgesetzt sei. Der Kläger könne schwere körperliche Arbeiten in längeren Zwangshaltungen des Kopfes und Rumpfes mit Heben und Tragen von Lasten, die etwa zehn kg überschritten, sowie alle Arbeiten mit notwendiger voller Einsatzfähigkeit der linken Hand nicht mehr ausführen. Leichte und teilweise mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts, die überwiegend im Sitzen oder in wechselnden Körperhaltungen, auch mit überwiegenden, jedoch nicht ausschließlichen Steh- und Gehbelastungen ausgeführt werden könnten, könne der Kläger nicht weniger als sechs Stunden verrichten. Internist Medizinaldirektor Le. gelangte zu folgenden zusätzlichen Diagnosen: Bluthochdruck mit leichter hypertensiver Herzerkrankung sowie Pollen- und Lebensmittelallergie (anamnestisch). Der Kläger könne leichte bis mittelschwere Arbeiten regelmäßig über sechsstündig verrichten, ohne erhöhten Zeitdruck, Nachtschicht, ohne Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr und vor allem ohne erhöhte Ansprüche an die Kraftentfaltung der linken Hand sowie ohne stereotype Bewegungen des linken Handgelenks. Darauf gestützt lehnte die Beklagte den Rentenantrag mit Bescheid vom 08. Oktober 2004 ab. Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen könne er noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten und sei daher nicht erwerbsgemindert. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein, mit dem er nochmals darauf hinwies, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, zumal psychosomatische Behandlungen nicht stattgefunden hätten. Er reichte das Schreiben des Dr. H. vom 06. Dezember 2004 ein. Darin wurde bestätigt, dass sich der Kläger sehr unregelmäßig in nervenärztlicher Behandlung befinde. Nach Einholung der Stellungnahmen des Medizinaldirektors Le. vom 28. November 2004 und des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 21. Februar 2005 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 21. März 2005). Aufgrund seiner zuletzt versicherungspflichtig ausgeübten Tätigkeit könne der Kläger auf sämtliche ungelernete Tätigkeiten verwiesen werden. Solche Tätigkeiten könne er noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten.

Hiergegen erhob der Kläger am 07. April 2005 Klage beim SG. Der Kläger machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, was sich auch daraus ergebe, dass das Landratsamt Karlsruhe mit Bescheid vom 27. Juli 2005 den Grad der Behinderung (GdB) mit 60 (zuvor 50) seit 12. November 2004 sowie das Merkzeichen G festgestellt habe.

Das SG holte schriftliche Auskünfte bei den behandelnden Ärzten ein. Orthopäde Dr. L. (Auskunft vom 12. Mai 2005) teilte mit, am 27. Juli 2004 seien ein lumbales Wurzelreizsyndrom und eine Brustwirbelsäulenblockierung diagnostiziert worden. Außerdem habe der Kläger eine Überweisung an den Psychiater wegen zunehmender Depression erhalten. Im Laufe der Behandlung habe keine wesentliche Befundverbesserung erzielt werden können. Vielmehr sei zusätzlich noch eine Hüftarthrose dritten Grades links lateral festgestellt worden. Der Kläger könne leichte körperliche Tätigkeiten im Umfang von sechs Stunden nicht verrichten. Dr. St. (Auskunft vom 09. Juni 2005) legte Arztbriefe des Facharztes für Innere Medizin Dr. B. vom 15. Juni 2004 sowie des Arztes für Urologie Wachter vor und führte aus, der Kläger habe sich vorwiegend mit Infekten der oberen und unteren Atemwege vorgestellt. Durch seine eigene gestörte Körperwahrnehmung und die ihn sehr belastende Erkrankung seiner Frau (Multiple Sklerose) habe er in den letzten ein bis zwei Jahren Symptome einer depressiven Belastungsreaktion gezeigt. Er sei nicht in der Lage, einer gering belastenden Arbeit von sechs Stunden täglich nachzugehen. Maßgeblich seien die Leiden auf psychiatrischem und orthopädischem Fachgebiet. Dr. H. (Auskunft vom 06. Juli 2005) teilte mit, die erste Konsultation habe im Oktober 2000, weitere im Dezember 2000 und Februar 2001 stattgefunden, danach erst wieder im Juli und Dezember 2004 sowie im Januar und April 2005. Es hätten sich ein deutlich depressives Leiden mit dysphorisch geprägtem Affekt, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Schmerzentwicklung und Pessimismus gezeigt. Der Kläger könne derzeit etwa halbschichtig leichte Arbeiten verrichten.

Das Gericht erhob das am 24. April 2006 erstattete Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S., Leiter der Orthopädischen Schmerztherapie der Universitätsklinik Heidelberg; der Sachverständige hat den Kläger am 28. März 2006 untersucht und auch eine psychologische Evaluation der Dipl.-Psychologin Schr. vom 28. März 2006 beigezogen. Prof. Dr. S. nannte folgende Diagnosen: Kahnbeinfalschgelenkbildung (Pseudarthrose) links mit endgradiger Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit links und mäßiggradiger Druck- und Belastungsschmerzhaftigkeit (Beeinträchtigung schwerer manueller Tätigkeiten mit der linken Hand), geringgradige Aufbraucherscheinungen der unteren Lendenwirbelsäule, die das Altersmaß nicht wesentlich übersteigen (keine wesentlichen Beeinträchtigungen durch diesen Schadensbefund), mittelgradige Aufbraucherscheinungen der mittleren und unteren Halswirbelsäule (Einschränkungen für schwere körperliche Belastungen des Schultergürtels und des Nackens, z.B. für Tragen schwerer Lasten auf den Schultern und für Arbeiten in Überstreckung der Halswirbelsäule wie z.B. für Überkopparbeiten) sowie anhaltend somatoforme Schmerzstörung (Beeinträchtigung schwerer körperlicher und psychischer Belastungen durch eine Störung der körpereigenen Schmerzkontrolle sowie eine gestörte Wahrnehmung der eigenen körperlichen Belastbarkeit). Möglich seien noch leichte, vorübergehend auch mittelschwere körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zehn, gelegentlich auch 15 kg, mit der Möglichkeit des regelmäßigen Körperhaltungswechsels, ohne Überkopparbeiten sowie ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten an laufenden Maschinen (ohne den zuzuordnenden Arbeitsdruck), ohne Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeit, ohne Einwirkung von Kälte, Staub, Gasen und Dämpfen, ohne psychosozialen Stress (mit der Notwendigkeit, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen), ohne hohe Verantwortung und ohne Arbeiten unter nervlicher Belastung. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei der Kläger noch in der Lage, Tätigkeiten sechs Stunden und mehr auszuführen. Die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt. Ob es dem Kläger zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im Mai 2002 tatsächlich wesentlich schlechter gegangen sei, so dass nur Tätigkeiten unter zwei Stunden täglich möglich gewesen seien, sei rückblickend schwer nachzuvollziehen, da der Kläger auch damals die heute genannten vollschichtigen Haushalts- und Pflégetätigkeiten für seine Frau verrichtet habe. Auch die Diagnosen damals und heute seien ähnlich, allerdings sei damals eine eingehende Konsistenzprüfung der Auswirkung der Diagnosen auf alle Lebensbereiche (entsprechend der Störungen der Aktivitäten und Partizipationen) nicht vorgenommen worden. Die vom Kläger geschilderte Dichte des Alltags belege, dass eine wesentliche Beeinträchtigung durch die Gesundheitsstörungen nicht nachvollziehbar sei. Der Kläger habe eine klare Tagesstruktur, er kümmere sich um den Haushalt, um seine Ehefrau, die an multipler Sklerose erkrankt sei, wodurch eine wesentliche Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten widerlegt sei. Im Haushalt und in der Pflege der Ehefrau verrichte der Kläger körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erhob das SG das am 01. März 2007 erstattete Sachverständigengutachten des Dr. B., Arzt für Orthopädie; der Sachverständige hat den Kläger am 10. Januar 2007 untersucht und das Zusatzgutachten der Dr. R., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 27. Dezember 2006 berücksichtigt. Dr. R., die den Kläger am 25. Oktober 2006 untersucht hat, erhob folgende Diagnosen: Dysthymia, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Verdacht auf rezidivierende depressive Störung. Im Augenblick könne der Kläger nur zwei bis drei Stunden pro Tag beschäftigt werden. Dieser Gesundheitszustand bestehe seit 2002. Im Übrigen seien häufigere kleinere Pausen notwendig. Die Auswirkungen der Erkrankung würden anders als durch Prof. Dr. S. bewertet. Gelegentliche Haus- und Gartenarbeit mit der Möglichkeit von Ruhepausen und Rückzug könne mit

einer Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht verglichen werden. Im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2002 habe sich wieder das Vorliegen einer affektiven Störung gezeigt. Der Kläger trete jetzt energischer auf, die Klagen mit depressiven Inhalten seien etwas in den Hintergrund getreten. Der Kläger erscheine in Mimik, Gestik und Sprache vitaler. Dr. Bö. erhob folgende Diagnosen: chronisch generalisierte Tendomyopathie bei Fibromyalgiesyndrom, Halswirbelsäulensyndrom mit Cephalgie und Brachialgie bei Fehlstatik sowie Gefügestörung mit degenerativen Veränderungen, Bandscheibenvorwölbungen und konsekutiven Beugungen der Nervenaustrittslöcher mit belastungs- und bewegungsabhängiger, mehr sensibler Nervenwurzenirritation, fortschreitendes Verschleißleiden am linken Handgelenk radio-carpal nach posttraumatischer Kahnbeinfalgelenksbildung mit Zustand nach Griffelfortsatz-Resektion der Speiche und verbleibenden Weichteilverkalkungen (als Folge davon schmerzhafte Handgelenksfunktionseinschränkung, sowie dringender Verdacht auf Vorliegen eines Carpal-Tunnel-Syndroms) sowie chronische Dorso-Lumbalgie bei leichter Fehlstatik und Gefügestörung mit beginnenden degenerativen Veränderungen. Das von ihm diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom sei erstmals festgestellt worden. Im Zusammenhang mit den übrigen Erkrankungen seien auch leichte körperliche Tätigkeiten nur dann zumutbar, wenn durch eine fachspezifische Therapie der für eine leichte körperliche Tätigkeit erforderliche Besserungszustand erreicht worden sei. Dies sei derzeit nicht der Fall, weshalb der Kläger nur noch zweistündig bis unter halbschichtig leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in wechselnder Arbeitsposition ohne weitere unmittelbare Gefährdung der Gesundheit verrichten könne. Dieser Gesundheitszustand bestehe seit dem 12. März 2002. Die Wegstrecke von 500 m solle nicht überschritten werden. Prof. Dr. S. habe bei der Bewertung der vollschichtigen Versorgung des Haushalts die Eigenregie des Klägers nicht berücksichtigt. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt blieben dem Kläger regulatorische Möglichkeiten weitgehend versagt. Durch externe Arbeitsregelungen würden Stressoren für den Kläger aufgebaut.

Die Beklagte trat der Klage sowie der Beurteilung des Dr. Bö. und der Dr. R. durch Vorlage von Stellungnahmen des Arztes für Orthopädie Dr. Ko. vom 21. Juni 2007 und des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 25. Juni 2007 entgegen. Dr. Ko. führte aus, zunehmend setze sich durch, dass das Fibromyalgiesyndrom als psychosomatisches Krankheitsbild anzusehen sei, was sozialmedizinisch berücksichtigt werden müsse. In der Regel könnten leichte körperliche Tätigkeiten über sechsstündig auch bei Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms verrichtet werden. Die orthopädischen Befunde seien darüber hinaus nicht geeignet, eine qualitative Einschränkung des Leistungsvermögens zumindest für leichte Arbeit im Wechselrhythmus unter Beachtung von qualitativen Einschränkungen zu begründen. Im Übrigen habe Dr. Bö. eine Coxarthrose – im Gegensatz zu den Ausführungen des Dr. L. – nicht feststellen können. Dr. G. legte dar, das aktuelle Gutachten der Dr. R. gestalte sich im Vergleich zum Vorgutachten in der Befunddarstellung deutlich knapper und lasse deutlich weniger Psychopathie erkennen, was im Gutachten auch derart beschrieben worden sei, dass der Kläger vitaler gewirkt habe. Es sei auch nur noch von einer Dysthymie sowie einer somatoformen Störung ausgegangen worden, woraus sich eine Besserung des Gesamtbefunds ableiten lasse. Mit den vorgebrachten Beschwerden, Verhaltensmustern, der widerwilligen Schilderung seines Tagesablaufs, den tatsächlich funktionellen Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltagsleben sowie mit den erkennbaren Inkonsistenzen in der Befunddarstellung habe sich die Gutachterin nicht distanziert auseinandergesetzt. Zwischenzeitlich stelle sich die Schwere der psychischen Störung wesentlich geringgradiger dar, was sich in den getroffenen Diagnosen widerspiegeln.

Mit Urteil vom 30. August 2007, das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 05. November 2007 zugestellt wurde, wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Gewährung von Erwerbsminderungsrente über den 31. August 2004 hinaus. Er könne körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig verrichten. Dies ergebe sich aus dem schlüssigen Gutachten des Prof. Dr. S. ... Der Leistungseinschränkung der Dr. R. und des Dr. Bö. könne nicht gefolgt werden. Dr. R. habe sich mit den vorgebrachten Beschwerden, Verhaltensmustern und mit dem Tagesablauf nicht distanziert auseinandergesetzt. Die von Dr. Bö. angegebene Zunahme der Schmerzen im linken Handgelenk führe nur zu einer zusätzlichen qualitativen Leistungseinschränkung, jedoch nicht zu einer quantitativen Leistungsminderung. Im Übrigen sei davon auszugehen, dass nervlich belastende Tätigkeiten im Rahmen einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen werden könnten.

Gegen das Urteil des SG hat der Kläger am 21. November 2007 schriftlich Berufung beim SG zum Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Die somatoforme Schmerzstörung verbunden mit einer Dysthymie führe zu einer derart quantitativen Leistungsminderung, dass eine Erwerbstätigkeit nicht mehr möglich sei. Das Gutachten der Dr. R. sei überzeugend, da die gelegentliche Haus- und Gartenarbeit nicht mit einer Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt verglichen werden könne. Das von Dr. Bö. erwähnte Fibromyalgiesyndrom sei dem Bereich der chronischen Schmerzstörungen zuzuordnen und überlappe sich mit den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen. Dieser Befund führe zu einer quantitativen Leistungsminderung. Auch Dr. H. sei von einer unter dreistündigen Leistungsfähigkeit des Klägers ausgegangen. Der Umstand, dass der Kläger von 2001 bis 2004 nur ein- bis zweimal bei Dr. H. in Heidelberg vorgesprochen habe, während er seit 2004 wieder in regelmäßiger Behandlung sei, erkläre sich daraus, dass dies relativ kostenaufwendig gewesen sei, jedoch sein Zustand nicht habe gebessert werden können. Erst nachdem ihm die Rente entzogen worden sei, habe er Dr. H. wieder konsultiert. Im Übrigen seien die Ermittlungen auf nervenärztlichem Gebiet unvollständig. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand nach dem 31. August 2004 nicht geändert. Das Landratsamt Karlsruhe (Amt für Versorgung und Rehabilitation) habe mit dem vorgelegten Bescheid vom 31. März 2007 einen GdB von 60 bestätigt. Der Kläger hat ein Attest des Dr. L. vom 10. April 2008 eingereicht, in dem neben den bereits bekannten Diagnosen mitgeteilt wird, dass an den Kniegelenken eine Femoropatellararthrose (rechts stärker als links) mit wiederkehrenden synovialitischen Reizzuständen bestehe. Durch die Polymorbidität habe sich eine erhebliche Depression mit Leidensdruck entwickelt. Hierdurch könne er auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts nur noch unter drei Stunden täglich verrichten.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30. August 2007 und den Bescheid der Beklagten vom 08. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. März 2005 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 01. September 2004 weiterhin Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Mit Schreiben vom 13. März und 23. Mai 2008 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt ist, durch Beschluss nach §

[153 Abs. 4 SGG](#) zu entscheiden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte, auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die LSG-Akte des Verfahrens L 2 RJ 641/00 Bezug genommen.

II.

Da der Senat die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich hält, entscheidet er gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört. Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 08. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. März 2005 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Das SG hat zutreffend entschieden, dass der Kläger nach Ende der bis 31. August 2004 befristeten Rente ab 01. September 2004 oder ab einem späteren Zeitpunkt weder Anspruch auf eine volle, noch auf eine teilweise Erwerbsminderungsrente hat.

1. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung. Versicherte haben gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 des RV-Altersgrenzen-anpassungsgesetzes vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser, als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Nach diesen Maßgaben hat das SG zu Recht entschieden, dass dem Kläger ab 01. September 2004 Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nicht zusteht, weil der Kläger noch in der Lage ist, mindestens sechs Stunden täglich leichte Arbeiten mit qualitativen Leistungseinschränkungen zu verrichten. Beim Kläger liegen zwar orthopädische und psychiatrische Erkrankungen vor; diese sind jedoch nicht so ausgeprägt, dass volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt.

Der Senat entnimmt dem auf umfassender Untersuchung des Klägers am 28. März 2006 beruhenden Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S. vom 24. April 2006, dass beim Kläger folgende Gesundheitsstörungen vorliegen: Kahnbeinfalschgelenkbildung (Pseudarthrose) links, geringgradige Aufbraucherscheinungen der unteren Lendenwirbelsäule, die das Altersmaß nicht wesentlich übersteigen, mittelgradige Aufbraucherscheinungen der mittleren und unteren Halswirbelsäule und anhaltend somatoforme Schmerzstörung. Der psychologischen Evaluation der Dipl.-Psychologin Schr. vom 28. März 2006 entnimmt der Senat zudem, dass eine leichte Major Depression vorliegt. Auch Dr. R. und Dr. H. haben beschrieben, dass beim Kläger immer wieder depressive Episoden auftreten können. Dr. R. hat zudem angegeben, dass der Kläger an einer Dysthymia leidet. Aufgrund des Sachverständigengutachtens des Dr. Bö. steht für den Senat auch fest, dass der Kläger an einer chronischen generalisierten Tendomyopathie bei Fibromyalgiesyndrom leidet. Des Weiteren besteht an den Kniegelenken eine Femoropatellararthrose rechts stärker als links mit wiederkehrenden synovialitischen Reizzuständen. Dies entnimmt der Senat dem ärztlichen Attest des Dr. L. vom 10. April 2008.

Aufgrund der sich aus den objektivierbaren Gesundheitsstörungen ergebenden Funktionseinschränkungen kann der Kläger, wie der Senat dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S. entnimmt, keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr verrichten. Möglich sind nur noch leichte, vorübergehend auch mittelschwere körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen bis zehn, gelegentlich auch 15 kg, mit der Möglichkeit des regelmäßigen Körperhaltungswechsels, ohne Überkopfarbeiten und ohne Nackenzwangshaltungen, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten an laufenden Maschinen (ohne den zuzuordnenden Arbeitsdruck), ohne Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtschicht, ohne Einwirkung von Kälte, Staub, Gasen und Dämpfen, ohne psychosozialen Stress (mit der Notwendigkeit, mehrere Arbeiten gleichzeitig zu erledigen), ohne hohe Verantwortung und ohne Arbeiten unter nervlicher Belastung. Zu vermeiden sind auch Arbeiten mit erhöhter Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Arbeiten mit Publikumsverkehr. Zudem müssen die Arbeiten übersichtlich strukturiert sein und auch eine zu hohe äußere Reizüberflutung ist zu vermeiden. Im Hinblick auf die beim Kläger vorliegenden orthopädischen und psychiatrischen Erkrankungen überzeugen diese qualitativen Leistungseinschränkungen. Soweit Dr. R. häufigere kleinere Pausen für nötig erachtet, weist der Senat darauf hin, dass nach [§ 4 Satz 1](#) des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) dem Kläger bei einer zu Grunde gelegten täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden Ruhepausen von mindestens 30 Minuten zustehen, die nach Maßgabe der [§§ 2 Satz 2 und 7 ArbZG](#) auch in kleinere Zeitabschnitte aufgeteilt werden können. Auch gelten Kurzpausen von weniger als 15 Minuten alle zwei Stunden beispielsweise im Bereich des öffentlichen Dienstes nicht als arbeitszeitverkürzende Pausen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20. März 2007 – [L 11 R 684/06](#) – mit weiteren Nachweisen = in juris veröffentlicht).

Aufgrund der Feststellungen des Prof. Dr. S., die von Dr. R. bestätigt wurden, steht zur Überzeugung des Senats auch fest, dass der Kläger noch in der Lage ist, täglich vier mal einen Fußweg von 500 m in jeweils unter 20 Minuten als Arbeitsweg zurückzulegen. Hiervon geht auch Dr. Bö. aus; soweit er darauf hinweist, dass die Wegstrecke von 500 m nicht überschritten werden sollte, begründet er diese Einschätzung nicht. Letztlich dürfte diese Einschränkung mit den vom Kläger angegebenen täglichen Spaziergängen auch nicht begründbar sein.

Der Senat folgt – ebenso wie das SG – hinsichtlich der quantitativen Leistungseinschätzung der überzeugenden, nachvollziehbaren und schlüssigen Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. S ... Dieser hat unter Beachtung der somatoformen Schmerzstörung für den Senat nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass der Kläger in zeitlicher Hinsicht noch in der Lage ist, leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts unter Beachtung der oben genannten qualitativen Einschränkungen sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten. Diese Einschätzung deckt sich insbesondere mit dem vom Kläger angegebenen Tagesablauf. Danach hilft der Kläger seiner Frau beim Aufstehen, beim Betten machen, beim Duschen und beim Haare waschen. Er macht für seine Frau das Frühstück, räumt die Küche auf, geht gemeinsam mit ihr einkaufen und erledigt die meisten Haushaltstätigkeiten. Zudem bereitet er das Mittagessen vor, räumt die Küche auf und nachmittags erledigt er Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Saugen, Wischen sowie Waschen. Zudem bearbeitet der Kläger seinen Garten. Auch wenn der Kläger bei den genannten Tätigkeiten Pausen einlegen kann, führt dies nicht dazu, dass er leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts, bei denen er nur im Rahmen des ArbZG Pausen einlegen kann, nicht mehr als sechs Stunden verrichten kann. Wie bereits dargelegt, stehen dem Kläger bei einer zu Grunde gelegten täglichen Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden Ruhepausen von mindestens 30 Minuten zu, die auch in kleinere Zeitabschnitte aufgeteilt werden können. Insgesamt deckt sich die Leistungseinschätzung des Prof. Dr. S. mit dem angegebenen Tagesablauf des Klägers.

Soweit Dr. R. in ihrem Gutachten vom 27. Dezember 2006 zu einem untermitteltigen Leistungsvermögen des Klägers gelangt, überzeugt diese Einschätzung nicht. Denn Dr. R. begründet nicht, weshalb der Kläger nur noch in der Lage sein soll, zwei bis drei Stunden täglich leichte Tätigkeiten auszuüben, nicht aber mehr als drei Stunden. Mit der abweichenden Leistungsbeurteilung des Prof. Dr. S. setzt sich Dr. R. nicht genügend auseinander. Aus den von ihr erhobenen Befunden ergeben sich keine nachvollziehbaren Anhaltspunkte für die von ihr angenommene zeitliche Einschränkung. Neben der Dysthymia und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde lediglich ein Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung als krankhafter Befund genannt. Die somatoforme Schmerzstörung wurde jedoch von Prof. Dr. S. ausführlich berücksichtigt. Hieraus ergeben sich die oben genannten qualitativen Leistungseinschränkungen. Einschränkungen in quantitativer Hinsicht folgen hieraus jedoch nicht. Zwar vertritt Dr. R. die Auffassung, Prof. Dr. S. habe die Haus- und Gartenarbeit des Klägers zu sehr in den Vordergrund gestellt. Demgegenüber ist dem Gutachten der Dr. R. entgegenzuhalten, dass diese sich nicht eingehend mit dem Tagesablauf des Klägers auseinandergesetzt hat, so dass ihre quantitative Leistungseinschränkung nicht nachvollziehbar ist.

Soweit Dr. Bö. den Kläger nur noch für in der Lage hält, leichte Tätigkeiten zweistündig bis unter halbschichtig zu verrichten, überzeugt diese Einschätzung ebenfalls nicht. Auch er begründet die quantitative Leistungsminderung nicht näher. Zwar berücksichtigt er hierbei die chronisch generalisierte Tendomyopathie bei Fibromyalgiesyndrom. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass allein die Diagnose Fibromyalgiesyndrom eine Einschränkung der zeitlichen Leistungsfähigkeit nicht begründet. Maßgeblich sind die daraus resultierenden Auswirkungen. Soweit der Kläger aufgrund des Fibromyalgiesyndroms Schmerzen hat, wurden diese Schmerzen bei der Begutachtung durch Prof. Dr. S. eingehend gewürdigt. Dieser hat nachvollziehbar und schlüssig dargestellt, dass aufgrund der Schmerzen qualitative, aber keine quantitative Leistungseinschränkungen bestehen. Im Übrigen ergeben sich auch aus der von Dr. Bö. erhobenen Anamnese keine nachvollziehbaren Anhaltspunkte für die von ihm angenommene zeitliche Einschränkung.

Die Einschätzung von Dr. L. im Attest vom 10. April 2008, wonach der Kläger nur noch in der Lage sein soll, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts unter drei Stunden täglich zu verrichten, überzeugt ebenfalls nicht. Zum einen wird diese Einschätzung allein mit der Polymorbidität begründet, zum anderen sind die von ihm mitgeteilten Befunde durch Prof. Dr. S. bei seiner Begutachtung berücksichtigt worden. Die von ihm angegebene Femoropatellararthrose mit wiederkehrenden Reizzuständen vermag allenfalls eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen, jedoch nicht eine Leistungsminderung in zeitlicher Hinsicht.

Soweit Dr. H. in der Auskunft vom 06. Juli 2005 und dem Attest vom 12. Juli 2006 den Kläger nur noch für fähig ansieht, unter drei Stunden täglich leichte Tätigkeiten zu verrichten, überzeugt diese Einschätzung ebenfalls nicht. Zum einen wird diese Einschätzung nicht begründet, zum anderen hat Dr. H. keine weiteren Befunde mitgeteilt, die durch Prof. Dr. S. nicht berücksichtigt worden sind. In diesem Zusammenhang weist der Senat allerdings darauf hin, dass der Kläger während des Bezugs der Erwerbsminderungsrente offenbar keine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat. Nachdem Dr. R. nur noch den Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung geäußert hat, scheint diesbezüglich eine Besserung eingetreten zu sein.

Der Senat ist vor diesem Hintergrund zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger unter Berücksichtigung von qualitativen Einschränkungen noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten.

Ein weiteres Gutachten von Amts wegen war nicht erforderlich, nachdem im Berufungsverfahren eine wesentliche Befundverschlechterung weder geltend gemacht wurde, noch eine solche ersichtlich ist.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-02