

L 4 R 665/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 8 R 2657/08

Datum

20.01.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 665/10

Datum

28.07.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 20. Januar 2010 wird zurückzugewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 1953 geborene Kläger absolvierte in der ehemaligen DDR zwischen dem 01. September 1968 und dem 18. Juli 1970 eine Ausbildung zum Agrotechniker und nach seinen Angaben in den Jahren 1987 und 1988 eine weitere Ausbildung zum Berufskraftfahrer. Zwischen dem 19. Juli 1970 und 31. Dezember 1992 war er unterbrochen durch die Zeit des Wehrdienstes und kurzfristige Zeiten mit Arbeitsausfalltagen als Traktorist, Kesselwärter, Kranfahrer, Kraftfahrer und Hausmeister versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 04. Januar 1993 bis 26. Februar 1994 bezog er Arbeitslosengeld. Zwischen dem 28. Februar 1994 und 24. Januar 1996 war er als Dachdecker versicherungspflichtig beschäftigt. Sodann bezog er vom 25. Januar 1996 bis 13. April 1996 erneut Arbeitslosengeld, im Anschluss daran vom 15. April 1996 bis 17. Januar 1997 Krankengeld und vom 18. Januar 1997 bis 10. Mai 1997 wiederum Arbeitslosengeld. Vom 12. Mai 1997 bis 08. September 1997 war er vor einer weiteren Zeit des Bezugs von Arbeitslosengeld vom 15. September 1997 bis 31. Dezember 1998 als Dachdecker versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 01. Januar 1999 bis 23. Juli 2006 schloss sich eine erneute versicherungspflichtige Beschäftigung als Hausmeister an. Sodann bezog er vom 26. Juli 2006 bis 20. November 2006 Krankengeld bzw. Übergangsgeld. Vom 21. November 2006 bis 18. April 2007 war er noch einmal als Hausmeister versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 19. April 2007 bis 21. März 2008 erhielt er erneut Krankengeld und sodann bis 20. Juni 2009 Arbeitslosengeld. Seit 01. Juli 2009 erhält er Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Vom 27. Juni bis 18. Juli 2006 absolvierte der Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, aus der er, auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausmeister, arbeitsfähig entlassen wurde. Dr. B.-F. nannte im Entlassungsbericht vom 27. Juli 2006 als Diagnosen einen Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Großzehenheberschwäche beidseits, Spinalkanalstenose, eine arterielle Hypertonie, einen chronischen Nikotin- und Alkoholabusus und eine Hypercholesterinämie. Nach der Rehabilitationsmaßnahme kam es zu einer raschen Progredienz der Beschwerden vor allem im Sinne einer Claudicatio spinalis und Lumboischialgien beidseits, worauf der Kläger am 07. August 2006 wegen einer Spinalkanalstenose im Bereich L4/5 links operiert wurde und vom 24. August bis 14. September 2006 erneut eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme absolvierte, aus der er nunmehr arbeitsunfähig entlassen wurde. Dr. F. diagnostizierte im Entlassungsbericht vom 29. September 2006 eine Lumbalstenose mit Claudicatio-Symptomatik und Myelopathie, einen Zustand nach Dekompression L4/5 am 07. August 2006, residuale postoperative muskuläre Dysbalancen und eine residuale Myelopathie bei Bandscheibenkompression. Die letzte Tätigkeit als Hausmeister sei insbesondere im Hinblick auf die anfallenden Hebe- und Tragebelastungen im Grenzbereich des Leistungsbildes einzuordnen. Inwieweit Arbeiten auf Leitern und Gerüsten wieder möglich seien, hänge von der Rückläufigkeit der neurologischen Restsymptomatik ab. Eine endgültige Beurteilung des Leistungsbildes sei erst nach Abschluss der Rekonvaleszenz von ca. sechs Monaten möglich. Am 09. März 2007 wurde der Kläger erneut im Bereich der Wirbelsäule (osteoligamentäre Dekompression LW2/3 und LW3/4 beidseits) operiert (Bericht des Prof. Dr. Z., Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik F., Neurochirurgische Universitätsklinik, Abteilung Allgemeine Neurochirurgie, vom 13. März 2007). Vom 30. März bis 20. April 2007 nahm der Kläger an einer weiteren Rehabilitationsmaßnahme teil. Nach dem Entlassungsbericht von Dr. F. vom 07. Mai 2007 bestand ein Zustand nach Dekompression L2 bis L4 bei lumbaler Spinalkanalstenose, eine gut kompensierte Osteochondrose der Halswirbelsäule und eine

medikamentös kompensierte Hypertonie. Der Kläger wurde wiederum arbeitsunfähig, jedoch mit einem nach einer Rekonvaleszenz von drei bis max. sechs Monaten über sechsständigen Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung von hals- und lendenwirbelsäulenbelastenden Arbeitshaltungen entlassen.

Am 20. Juni 2007 beantragte der Kläger Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte holte hierauf eine sozialmedizinische Stellungnahme ihres Beratungsarztes, des Orthopäden Dr. R. ein, der unter dem 10. Juli 2007 ausführte, dass ein Leistungsvermögen wie von Dr. F. im Entlassungsbericht vom 07. Mai 2007 beschrieben vorliege. In dem bisher ausgeübten Beruf könne der Kläger seit 07. August 2006 nur noch unter drei Stunden täglich arbeiten. Eine leichte Tätigkeit ohne häufiges Heben, Tragen von Lasten über zehn kg, längere Wirbelsäulenzwangshaltungen, häufiges Bücken und häufige Überkopfarbeiten sei dem Kläger jedoch sechs Stunden und mehr täglich möglich. Darauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 16. Juli 2007 die Rentengewährung ab.

Der Kläger erhob Widerspruch. Er verwies auf einen am 04. September 2007 stattfindenden Termin im Schmerzzentrum der Universitätsklinik Freiburg, bei dem untersucht werde, ob eine dritte Operation (Versteifung der Wirbelsäule) erforderlich sei. Außerdem legte er den Arztbrief des Prof. Dr. Z. vom 26. Juni 2007 über seine ambulante Vorstellung in der Wirbelsäulen-Sprechstunde vor. Danach zeigte sich beim Kläger ein insgesamt positiver Verlauf mit kompletter Beseitigung der sensiblen Claudicatio wie auch der präoperativen Paresen mit geringgradiger Einschränkung des Fersenganges, aber dennoch vom Kläger beklagten Schmerzen. Die Beklagte zog den Arztbrief des Neurochirurgen Prof. Dr. M., St. Josefskrankenhaus Freiburg, vom 07. Januar 2008 bei. Prof. Dr. M. gab an, er habe beim Kläger am 17. September 2007 eine Infiltration der paravertebralen Muskulatur und besonders des Facettengelenks LWK2/3 rechts vorgenommen und hierdurch eine deutliche Schmerzlinderung von primär 5 auf 0 in der NAS (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz), die bis zur am selben Tag erfolgten Entlassung angehalten habe, durchgeführt. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Dr. R. das Gutachten vom 22. Februar 2008. Dr. R. führte aus, es sei beim Kläger nach den Operationen keine definitive Beschwerdefreiheit eingetreten. Es bestehe im Narbenbereich der Wirbelsäule ein paravertebraler Hartspann und eine diffuse Druckdolenz und auch eine dezente Druckdolenz der unteren Halswirbelsäule. Die Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit sei eingeschränkt, eine Nervenwurzelkompression bestehe jedoch nicht. Das Gangbild sei dezent rechtshinkend. Leichte Tätigkeiten ohne überwiegend einseitige Körperhaltung, häufiges Bücken, Tragen von Lasten über acht kg und langandauernde beidseitige Überkopfarbeiten könne der Kläger sechs Stunden und mehr täglich ausüben. Als Hausmeister könne er nur noch unter drei Stunden täglich arbeiten. Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Mai 2008 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss daraufhin den Widerspruch zurück. Die Beurteilung des Leistungsvermögens durch den sozialmedizinischen Dienst, wonach dem Kläger leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne häufiges Bücken, ohne Tragen von Lasten über acht kg, überwiegend einseitige Körperhaltung sowie ohne langandauernde beidseitige Überkopfarbeiten mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien, sei schlüssig und nachvollziehbar. Die zuletzt ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung als Hausmeister sei dem Leitberuf des ungelerten Arbeiters zuzuordnen. Der Kläger müsse sich deshalb auf sämtliche ungelerten Tätigkeiten verweisen lassen. Die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit sei nicht erforderlich. Seinen erlernten Beruf habe er nicht aus zwingenden gesundheitlichen Gründen aufgegeben.

Der Kläger erhob am 28. Mai 2008 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Er sei nicht mehr in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem Umfang von mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten. Aufgrund der Wirbelsäulenbeschwerden könne er weder lange Zeit sitzen, noch stehen oder gehen. Darüber hinaus verursache die Wirbelsäulenerkrankung nach wie vor erhebliche in die Beine ausstrahlende Schmerzen. Seit der letzten Untersuchung durch Prof. Dr. M. sei eine weitere Verschlechterung eingetreten. Unberücksichtigt geblieben seien bislang die bei ihm vorhandenen Augenprobleme. Dr. K. (hierzu im Folgenden) verkenne die Auswirkungen und das Ausmaß der Polyneuropathie. Bei der Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit handle es sich nicht nur um eine vorübergehende Einschränkung, und auch seine Beeinträchtigungen durch die Schmerzen würden im Gutachten nicht hinreichend berücksichtigt. Selbst wenn bei ihm noch ein Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich vorliegen sollte, bestehe zumindest ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit, denn er habe keinen Arbeitsplatz inne. Seine berufliche Tätigkeit als Hausmeister habe er aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Er legte einen Arztbrief des Orthopäden Dr. E. vom 19. Juni 2009 (Diagnose: Cervikozephalgie bei fortgeschrittener Osteochondrose, tonisch-phasische Muskeldysbalance) vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage der Stellungnahme des Internisten und Rheumatologen Dr. L. vom 10. Juni 2009, wonach die Auffassung des internistischen Hausarztes Dr. F. (hierzu im Folgenden) kein ausreichender Beleg für eine quantitative Reduktion des Leistungsvermögens gegen die Auffassung des orthopädischen Rentengutachters (und des behandelnden Neurochirurgen) sei, entgegen. Die vom Kläger geäußerten Bedenken gegen die von Dr. K. vorgenommene Einschätzung des Leistungsvermögens würden nicht geteilt.

Prof. Dr. M. gab in seiner Auskunft als sachverständiger Zeuge vom 03. Februar 2009 an, der Kläger habe sich am 04. September 2007 ambulant vorgestellt und sei am 17. September 2007 tagesstationär untersucht und behandelt worden. Bei den dabei durchgeführten neurologischen und klinischen Untersuchungen habe sich die sensible Claudicatio-spinalis-Symptomatik weitgehend zurückgebildet gehabt. Beim Aufstehen und Belasten habe er einen sofortigen stechenden Schmerz lumbosacral ohne radikuläre Ausstrahlung, der sich bei weiterer Bewegung deutlich zurückbildete und bei Belastung wie z.B. Treppengehen oder Lastentragen auffällig verstärkte, beklagt. Zwischen der verbalen Schmerzpräsentation und dem nonverbalen Schmerzverhalten habe eine erhebliche Diskrepanz bestanden. Es bestünden begründete Hinweise auf das Vorliegen von somatoformen Störungen der Schmerzverarbeitung und besonders Hinweise auf das Vorliegen von zusätzlichen Angststörungen und zumindest leicht depressiven Episoden. Bei der manuellen Untersuchung und Röntgendurchleuchtung seien Druckschmerzen paravertebral entlang des thorakolumbalen Übergangs beiderseits festgestellt worden. Die Laufstrecke am Untersuchungstag sei mit etwa zwei bis drei km angegeben worden. Nach entsprechender Infiltration der paravertebralen Muskulatur hätten über die Wirkungsdauer des Anästhetikums diese Schmerzen fast vollständig beseitigt werden können. Zusammengefasst handle es sich um einen reinen belastungsabhängigen Schmerz in der lumbosacralen Übergangsregion, eher in Höhe der Bewegungssegmente LWK2/3 und der paravertebralen Muskulatur ohne radikuläre Beteiligung und ohne neurologische Defizite. Unter Vermeidung von bestimmten Belastungen und speziellen Einschränkungen sowie nach Einleiten einer regelmäßigen fundierten Schmerztherapie könne der Kläger in der Regel eine leichte körperliche Erwerbstätigkeit von sechs Stunden pro Tag regelmäßig ausüben. Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, Facharzt für Innere Medizin Dr. F. führte aus (Auskunft vom 22. Mai 2009), die Lumboischialgien hätten sich nach der letzten Operation vom 09. März 2007 geringfügig gebessert. In den letzten Jahren und besonders in den letzten Monaten hätten jedoch die Cervicalgien zugenommen. Die Cervicalgien und insbesondere Lumbalgien würden den Kläger nach etwa 90 Minuten wechselndem Sitzen, Gehen oder Stehen zum Hinlegen zwingen. Der Schwerpunkt der Beeinträchtigungen liege auf orthopädischem Fachgebiet. Eine regelmäßig körperliche leichte Tätigkeit von sechs Stunden pro Tag könne der Kläger nicht ausüben.

Im Auftrag des SG erstattete Arzt für Neurologie Dr. K. das Gutachten vom 07. September 2009. Durch das Lumbalsyndrom nach der Dekompressionsoperation komme es zu einer Einschränkung der Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit, die vorwiegend schmerzbedingt sei. Eine Schädigung der Nervenwurzeln liege nicht vor. Das Cervicalsyndrom, das seit sechs Wochen bestehe und aller Voraussicht nach vorübergehend sei, führe zu einer Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit mittleren Ausmaßes und Schmerzen in diesem Bereich. Außerdem bestehe beim Kläger eine axonale Polyneuropathie, die eine Schwäche der Fußhebung und geringgradig auch der Fußsenkung beidseits und ein deutlich unsicheres Gangbild und unsicheres Stehen mit Fallneigung zur Folge habe. Während der gutachterlichen Situation habe er nicht den Eindruck gehabt, dass eine Simulation vorliege. Auffallend sei jedoch, dass dem Kläger viele Aktivitäten im täglichen Leben möglich seien, wie auf die Enkelin aufpassen und Reisen, eine Tätigkeit von weniger als vier Stunden, z. B. im Rahmen einer Museumswärterbeschäftigung ihm jedoch nicht vorstellbar sei. Er gehe zusammen mit diesen Diskrepanzen somit schon von einer Aggravation aus. Leichte körperliche Tätigkeiten im Bewegungswechsel mit Heben und Tragen von Lasten bis acht kg ohne Zwangshaltungen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Akkord- und Fließbandarbeiten und Arbeiten in Kälte, Nässe sowie unter Wärmeeinfluss seien dem Kläger jedoch mindestens sechs Stunden täglich möglich.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 20. Januar 2010 ab. Der Kläger sei, gestützt auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. K., dessen Einschätzung mit der des Dr. R. und des Prof. Dr. M. in Übereinstimmung stehe, trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts mit qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Befundbericht des Dr. E. vom 19. Juni 2009, der an Dr. K. weitergeleitet worden sei, könne zu keiner anderen Einschätzung führen. Der Befund des Dr. E. entspreche dem des Dr. K. ... Soweit Dr. F. davon ausgehe, dass der Kläger nicht vollschichtig leistungsfähig sei, leite er dies aus den bekannten Befunden auf neurologisch/orthopädischem Gebiet ab. Diesbezüglich folge die Kammer der Einschätzung des Sachverständigen. Auch eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit komme nicht in Betracht. Der Kläger sei zuletzt als Hausmeister versicherungspflichtig beschäftigt gewesen, sodass er auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden könne.

Gegen das Urteil hat der Kläger am 09. Februar 2010 Berufung eingelegt. Er begehrt weiterhin Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung und beruft sich über sein bisheriges Vorbringen hinaus insbesondere auf das von dem Orthopäden Dr. H. erstattete Gutachten, wonach er nur noch körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich drei bis weniger als sechs Stunden ausführen könne (hierzu im Folgenden). Dr. H. habe die bei ihm vorliegenden Erkrankungen zutreffend und vollständig dargestellt und erfasst und die quantitative Leistungseinschränkung vor allem mit dem Ausmaß der degenerativen Veränderungen an der Hals- und Lendenwirbelsäule, die von ihm als weit überdurchschnittlich beurteilt worden seien, begründet. Das Ausmaß der degenerativen Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule sei in den Vorgutachten nicht hinreichend berücksichtigt worden. Eine spinale Stenose habe der Sachverständige nicht vollständig unberücksichtigt gelassen, sondern diese in erster Linie in Bezug zu den diffusen neurologischen Symptomen und Ausfallerscheinungen gesetzt. Im Übrigen sei im Rahmen der bisherigen gutachterlichen Untersuchungen nicht in hinreichendem Maße dem bei ihm vorhandenen Dauerschmerz Rechnung getragen worden, weshalb er ein qualifiziertes Schmerzgutachten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei dem Anästhesisten Dr. B. beantrage.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 20. Januar 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 16. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Mai 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 01. Juni 2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu zahlen, hilfsweise ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) bei Dr. B. einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält unter Vorlage der Stellungnahmen des Dr. L. vom 16. Februar und 11. April 2011 das angefochtene Urteil für zutreffend. Dr. L. hat ausgeführt, sowohl Neurochirurg Dr. W. als auch Augenarzt Dr. Wü. (hierzu im Folgenden) hätten ein ca. sechstündiges Leistungsvermögen angegeben. Dr. H. begründe die Abweichung von den Einschätzungen des orthopädischen Rentengutachters und des Dr. K. damit, dass diese geringere Funktionsstörungen beschrieben hätten und die "gesamthafte Funktionsbeeinträchtigung der Lendenwirbelsäule und die Zunahme der Dekompensation bei Belastung" verkennten. Dr. H. sei der Meinung, dass die beschriebenen neurologischen Auffälligkeiten und die glaubhafte Schmerzhaftigkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule in erster Linie auf eine Einengung des Rückenmarkskanals zurückzuführen seien. Die von Dr. H. angenommene Einengung des Rückenmarks stehe aber nicht im Einklang damit, dass im Anamneseteil des Gutachtens mitgeteilt werde "Gehen sei ohne Probleme etwa drei Stunden möglich". Typische Beschwerdesymptomatik bei einer spinalen Enge seien beim Gehen auftretende Kreuzschmerzen, die sich beim Hinsetzen besserten, und eine Beschwerdezunahme beim Bergabgehen. Dr. H. stütze sich auf den MRT-Befund der Lendenwirbelsäule vom 30. Januar 2007, der allerdings im März 2007 erfolgreich operativ behandelt worden sei. Worauf Dr. H. die Annahme eines Rezidivs der Spinalkanalstenose stütze, bleibe offen. Sie lasse sich weder aufgrund der Anamnese noch des Befundes der körperlichen Untersuchungen oder bildgebenden Diagnostik nachvollziehen. Auch fehle im Gutachten eine kritische Auseinandersetzung mit dem Verzicht auf Therapieintensivierung. Soweit Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. März 2011 eine ausgeprägte multisegmentale Verschleißsymptomatik der Hals- und Lendenwirbelsäule als Hauptgründe der quantitativen Einschränkung des Leistungsvermögens angebe, habe er hiervon abweichend bei der Auseinandersetzung mit dem neurologischen Gutachten von Dr. K. in seinem Gutachten die Auswirkungen der spinalen Stenose in den Vordergrund gestellt. Aus sozialmedizinischer Sicht führten Verschleißerkrankungen des Bewegungsapparats zu qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens.

Der Senat hat zunächst Dr. Wü. und Dr. W. als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. Wü. hat ausgeführt (Auskunft vom 09. August 2010), er habe den Kläger im Jahr 2000, 2006 und zuletzt am 22. Oktober 2008 behandelt und hierbei eine Degeneration der Macula und des hinteren Pols beidseits sowie eine Katarakta senilis incipiens beidseits festgestellt. Die Maculadegeneration sei nicht therapiebedürftig. Mit dieser Sehleistung sei dem Kläger ohne Gefährdung der Gesundheit, eine leichte, körperliche Tätigkeit, z. B. als Hausmeister, von ca. sechs Stunden täglich möglich. Dr. W. hat unter dem 22. September 2010 angegeben, der Kläger sei wegen seiner cervicalen Problematik von Januar bis Mitte April 2010 in seiner fachärztlichen Betreuung gestanden. Er habe cervical starke Verspannungen und mäßige

degenerative Veränderungen bei C4/5 ohne neurologisches Defizit diagnostiziert. Nach ausreichender und konsequenter Behandlung der muskulären Störungen im Schultergürtel sei der Kläger in der Lage, in seinem zuletzt ausgeübten Beruf regelmäßig ca. sechs Stunden zu arbeiten. Auch leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien ca. sechs Stunden täglich möglich. Er fügte einen eigenen Arztbrief vom 26. Januar 2010 bei.

Im Anschluss daran hat Dr. H. auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das Gutachten vom 20. Januar 2011 erstattet. Der Kläger hat gegenüber Dr. H. insbesondere Schmerzen von Seiten der Hals- und Lendenwirbelsäule beklagt und angegeben, Gehen sei ohne Probleme etwa drei Stunden möglich, beim Bergaufgehen habe er aber sofort vermehrt Kreuzschmerzen, Bergabgehen gehe besser. Den Barfußgang des Klägers bei der Untersuchung hat Dr. H. als langsam und vorsichtig, aber ohne Humpeln oder Lähmungszeichen geschildert. Dr. H. hat eine Bewegungseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule und in diesem Bereich angegebene Schmerzen, bei der orientierenden neurologischen Prüfung im Einzugsbereich der Halswirbelsäule eine Minderung der Berührungsempfindlichkeit des linken Kleinfingers streckseitig, einen Ulnaris-Dehnungsschmerz rechts sowie die Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule als eingeschränkt beschrieben. Außerdem finde sich ein Druck- und Funktionsschmerz sowie eine Minderung der Berührungsempfindlichkeit an allen Zehen und eine geringe Kraftentfaltung im Bereich der Großenzehenstrecker und Fußheber. Dr. H. hat ausgeführt, im Vordergrund der Beschwerden des Klägers stehe der Dauerschmerz der Hals- und Lendenwirbelsäule. Außerdem fänden sich am linken Kleinfinger geringfügig sensible sowie an beiden Füßen und Unterschenkeln deutlichere motorische Ausfälle. Dadurch werde die Beweglichkeit und Belastbarkeit des Kopfes und Rumpfes, die Kraftentfaltung der Hände bzw. Arme und Füße bzw. Beine beidseits sowie die Geh- und Stehfähigkeit ebenso wie die längere Einnahme von Sitzpositionen beeinträchtigt. Arbeiten ohne ungünstige Zwangshaltungen wie Bücken oder Hinknien, regelmäßige Überkopftätigkeit, schnelle Bewegungen des Rumpfes oder Kopfes und Erschütterungen, Arbeiten auf Gerüsten oder Leitern, im Akkord oder am Fließband und unter ungünstigen Witterungsbedingungen seien dem Kläger im Bewegungswechsel noch täglich drei bis weniger als sechs Stunden möglich. Die zeitliche Limitierung begründe er mit dem Ausmaß der degenerativen Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule, das weit überdurchschnittlich sei und das auch die Vorgutachter und vorbehandelnden Ärzte bestätigt, jedoch nicht ausreichend gewürdigt hätten. Die beschriebenen neurologischen Auffälligkeiten seien in erster Linie ebenso wie die glaubhafte Schmerzhaftigkeit der Hals- und insbesondere Lendenwirbelsäule auf die spinale Enge zurückzuführen. Deren Auswirkungen auch nach erfolgreichen Operationen würden von Dr. K. unterschätzt. Die muskuläre Kompensationsfähigkeit der Verschleißzustände von Hals- und Lendenwirbelsäule sei noch verbesserungsfähig durch eine geeignete Funktionsgymnastik bzw. Trainingstherapie. In der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 14. März 2011 hat Dr. H. angegeben, die klassischen Symptome der spinalen Stenose seien vielfältig und nicht obligat, sie könnten in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination je nach vorliegender anatomischer Situation auftreten. Auch wenn der häufigere Fall des Auftretens der Symptome einer Spinalkanalstenose die Lordosierungshaltung sei, sei aus klinischer Erfahrung ebenso eine entsprechende Symptomatik bei Kyphosierung möglich und beobachtet worden. Im Übrigen habe er die quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens ausdrücklich nicht auf das Vorliegen einer lumbalen Spinalkanalstenose bezogen, sondern auf die Dauerschmerzen der Hals- und Lendenwirbelsäule mit Verstärkung bei typischen Bewegungen und Belastungen sowie Umweltbedingungen. Die Frage, ob und in welchem Ausmaß ein Rezidiv einer lumbalen Spinalkanalstenose vorliege und weshalb keine Beschwerdezunahme beim Bergaufgehen auftrete und weshalb der Kläger ohne Probleme über etwa drei Stunden gehen könne, sei deshalb insgesamt nicht relevant. Inwieweit hier eine Therapieintensivierung möglich bzw. erfolgversprechend sein solle, bleibe unklar.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG, die beigezogenen Verwaltungsakten der Arbeitsgemeinschaft Breisgau-Hochschwarzwald und der Agentur für Arbeit sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, da der Senat die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. 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 nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 16. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Mai 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat ab 01. Juni 2007 weder Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) (1.) noch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) (2.). Auch war kein neues Gutachten auf Antrag nach [§ 109 SGG](#) einzuholen (3.).

1. Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007, [BGBl. I S. 554](#)), wenn sie voll bzw. teilweise 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](#)).

Der Kläger ist seit 01. Juni 2007 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, da er Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann.

Im Vordergrund stehen bei dem Kläger Beschwerden der Halswirbelsäule und auch nach den am 07. August 2006 und 09. März 2007 durchgeführten Dekompressionsoperationen im Bereich der Lendenwirbelsäule weiterhin Beschwerden der Lendenwirbelsäule mit der Folge einer schmerzbedingten verminderten Belastbarkeit und einer ebenfalls schmerzbedingt eingeschränkten Beweglichkeit sowohl im Bereich der Hals- als auch der Lendenwirbelsäule. Eine Schädigung der Nervenwurzeln liegt weder im Bereich der Hals- noch der Lendenwirbelsäule vor. Des Weiteren besteht eine Schwäche der Fußhebung und der Fußsenkung beidseits, die Dr. K. auf eine Polyneuropathie zurückführt. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aufgrund des in der ersten Instanz eingeholten Gutachten des Sachverständigen Dr. K. vom 07. September 2009, bezüglich der Beeinträchtigungen von Seiten Lendenwirbelsäule auch aus den Rehabilitationsentlassungsberichten von Dr. B.-Fam vom 27. Juli 2006 sowie von Dr. F. vom 29. September 2006 und vom 07. Mai 2007 sowie der sachverständigen Zeugenauskunft des Prof. Dr. M. vom 16. Januar 2009, bezüglich der Hals- und Lendenwirbelsäule ohne neurologische Beeinträchtigungen, darüber hinaus auch aus dem Gutachten des Dr. R. vom 22. Februar 2008 und der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. F. vom 22. Mai 2009 sowie bezüglich der Halswirbelsäule aus dem Arztbrief des Dr. E. vom 19. Juni 2009 und der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. W. vom 22. September 2010. Die festgestellte verminderte Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule mit eingeschränkter Beweglichkeit und die neurologischen Beeinträchtigungen im Bereich der Füße und Beine gehen auch aus dem von Dr. H. erstatteten Gutachten vom 20. Januar 2011 hervor. Er beschreibt darüber hinaus noch eine Berührungsempfindlichkeit des linken Kleinfingers streckseitig sowie einen Ulnaris-Dehnungsschmerz rechts.

Weitere schwerwiegende Beeinträchtigungen liegen beim Kläger nicht vor. Der nach dem Gutachten von Dr. R. vom 22. Februar 2008 und nach den Entlassungsberichten von Dr. B.-Fam vom 27. Juli 2006 und Dr. F. vom 07. Mai 2007 vorliegende Bluthochdruck ist medikamentös kompensiert. Die beim Kläger vorliegende Maculadegeneration und der Kataracta senilis incipiens beidseits sind nicht therapiebedürftig und führen (derzeit) zu keiner wesentlichen Einschränkung bezüglich der Augen (sachverständige Zeugenauskunft des Dr. Wü. vom 09. August 2010).

Aufgrund der Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule und der Schwäche im Bereich der Füße und Beine lassen sich beim Kläger zweifelsohne qualitative Leistungseinschränkungen ableiten, nämlich Einschränkungen beim Heben und Tragen von Lasten über acht kg, beim Einnehmen von Zwangshaltungen, bei Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Akkord- und Fließbandarbeiten, Arbeiten in Kälte, Nässe und unter Wärmeeinfluss sowie Überkopfarbeiten. Außerdem muss die Tätigkeit im Bewegungswechsel zu verrichten sein. Unter Beachtung dieser Einschränkungen ist eine quantitative Leistungseinschränkung auf weniger als sechs Stunden täglich jedoch zu verneinen. Der Senat folgt insoweit - wie das SG - der Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Dr. K., dass der Kläger mit den genannten Funktionseinschränkungen noch Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, wie dies auch Dr. R. in seinem Gutachten vom 22. Februar 2008, Dr. F. im letzten Rehabilitationsentlassungsbericht vom 07. Mai 2007 im Anschluss an eine Rekonvaleszenz von drei bis max. sechs Monaten und auch Dr. W., Dr. Wü. und Prof. Dr. M. in ihren sachverständigen Zeugenauskünften vom 22. September 2010, 09. August 2010 und 03. Februar 2009 annahmen.

Der hiervon abweichenden Leistungseinschätzung von Dr. F. und Dr. H. vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Wie das SG in seinem Urteil bezüglich der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. F. zu Recht ausgeführt hat, leitet Dr. F. ein untvollschichtiges Leistungsvermögen aus den bekannten Befunden auf neurologisch-orthopädischem Gebiet ab. Insoweit folgt auch der Senat der Einschätzung des Sachverständigen auf neurologischem (Dr. K.) und dem Gutachter auf orthopädischem (Dr. R.) Fachgebiet. Die von Dr. H. in seinem Gutachten vom 20. Januar 2011 nunmehr ebenfalls angenommene zeitliche Limitierung der Leistungsfähigkeit des Klägers lässt sich aus den von Dr. H. beschriebenen Befunden, die im Wesentlichen mit den von Dr. K. erhobenen im Einklang stehen, nicht begründen. Soweit sich Dr. H. in seinem Gutachten auf Seite 16 bezüglich der neurologischen Auffälligkeiten und der Schmerzen in erster Linie auf die beim Kläger vorliegende spinale Enge stützt, steht dies, worauf Dr. L. in seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2011 hingewiesen hat, nicht im Einklang mit der von Dr. H. erhobenen Anamnese, wonach dem Kläger dreistündiges Gehen möglich ist und es zu einer Beschwerdezunahme beim Bergaufgehen kommt. Dr. L. nimmt insoweit Bezug auf orthopädische Lehrbücher. Danach sind bei einer Spinalkanalstenose eine Beschwerdezunahme beim Bergabgehen und generell beim Gehen auftretende Kreuz-/Gesäßschmerzen typisch. Im Grunde bestätigt wird dies auch durch Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. März 2011, wonach der häufigere Fall des Auftretens der Symptome einer Spinalkanalstenose die Lordosierungshaltung ist. Abgesehen davon stützt sich Dr. H. insoweit auf den MRT-Befund der Lendenwirbelsäule vom 30. Januar 2007, der vor der am 09. März 2007 erfolgten weiteren Dekompressionsoperation im Bereich der Lendenwirbelsäule, mit der die Stenose operativ behandelt wurde, erhoben wurde. Etwas anderes folgt insoweit auch nicht aus der ergänzenden Stellungnahme des Dr. H. vom 14. März 2011, in der er ausführt, dass aus klinischer Erfahrung bei einer Spinalkanalstenose ebenso eine entsprechende Symptomatik bei entgegengesetzter Haltung (Kyphosierung) möglich und beobachtet worden sei. Insoweit hat der Sachverständige Dr. H. weder die "klinische Erfahrung" noch die Tatsache, dass es sich beim Kläger um einen Ausnahmefall handelt, belegt. Gegen ein Rezidiv der Spinalkanalstenose spricht auch die ausweislich der Medikamentenanamnese wenig intensive Schmerztherapie beim Kläger, dass seit Herbst 2007 keine erneute Vorstellung im Schmerzzentrum bei Prof. Dr. M. erfolgte und auch keine Behandlung beim Orthopäden stattfindet.

2. Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit haben nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Art. 1 Nr. 61 des RV-Altergrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007, [BGBl. I, 554](#)) auch Versicherte, die vor dem 02. Januar 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 dem die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs unter besonderen Anforderung 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.

Die Tätigkeit des Klägers als Hausmeister ist als ungelernte Tätigkeit einzustufen, denn der Kläger hat hierfür keine Berufsausbildung

absolviert und wurde auch nicht eingelernt. Der Kläger kann daher auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verwiesen werden, für die er -wie ausgeführt - quantitativ leistungsfähig ist.

3. Ein Anspruch des Klägers auf Einholung eines neuen Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) bei Dr. B. besteht nicht. Der Kläger hat von seinem Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) bereits in der erster Instanz Gebrauch gemacht, worauf der Senat das Gutachten des Dr. H. einholte. Das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) steht grundsätzlich nur einmal in den beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung. Das Gericht ist nicht verpflichtet, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis bestimmter Tatsachen beliebig oft nachzukommen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 06. Februar 2006, [L 1 U 2572/05](#) - in juris unter Hinweis auf Bundessozialgericht - BSG - SozR §-1500 § 109 Nr. 1; BSG SozR Nr. 18 zu [§ 109 SGG](#)). Eine wiederholte Antragstellung nach [§ 109 SGG](#) rechtfertigt sich hiernach nur bei Vorliegen besonderer Umstände. Solche sind nicht gegeben. Die vom Kläger beklagten Schmerzen wurden sowohl von Dr. K. als auch Dr. H. berücksichtigt.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-07-29