L 4 R 181/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 R 3595/07
Datum
08.12.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 181/10
Datum
12.08.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteils des Sozialgerichts Karlsruhe vom 08. Dezember 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente.

Der am 1958 geborene Kläger erlernte in dreijähriger Ausbildung den Beruf des Metzgers, war im erlernten Beruf jedoch - nach eigenen Angaben aus finanziellen Gründen - nur zwei Jahre versicherungspflichtig beschäftigt. Von 1979 an arbeitete der Kläger bei verschiedenen Firmen monatsweise in unterschiedlichen Tätigkeiten, so als Helfer für eine Möbelspedition, in der Glasversiegelung, als Bauarbeiter, in einer Chemiefirma und als angelernter Gipser. Seit August 1986 war der Kläger nur noch als Gipser beschäftigt, zunächst wieder nur monatsweise bei wechselnden Arbeitgebern, von Oktober 1991 bis Mai 1998 dann durchgängig bei der Firma W. M., und anschließend nochmals vom 02. Juni 1998 bis zum 23. Oktober 1998 bei der Firma D. GmbH. Aufgrund einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung wurde dem Kläger durch die Beklagte (damals noch LVA Baden-Württemberg, jetzt Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, im Folgenden einheitlich als die Beklagte bezeichnet) für die Zeit vom 04. Mai 1999 bis zum 01. Juni 1999 eine medizinische Reha-Maßnahme in der K.-klinik bewilligt. Von September 1999 bis Februar 2000 nahm der Kläger an einem Lehrgang zur beruflichen Orientierung und Integration mit Einsatz als Küchenhilfe im Städtischen Klinikum P. teil, wo er jedoch in der Folge nicht übernommen wurde. Von November 2000 bis März 2001 erfolgte eine Wiedereingliederungsmaßnahme über das Arbeitsamt P. in einer Schleifwerkzeugherstellung, wo er jedoch ebenfalls nicht übernommen wurde. Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit war der Kläger vom 20. August 2001 bis 15. Juni 2003 als Produktionshelfer in einer Kleinmetallherstellung (Schmuck und Schlüsselanhänger) versicherungspflichtig beschäftigt. Seither ist der Kläger ohne lohnabhängige Tätigkeit. Er bezog vom 30. August 2003 bis 18. Juni 2004 Arbeitslosengeld. Bereits zum 10. Mai 2004 wurde der Kläger aufgrund einer Hüftkopfnekrose links arbeitsunfähig krankgeschrieben und bezog seit 19. Juni 2004 bis zu seiner Aussteuerung durch die Krankenkasse am 06. November 2005 - unterbrochen durch den Bezug von Übergangsgeld vom 22. Juni 2005 bis 13. Juli 2005 - Krankengeld. In der Zeit vom 07. November 2005 bis 06. Juli 2006 erfolgte erneuter Arbeitslosengeld I-Bezug. Seither bezieht der Kläger Arbeitslosengeld II.

Schon in den Jahren 1999 sowie 2001 hatte der Kläger Antrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente gestellt. Beide Anträge waren jedoch - ersterer auf der Grundlage eines Gutachtens der Internistin und Sozialmedizinerin Dr. S. vom 06. September 2000, letzterer auf der Grundlage eines Gutachten durch Dr. S. vom 07. Juni 2001 - bestandskräftig durch die Beklagte abgelehnt worden. Am 07. Februar 2005 stellte der Kläger bei der Beklagten einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. Er gab an, sich seit 10. Mai 2004 aufgrund einer Hüftkopfnekrose, Zyste im Kopf, eines Bandscheibenschadens, einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Nervenwurzelreizerscheinungen, einer chronischen Bronchitis und eines Bronchialasthmas für erwerbsgemindert zu halten. Die Beklagte zog die medizinischen Unterlagen über den Kläger aus der Reha-Akte mit Arztberichten über den Kläger aus der Zeit von 2003 bis 2005 bei und veranlasste eine sozialmedizinische Begutachtung durch die Ärztin für Anästhesie und Sozialmedizin Dr. Sc. in ihrer Ärztlichen Untersuchungsstelle P. ... Aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 04. März 2005 berichtete Dr. Sc. in ihrem Gutachten vom 17. März 2005 vom Zustand einer Hüftgelenksarthrose links bei Hüftkopfnekrose links und Zustand nach Anbohrung des Hüftkopfes am 12. August 2004, einer chronisch obstruktiven Bronchitis bei Nikotinabusus und einem rezidivierenden LWS-Syndrom bei Fehlstatik. Ihrer Einschätzung nach war der Kläger gleichwohl in seiner letzten Tätigkeit als Produktionshelfer als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens sechs Stunden täglich und mehr belastbar. Mit Bescheid vom 22. März 2005 lehnte die Beklagte daraufhin den Rentenanspruch des Klägers ab. Den Widerspruch des Klägers wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss nach Einholung einer weiteren Stellungnahme

bei Frau Dr. Sc. (Stellungnahme vom 18. April 2005) mit Widerspruchsbescheid vom 10. Juni 2005 als unbegründet zurück. Der Bescheid ist bestandskräftig geworden.

Bereits am 27. Januar 2004 hatte der Kläger bei der Beklagten auch Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund seiner Erkrankung an der linken Hüfte gestellt, der mit Bescheid vom 27. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05. November 2004 bestandskräftig abgelehnt worden war. Am 31. Mai 2005 erfolgte beim Kläger die Implantation einer zementfreien Hüft-TEP links bei Femurkopfnekrose links. In der Folge wurde dem Kläger durch die Beklagte eine Reha-Maßnahme in den Ru.-Kliniken W. bewilligt, an welcher er vom 22. Juni 2005 bis 13. Juli 2005 teilnahm. Chefarzt Dr. R. teilte im Reha-Entlassungsbericht vom 21. Juli 2005 mit, der Kläger werde für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit einer Belastbarkeit von sechs Stunden täglich und mehr entlassen. Am 20. Juli 2005 stellte der Kläger bei der Beklagten erneut Antrag auf Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Mit Bescheid vom 13. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Oktober 2005 lehnte die Beklagte diesen Antrag zunächst ab, gab jedoch im daraufhin vom Kläger vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) geführten Klageverfahren am 06. Juni 2006 ein Anerkenntnis zugunsten des Klägers ab, das dieser annahm (Aktenzeichen S 15 R 4421/05). Schon am 27. Juni 2006 sprach der Kläger jedoch bei der Rehaberatung der Beklagten vor und teilte mit, dass er derzeit überhaupt keine Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten und folglich auch die gerade mittels Anerkenntnis befürworteten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht wahrnehmen könne. Die ursprünglich gewünschte Integrationsmaßnahme sehe er als nicht leistbar an.

Am 26. Juni 2006 stellte der Kläger bei der Beklagten erneut Antrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. Er gab an, sich seit Juni 2004 aufgrund eines Bandscheibenvorfalles, Muskelverschwächigungen, zweier Hüftoperationen und eines Asthmas für erwerbsgemindert zu halten. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine mehrfachärztliche Begutachtung in ihrer Klinischen Begutachtungsstation in Karlsruhe mit Untersuchung des Klägers am 13. September 2006 durch Arzt für Orthopädie Dr. Sch. als Zusatzgutachter, Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Br. als Zusatzgutachter sowie Internisten und Sozialmediziner L. als Hauptgutachter. Dr. Sch. berichtete in seinem Zusatzgutachten vom 15. September 2006 auf seinem Fachgebiet von einem totalendoprothetischen Ersatz des linken Hüftgelenks, einer Beinlängendifferenz, einem Lumbalsyndrom bei Prolaps L4/5 und einer Supraspinatustendinose der linken Schulter. Diesen Befunden nach könne der Kläger schwere und weitgehend mittelschwere körperliche Arbeiten mit längeren Steh- und Gehbelastungen sowie in Zwangshaltungen des Rumpfes und beidhändige hohe Überkopfarbeiten nicht mehr verrichten. Sehr wohl jedoch könne er leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch vollschichtig durchführen. Dr. Br. berichtete in seinem Zusatzgutachten vom 15. September 2006 auf seinem Fachgebiet darüber hinaus von einer offenkundigen funktionellen Beschwerdeausweitung/Überlagerung und einem Zustand nach länger zurückliegender Alkoholkrankheit bei jetzt anhaltender Alkoholkarenz ohne Anzeichen für überdauernde äthyltoxische Folgeschäden. Anhaltspunkte für eine depressive Symptomatik ergäben sich nicht. In der sehr langen, ohne Pause durchgeführten Exploration sei für den Untersucher auch eine richtungsweisende Schmerzbeeinträchtigung nicht erkennbar gewesen. Es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und dem eher unbekümmerten Benehmen. Dass allenfalls einmal im Monat überhaupt ein dann auch hilfreiches Analgetikum eingesetzt werde, sei nach den Leidensschilderungen ungewöhnlich und relativiere den Leidensdruck möglicherweise etwas. Orientiert daran und den weiteren Angaben zur Alltagsgestaltung und auch der erhaltenen Mobilität seien nervenärztlich sicherlich keine weiterreichenden quantitativen Leistungsminderungen zu begründen. Arzt L. berichtete in seinem Hauptgutachten vom 25. Oktober 2006 über die bereits vorbeschriebenen Diagnosen hinaus auf seinem Fachgebiet von einer durch inhalative Medikation funktionell gut ausgeglichenen chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung bei Zigarettenrauchen. Eine koronare Herzkrankheit könne nicht ausgeschlossen werden. Der klinische Herzbefund sei jedoch ebenso wie das Ruhe-EKG unauffällig gewesen. Aus Sicht des kardiorespiratorischen Systems bestünden daher keine Leistungseinschränkungen für leichte bis mittelschwere Belastungen. Insgesamt sei der Kläger daher auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch sechs Stunden und mehr täglich belastbar. Mit Bescheid vom 02. November 2006 lehnte die Beklagte daraufhin den Rentenanspruch des Klägers ab.

Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen im orthopädischen Bereich hätten sich auch nach der im vergangenen Jahr durchgeführten Implantation einer zementfreien Hüftendoprothese nicht so entwickelt, wie dies eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Die Beschwerden im Bereich des linken Oberschenkels nähmen in letzter Zeit heftig zu. Zudem habe Dr. Br. die in seinem Fall erforderliche umfassende Untersuchung auf psychosomatischem Fachgebiet vermissen lassen. Der Kläger legte zwei durch die 12. Kammer des SG in einem Verfahren zur Feststellung des Grades der Behinderung eingeholte Arztauskünfte, namentlich des Neurologen Eichbaum über einen Aufenthalt des Klägers in der Ro.-Klinik B. W. vom 23. Januar bis 03. Februar 2007, sowie des ihn seit 05. Februar 2007 behandelnden Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. G. vom 21. März 2007 vor. Die Beklagte ließ diese Unterlagen durch ihren Internisten und Sozialmediziner L. auswerten (Stellungnahme vom 31. Mai 2007), der eine nochmalige Begutachtung nicht für erforderlich hielt. Mit Widerspruchsbescheid vom 06. Juli 2007 wies daraufhin der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Der Kläger könne leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Anspruch auf Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung bestehe nicht. Auch ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit liege nicht vor, da die zuletzt vom Kläger ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung als Produktionshelfer dem Leitberuf des ungelerten Arbeiters zuzuordnen und der Kläger folglich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar sei.

Am 20. Juli 2007 erhob der Kläger zum SG Klage. Die im Zusammenhang mit der Mehrfachbegutachtung gestellten Diagnosen seien völlig unzureichend, und die Bewertung des Restleistungsvermögens liege neben der Sache. Insbesondere seien die Diagnosen und Feststellungen des behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. G. vollständig ignoriert worden. Bei ihm (dem Kläger) liege eine tiefgreifende und schwere psychosomatische Erkrankung vor, die dauerhaft die Voraussetzungen einer Rente wegen voller Erwerbsminderung herbeigeführt habe. In seiner fast 20-jährigen Tätigkeit als Gipser, die er aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben habe, habe er Aufgaben, die von einem Gipsergesellen zu erledigen seien, ausgeführt.

Die Beklagte trat dem Vorbringen entgegen.

Das SG hörte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen an. Neurologe und Psychiater Dr. B. (Auskunft vom 10. September 2007) gab an, der Kläger habe sich bei ihm insgesamt viermal aufgrund verschiedener körperlicher Beschwerden vorgestellt. Da wesentliche neurologische Ausfälle nicht nachweisbar gewesen seien, halte er den Kläger noch für in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Allgemeinmediziner Dr. St. (Auskunft vom 25. September 2007) gab an, die beim Kläger bestehenden Beschwerden hätten sich auch insgesamt nach der Versorgung mit einer Hüftprothese links nicht gebessert. Aufgrund des Verlaufes habe er

den Eindruck, dass die Schmerzen inzwischen vorwiegend durch den Lendenwirbelsäulenschaden bedingt seien. Hierbei habe sich eine schwer zu behandelnde Schmerzsymptomatik eingestellt, welche zu einem gewissen Anteil auch psychisch überlagert sein dürfte. Aus seiner Sicht sei der Kläger nicht mehr in der Lage, einer körperlich leichten Tätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich nachzugehen. Er halte den Kläger nur maximal drei Stunden täglich belastbar. Dr. St. fügte seiner Auskunft Arztbriefe vorwiegend aus dem Jahr 2006 bei. Orthopäde Dr. W. berichtete in seiner Auskunft vom 01. Oktober 2007 von Klagen des Klägers über therapieresistente Schmerzen der LWS-Region und zunehmenden Schmerzen im rechten Hüftgelenk bei unauffälligem Hüftgelenksbefund. Derzeit sei der Kläger auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mindestens sechs Stunden täglich belastbar. Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Dr. G. (Auskunft vom 24. Oktober 2007) ging von einer Befundlage im psychischen Feld in enger psychophysischer Vernetzung aus. Der Kläger sei seit langem aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und habe erfolglos eine Wiedereingliederung versucht. Dies habe zu einer tiefen narzisstischen Kränkung geführt. Der Kläger habe sich insoweit ein neurotisch-pathologisches Verhaltensmuster zugelegt. Die Angst vor dem Scheitern und Versagen sei als asthenische Grundstärkung mit Sucht und emotionaler Instabilität zu beurteilen. Dazu geselle sich eine zusätzliche neurotische Verschiebungsmentalität, nämlich diejenige der depressiven Somatisierung. Die körperlichen Erscheinungen bestätigten im Zusammenhang mit dem Wirbelsäulenleiden und der Hüftgelenksproblematik, wie leicht der Kläger in seiner Haltefestigkeit zu verunsichern sei. Die neurophysiologischen Untersuchungen hätten verzögerte Werte, erst im Grenzbereich liegend, gezeigt. Der Kläger müsse mindestens fünf Jahre vom Druck, arbeiten gehen zu müssen, entlastet werden, um das Hauptelement der schweren psychischen Störung, nämlich die Persönlichkeitsorganisation, bekämpfen zu können. Derzeit sei er nicht in der Lage, mehr als drei Stunden täglich einer Arbeit nachzugehen. Die wesentlichen Ursachen für die Leistungseinschränkungen lägen im psychosomatischen Fachbereich.

Das SG führte eine Begutachtung des Klägers mit orthopädischem Zusatz- und nervenfachärztlichem Hauptgutachten durch. Im Auftrag des Gerichts erstattete zunächst Orthopäde Dr. M. sein fachorthopädisches Zusatzgutachten vom 20. März 2008. Er berichtete von einer unklaren Schmerzsymptomatik des linken Beines nach Endoprothesenoperation bei klinisch, radiologisch und szintigraphisch unauffälliger Implantatlage, beginnenden gelenkumbildenden Veränderungen des rechten Hüftgelenks bei guter Funktion, einer Sehnenansatzreizung beider Hüftgelenke, einer Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule bei bildgebend nachgewiesenem Bandscheibenvorfall L4/5, zur Zeit ohne fassbaren Wurzelreiz und einem Zustand nach Sprengung des Schulterreckgelenks links bei leicht eingeschränkter Funktion. Die bestehende Schmerzsymptomatik des linken Oberschenkels sei aufgrund der negativen Befunde nicht vertebrogen. Das endoprothetisch ersetzte Hüftgelenk sei unauffällig. Somit liege eine Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektivierbarem Befund vor. Aus orthopädischer Sicht könne der Kläger im Rahmen einer Fünftageweche bis zu acht Stunden täglich erwerbstätig sein.

Sodann erstattete der Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie Dr. N. im Auftrag des Gerichts sein neurologisch-psychiatrisches Hauptgutachten vom 25. Juli 2008. Dieser gelangte aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 02. und am 03. Juni 2008 und einer testpsychologischen Untersuchung des Klägers durch den Diplompsychologen Dr. P. (Zusatzgutachten vom 17. Juli 2008) sowie des orthopädischen Zusatzgutachtens des Dr. M. auch insgesamt zu der Einschätzung, dass der Kläger im Rahmen einer Fünftageweche noch sechs Stunden täglich und mehr belastbar sei. In psychischer Hinsicht liege beim Kläger eine affektiv-depressive Stimmungsauslenkung ohne wesentliche Antriebsstörung und ohne Einschränkung des Freudempfindens und der Interessenverfolgung, eine Einschränkung des Verbalisierungsvermögens seiner affektiven Befindlichkeit und eine deutliche Schmerzfixierung bei der Beschwerdeschilderung mit auffällig affektiver Beschreibung der Schmerzsymptomatik vor. Zeichen einer schweren hirnorganischen, depressiven, psychotischen, Panik- oder Essstörung seien nicht vorhanden. Im Vordergrund des Beschwerdebildes habe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer somatoformen Störung bestanden, die insbesondere im Hinblick auf die testpsychologischen Untersuchungen als Ausdruck inadäquater Bewältigung unbewusster Konflikte und negativer Gefühle gewertet werden könne. Der Ausprägungsgrad sei allerdings unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungsbefunde wie auch der Tagesstrukturierung nicht so gravierend gewesen, dass sich hieraus quantitative Leistungseinbußen für leichte körperliche Arbeiten ohne besondere Anforderungen an das Kommunikationsvermögen ergäben. Insgesamt könne den Beschwerden des Klägers durch qualitative Leistungseinschränkungen hinreichend entgegengekommen werden.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Oberarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums A. W. Ro. über den Kläger sein nervenfachärztliches Gutachten vom 02. Juli 2009. Der Sachverständige diagnostizierte auf seinem Fachgebiet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine leichtgradige depressive Episode und eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinente. Beim Kläger lägen eine Beeinträchtigung der Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks mit einem leichtgradig affektarmen emotionsdistanzierten Bild, eine hohe biographische Vulnerabilität, unsichere Bindungsmuster, eine somatische Krankheitsattribution in der Beschreibung der Schmerzen, eine geringe emotionale Beteiligung bei der Beschwerdeschilderung bis auf wenige Ausnahmen und ein maladaptives Krankheitsverhalten durch Vermeidung und Rückzug vor. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht könne der Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnden Arbeitshaltungen verrichten. Arbeiten unter Zeitdruck, in fortgesetzten Zwangshaltungen, Akkordarbeiten, Arbeiten unter erheblichem Zeitdruck, Arbeiten unter ungünstigen klimatischen Verhältnissen, Arbeiten mit Verantwortung oder Kundenkontakten oder Arbeiten, die höhere Anforderungen an das Konzentrationsvermögen stellten, Arbeiten, die eine höhere intellektuelle Befähigung erforderlich machten sowie die Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge seien nicht mehr leidensgerecht. Die noch verbliebenen, dem Kläger möglichen Tätigkeiten könne der Kläger noch in einem Umfang von bis zu sechs Stunden täglich ausüben. Im Rahmen der bei ihm durchgeführten, fünfeinhalb Stunden andauernden Untersuchung sei es zu einer Konzentrationsstörung gekommen, die im Verlauf der Untersuchung zugenommen habe. Zudem habe sich eine leichte Verlangsamung, wohl im Rahmen der Antriebsstörung gezeigt. Daher sei von einer Obergrenze der Belastbarkeit von sechs Stunden täglich auszugehen.

Gegen die Gutachten des Dr. N. und des Arztes Ro. erhob der Kläger mit Schreiben vom 23. Oktober 2008 und 14. September 2009 Einwendungen und legte zum Nachweis einen Befundbericht des Dr. W. vom 31. August 2009 vor. Das SG ordnete daraufhin die Befragung des Sachverständigen Ro. während der mündlichen Verhandlung an. Ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 08. Dezember 2009 gab Arzt Ro. auf Nachfrage des Klägers an, bei diesem liege keine wesentliche Beeinträchtigung der Persönlichkeit vor. Insoweit werde nicht die Einschätzung des Dr. G. geteilt. Arzt Ro. stellte allerdings klar, seine Leistungsbeurteilung gehe davon aus, dass der Kläger lediglich bis unter sechs Stunden täglich leichte Arbeiten verrichten könne. Entscheidend in seiner Beobachtung sei ein für ihn erkennbarer Leistungsrückgang auf Zeit gewesen.

Mit Urteil vom 08. Dezember 2009 wies das SG die Klage ab. Der Kläger sei in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Zur Begründung stütze sich die Kammer auf die Feststellungen im

orthopädischen Gutachten des Dr. M. sowie psychiatrischerseits auf das Gutachten des Dr. N. mit dem Zusatzgutachten des Dr. P ... Schlüssig und nachvollziehbar seien diese Sachverständigen zu der Überzeugung gelangt, dass sich aus den beim Kläger vorliegenden Leistungseinschränkungen keine quantitative Herabminderung der Belastbarkeit des Klägers ableiten lasse. Nicht gefolgt werde daher der Einschätzung des Arztes Ro ... Dieser stütze die Annahme eines auch quantitativ herabgeminderten Leistungsvermögens des Klägers auf eine Schmerzbelastung und eine im Rahmen einer leichtgradigen Depression auftretende Konzentrationsstörung. Es sei nicht plausibel, wenn neben dem psychologisch erhobenen Befund, der weitgehend keine Auffälligkeiten aufweise, sowie einem im Normalbereich befindlichen Depressions- und Konzentrationstest, eine lediglich leichtgradige depressive Episode diagnostiziert werde und diese sodann neben der bestehenden Schmerzsymptomatik für eine quantitative Leistungseinschränkung herangezogen werde. Auch die im Gutachten dargestellte Tagesstruktur des Klägers sowie dessen Freizeit- und Sozialverhalten sprächen klar gegen die Annahme einer quantitativen Leistungseinschränkung. Den Einschätzungen der behandelnden Ärzte des Klägers könne ebenfalls nicht gefolgt werden. Insbesondere habe Dr. G. in seiner Aussage keine konkreten Diagnosen gestellt, sondern lediglich die beim Kläger vorhandenen Schmerzen, Missempfindungen und eine depressive Symptomatik beschrieben. Eine Leistungseinschränkung von unter drei Stunden arbeitstäglich lasse sich daraus nicht ableiten. Auch ein Anspruch des Klägers auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) komme nicht in Betracht. Maßgeblicher Bezugsberuf sei derjenige des Produktionshelfers, welcher allenfalls im unteren Anlernbereich anzusiedeln sei.

Am 11. Januar 2010 hat der Kläger gegen dieses - ausweislich eines Ausfertigungsvermerks am 04. Januar 2010 zur Post gegebene - Urteil Berufung eingelegt. Spätestens seit der zweiten Hälfte des Jahres 2008 sei bei ihm (dem Kläger) kein vollschichtiges Leistungsvermögen für einfachste Tätigkeiten im Bereich des allgemeinen Arbeitsmarktes mehr gegeben. Er sei daher jedenfalls teilweise erwerbsgemindert. Dies ergebe sich anhand des Gutachtens des Arztes Ro., der seine Einschätzung von seinem (des Klägers) auch quantitativ herabgesetzten Leistungsvermögen in seinem Gutachten dargelegt und in der mündlichen Verhandlung konkretisiert habe. Demgegenüber finde man bei dem Sachverständigen Dr. N. keine differenzierenden Diagnostikverfahren im Sinne der maßgeblichen autorisierten Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Dieser habe sich vielmehr im Wesentlichen auf neurologische, also organmedizinische Untersuchungen beschränkt. Aussagekräftige Einschätzungen zur psychosomatischen Erkrankung des Klägers könnten nur Fachärzte für psychosomatische Medizin aus speziellen psychosomatischen Fachkliniken treffen. Qualifiziert in diesem Sinne sei der Sachverständige Ro ... Indem das SG jedoch Dr. N. gefolgt sei und auch die Einschätzungen der den Kläger behandelnden Ärzte übergangen habe, habe es gegen die Grundsätze höchstrichterlicher Rechtsprechung verstoßen. Wenn sich das Gericht bei sich in der Beurteilung widersprechenden Gutachten aus eigener Sachkunde dem einen Gutachten anschließen wolle und das andere verwerfe, müsse es darlegen, woher es diese Sachkunde haben wolle. Dies sei durch das SG nicht erfolgt. Ausschlaggebend sei im vorliegenden Falle auf psychosomatischem Gebiet seine (des Klägers) extrem hohe Schmerzbelastung, die zur weitgehenden Beschränkung des Leistungsvermögens in dem vom Sachverständigen Ro. beschriebenen Umfang geführt habe. Ihm könne daher eine mindestens sechs Stunden tägliche Belastung auch in körperlich leichten Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden. Darüber hinaus berufe er sich auf Berufsschutz. Insoweit komme es nicht auf seine Tätigkeit als Produktionshelfer an. Diese nur kurzfristig ausgeübte letzte versicherungspflichtige Tätigkeit könne nicht als maßgeblich herangezogen werden, weil sie bereits im Rahmen fehlgeschlagener Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation geleistet worden seien. Abzustellen sei vielmehr auf seine Facharbeitertätigkeit im Gipserhandwerk.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 08. Dezember 2009 und den Bescheid der Beklagten vom 02. November 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. Juli 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 01. Juli 2006 zu gewähren, hilfsweise, ein weiteres Sachverständigengutachten durch einen "geeigneten und kompetenten Sachverständigen für das psychosomatische Fachgebiet" einzuholen, hilfsweise, den Sachverständigen Dr. Sch. zur ergänzenden Erläuterung seines Gutachtens in der mündlichen Verhandlung, hilfsweise schriftlich aufzufordern, hilfsweise, den Sachverständigen Ro. zur ergänzenden Erläuterung seines Gutachtens zur mündlichen Verhandlung zu laden und ihm die abweichenden Auffassungen und Beurteilungen durch den Sachverständigen Dr. Sch. vorzuhalten, hilfsweise eine ergänzende schriftliche Stellungnahme des Sachverständigen Ro. zu dem Gutachten des Dr. Sch. einzuholen, höchsthilfsweise den Sachverständigen Ro. gemäß [§ 109 SGG](#) ergänzend zu befragen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil für zutreffend.

Der Senat hat zunächst eine fachärztlich-orthopädische Begutachtung des Klägers durch den Orthopäden Dr. C. veranlasst. Dieser hat in seinem Gutachten vom 21. August 2010 aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 20. August 2010 vom Vorliegen chronischer Lumbalgien bei degenerativen Veränderungen mit kernspintomographisch nachgewiesenem derzeit klinisch stummem Bandscheibenvorfall L4/5, endgradiger Funktionseinschränkung beider Schultergelenke ohne Nachweis einer Impingement-Symptomatik, einer Hüfttotalendoprothese links mit guter Funktion, einer leichten Hüftdysplasie rechts mit allenfalls initialen degenerativen Veränderungen ohne Funktionseinbußen des rechten Hüftgelenks, einer leichten Muskelminderung am linken Oberschenkel nach Bandscheibenvorfall L4/5 links und endoprothetischer Versorgung des linken Hüftgelenks, einen seiner Provenienz nach nicht einzuordnenden Beinschmerz links und einer Ansatzentzündung des rechten Piriformis- und Gluteus medius/minimus- Muskels am rechten Trochanter major und einer Hornschwiele mehr an der rechten als an der linken Großzehe bei ausgeprägter Spreizfußkonfiguration berichtet. Die beim Kläger auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen schränkten sein qualitatives, nicht jedoch sein quantitatives Leistungsvermögen ein. Der Kläger könne unter ausschließlich orthopädischen Gesichtspunkten noch täglich sechs Stunden erwerbstätig sein. Allerdings sehe er bezüglich der Leistungsbeurteilung auf psychoiatrischem/psychosomatischem Fachgebiet die medizinische Sachlage noch nicht zweifelsfrei geklärt und schlage deshalb eine entsprechende Begutachtung vor.

Im Auftrag des Senats hat daraufhin der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik I des Psychiatrischen Zentrums N. in Wiesloch Dr. Schw. über den Kläger sein fachpsychiatrisches

Gutachten vom 17. März 2011 erstattet. Der Sachverständige hat aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 27. Januar 2011 vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eines Alkoholabhängigkeitssyndroms, gegenwärtig abstinent und einem Zustand nach depressiver Episode berichtet. Im Vordergrund des Beschwerdebildes habe eine multilokuläre Schmerzsymptomatik mit Schmerzmaximum im Bereich beider Hüften, der unteren Extremitäten, beider Schultern sowie der Lendenwirbelsäule und des Kopfes gestanden. Die Beschwerdeintensität sei im mittleren bis oberen Bereich eingeschätzt worden. An schmerztypischen Verhaltensweisen habe der Kläger das Entlasten von Schmerzzonen im Sinne gelegentlicher Sitzkorrekturen und Aufstehen in der dritten Untersuchungsstunde, einer gelegentlichen Schmerzmimik und Schmerzgestik sowie eines vorsichtigen Einlaufens beim Aufstehen nach längerem Sitzen gezeigt. Hieraus ergebe sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Anders als im Gutachten des Arztes Ro. sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt demgegenüber keine depressive Symptomatik beim Kläger festzustellen gewesen. Die Stimmungslage sei ausgeglichen, die emotionale Schwingungsfähigkeit nicht eingeeengt, der Antrieb situationsadäquat und das Ausdrucksverhalten stimmungskongruent und lebhaft mit themenspezifischem, angemessenem Schwanken des Affekts gewesen. Auch andere Auffälligkeiten, wie sie bei schweren depressiven Störungen gefunden würden, hätten sich beim Kläger nicht gezeigt. Daher habe er nur einen Zustand nach depressiver Episode diagnostizieren können. Die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen führten zu diversen qualitativen Leistungsdefiziten. Bei Berücksichtigung derselben sei jedoch eine grundsätzliche Minderung des Ausdauerleistungsvermögens nicht zu begründen. Insbesondere habe der Kläger im Rahmen der Begutachtung ein alters- und begabungsentprechendes Ausdauerleistungsvermögen gezeigt, wesentliche kognitive Ermüdungszeichen, die über das begutachtungstypische Maß hinausgingen, seien keineswegs aufgetreten. Vor diesem Hintergrund sei dem Kläger weiterhin eine berufliche Tätigkeit in vollschichtigem Umfang, das heiße bis zu acht Stunden an fünf Tagen pro Woche, zumutbar und möglich. Dies entspreche nicht der leistungsbezogenen Selbstbeurteilung des Klägers, der sich in dieser Hinsicht jedoch nicht realistisch selbst einschätze. Auch eine Einschränkung der Wegefähigkeit lasse sich aus den psychiatrischen Diagnosen des Klägers nicht ableiten.

Im Nachgang hierzu hat der Kläger eingewandt, das Gutachten des Dr. Schw. sei nicht geeignet, die Feststellungen und die sachkundige Beurteilung durch den in erster Instanz tätigen Sachverständigen Ro. zu widerlegen. Ob tatsächlich zutreffe, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. Schw. keine depressive Symptomatik beim Kläger vorgelegen habe, könne dahingestellt bleiben, da diese zusätzliche Erkrankung in Episoden verlaufe, die aufgrund der psychodynamischen Entwicklung, wie sie sich aus der Biographie des Klägers ergebe, zwingend auch in der Zukunft immer wieder zum Auftreten der Episoden auch in durchaus höherem Grade führe und daher sehr wohl für die Einschätzung des Restleistungsvermögens des Klägers relevant sei. Vor allem aber weise Dr. Schw. als Sachverständiger zur Beurteilung auf psychosomatischem Fachgebiet nicht die erforderliche Kompetenz auf, weil es ihm an ausreichender klinischer Erfahrung im Umgang mit Patienten aus diesem Fachgebiet sowie an der Beherrschung der erforderlichen Technik und Auswertung im für die Beurteilung tragenden Anamnese verfüge. Daher werde die weitere Aufklärung durch Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens, hilfsweise Befragung des Arztes Ro. in der mündlichen Verhandlung, hilfsweise schriftlich, hilfsweis nach [§ 109 SGG](#) beantragt.

Nachdem durch den damaligen Berichterstatter zunächst ein Kostenvorschuss in Höhe von EUR 500,00 zur ergänzenden Befragung des Arztes Ro. nach [§ 109 SGG](#) eingeholt worden ist, hat die jetzige Berichterstatterin mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen auch nach [§ 109 SGG](#) nicht mehr durchgeführt würden.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, die beigezogene Reha-Akte der Beklagten, die vom SG beigezogene Akte im Reha-Klageverfahren S 15 R 4421/05 sowie die Gerichtsakten in beiden Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet. Mit dem angefochtenen Urteil vom 08. Dezember 2009 hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Die Ablehnung des Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung durch den Bescheid der Beklagten vom 02. November 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06. Juli 2007 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat weder Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung gegen die Beklagte. Weitere Ermittlungen waren insoweit weder von Amts wegen noch auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) durchzuführen (dazu insgesamt 1.). Noch hat der Kläger Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gegen die Beklagte (dazu 2.).

1. Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 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. Juli 2006 weder voll- noch teilweise erwerbsgemindert. Er kann Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts seitdem in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Das steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der beiden durch den Senat eingeholten Sachverständigengutachten, desjenigen des Orthopäden Dr. C. vom 21. August 2010 sowie desjenigen des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Schw. vom 17. März 2011, sowie des Verwaltungsgutachtens des Arztes L. vom 25. Oktober 2006 fest.

Im Vordergrund stehen beim Kläger Einschränkungen auf nervenfachärztlichem Gebiet. Der Kläger leidet in erster Linie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einem Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, sowie an einer depressiven Störung, gegenwärtig remittiert. Der Senat stützt dies auf das Gutachten des Dr. Schw. vom 17. März 2011, der diese Gesundheitsstörungen nach einer beim Kläger durchgeführten mehrstündigen Untersuchung sowie unter Auswertung aller bei den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen diagnostiziert hat. Seine Diagnosen weichen im Übrigen von den durch die beiden Sachverständigen in erster Instanz nervenfachärztlicherseits erhobenen Diagnosen nicht im Sinne einer Widersprüchlichkeit ab. Sowohl Dr. N. in seinem Gutachten vom 25. Juli 2008 als auch Arzt Ro. in seinem Gutachten vom 02. Juli 2009 haben übereinstimmend von der im Vordergrund stehenden Gesundheitsstörung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie von einem Alkoholabhängigkeitssyndrom berichtet. Soweit Arzt Ro. darüber hinaus eine akute depressive Episode diagnostiziert hat, steht dies zu den Feststellungen des Dr. Schw. nicht im Widerspruch. Arzt Ro. selbst hat im Rahmen seines Gutachtens darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der von ihm diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode eine Besserung zu erwarten sei, weil es sich insoweit um eine behandelbare Erkrankung handle. Nachdem Dr. Schw. im Rahmen seiner Begutachtung depressionstypische Befunde wie eine gestörte Stimmungslage, emotionale Schwingungsfähigkeit, Antriebsminderung, ein gestörtes Ausdrucksverhalten oder sonstige depressionstypische psychopathologische Phänomene nicht festzustellen vermochte, vielmehr die insoweit von ihm erhobenen Befunde deutlich gegen das Vorliegen einer akut-depressiven Episode sprachen, greift die erhobene Diagnose einer depressiven Störung in gegenwärtig remittiertem Zustand die zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Arzt Ro. erhobenen Befunde auf, ohne sie in Frage zu stellen. Anhand der aktuell von ihm selbst erhobenen Befunde gelangt Dr. Schw. jedoch für den Senat - auch aufgrund der Tatsache, dass diese Befundlage in Übereinstimmung mit den durch Dr. N. erhobenen Befunden steht - schlüssig und nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass eine akute depressive Phase zum Zeitpunkt seiner Untersuchung des Klägers nicht feststellbar war.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet der Kläger nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. C. in seinem Gutachten vom 21. August 2010 an einer chronischen Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen mit einem kernspintomographisch nachgewiesenen, derzeit klinisch stummem Bandscheibenvorfall L4/5, einer endgradigen Funktionseinschränkung beider Schultergelenke, einer Hüfttotalendoprothese links mit guter Funktion, einer leichten Hüftdysplasie rechts mit allenfalls initialen degenerativen Veränderungen ohne Funktionseinbuße des rechten Hüftgelenks, an einer leichten Muskelminderung am linken Oberschenkel nach Bandscheibenvorfall L4/5 links und endoprothetischer Versorgung des linken Hüftgelenks, einem seiner Provenienz nach nicht einzuordnenden Beinschmerz links, einer Ansatzentzündung der Bemuskulung am rechten Trochanter major sowie einer Hornschwiele mehr an der rechten als an der linken Großzehe. Die durch den Sachverständigen mitgeteilten Diagnosen entsprechen den in erster Instanz durch den Sachverständigen Dr. M. mitgeteilten Gesundheitsstörungen.

Lungenfachärztlicherseits liegt demgegenüber beim Kläger keine leistungsrelevante Gesundheitsstörung vor. Dies gilt insbesondere für die bekannte COPD-Erkrankung des Klägers. Nach den Feststellungen des Internisten L. in seinem Verwaltungsgutachten vom 25. Oktober 2010 ist die COPD-Erkrankung durch inhalative Medikation funktionell gut ausgeglichen. Nach dem Röntgen-Durchleuchtungs-Aufnahmebefund ergab sich ein unauffälliger Lungenbefund ohne Lungeninfiltrate bei unauffälligem knöchernen Thorax. Dafür spricht im Übrigen auch, dass der behandelnde Hausarzt Dr. Storck in seiner Auskunft vom 04. Oktober 2007 von einer spezifisch lungenfachärztlichen Behandlung des Klägers weder berichtet noch Arztbriefe vorgelegt hat. Auch der Kläger selbst hat im Berufungsverfahren im Übrigen hierzu nichts Relevantes vorgetragen.

Aus den beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats Leistungseinschränkungen qualitativer Art. Die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet vorliegende anhaltende somatoforme Schmerzstörung führt zu einer Minderung der psychischen Belastbarkeit. Berufliche Tätigkeiten mit erhöhter Stressbelastung, etwa durch erhöhten Zeitdruck in Form von Akkord- oder Nachtarbeit kommen für den Kläger nicht mehr in Frage. Aufgrund des Alkoholabhängigkeitssyndroms des Klägers sind zudem Tätigkeiten in der Gastronomie sowie sonstige Tätigkeiten mit erleichtertem Zugang zu Alkohol zu vermeiden. Der Senat folgt darin der Einschätzung des Sachverständigen Dr. Schw. in seinem Gutachten vom 17. März 2011. Aus den Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet resultieren beim Kläger Leistungseinschränkungen dahingehend, dass er Tätigkeiten mit ausschließlichem Sitzen, überwiegendem Stehen oder Gehen, häufigem Treppensteigen, häufigem Bücken und Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, im Knien, in der Hocke sowie über Kopf nicht mehr verrichten kann. Auch Arbeiten mit Absturzgefahr oder häufiger Exposition an Kälte, Nässe oder Zugluft sind dem Kläger nicht mehr zumutbar. Der Senat folgt darin dem Sachverständigen Dr. C., der entsprechende Einschränkungen aus der reduzierten Belastbarkeit von Wirbelsäule, Hüfte und Schulterbereich nachvollziehbar abgeleitet hat.

Die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen auf nervenfachärztlichem sowie orthopädischem Fachgebiet, die zu den beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen führen, bedingen indes keine Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Der Kläger ist zur Überzeugung des Senats noch in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis fünf kg Gewicht, im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen, auch mit gelegentlichem Treppengehen, in Früh-, Tag- und Spätschicht sowie in temperierten Räumen, soweit es sich dabei um Tätigkeiten mit durchschnittlicher nervlicher Belastung handelt, noch sechs Stunden täglich und mehr zu verrichten. Der Senat folgt auch insoweit den insgesamt schlüssigen und nachvollziehbaren Leistungsbeurteilungen durch Dr. Schw. auf nervenfachärztlichem und Dr. C. auf orthopädischem Fachgebiet. Die anders lautenden Einschätzungen der den Kläger behandelnden Ärzte, insbesondere des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. G. vom 24. Oktober 2007, sowie des Sachverständigen Ro. in seinem Gutachten vom 02. Juli 2009 vermochte der Senat demgegenüber nicht nachzuvollziehen.

Zunächst resultieren aus den beim Kläger vorliegenden Leistungseinschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet keine quantitativen Leistungseinschränkungen. Der Sachverständige Dr. C. hat in seinem Gutachten vom 21. August 2010 hinsichtlich der Einschränkungen im Hüftbereich von einer Hüfttotalendoprothese links mit guter Funktion und einer leichten Hüftdysplasie rechts ohne Funktionseinbuße des rechten Hüftgelenks berichtet. Die Funktionseinschränkungen beider Schultergelenke war nur endgradig ohne Nachweis einer Impingement-Symptomatik, und auch der nachgewiesene Bandscheibenvorfall zeigte sich als klinisch stumm. Funktionseinschränkungen dieses eher geringen Ausmaßes werden die aufgezeigten qualitativen Leistungseinschränkungen insgesamt hinreichend gerecht.

Vor allem aber ergibt sich eine quantitative Leistungseinschränkung auch nicht aus den beim Kläger nervenfachärztlicherseits vorliegenden Gesundheitsstörungen. Der Sachverständige Dr. Schw. hat in seinem Gutachten vom 17. März 2011 für den Senat schlüssig und

überzeugend auf der Grundlage der von ihm durchgeführten Exploration des Klägers herausgearbeitet, dass von einer herabgesetzten Ausdauerfähigkeit bei Verrichtung leidensgerechter Tätigkeiten weder aufgrund der somatoformen Schmerzstörung noch des Alkoholabhängigkeitssyndroms noch der depressiven Störung ausgegangen werden kann. Dr. Schw. berichtet in seinem Gutachten von einem durchgängig strukturierten Tagesablauf des Klägers bei eigenverantwortlicher Durchführung von haushaltlichen Pflichten und einem Freizeitleben ohne Anzeichen auf einen sozialen Rückzug. Der Kläger steht zusammen mit seiner Ehefrau früh auf, übernimmt Tätigkeiten im Haushalt und begleitet seine Frau zum Einkaufen. Er unterhält freundschaftliche Beziehungen zu zwei Personen und bekommt gelegentlich Besuch aus der Bekanntschaft seiner Ehefrau. Anhand der Alltagsschilderungen des Klägers ergeben sich daher keinerlei Anhaltspunkte für eine dauerhafte Leistungsminderung. Die beim Kläger vorliegende Schmerzzerkrankung bestimmt das Leben des Klägers noch nicht in einem Maße, dass auch von einer unter sechs Stunden täglich gesunkenen Belastbarkeit bei Verrichtung leidensgerechter Tätigkeiten ausgegangen werden kann. Dafür spricht im Übrigen auch die vom Gutachter berichtete Reaktion des Klägers auf die Anfrage, wie er denn - nach bereits zweistündiger Exploration mit dauerhaftem Sitzen - mit den Schmerzen zurechtkomme. Die Antwort des Klägers, er halte es aus, deutet auf eine insgesamt noch hinreichende Beherrschbarkeit der Schmerzen hin. Die in der gutachterlichen Situation gezeigten Fähigkeiten und Eigenschaften des Klägers stützen diese Einschätzung. Der Sachverständige hat insoweit darauf verwiesen, dass der Kläger bei ihm ein alters- und begabungensprechendes Ausdauerleistungsvermögen gezeigt hat, sich insbesondere wesentliche kognitive Ermüdungszeichen, die über das begutachtungstypische Maß hinausgingen, nicht eingestellt haben. Im Rahmen der mehrstündigen Untersuchungssitzung gelang dem Kläger ein altersentsprechend durchschnittlich ausgeprägtes Auffassungs- und Konzentrationsvermögen. Er hat keine klinisch mnestischen Funktionsdefizite in Bezug auf das Kurz- und Langzeitgedächtnis gezeigt und auch keine verstärkt ausgeprägten kognitiven Ermüdungszeichen. Schließlich ergaben sich auch anhand des psychopathologischen Befunds innerhalb der Begutachtungssitzung keine Anzeichen für eine leistungsrelevante Herabsetzung des Ausdauervermögens des Klägers. Dessen Stimmungslage war während der Begutachtung ausgeglichen, die emotionale Schwingungsfähigkeit nicht eingeeengt, und der Affekt themenspezifisch angemessen schwankend; der Antrieb war situationsadäquat, das Ausdrucksverhalten stimmungskongruent und lebhaft. Auch anhand dessen war für den Senat gut nachvollziehbar, dass die Schmerzzerkrankung, die dependente Persönlichkeit wie auch die depressive Störung der Durchführung leidensgerechter Tätigkeiten auch über eine Zeit von sechs Stunden täglich und mehr nicht entgegen steht. Die Einschätzung, dass der Kläger insgesamt noch hinreichend die Schmerzen beherrsche, stützt schließlich auch der Umstand, dass nach den Angaben des Klägers gegenüber dem Sachverständigen Dr. Schw. "momentan gar keine Behandlung" erfolgt und er wohl nur ein- bis zweimal im Quartal nach Bedarf Schmerzmittel erhält. Dies deutet auch auf keinen starken Leidensdruck hin.

Der anderslautenden Einschätzung des Arztes Ro. in seinem Gutachten vom 02. Juli 2009 vermochte sich der Senat demgegenüber nicht anzuschließen. Arzt Ro. gelangte zu der Auffassung, dass der Kläger nur noch bis gerade unter sechs Stunden täglich erwerbsfähig sein könne. Allerdings hat der Sachverständige im psychischen Befund lediglich davon berichtet, dass die Konzentration des Klägers leichtgradig vermindert war. Es ist daher für den Senat nicht plausibel, wenn er im Folgenden von einer deutlichen Konzentrationsstörung spricht und hieraus eine quantitative Leistungsminderung ableitet. Soweit Arzt Ro. darüber hinaus darauf abgestellt hat, dass der Kläger nach eigener Einschätzung Dinge anfangs, sie aber nicht klappten, trifft der Einwand von Dr. Schw. zu, dass Arzt Ro. hier keinen eigentlichen Befund mitteilt, sondern lediglich eine Beschwerdedarstellung von Seiten des Klägers selbst herangezogen hat, ohne die Eigeneinschätzung des Klägers im Verlauf der Untersuchung während der Begutachtung verifiziert zu haben. Auch der vom Kläger gegenüber Arzt Ro. geschilderte Tagesablauf stimmt mit der gegenüber Dr. Schw. gemachten Schilderung überein und spricht wie dargelegt gegen eine dauerhafte Leistungsminderung. Im Übrigen hat auch der Kläger selbst in seiner ersten Stellungnahme zum Gutachten vom 14. September 2009 noch eingewandt, mehr als die Hälfte des Gutachtens des Sachverständigen Ro. bestehe aus wörtlichen Wiederholungen von Zitaten aus verschiedensten Befunden, Arztbriefen und sonstigen Stellungnahmen. Auch nach dem ersten Eindruck des Klägers lässt daher offenbar das Gutachten des Arztes Ro. eigene Befundmitteilungen und Feststellungen vermissen.

Durch das demgegenüber insgesamt schlüssig und nachvollziehbar die Gesundheitsstörungen des Klägers herausarbeitende und diese anhand der Befunde, der Testdiagnostik und des Tagesablaufs überzeugend wertende Gutachten des Dr. Schw. sieht der Senat auch die Einschätzung des behandelnden Nervenarztes Dr. G. in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2007 als widerlegt an. Dr. Schw. hat insoweit zu Recht darauf verwiesen, dass Dr. G. keinerlei diagnostische Zuordnung der von ihm mitgeteilten Beobachtungen zur Persönlichkeitsstruktur des Klägers vorgenommen hat. So lässt sich anhand dessen Ausführungen nicht nachvollziehen, ob er tatsächlich eine klinisch relevante Depression diagnostiziert hat. Auch im Übrigen ist seiner Einschätzung von einem auf unter drei Stunden herabgesunkenen quantitativen Restleistungsvermögen keinerlei relevante Begründung zu entnehmen.

War die gesundheitliche Situation des Klägers damit nervenfachärztlicherseits als vollumfänglich geklärt anzusehen, bestand für den Senat auch keinerlei Veranlassung zur Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens auf diesem Fachgebiet. Insbesondere war die Beauftragung eines Facharztes auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin nicht erforderlich. Die Auswahl des Sachverständigen liegt grundsätzlich beim Gericht. Ein Vorschlagsrecht des Versicherten gibt es im Gerichtsverfahren hierzu nicht. Das Gericht ist insoweit aber gehalten, einen fachkompetenten Gutachter zu finden (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 9. Aufl. 2008, § 118 RdNr. 11c). Dies ist durch die Benennung des Dr. Schw. erfolgt. An dessen ausreichender Kompetenz zur Beurteilung auch psychosomatischer Gesundheitsstörungen und ihrer Auswirkungen auf das Leistungsvermögen einer Person ergeben sich dem Senat keinerlei Zweifel. Dr. Schw. ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Als solcher hat er ausweislich der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern auch spezifisches Wissen auf dem Gebiet der Psychosomatik zu erwerben (vgl. etwa die Weiterbildungsordnung der Baden-württembergischen Ärztekammer, dort unter "26. Strukturierte Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil", ÄBW 4/2006, S. 7g; vgl. auch die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom 25. Juni 2010, veröffentlicht auf der Homepage der Bundesärztekammer). Der Sachverständige steht überdies einer Abteilung vor, die ausdrücklich psychosomatisch erkrankte Patienten behandelt. Er ist daher aus Sicht des Senats sogar ein in hohem Maße geeigneter Gutachter zur Einschätzung der Leistungsrelevanz der beim Kläger vorliegenden psychosomatischen Erkrankung.

Das Erfordernis zur Einholung eines weiteren Gutachtens von Amts wegen ergab sich weiter auch nicht daraus, dass das Ergebnis der Begutachtung durch Dr. Schw. von derjenigen des Arztes Ro. abweicht. Die Würdigung unterschiedlicher Gutachterergebnisse oder unterschiedlicher ärztlicher Auffassungen zur Leistungsfähigkeit des Versicherten gehört wie die anderer sich widersprechender Beweisergebnisse zur Beweiswürdigung selbst. Eine Verpflichtung zur weiteren Beweiserhebung besteht auch bei einander widersprechenden Gutachtenergebnissen im Allgemeinen nicht; vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung mit den einander entgegenstehenden Ergebnissen auseinanderzusetzen (so die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG -, vgl. jüngst etwa den Beschluss vom 08. Dezember 2009 - [B 5 R 148/09 B](#) -, in juris; vgl. dazu auch Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG,

9. Aufl. 2008, § 128 RdNr. 7m.w.N.). Hält das Gericht eines von mehreren Gutachten für überzeugend, darf es sich diesem anschließen, ohne eine weitere Sachaufklärung zu betreiben. Bei einer derartigen Fallkonstellation ist für eine weitere Beweiserhebung regelmäßig kein Raum. Das Tatsachengericht ist nur dann zu weiteren Beweiserhebungen verpflichtet, wenn die vorhandenen Gutachten grobe Mängel oder unlösliche Widersprüche im Bereich der Befunderhebung enthalten und von unzutreffenden sachlichen Voraussetzungen ausgehen oder Anlass zu Zweifeln an der Sachkunde des Gutachters geben (vgl. das BSG, Beschluss vom 12. Dezember 2003 - [B 13 RJ 179/03 B - SozR 4-1500 § 160a Nr. 3](#) RdNr. 9 m.w.N.). Derartige Umstände sind indes vorliegend nicht ersichtlich. Der Senat hat vielmehr ausführlich dargelegt, dass Dr. Schw. Erkrankungen diagnostiziert hat, die von den Diagnosen des Sachverständigen Ro. nicht im Sinne einer Widersprüchlichkeit abweichen. Auch sind die von den beiden mitgeteilten Befunde, soweit sie jeweils eigenständig erhoben wurden, nicht in sich widersprüchlich. Sie ergeben vielmehr in sich schlüssig das Bild einer Persönlichkeit, die an einer depressiven Störung in gegenwärtig remittiertem Zustand leidet. Angesichts dieser Ausgangssituation durfte sich der Senat ohne weitere Beweiserhebung der Leistungseinschätzung des Dr. Schw. mit der Begründung anschließen, er halte dessen Gesamtergebnis für plausibel, dasjenige des Arztes Ro. demgegenüber nicht. Eigene Sachkunde hat der Senat insoweit nicht herangezogen. Er hat lediglich die Nachvollziehbarkeit der vorhandenen Gutachten beurteilt und insoweit das Gutachten des Dr. Schw. für das maßgeblich überzeugendere erachtet.

Aus Sicht des Senats war im Übrigen auch eine - schriftliche oder mündliche - Befragung des Sachverständigen Dr. Schw. nicht durchzuführen. Die vom Kläger insoweit in seinem Schriftsatz vom 26. April 2011 formulierten Einwendungen gegen das Gutachten des Dr. Schw. ergeben keine hinreichende Grundlage für eine ergänzende Befragung des Sachverständigen schriftlich oder im Termin. Zwar kann von dem Beteiligten nicht verlangt werden, dass er die Fragen, die er dem Sachverständigen stellen will, im einzelnen ausformuliert. Es genügt, dass der Fragenkomplex konkret umschrieben wird, soweit die Fragen objektiv sachdienlich sind ([§ 116 Satz 2 SGG](#), vgl. dazu BSG [SozR 3-1750 § 411 Nr. 1](#)). Eine in diesem Sinne konkrete Umschreibung eines Fragenkomplexes findet sich jedoch im klägerischen Vorbringen nicht. Soweit der Kläger Anstoß daran nimmt, dass der Sachverständige Dr. Schw. aktuell eine leichtgradige depressive Episode nicht habe feststellen können, hat er die Richtigkeit dieser Diagnose selbst im Ergebnis dahinstehen lassen. Der Hinweis des Klägers, der Sachverständige Dr. Schw. vereinfache die bei ihm vorliegende depressive Störung durch die Diagnosebezeichnung, zeigt weder eine Fragestellung noch eine konkrete Widersprüchlichkeit auf. Auch der Hinweis darauf, dass der Sachverständige Dr. Schw. nur drei Testverfahren durchgeführt habe, Arzt Ro. demgegenüber deutlich mehr, zeigt ebenfalls keine objektiv sachdienliche Fragestellung zum konkreten Inhalt des Gutachtens auf. Vielmehr wird, ohne dies anhand konkreter Ausführungen im Gutachten festzumachen, unterstellt, der Sachverständige Dr. Schw. habe den Kläger nicht hinreichend gründlich untersucht. Abgesehen davon, dass dies aus Sicht des Senats anhand des insgesamt wohlbegründeten Gutachtens des Dr. Schw. nicht nachvollziehbar ist, wird auch hierdurch kein sachdienlicher, sich mit dem Inhalt des Gutachtens beschäftigender Fragenkomplex aufgezeigt.

Schließlich bestand auch ein Anspruch des Klägers auf erneute Befragung des Sachverständigen Ro., welches in der ersten Instanz auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholt worden war, gemäß [§ 109 SGG](#) nicht. Das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) steht grundsätzlich nur einmal im gesamten Rechtsstreit 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 BSG SozR Nr. 18 zu [§ 109 SGG](#); BSG [SozR 3-1500 § 109 Nr. 1](#)). Erst recht gilt dies für die ergänzende Befragung eines Sachverständigen nach Maßgabe von [§ 109 SGG](#). Eine wiederholte Antragstellung nach [§ 109 SGG](#) rechtfertigt sich auch hier nur beim Vorliegen besonderer Umstände (vgl. dazu Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, [§ 109 SGG](#), RdNr. 10b). Ein solcher besonderer Umstand liegt hier nicht bereits darin, dass von Seiten des Senats ein weiteres nervenfachärztliches Gutachten eingeholt worden ist. Dass zwischenzeitlich ein Gutachten von Amts wegen eingeholt wurde, begründet nicht generell das Erfordernis einer erneuten Anhörung des Sachverständigen (vgl. dazu Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO). Der Sachverständige Dr. Schw. hat von keinen wesentlichen neuen, sondern vielmehr schon entsprechend durch Dr. N. mitgeteilten Befunden berichtet. Damit war das Antragsrecht des Klägers nach [§ 109 SGG](#) verbraucht. Anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass zunächst ein Kostenvorschuss beim Kläger zur erneuten Befragung von Arzt Ro. eingeholt worden war. Eigenständige Rechte des Klägers lassen sich daraus nicht ableiten.

2. Dem Kläger steht auch ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nicht zu.

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 soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit richtet sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufs. Zur Erleichterung dieser Beurteilung hat die Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. Urteil vom 29. März 1994 - [13 RJ 35/93](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#); Urteil vom 25. Juli 2001 - [B 8 KN 14/00 R - SozR 3-2600 § 43 Nr. 26](#)) die Berufe der Versicherten in Gruppen eingeteilt. Diese Berufsgruppen sind ausgehend von der Bedeutung, die Dauer und Umfang der Ausbildung für die Qualität eines Berufs haben, gebildet worden. Entsprechend diesem so genannten Mehrstufenschema werden die Arbeiterberufe durch Gruppen mit den Leitberufen des Facharbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hoch qualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters (anerkannter Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren), des angelernten Arbeiters (sonstiger Ausbildungsberuf mit einer Regelausbildungszeit von drei Monaten bis zu zwei Jahren) und des ungelerten Arbeiters charakterisiert. Die Einordnung eines bestimmten Berufs in dieses Mehrstufenschema erfolgt aber nicht ausschließlich nach der Dauer der absolvierten förmlichen Berufsausbildung. Ausschlaggebend hierfür ist vielmehr allein die Qualität der verrichteten Arbeit, d.h. der aus einer Mehrzahl von Faktoren zu ermittelnde Wert der Arbeit für den Betrieb. Es kommt auf das Gesamtbild an. Eine Verweisung kann nur auf einen Beruf derselben qualitativen Stufe oder der nächst niedrigeren erfolgen (BSG, Urteil vom 29. Juli 2004 - [B 4 RA 5/04 R](#) - in juris).

Bisheriger Beruf im Sinne des [§ 240 SGB VI](#) ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG in der Regel die letzte, nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit (z. B. BSG, Urteil vom 29. März 1994 - [13 RJ 35/93](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#); Urteil vom 18. Februar 1998 - [B 5 RJ 34/97 R](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 61](#); Urteil vom 20. Juli 2005 - [B 13 RJ 19/04 R](#) - in juris).

Ausgehend davon ist als bisheriger Beruf des Klägers die Tätigkeit des Produktionshelfers in der Kleinmetallherstellung zugrunde zu legen. Der Senat vermochte sich insbesondere nicht davon zu überzeugen, dass sich der Kläger von seiner vorherigen, für verschiedene Arbeitgeber ausgeführten Tätigkeit als Gipser aus gesundheitlichen Gründen gelöst hat. Entscheidend war für den Senat insoweit der Reha-Entlassungsbericht vom 16. Juni 1999 des ärztlichen Direktors Dr. Kn. der Reha-Klinik K.-I, die damals noch Fachklinik für Erkrankungen auch der Atmungsorgane war. Diesem Bericht zufolge konnte der Kläger, der sich dort aufgrund seiner COPD-Erkrankung aufhielt, seine frühere Tätigkeit als Gipser in vollem Umfang wieder aufnehmen. Dem Bericht zufolge hielt sich der Kläger damals aufgrund chronischer Bronchitis mit asthmatischer Komponente bei Nikotinabusus in der Klinik auf. Unter den erfolgten physiotherapeutischen Maßnahmen kam es jedoch quasi zur Normalisierung der Funktionsparameter. Es bestand keine obstruktive Ventilationsstörung mehr und keine respiratorische Insuffizienz. Der Kläger konnte daher als vollschichtig arbeitsfähig auch für den zuletzt ausgeübten Beruf entlassen werden. Angeraten wurde dem Kläger (lediglich) eine völlige Nikotinabstinenz. Eine medizinischerseits erzwungene Lösung des Klägers vom Beruf des Gipsers kommt demnach zur Überzeugung des Senats nicht in Betracht.

War folglich abzustellen auf die Tätigkeit als Produktionshelfer in der Kleinmetallindustrie, kann der Kläger Berufsschutz nicht für sich beanspruchen. Die Tätigkeit war allenfalls eine Tätigkeit im unteren Anlernbereich. Der Kläger ist damit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar, auf welchem er, wie aufgezeigt, noch vollschichtig erwerbstätig sein kann.

Selbst wenn man jedoch unterstellte, dass der Kläger damals zur Aufgabe seines Berufs als Gipser aus medizinischen Gründen gezwungen war, ließe sich hieraus eine Berufsunfähigkeit des Klägers im Sinne des [§ 240 SGB VI](#) nicht ableiten. Zwar hat der Kläger viele Jahre lang als Gipser gearbeitet. Dies alleine vermag jedoch das Aufrücken in eine Facharbeiterstellung nicht zu begründen. Eine Ausbildung in diesem Beruf hat der Kläger nie erworben. Auch der weitere berufliche Werdegang mit ständig wechselnden Arbeitgebern spricht dagegen, dass der Kläger innerhalb seiner Tätigkeit entsprechende Facharbeiterkenntnisse erworben hat. Nur bei der Firma Morlock war der Kläger dann längere Zeit als Gipser erwerbstätig, wobei auch dies sich mit insgesamt 6,5 Jahren in einem begrenzten Rahmen hielt. Im Übrigen hat der Kläger selbst anlässlich sämtlicher durchgeführter Begutachtungen stets davon berichtet, dass seine Tätigkeiten als Gipser Anlern Tätigkeiten waren. Angaben dieser Art hat er erstmals im Rahmen der Reha-Maßnahme in K.-tal gemacht, sodann erneut im Zusammenhang mit den Rentengutachten aus den Jahren 2000 und 2001, und schließlich durchgängig auch im Rahmen des jetzigen Rentenverfahrens, so zuletzt im Zusammenhang mit der Begutachtung durch Dr. Schw ... Mit Blick darauf und die von wenig Konstanz getragene Erwerbstätigkeit des Klägers ergeben sich für eine zusätzliche im Laufe des Erwerbslebens erworbene Qualifizierung des Klägers als Facharbeiter keinerlei hinreichende Anhaltspunkte. Auch ausgehend von der Tätigkeit eines Gipsers stand dem Kläger folglich qualifizierter Berufsschutz nicht zu mit der Folge, dass er auch insoweit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar wäre.

3. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-09-05