

L 10 R 2626/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 815/06
Datum
28.02.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 2626/08
Datum
02.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.02.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 1951 geborene Kläger hat den Beruf eines Bauschlossers erlernt und war in diesem Beruf bis Dezember 1990 tätig. Anschließend war er von 1990 bis April 1993 als Gaststättengehilfe in der Gaststätte seiner Ehefrau versicherungspflichtig beschäftigt. In Folge einer im Januar 1993 erlittenen Knieverletzung war er sodann zunächst arbeitsunfähig und arbeitslos. Vom 01.11.1996 bis 31.10.1998 bezog er von der Beklagten eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit (Bescheide vom 21.08.1996 und 27.07.1998). Der Antrag des Klägers auf Fortzahlung der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit wurde von der Beklagten mit bestandskräftigem Bescheid vom 22.02.1999 abgelehnt. Ein weiterer Antrag des Klägers auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit vom Dezember 1999 wurde mit bestandskräftigem Bescheid vom 26.01.2000 abgelehnt. Nach Ende des Rentenbezugs war der Kläger arbeitslos und übte zeitweise eine geringfügige versicherungsfreie Beschäftigung aus, von April 2002 bis Oktober 2002, April 2003 bis November 2003 und zuletzt von März 2004 bis Oktober 2004 war er versicherungspflichtig als Hausmeister beschäftigt. Seitdem ist er arbeitsunfähig bzw. arbeitslos. Wegen der Einzelheiten wird auf die im Versicherungsverlauf vom 30.09.2005 festgestellten Zeiten Bezug genommen.

Am 29.06.2005 beantragte der Kläger bei der Beklagten erneut die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht des Prof. Dr. R.-B. über das im Juni 2005 durchgeführte stationäre Heilverfahren in der Reha-Klinik am Kurpark Bad K. (medial und retropatellar betonte Gonarthrose rechts, Beugekontraktur, beginnende Coxarthrose rechts größer links, rezidivierende pseudoradikuläre Schmerzsymptomatik des rechten Beines bei Fehlbelastung und Muskeldysbalance; der Kläger könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausmeister nur noch unter drei Stunden täglich, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen unter Vermeidung von Heben und Tragen von mehr als 10 kg, ohne kniende Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten in gebückter Zwangshaltung, ohne Tätigkeiten unter widrigen Witterungseinflüssen mindestens sechs Stunden täglich ausüben) bei und veranlasste eine gutachterliche Untersuchung des Klägers durch die Internistin G. und den Chirurgen Dr. B. ... Dr. B. diagnostizierte ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit endgradiger Funktionseinschränkung bei Fehlhaltung sowie mäßiggradigen degenerativen Veränderungen, eine Gonarthrose rechts mit endgradiger schmerzhafter Bewegungseinschränkung bei Zustand nach wiederholter Arthroskopie und eine beginnende Coxarthrose ohne Funktionseinschränkung. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit könne der Kläger nur noch unter drei Stunden täglich ausüben, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen unter Beachtung qualitativer Einschränkungen (kein häufiges Bücken, keine Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Vermeidung von Tätigkeiten im Knien und Bücken, Heben und Tragen von Lasten bis maximal 10 kg, kein häufiges Klettern und Steigen) seien dem Kläger vollschichtig möglich. Die Internistin G. beschrieb neben den von Dr. B. gestellten Diagnosen einen leichten Schulterhochstand links und leichte klaustrophobische Störungen. Der internistische Befund sei klinisch unauffällig gewesen. Der Kläger sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen unter Vermeiden von Lärmbereichen, ohne Nachtschicht und nicht in engen Räumen und - unter Einbeziehung des orthopädischen Gutachtens des Dr. B. - ohne dauerhafte schwere und mittelschwere Arbeiten mit häufigem Bücken, Klettern, Steigen, Knien und Hocken mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Mit Bescheid vom 30.09.2005 und Widerspruchsbescheid vom 07.02.2006 lehnte die Beklagte

den Antrag des Klägers ab.

Der Kläger hat am 03.03.2006 Klage zum Sozialgericht Heilbronn erhoben und unter Vorlage ärztlicher Befundberichte, u.a. der Neurologin und Psychiaterin Dr. P. und des Neurochirurgen Prof. Dr. K. geltend gemacht, sein Leistungsvermögen sei auf Grund der bestehenden degenerativen Veränderungen und chronischen Schmerzen nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ nachhaltig gemindert. Prof. Dr. K. empfehle eine Berentung. Zudem zeige Dr. P. eine depressive Symptomatik auf, die zu einer stärker behindernden Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit geführt habe.

Das Sozialgericht hat die behandelnde Ärzte Dr. P. und Prof. Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Dr. P. hat angegeben, der Kläger leide an einer reaktiven depressiven Verstimmung, derentwegen er nur noch unter vollschichtig belastbar sei. Prof. Dr. K. hat ausgeführt, der Kläger leide an einem chronischen Lumbalsyndrom sowie einem Cervikobrachialsyndrom links. In Anbetracht der nicht mehr behandelbaren Schmerzchronifizierung halte er den Kläger in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. B. allenfalls in der Lage, leichte Arbeiten mit den genannten Einschränkungen auszuüben. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Kläger auch leichtere Arbeiten nur für sehr kurze Zeiträume, z. B. eine Stunde in einer bestimmten Körperhaltung ausführen könne und bei dem hohen Schmerzniveau Konzentrationsdefizite mit entsprechenden Fehlerraten zu erwarten seien. Letztlich bedeuteten die Einschränkungen, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar sei.

Außerdem hat das Sozialgericht ein Gutachten durch den Orthopäden Dr. D. mit einem Zusatzgutachten von dem Neurologen und Psychiater M. und auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ein Gutachten von Prof. Dr. K., Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Diakoniekrankenhaus S. H., eingeholt. Der Sachverständige M. hat auf nervenärztlichem Gebiet nächtliche Alpträume und Angstattacken ohne Vorliegen eines eindeutigen Vollbildes einer Panikstörung oder einer anderen Angststörung und bezüglich der überwiegend lumbalen Wirbelsäulenbeschwerden klinisch-neurologisch, elektrophysiologisch sowie radiologisch keinen Anhaltspunkt für eine Nervenwurzelkompression oder Nervenwurzelirritation beschrieben. Die Diagnose einer depressiven Episode oder länger anhaltenden depressiven Verstimmung lasse sich nicht stellen. Der Kläger habe bei der Untersuchung selbst angegeben, dass er die von Dr. P. verordneten Antidepressiva und schlaffördernden Medikamente sowie auch Schmerzmittel nur bei Bedarf (Schmerzmittel zweimal pro Woche, Antidepressivum und/oder Schlafmittel nur selten) einnehme. Er betreibe nach seinen Angaben weiterhin die im Familienbesitz stehende Pension zusammen mit seiner Ehefrau. Aus nervenärztlicher Sicht sei der Kläger weiterhin in der Lage, seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Hausmeister, Kellner bzw. Betreiber einer Pension acht Stunden täglich unter Beachtung qualitativer Einschränkungen (keine Nachtschichtarbeit, keine in besonderem Maße psychisch belastenden Tätigkeiten, keine Arbeiten unter sehr hohem Zeitdruck) vollschichtig auszuüben. Eine Einschränkung der Wegfähigkeit bestehe nicht. Der Kläger fahre nach eigener Auskunft auch selbst weiter mit seinem Pkw und sei auch weiter in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Dr. D. hat eine chronisch-rezidivierende Lumbalgie mit rezidivierender Ischialgie rechts bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Ausfälle, eine rezidivierende Cervikalgie bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule, eine rezidivierende Dorsalgie bei degenerativen Veränderungen der mittleren Brustwirbelsäule, eine beidseitige zentrale Coxarthrose und leichte Hüftdysplasie rechts, eine erhebliche Retropatellararthrose und Osteochondrosis dissecans des medialen Femurcondylus am rechten Kniegelenk und ein leichtes Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts diagnostiziert. Den zuletzt ausgeübten Beruf als Hausmeister könne der Kläger nur noch unter drei Stunden täglich ausüben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien dem Kläger hingegen leichte körperliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen (Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen unter Zurverfügungstellung eines rückengerechten Arbeitsstuhls sowie entweder eines höhenverstellbaren Schreibtisches oder zumindest eines Stehpults bei überwiegend sitzenden Tätigkeiten, Heben und Tragen von Lasten unter 10 kg, keine gebückten Tätigkeiten oder Tätigkeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, keine Tätigkeiten in Nässe, Kälte und Zugluft, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie häufiges Treppengehen und - unter Beachtung des nervenärztlichen Zusatzgutachtens - keine Akkordarbeiten und Nachtschichtarbeiten) noch vollschichtig zumutbar. Hinsichtlich der Wegfähigkeit bestünden zwar gewisse Einschränkungen, der Kläger sei aber in der Lage, mit Hilfe z. B. von Unterarmgehstützen, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 m in weniger als 20 Minuten zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit zu benutzen. Prof. Dr. K. hat eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, in Kombination mit einer vorwiegend depressiven Symptomatik und eine kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert. Die berufliche Leistungsfähigkeit sei mit weniger als drei Stunden täglich bei leichten körperlichen Tätigkeiten einzustufen. Dies ergebe sich auf Grund einer sehr komplexen Störung mit Anteilen einer depressiven Erkrankung, einer komplexen Angsterkrankung und einzelnen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Die Beklagte ist dem Gutachten des Prof. Dr. K. unter Vorlage einer Stellungnahme der Ärztin für Psychiatrie H. (die Agoraphobie mit Panikstörung habe zu keinem gravierenden Vermeidungsverhalten geführt und sei somit nicht von sozialmedizinischer Relevanz und habe den Kläger ferner offenbar nicht so stark beeinträchtigt, dass sie ihn zu einer Inanspruchnahme einer konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung motiviert hätte, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei nicht nachvollziehbar) entgegengetreten. Mit Urteil vom 28.02.2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Kläger habe weder Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) noch auf die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit im Sinne des § 240 SGB VI. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sei der Kläger noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Dies ergebe sich aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des im Verwaltungsverfahren gehörten Gutachters Dr. B. und der gerichtlichen Sachverständigen Dr. D. und M. ... Die Einschätzung des nach § 109 SGG gehörten Sachverständigen Prof. Dr. K. sei nicht überzeugend. Dieser habe kaum Angaben zu Tagesablauf, zu Mitarbeit des Klägers in seiner Familie, dem Haushalt und dem Pensionsbetrieb erhoben. Prof. Dr. K. habe außerdem offen gelassen, in welchen Lebensbereichen der Kläger Einschränkungen auf Grund der Panikstörung hinzunehmen habe. Auch die Diagnose einer depressiven Störung habe Prof. Dr. K. nicht überzeugend begründet. Die Wegfähigkeit des Klägers sei trotz der Knieprobleme erhalten. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit scheide angesichts seines beruflichen Werdegangs aus.

Gegen das am 09.05.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 03.06.2008 Berufung eingelegt. Er macht geltend, das Sozialgericht habe sich ohne hinreichende Begründung über die Feststellungen des Prof. Dr. K. hinweggesetzt. Unzutreffend sei, dass Prof. Dr. K. kaum Angaben zum Tagesablauf, zur Mitarbeit in der Familie, dem Haushalt und dem Pensionsbetrieb gemacht habe. Die Angaben seien insoweit nahezu identisch wie bei dem Gutachter M. ... Unberücksichtigt habe das Sozialgericht gelassen, dass er bei der Begutachtung durch den Sachverständigen M. nach den Ausführungen auf Seite 13 unten und 14 oben des Gutachtens ausdrücklich darauf hingewiesen habe, dass

er Verrichtungen im Rahmen des Pensionsbetriebs aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.02.2008 und den Bescheid der Beklagten vom 30.09.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.02.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab Antragstellung eine Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat Dr. P. schriftlich als sachverständige Zeugin befragt. Diese hat angegeben, der Kläger befinde sich seit Januar 2006 regelmäßig in ihrer Behandlung, seitdem sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen; es finde sich eine mittelschwere somatisierte Depression. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes wirke sich auf die berufliche Leistungsfähigkeit in der Form aus, dass der Kläger kein Durchhaltevermögen habe, stressintolerant sei und eine berufliche Belastung von mehr als drei Stunden täglich nicht durchhalten könne. In dem im Auftrag des Senats erstatteten Gutachten hat der Arzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Sch. eine leichtgradige depressive Verstimmung reaktiver Genese und agoraphobische Symptome ohne signifikantes Vermeidungsverhalten beschrieben. Ein Anhalt für eine manifeste neurogene Schädigung bestehe nicht. Der Ausprägungsgrad der psychischen Symptomatik sei als leichtgradig einzustufen und entziehe sich nicht der zumutbaren Willensanspannung. Die Diagnosekriterien einer rezidivierenden depressiven Störung seien nicht erfüllt. Eine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung habe sich nicht gezeigt, das Umstellungs- und Anpassungsvermögen sei nicht eingeschränkt. Der Kläger sei durchaus in der Lage, leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in verschiedenen Arbeitshaltungen in Tagesschicht oder Früh-/Spätschicht unter Beachtung qualitativer Einschränkungen (keine vermehrt emotionalen Belastungen, keine Tätigkeiten unter vermehrtem Zeitdruck oder Akkordbedingungen) über sechs Stunden täglich zu verrichten.

Der Kläger hat ergänzend ärztliche Befundberichte des Prof. Dr. K. (chronische Lumbalgie, er bleibe bei der Einschätzung, dass eine Berentung erfolgen sollte), des Orthopäden Dr. M. (chronifiziertes Schmerzsyndrom, myotendinöse Verkürzungen, chronisch rezidivierende Lumbosacralgien/Ischialgien L5/S1 rechts, rechts konvexe Skoliose, teilfixierter Rundrücken, aktivierte mediale Gonarthrose und Retropatellararthrose rechts, beginnende Valguscoxarthrose links; Ausschluss einer radialen Ausfallsymptomatik der unteren Extremitäten beidseits) und des Prof. Dr. E., C.-Krankenhaus Bad M. (Gonarthrose rechts, Lumboschialgie, Empfehlung der Implantation einer Knie-totalendoprothese), ein Attest von Dr. P. (mittelschwere depressive Episode, Leistungsvermögen auf drei Stunden täglich eingeschränkt) und eine Verordnung des Dr. M. über ein Paar Unterarmgehstützen wegen Gonarthrose rechts mit der Bitte um Berücksichtigung bei der Entscheidungsfindung vorgelegt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den §§ 143, 144 SGG zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist in erster Linie § 43 SGB VI. Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind.

Nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sind teilweise erwerbsgemindert 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. Nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI sind voll erwerbsgemindert 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. Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Eine quantitative Minderung der Leistungsfähigkeit des Klägers liegt nach Überzeugung des Senats nicht vor. Der Senat stützt sich auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Feststellungen der im erstinstanzlichen Verfahren gehörten Sachverständigen M. und Dr. D. sowie des im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen Dr. Sch. ...

Auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet liegen bei dem Kläger keine schwerwiegenden Gesundheitsstörungen vor, insbesondere keine von einem derartigen Ausmaß, das eine quantitative Minderung der Leistungsfähigkeit rechtfertigen würde. Die Sachverständigen M. und Dr. Sch. haben auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet weitgehend übereinstimmende Befunde erhoben. Diagnostisch hat Dr. Sch. leichtgradige depressive Verstimmungen reaktiver Genese und agoraphobische Symptome ohne signifikantes Vermeidungsverhalten beschrieben. Der Sachverständige M. hat nächtliche Alpträume und Angstattacken ohne ein eindeutiges Vollbild einer Panikstörung oder anderen Angststörungen diagnostiziert. Hinsichtlich des psychischen Untersuchungsbefundes hat Dr. Sch. eine zeitweilig sehr lebhaft gestik und Mimik beschrieben, Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung und der Konzentration haben nicht vorgelegen. Auch haben sich - so Dr. Sch. - keine Gedächtnisstörungen nachweisen lassen. Im Antrieb ist der Kläger adäquat gewesen, eine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung ist nicht ersichtlich gewesen. Die Grundstimmung des Klägers hat Dr. Sch. als leicht niedergeschlagen beschrieben, ohne dass allerdings eine tiefergehende depressive Stimmungslage ersichtlich gewesen sei. Die

affektive Resonanzfähigkeit ist leicht eingeschränkt und zum negativen Pol hin verschoben, aber nicht aufgehoben, gewesen und das formale Denken folgerichtig und nicht verlangsamt. Zudem haben sich - so Dr. Sch. - Hinweise auf Somatisierungstendenzen und für eine eingeschränkte Introspektions- und Reflektionsfähigkeit, nicht hingegen für eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert ergeben. Der Sachverständige M. hat eine unauffällige Psychomotorik, eine vorwiegend ausgeglichene Gestik und Mimik, eine klare Bewusstseinslage, keine Orientierungs- oder Wahrnehmungsstörungen oder Störungen der Ich-Funktionen bzw. des Gedankengangs, ein nicht erschwertes Auffassungsvermögen, eine Intelligenz im Durchschnittsbereich, eine nicht beeinträchtigte Merk- und Konzentrationsfähigkeit, eine erhaltene Kritikfähigkeit, eine ausgeglichene, nur zeitweilig (themenabhängig) auch gedrückte Stimmungslage, ein normales emotionales Schwingungsvermögen und einen unverminderten Antrieb beschrieben. Insgesamt ergeben sich damit weder aus den von Dr. Sch. noch aus den von dem Sachverständigen M. erhobenen Befunden schwerwiegende funktionelle Einschränkungen. Zudem hat sowohl Dr. Sch. als auch der Sachverständige M. überzeugend dargelegt, dass durch die geltend gemachten psychischen Beschwerden kein erheblicher Leidensdruck verursacht wird. So hat der Kläger bei dem Sachverständigen M. hinsichtlich der von der behandelnden Neurologin und Psychiaterin Dr. P. verordneten Antidepressiva und schlaffördernden Medikamente selbst angegeben, dass er alle Medikamente, sowohl Schmerzmittel als auch das Antidepressivum und das Schlafmittel, nur bei Bedarf nehme und insoweit eine zweimal wöchentliche Einnahme von Schmerzmitteln und eine nur seltene Einnahme des Antidepressivums und/oder des Schlafmittels angegeben. Bei der Untersuchung durch Dr. Sch. hat der Kläger die Einnahme eines Schlafmedikaments und eines sedierenden Antidepressivums angegeben. Dr. Sch. hat allerdings dargelegt, dass bei einer Tagesdosis von 75 mg zur Nacht ein signifikanter antidepressiver Effekt des verordneten Amitryptilins nicht erwartet werden kann. Zudem haben die von Dr. Sch. erhobenen Laborwerte ergeben, dass sich weder das von dem Kläger angegebene Antiphlogistikum Ibuprofen noch das Amitryptilin hat nachweisen lassen, obwohl der Kläger bei Dr. Sch. angegeben hatte, beide Medikamente am Vorabend eingenommen zu haben. Dr. Sch. hat insoweit zu Recht darauf hingewiesen, dass die fehlende Nachweisbarkeit beider Medikamente zum einen Rückschlüsse auf den - fehlenden - subjektiven Leidensdruck und zum anderen auf die Authentizität der anamnestischen Angaben des Klägers zulässt. Auch im Hinblick auf die klinische Untersuchung hat sowohl Dr. Sch. als auch der Sachverständige M. ein demonstratives Verhalten des Klägers beschrieben, so dass es insgesamt nicht als nachgewiesen angesehen werden kann, dass die von dem Kläger geschilderten Beschwerden tatsächlich in dieser Ausprägung im Alltagsleben vorhanden sind.

Zudem lässt auch der von dem Kläger sowohl gegenüber Dr. Sch. als auch dem Sachverständigen M. geschilderte Tagesablauf nicht auf ein quantitativ gemindertes Leistungsvermögen schließen. Der Kläger betreibt nach seinen Angaben weiterhin zusammen mit seiner Ehefrau, die wegen eines Rheumaleidens seit mehreren Jahren berentet ist, eine Pension. Insoweit hat er gegenüber dem Sachverständigen M. im erstinstanzlichen Verfahren angegeben, dass es sich um eine Pension mit sieben Zimmern handelte und er morgens zusammen mit seiner Frau die Gästezimmer sauber mache, ansonsten allgemein aufräume, auch bekämen die Gäste bei Nachfrage Essen. Die außerdem vorhandene Gaststätte sei zwar schon seit Jahren meistens geschlossen, allerdings habe man am Wochenende auch noch häufiger vorbestellte Gäste. Nachmittags helfe er den beiden Jüngsten seiner insgesamt fünf Kinder, von denen vier noch zuhause wohnten, bei den Hausaufgaben, spiele mit diesen und höre den Kindern beim Musizieren zu. Außerdem erledige er gemeinsam mit seiner Ehefrau Einkäufe und hole morgens für die Gäste Brötchen. Gegenüber dem im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen Dr. Sch. hat der Kläger zwar angegeben, die Pension sei "so gut wie zu"; hieraus lässt sich jedoch kein Rückschluss auf eine verminderte Leistungsfähigkeit des Klägers ziehen, vielmehr mag dies seine Gründe auch in den derzeit schlechteren allgemein wirtschaftlichen Verhältnissen haben. Zudem hat der Kläger gegenüber Dr. Sch. angegeben, er habe mit seiner Ehefrau noch ein paar Hühner und den Garten, auch hat er über eine gute Nachbarschaft berichtet und regelmäßige Besuche der Kirche am Wochenende angegeben. Insgesamt ergibt sich damit aus der von dem Kläger geschilderten Alltagsgestaltung keine wesentliche Antriebsminderung und auch kein wesentlicher sozialer Rückzug. Wie Dr. Sch. und der Sachverständige M. somit insgesamt überzeugend dargelegt haben, ist der Kläger aus nervenärztlicher Sicht weiterhin in der Lage, jedenfalls leichte Tätigkeiten unter Beachtung qualitativer Einschränkungen (keine Tätigkeiten mit vermehrt emotionalen Belastungen oder unter vermehrtem Zeitdruck oder Akkordbedingungen, keine Nachtschichtarbeit) in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten.

Soweit der Kläger geltend macht, nach den Ausführungen im Gutachten auf Seite 13 und 14 des Sachverständigen M. habe er ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er Verrichtungen im Rahmen des Pensionsbetriebes nicht mehr ausüben könne, trifft dies nicht zu. Denn die Angaben im Gutachten auf Seite 13 unten und 14 oben beziehen sich auf die zuletzt von dem Kläger als abhängig beschäftigter Hausmeister ausgeübte Tätigkeit mit der dabei bestehenden Notwendigkeit, auch schwere Koffer zu heben und ein am Hang befindliches Rasengrundstück zu mähen. Derartige körperliche Tätigkeiten werden dem Kläger bei einer leichten körperlichen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht abverlangt.

Soweit der auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG im erstinstanzlichen Verfahren gehörte Sachverständige Prof. Dr. K. ein Restleistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich angegeben hat, ist dies unter Berücksichtigung des von Dr. Sch. und dem Sachverständigen M. erhobenen psychischen Befundes und der geschilderten weiterhin erhaltenen alltäglichen Aktivitäten nicht nachvollziehbar. Auch die diagnostische Beurteilung der psychischen Beschwerden als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ist nicht plausibel. Nachvollziehbar ist zwar eine im Hinblick auf die körperlichen Beschwerden bestehende gedrückte Stimmungslage, allerdings haben sowohl Dr. Sch. als auch der Sachverständige M. dargelegt, dass die Fähigkeit, Freude zu empfinden, nicht aufgehoben ist. So hat der Kläger beispielsweise gegenüber dem Sachverständigen M. angegeben, es zu genießen, seinen Kindern beim Musizieren zuzuhören und dass es ihm Freude mache, die Kinder zu unterstützen. Eine Auffassungsstörung, Konzentrationsstörung, Störungen der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses hat auch Prof. Dr. K. im Rahmen des von ihm erhobenen psychischen Befundes nicht beschrieben. Soweit er einen deutlich verminderten Antrieb angegeben hat, ist dies unter Berücksichtigung des Alltagsverhaltens, dass der Kläger gegenüber Prof. Dr. K. weitgehend übereinstimmend wie bei den Untersuchungen bei Dr. Sch. und dem Sachverständigen M. beschrieben hat, nicht nachvollziehbar. So hat der Kläger auch gegenüber Prof. Dr. K. angegeben, die Pension mit seiner Frau weiter zu betreiben, die Gästezimmer gemeinsam mit seiner Frau sauber zu machen und auch die Gaststätte gelegentlich am Wochenende geöffnet zu halten, den Kindern bei den Hausaufgaben zu helfen und beim Musizieren zuzuhören.

Soweit Prof. Dr. K. eine Agoraphobie mit Panikstörung diagnostiziert hat, kann letztlich dahingestellt bleiben, ob die Diagnosekriterien des ICD 10 insoweit vollumfänglich erfüllt sind. Agoraphobische Symptome bzw. nächtliche Alpträume und Angstattacken haben auch Dr. Sch. und der Sachverständige M. beschrieben, allerdings ist, worauf Dr. Sch. zutreffend hingewiesen hat, ein signifikantes Vermeidungsverhalten nicht ersichtlich. Ein solches hat auch Prof. Dr. K. nicht dargelegt. Unberücksichtigt gelassen hat Prof. Dr. K. insoweit insbesondere, dass der Kläger im Rahmen des Pensions- und gelegentlichen Gaststättenbetriebs Publikumsverkehr ausgesetzt ist und insoweit über keinerlei

Schwierigkeiten berichtet hat. Auch hat der Kläger diesbezüglich beispielsweise im Zusammenhang mit den Einkäufen, die er gemeinsam mit seiner Ehefrau durchführt, keine Probleme angegeben. Außer Acht gelassen hat Prof. Dr. K. im Übrigen, den tatsächlichen Leidensdruck des Klägers kritisch zu hinterfragen, wofür auf Grund der von dem Sachverständigen M. dargelegten nur sehr unregelmäßigen Medikamenteneinnahme Anlass bestanden hätte. Insgesamt überzeugt somit die Einschätzung von Prof. Dr. K. - wie auch die beratende Ärztin der Beklagten H. dargelegt hat - nicht.

Gleiches gilt für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch die behandelnde Neurologin und Psychiaterin Dr. P. ... Die von ihr gestellte Diagnose einer mittelschweren somatisierten Depression ist - wie bereits dargelegt - unter Berücksichtigung der von dem Sachverständigen M. und Dr. Sch. erhobenen Befunde nicht haltbar. Zudem hat auch Dr. P. nicht berücksichtigt, dass der Kläger die von ihr verordneten Medikamente jedenfalls nicht regelmäßig einnimmt.

Auf orthopädischem Fachgebiet hat der Sachverständige Dr. D. eine chronisch rezidivierende Lumbalgie mit einer rezidivierenden Ischialgie rechts bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Ausfälle, eine rezidivierende Cervikalgie bei degenerativen Veränderungen der unteren HWS, eine rezidivierende Dorsalgie bei degenerativen Veränderungen der mittleren BWS, eine beidseitige zentrale Coxarthrose und eine leichte Hüft dysplasie rechts, eine erhebliche Retropatellararthrose und Osteochondrosis dissecans des medialen Femurcondylus am rechten Kniegelenk und ein leichtes Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts diagnostiziert. Wie Dr. D. dargelegt hat, steht im Vordergrund die rechtsseitige Knieproblematik mit der erheblichen retropatellaren Arthrose. Auf Grund dessen sind - so überzeugend Dr. D. - bei einer beruflichen Tätigkeit des Klägers zwar qualitative Einschränkungen (Heben und Tragen von Lasten nur unter 10 kg, keine gebückten Tätigkeiten, keine Tätigkeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, keine rein stehende oder gehende Tätigkeit, keine Tätigkeiten in Nässe, Kälte und Zugluft, mit Besteigen von Leitern und Gerüsten, kein häufiges Treppensteigen) zu berücksichtigen. Eine quantitative Minderung der Leistungsfähigkeit folgt daraus jedoch nicht.

Soweit der behandelnde Neurochirurg Prof. Dr. K. in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage ausgeführt hat, der Kläger sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar, ist dies nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. K. hat insoweit zur Begründung ausgeführt, der Kläger könne auch leichtere Arbeiten nur für sehr kurze Zeiträume, z. B. eine Stunde in einer bestimmten Körperhaltung ausführen, wobei zudem wegen dem hohen Schmerzniveau Konzentrationsdefizite mit entsprechenden Fehlerraten zu erwarten seien. Der Notwendigkeit eines häufigeren Wechsels der Körperposition kann allerdings, wie Dr. D. dargelegt hat, durch Beachtung qualitativer Einschränkungen, nämlich der Möglichkeit, eine berufliche Tätigkeit im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen auszuüben, hinreichend Rechnung getragen werden. Lediglich ergänzend ist in Bezug auf die von Dr. D. gesehene Notwendigkeit eines höhenverstellbaren Schreibtischs bzw. eines Stehpults bei einer überwiegend sitzenden Tätigkeit anzumerken, dass es hierauf im Hinblick auf die Möglichkeit, Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen auszuüben, nicht ankommt. Soweit Prof. Dr. K. auf ein "hohes Schmerzniveau" und "Konzentrationsdefizite" abstellt, ist zu berücksichtigen, dass der Kläger nach seinen Angaben gegenüber dem Sachverständigen M. Schmerzmedikamente in Form von Ibuprofen nur bei Bedarf, etwa ein bis zweimal wöchentlich benötigt und zudem die auf nervenärztlichem Fachgebiet gehörten Sachverständigen M., Dr. Sch. und Prof. Dr. K. Konzentrationsschwierigkeiten gerade nicht festgestellt haben. Einwände gegen die Beurteilung des Sachverständigen Dr. D. hat der Kläger im Berufungsverfahren im Übrigen nicht erhoben.

Auch aus den von dem Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten ärztlichen Befundberichten ergeben sich keine Hinweise für eine weitere, wesentliche Verschlechterung seines Leistungsvermögens. Soweit Prof. Dr. K. in dem von dem Kläger vorgelegten Befundbericht vom 01.09.2009 eine chronische Lumbalgie mit von dem Kläger angegebenen chronischen Rückenschmerzen, die in den rechten Oberschenkel bis in die rechte Wade ausstrahlen und ein Taubheitsgefühl aller Zehen beschrieben hat, entspricht dies den Beschwerden, die der Kläger bereits bei Dr. D. angegeben hat ("teilweise ziehen die Schmerzen der Wirbelsäule in das rechte Bein bis zu den Zehen, diese würden ab und zu alle einschlafen"). Der Orthopäde Dr. M. hat in dem von dem Kläger vorgelegten Befundbericht vom 28.08.2009 weitgehend mit Dr. D. übereinstimmende Diagnosen (chronifiziertes Schmerzsyndrom, myotendinöse Verkürzung, chronisch rezidivierende Lumbosacralgien/Ischialgien L5/S1 rechts mit akutem Rezidiv S1 rechts, rechts konvexe Skoliose dorsolumbal, teilfixierter Rundrücken, aktivierte mediale Gonarthrose und Retropatellararthrose rechts, Valguscoxarthrose links) beschrieben und eine radikuläre Ausfallsymptomatik der unteren Extremitäten beidseits ausgeschlossen. Therapeutisch hat Dr. M. u. a. Bewegung/Sport empfohlen, so dass auch er eine weitgehende körperliche Schonung nicht für erforderlich hält. Soweit Dr. M. nach Abschluss des Rentenantragsverfahrens eine radiologische Untersuchung des rechten Kniegelenks zur Prüfung der Indikationsstellung einer Knie totalendoprothese vorgeschlagen hat, entspricht dies der Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen Dr. D. ... Denn dieser hat ausgeführt, dass eine Verbesserung der Knieproblematik (nur) durch einen endoprothetischen Ersatz des Kniegelenks erzielt werden kann und dem auch nicht das Lebensalter des Klägers entgegensteht. Auch aus dem von dem Kläger vorgelegten Befundbericht des Prof. Dr. E., C.-Krankenhaus Bad M., ergibt sich insoweit nichts anderes. Auch dieser hat die bereits bekannte Gonarthrose rechts und eine Lumboischialgie diagnostiziert und hinsichtlich der Kniebeschwerden die Implantation einer Knie totalendoprothese empfohlen. Der von dem Kläger außerdem vorgelegte weitere Befundbericht des Prof. Dr. K. vom 20.11.2009 beschreibt ebenfalls lediglich die bereits bekannte chronische Lumbalgie, ein Hinweis für eine radikuläre Schmerzauslösung besteht nach dem Befundbericht des Prof. Dr. K. weiterhin nicht. Soweit Prof. Dr. K. in diesem Befundbericht außerdem unter "weitere Empfehlung" angegeben hat, er bleibe bei der Einschätzung, dass eine Berentung erfolgen sollte, hat der Senat bereits dargelegt, dass die Einschätzung des Prof. Dr. K. nicht überzeugt. Eine wesentliche Änderung des Befundes hat Prof. Dr. K. selbst nicht angegeben.

Der Kläger kann daher zumindest noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der von den gerichtlichen Sachverständigen M., Dr. D. und Dr. Sch. genannten qualitativen Einschränkungen sechs Stunden täglich ausüben. Er ist daher nicht erwerbsgemindert. Dabei ist es unerheblich, ob ein dem Leistungsvermögen entsprechender Arbeitsplatz vermittelt werden kann, weil nach § 43 Abs. 3 zweiter Halbsatz SGB VI die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist in einem solchen Fall regelmäßig nicht erforderlich. Denn nach der Rechtsprechung des BSG steht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist (BSG, Urteil vom 14.09.1995, 5 RJ 50/94 in SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50).

Allerdings kann nur das Leistungspotenzial, das auf dem Arbeitsmarkt konkret einsetzbar ist, als Maßstab für die Fähigkeit eines Versicherten, Einkommen zu erzielen, herangezogen werden. Folglich gehört nach der Rechtsprechung des BSG zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 28.08.2002, B 5 RJ 12/02 R m.w.N.). Denn

eine Tätigkeit zum Zweck des Gelderwerbs ist in der Regel nur außerhalb der Wohnung möglich. Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist deshalb Teil des in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Risikos, das Defizit führt zur vollen Erwerbsminderung.

Hat der Versicherte keinen Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht konkret angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm - auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs - möglich sein muss, nach dem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel und vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege zurücklegen muss. Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (weniger als 20 Minuten) zu Fuß bewältigen und zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten (insbes. die zumutbare Benutzung eines vorhandenen Kraftfahrzeugs) zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist auch die Wegefähigkeit des Klägers nicht in relevantem Ausmaß gemindert. Auf Grund der Beschwerden des rechten Kniegelenks ist - so Dr. D. - die Wegefähigkeit zwar in gewissem Maße eingeschränkt, da der Kläger ein verlangsamtes, rechts hinkendes Gangbild zeigt. Allerdings hat Dr. D. überzeugend dargelegt, dass der Kläger unter Zuhilfenahme von Unterarmgehstützen in der Lage ist, viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 m in weniger als 20 Minuten zu Fuß zurückzulegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Mit derartigen Unterarmgehstützen ist der Kläger nach der von ihm selbst im Berufungsverfahren vorgelegten Verordnung des Dr. M. auch versorgt. Soweit Prof. Dr. K. wegen der von ihm diagnostizierten Agoraphobie mit Panikstörung eine Beeinträchtigung in der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel gesehen hat, ist dies bereits dadurch widerlegt, dass der Kläger zu dem Erörterungstermin des Senats am 10.09.2009 tatsächlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln angereist ist. Im Übrigen verfügt der Kläger nach seinen Angaben gegenüber Dr. Sch. über einen Führerschein und ein Auto, das er auch noch selbst fährt, sodass er einen Arbeitsplatz unter Benutzung des ihm zur Verfügung stehenden Kraftfahrzeugs erreichen kann.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Nach § 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 vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfähig sind.

Berufsunfähig sind nach § 240 Abs. 2 SGB VI Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Maßgeblicher Bezugsberuf ist vorliegend, nachdem der Kläger seine erlernte Tätigkeit als Bauschlosser nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern auf Bitte seines Schwiegervaters, um ganz in dem von der Familie betriebenen Gaststättenbetrieb arbeiten zu können, aufgegeben hat, die zuletzt ausgeübte ungelernte Tätigkeit als Hausmeister in einem Kurhaus, wo zu seinen Aufgabenbereichen zählte, die Koffer auf die Zimmer zu bringen, Rasen zu mähen, Glühbirnen zu wechseln, Blumenbeete anzulegen und sich um die Heizung zu kümmern. Der Kläger ist damit auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar, ohne dass es der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedarf.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-03-04