

L 11 R 5523/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 4124/08
Datum
06.11.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 5523/09
Datum
13.12.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 06.11.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der 1953 geborene Kläger absolvierte erfolgreich eine Ausbildung zum Metzger und war als solcher bis 2002 ganztätig beschäftigt. Seit 01.07.2005 bezieht er von der Beklagten eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Grundlage hierfür war der im Rechtsstreit S 1 RA 2492/03 am 15.06.2005 geschlossene gerichtliche Vergleich. Zuletzt arbeitete der Kläger an fünf Tagen in der Woche zweieinhalb bis vier Stunden täglich als Metzgereiverkäufer/Buchhalter bei der Firma K. T. AG. Seit Oktober 2008 ist der Kläger arbeitsunfähig erkrankt. Bis zum 17.10.2011 erhielt er Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

Am 19.10.2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung. Zur Begründung gab er an, an starken Schmerzen, Diabetes sowie schwerer Arthrose zu leiden. Nach Einholung eines ärztlichen Befundberichts des den Kläger behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Dr W. (Auskunft vom 21.12.2007), der beim Kläger einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus, Gonarthrose beidseits, das Vorliegen einer Hypertonie und eines degenerativen Wirbelsäulensyndroms diagnostizierte, veranlasste die Beklagte die Untersuchung und Begutachtung des Klägers durch den Facharzt für Orthopädie Dr L ... In seinem Gutachten vom 17.03.2008 stellte er beim Kläger eine Calcinose und beginnende Retropatellararthrose am linken Kniegelenk, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, überwiegend im Brustwirbelsäulenbereich, sowie beginnende degenerative Veränderungen der Schultereckgelenke beidseits fest. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei hauptsächlich adipositasbedingt eingeschränkt, Zeichen einer akuten oder chronischen Nervenwurzelreizung hätten sich weder an den oberen noch den unteren Extremitäten gefunden. Die vom Kläger angegebenen starken Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks und rechten Sprunggelenks hätten durch die klinische und röntgenologische Untersuchung nicht hinreichend geklärt werden können. Leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten, die nicht regelmäßiges Stehen und Gehen, keine regelmäßige Kniehockstellung und kein regelmäßiges Begehen und Besteigen von Treppen und Leitern erforderlich machten, sowie Tätigkeiten die wechselweise sitzend, stehend und gehend verrichtet würden, seien dem Kläger noch sechs Stunden und mehr täglich zumutbar.

Mit Bescheid vom 28.05.2008 lehnte die Beklagte daraufhin den Rentenantrag des Klägers ab. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, sein Gesundheitszustand habe sich massiv verschlechtert. Er leide ständig unter Schmerzen in beiden Knien. Des Weiteren bestünden Bewegungseinschränkungen beim Strecken und Beugen derselben. Zu den zudem bestehenden Schmerzen in den Fußgelenken komme es zu einem Anschwellen bei Bewegung und Belastung, was wiederum zur Beeinträchtigung des Gehvermögens führe. Insgesamt habe dies zu einer deutlichen Erschöpfungsproblematik geführt. Die Beklagte habe zudem die chronische Bronchitis, die kardiologischen Beschwerden sowie den Diabetes mellitus nicht bei ihrer Entscheidung berücksichtigt. Nach Einholung ärztlicher Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte Dr W. (Facharzt für Allgemeinmedizin), Dr von La. (Facharzt für Chirurgie) und den Orthopäden R., wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 27.11.2008 zurück.

Der Kläger hat am 15.12.2008 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Zur Begründung legt er dar, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Schmerzen und Einschränkungen im gesamten Bewegungsapparat verbunden mit den sonstigen Erkrankungen hätten zu einer Reduzierung der Belastbarkeit und zu einer deutlichen Erschöpfungsproblematik geführt, so dass Ausdauer, Konzentration

und Durchhaltevermögen für einfachste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr in einem Umfang von sechs Stunden und mehr täglich ausreichend seien. Insbesondere im Bereich der Knie sei es zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen. Im Rahmen der in der Klinik R./Bad D. durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme habe sich der Gesundheitszustand der Knie derart verschlechtert, dass er arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen worden sei. Die Beklagte hat anschließend den Entlassungsbericht der Klinik vom 02.12.2008 beigezogen. Dort hatte sich der Kläger anlässlich einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum vom 21.10.2008 bis 11.11.2008 stationär aufgehalten. Die den Kläger dort behandelnden Ärzte hatten bei ihm einen Diabetes mellitus Typ II mit multiplen Komplikationen, eine Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr (Body-Maß-Index von 40 und mehr), eine benigne essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise, eine primäre Gonarthrose beidseits sowie ein zentrales Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert. Im Ergebnis gelangten sie zu der Einschätzung, der Kläger könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr täglich ausüben. Anschließend hat das SG den Orthopäden R., den Facharzt für Chirurgie Dr von La., den Orthopäden Dr E. und den Allgemeinmediziner Dr W. als sachverständige Zeugen schriftlich gehört. Der Orthopäde R. hält den Kläger unter Beachtung der orthopädischen Funktionsbeeinträchtigungen für fähig, täglich mindestens sechs Stunden eine leichte körperliche Arbeit zu verrichten (Auskunft vom 15.02.2009). Dr von La. hat in seiner Auskunft vom 20.02.2009 festgestellt, dass das Ödem im Bereich beider Unterschenkel rückläufig sei. Jedoch sei aufgrund der Erkrankung mit rezidivierenden Ödemen/Schwellungen beider Beine zu rechnen. Soweit keine Verschlechterung gegenüber diesem Befund eingetreten sei, halte er eine tägliche leichte körperliche Tätigkeit im Ausmaß von sechs Stunden für möglich. Zur gleichen Beurteilung des Leistungsvermögens gelangt auch Dr E. (Auskunft vom 04.03.2009). Dr W. legt in seiner Auskunft vom 09.03.2009 dar, der Kläger sei bedingt durch die schwere Gonarthrose beidseits nicht mehr in der Lage, längere Zeit zu stehen und zu gehen. Hieraus resultiere ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich. Im Anschluss daran hat das SG den Facharzt für Orthopädie Dr Sch. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Er hat festgestellt, der Kläger leide an einem muskulären Reizsyndrom der Halswirbelsäule mit mittelgradiger Funktionsbehinderung und radikulären Reizerscheinungen bei degenerativen Veränderungen der unteren HWS (Osteochondrose C6/7), einem muskulären Reizsyndrom, besonders der BWS bei leicht skoliotischer Fehllage der Rumpfwirbelsäule ohne radikuläre Reizerscheinungen der unteren Gliedmaßen bei degenerativen Veränderungen der BWS und LWS (leichte Spondylose thorakal, Osteochondrose L4/5 und L5/S1 mit Spondylarthrose) sowie einer beginnenden Hüftgelenksarthrose beidseits mit Funktionseinschränkung. Ferner bestehe beim Kläger eine X-Bein-Fehllage beider Kniegelenke, eine Gonarthrose links Grad II sowie ein Zustand nach zweimaliger Arthroskopie des linken Kniegelenks. Des Weiteren leide er an einer initialen Sprunggelenksarthrose rechts mit Funktionsbehinderung sowie an Adipositas per Magna. Leichte körperliche Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, überwiegend im Sitzen, mit Heben und Tragen von regelmäßig 5 kg könne der Kläger in trockenen und beheizten Räumen auf ebenen Böden ganzschichtig ausführen. Auch sei er in der Lage, Wegstrecken von vier Mal 500 m in angemessener Zeit, dh in jeweils 20 Minuten täglich zurückzulegen. Abschließend hat das SG den Facharzt für Innere Krankheiten Dr He., den Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr Bo. und die Neurologin und Psychiaterin Dr Ha. als sachverständige Zeuge schriftlich gehört. Dr He. teilt mit (Auskunft vom 21.08.2009), die im Juli 2009 durchgeführte Echokardiographie stelle keine hinreichende Basis zur Einschätzung der Erwerbsfähigkeit dar. Dr Bo. (Auskunft vom 02.09.2009) sieht sich außer Stande, ohne das Vorliegen eines kardiologischen Befundes eine Leistungseinschätzung des Klägers abzugeben. Wegen des extremen Übergewichts des Klägers werde dringend zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme geraten. Dr Ha. (Auskunft vom 31.08.2009) hatte bei der Erstuntersuchung im Juni 2009 eine depressive Episode sowie eine Panikstörung diagnostiziert. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien ihm im Hinblick darauf jedoch noch sechs Stunden und mehr täglich möglich.

Mit Urteil vom 06.11.2009 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Schwerpunkt der Erkrankung des Klägers liege auf orthopädischem Fachgebiet. Insoweit habe der gerichtliche Sachverständige Dr Sch. nachvollziehbar dargelegt, der Kläger könne unter Beachtung gewisser qualitativer Leistungseinschränkungen leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch sechs Stunden und mehr täglich ausüben. Auch sei seine Wegefähigkeit nicht beeinträchtigt. Die Auskünfte der sachverständigen Zeugen seien demgegenüber nicht geeignet, die Ausführungen von Dr Sch. in Frage zu stellen. Auch die erhobenen Befunde auf internistischem, lungenfachärztlichem und neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet führten nicht zu einer anderen Bewertung des Leistungsvermögens des Klägers.

Gegen das dem Kläger bevollmächtigten am 11.11.2009 per Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.11.2009 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Insbesondere habe das SG in seiner Entscheidung die bei ihm vorhandenen neurologisch-psychiatrischen Leistungsbeeinträchtigungen nicht in ausreichendem Umfang gewürdigt. Ferner hätten sich sowohl seine pneumologischen Probleme als auch sein Diabetes weiter verschlechtert. Aufgrund der Beeinträchtigungen im Kniebereich ergebe sich die Notwendigkeit für die Durchführung einer Operation.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 06.11.2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 28.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.10.2007 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und hat auf Anforderung des Kläger bevollmächtigten den Versicherungsverlauf vom 03.06.2010 vorgelegt.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte Dr Bo., Dr W., Dr Ec. (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) und Dr von La. als sachverständige Zeugen gehört. Aufgrund des erheblichen Übergewichts sei der Kläger nicht in der Lage auch nur leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über sechs Stunden täglich auszuüben (Auskunft von Dr Bo. vom 22.03.2010). Die Gehfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Eine abschließende Beurteilung könne lediglich dann erfolgen, wenn ein kardiologischer Bericht vorliege. Letztlich hat Dr Bo. die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere auch wegen des erhöhten Blutzuckers, empfohlen. Dr W. legt in seiner Auskunft vom 08.04.2010 dar, er halte den Kläger wegen seiner schweren Arthrose, dem insulinpflichtigen Diabetes mellitus und dem depressiven Verstimmungszustand nicht mehr in der Lage, leichte Tätigkeiten mindestens

sechs Stunden täglich zu verrichten. Die Gehfähigkeit des Klägers sei eingeschränkt. Durch die bestehende Kniegelenksarthrose sei eine gewisse Gangunsicherheit vorhanden; die freie Wegstrecke betrage etwa 20 Meter, dann träten starke Schmerzen und eine Gehbehinderung auf. Dr. Ec. hat dem Kläger in seiner Auskunft vom 13.4.2010 aufgrund des bei ihm vorhandenen depressiven Syndroms eine Belastbarkeit von unter drei Stunden attestiert; eine erneute Anfrage in etwa drei Monaten sei allerdings zu empfehlen. Dr. von La. hat beim Kläger unter Berücksichtigung der orthopädischen Diagnosen ein Leistungsvermögen von sechs Stunden täglich angenommen (Auskunft vom 01.04.2010). Die Gehfähigkeit sei im Hinblick auf die hochgradige Kniegelenksarthrose links eingeschränkt; wie dies zukünftig - nach Durchführung der geplanten Operation - zu beurteilen sei, sei noch nicht absehbar. Bezüglich der Lymphödemerkrankung sei die Gehfähigkeit demgegenüber nicht eingeschränkt.

Anschließend hat der Senat das Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie O.-P. vom 16.06.2010 eingeholt, die den Kläger am 15.06.2010 persönlich untersucht hat. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet liege eine periphere Polyneuropathie, eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine restdysthym-dysphorische Symptomatik bei Zustand nach depressiver Entwicklung vor. Ferner leide der Kläger an einem Zustand nach mehrjährigem Benzodiazepinabusus. Anamnestic sei ein Zustand nach CTS-Operation links bekannt. Im Vordergrund stünden die orthopädischerseits bestehenden Beeinträchtigungen infolge der Gonarthrose links, bei der eine Operation bevorstehe. Darüber hinaus seien orthopädischerseits vorbeschrieben ein muskuläres Reizsyndrom der HWS mit mittelgradiger Funktionsbehinderung, ohne radikuläre Reizerscheinungen bei degenerativen Veränderungen der unteren HWS mit Osteochondrose C6/7, ein muskuläres Reizsyndrom, besonders der BWS bei leicht skoliotischer Fehllhaltung der Rumpfwirbelsäule, ohne radikuläre Reizerscheinungen der unteren Gliedmaßen bei degenerativen Veränderungen der BWS und LWS (leichte Spondylose thorakal, Osteochondrose L4/5 und L5/S1 mit Spondylarthrose), eine beginnende Hüftgelenksarthrose beidseits mit Funktionseinschränkungen, eine X-Bein-Fehlstellung beider Kniegelenke, eine Gonarthrose links Grad II, ein Zustand nach zweimaliger Arthroskopie des linken Kniegelenks, eine initiale Sprunggelenksarthrose rechts mit Funktionsbehinderung und eine Adipositas per magna. Die orthopädischen Leiden führten beim Kläger zu diversen qualitativen Leistungseinschränkungen; leichte körperliche Arbeiten (mit der Möglichkeit zur Wechselhaltung, vorwiegend im Sitzen, mit Heben und Tragen von regelmäßig 5 kg, in trockenen und beheizten Räumen, auf ebenen Böden, ohne erhöhte Anforderungen an die Balancierfähigkeit oder Trittfestigkeit auf Leitern und Gerüsten, ohne Nachtdienst) seien dem Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich möglich. Auch sei er in der Lage, vier Mal täglich mehr als 500 m unter 20 Minuten zurückzulegen. Besser gelinge ihm dies noch bei erfolgreichem operativen Vorgehen. Öffentliche Verkehrsmittel könne er ebenfalls benutzen. Auch fahre er Pkw. Die depressive Symptomatik habe zu Beginn (seit Antragstellung) im Vordergrund gestanden und sei dann unter Behandlung gut rückläufig gewesen. Der Kläger zeige eine vitale Alltagsgestaltung. Zwar habe Dr. Ec. aus nervenärztlicher Sicht eine unter dreistündige Belastbarkeit propagiert; gleichzeitig habe er jedoch auch in Erwartung einer raschen Befundbesserung zur erneuten Anfrage in wenigen Monaten geraten.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Pi. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Im Rahmen seines Gutachtens vom 04.08.2011, das auf einer ambulanten nervenärztlichen Untersuchung am 27.01.2011 beruht, hat der Gutachter eine deutlich ausgeprägte, am ehesten diabetisch bedingte sensomotorische Polyneuropathie der unteren mehr als der oberen Extremitäten festgestellt. Ferner leide der Kläger an einem depressiven Syndrom (zum Untersuchungszeitpunkt leichtgradig ausgeprägt) mit begleitenden phobischen Ängsten und einer Panikstörung. Des Weiteren bestehe beim Kläger ein Kopfschmerz vom Spannungstyp, ein sensibles Wurzelreizsyndrom C8 links bei vorbeschriebenem degenerativem HWS-Syndrom sowie ein Zustand nach Carpal tunnel-Operation links. Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen hätten sich eine leichtgradige depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Klagsamkeit feststellen lassen, sowie eine Reduzierung von Antrieb und Psychomotorik. In diesem Zusammenhang habe der Kläger über eine Interessens-, Lust- und Antriebslosigkeit, sozialphobische Ängste sowie eine vermehrte emotionale Labilität mit raschem, situationsinadäquatem Weinen berichtet. Diese Konstellation führe zu einem deutlichen Rückzugs- und Vermeidungsverhalten mit Vernachlässigung von Hobbys, sozialen Kontakten und familiären Aktivitäten. Er halte sich daher fast nur noch zuhause auf, beteilige sich nur in sehr geringem Umfang an der Hausarbeit und verbringe viel Zeit mit Grübeln, insbesondere über die multiplen Wirbelsäulen- und Gelenkschmerzen, durch welche er sich erheblich in seiner Mobilität beeinträchtigt erlebe. Im Zusammenhang mit der depressiven Störung seien auch die in den letzten drei Monaten vor der Begutachtung wiederholt durchgeführten Selbstverletzungen durch Zigaretten am rechten Unterarm und im Bereich des Oberkörpers zu interpretieren (diese Verletzungen wurden vom Gutachter in Form von Narben wahrgenommen). Dabei erlebe der Kläger durch die Wendung der Aggression gegen sich selbst eine vorübergehende Abnahme des inneren Drucks. Circa zwei Mal pro Woche komme es auch zum Auftreten von Panikattacken mit ausgeprägten vegetativen Begleitsyndromen wie Herzrasen, Luftnot, Schweißausbrüchen, Todesangst und einem Engegefühl der Brust, durch welche der Zustand des Rückzugs und der Vermeidung weiter verfestigt werde. Im Hinblick auf die auf nervenfachärztlichem Gebiet festgestellten Leistungsbeeinträchtigungen sei der Kläger nur noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten auszuführen, welche überwiegend im Sitzen ausgeübt werden könnten; wegen der Polyneuropathie seien keine besonderen Anforderungen an die Gehfähigkeit und an die Feinmotorik der linken Hand und wegen der Depression und der Ängste keine besonderen Anforderungen an die Konzentration, Flexibilität, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit zu stellen. Ebenso seien Tätigkeiten im Nacht- und Wechselschichtmodus nicht mehr zumutbar. Insbesondere wegen des Ausmaßes des depressiven Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens sowie der genannten Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei der Kläger nicht mehr in der Lage, Tätigkeiten mindestens drei Stunden täglich auszuüben. Im nervenärztlichen Gutachten von Frau O.-P. vom 16.06.2010 werde eine deutlich andere Symptomatik mit einer noch aktiveren Lebensführung ohne eine wesentliche Beeinträchtigung durch Ängste, Rückzugs- und Vermeidungsverhalten beschrieben. In der Untersuchungssituation am 27.01.2011 beschreibe der Kläger hingegen eine deutliche Verschlechterung der psychischen Störung seit Herbst 2010. Insoweit gehe er vom Vorliegen der genannten quantitativen Leistungseinschränkung ab Januar 2010 (richtig wohl 2011) aus. Aufgrund der Ausprägung der Symptomatik sollte eine kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung angestrebt werden, ggfs auch im Rahmen einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung. Da aufgrund der relativ kurzen Anamnese der aktuellen psychischen Symptomatik noch nicht von einer Chronifizierung ausgegangen werden könne, sei unter den oben genannten ambulanten und stationären Behandlungsbedingungen eine wesentliche Besserung innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu erwarten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die Gerichtsakte des SG Mannheim im Verfahren S 1 RA 2492/03 sowie auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (vgl Bundessozialgericht (BSG) [SozR 3-2600 § 44 Nr 7](#)) zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 28.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2008 ([§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach [§ 43 SGB VI](#) in der ab 01.01.2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr 12 RV- Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 ([BGBl I, 554](#)).

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, 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](#)).

Nach diesen Maßstäben ist der Kläger, wie das SG zutreffend entschieden hat, nicht voll erwerbsgemindert. Nach dem Ergebnis der vom SG durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat entnimmt dies dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Orthopäden Dr L. vom 17.03.2008 und dem Entlassungsbericht der Klinik R. vom 02.12.2008, die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden können, sowie dem Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr Sch. vom 14.07.2009. Der Senat schließt sich deshalb zunächst den Entscheidungsgründen des mit der Berufung angefochtenen Urteils vom 06.11.2009, insbesondere der dort vorgenommene Beweiswürdigung an, macht sich diese aufgrund eigener Überzeugungsbildung vollinhaltlich zu eigen und sieht daher insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen des Klägers zur Begründung der Berufung und die im Verlauf des Berufungsverfahrens durchgeführte Beweisaufnahme rechtfertigen keine abweichende Beurteilung. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten der Nervenfachärztin O.-P. ... Diese hat beim Kläger auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine periphere Polyneuropathie, eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine restdysthym-dysphorische Symptomatik bei Zustand nach depressiver Entwicklung diagnostiziert. Ferner leidet der Kläger an einem Zustand nach mehrjährigem Benzodiazepinabusus. Des Weiteren ist ein Zustand nach CTS-Operation links bekannt. Im Vordergrund stehen die orthopädischerseits vorhandenen Beeinträchtigungen infolge der Gonarthrose links, bei der eine Operation bevorsteht. Darüber hinaus sind orthopädischerseits vorbeschrieben ein muskuläres Reizsyndrom der HWS mit mittelgradiger Funktionsbehinderung, ohne radikuläre Reizerscheinungen bei degenerativen Veränderungen der unteren HWS mit Osteochondrose C6/7, ein muskuläres Reizsyndrom, besonders der BWS bei leicht skoliotischer Fehlhaltung der Rumpfwirbelsäule, ohne radikuläre Reizerscheinungen der unteren Gliedmaßen bei degenerativen Veränderungen der BWS und LWS (leichte Spondylose thorakal, Osteochondrose L4/5 und L5/S1 mit Spondylarthrose), eine beginnende Hüftgelenksarthrose beidseits mit Funktionseinschränkungen, eine X-Bein-Fehlstellung beider Kniegelenke, eine Gonarthrose links Grad II, ein Zustand nach zweimaliger Arthroskopie des linken Kniegelenks, eine initiale Sprunggelenksarthrose rechts mit Funktionsbehinderung und eine Adipositas per magna. Wie die Gutachterin nachvollziehbar dargelegt hat, lässt sich aus diesen Befunden keine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht ableiten. Die Nervenfachärztin hat dem Kläger basierend auf einer ambulanten Untersuchung am 15.06.2010 im Ergebnis noch ein mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes attestiert.

Demgegenüber vermag sich der Senat den Ausführungen von Dr Pi. in dessen auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) in Auftrag gegebenen Gutachten nicht anzuschließen. Während die neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen dem Kläger im Begutachtungszeitpunkt durch die Nervenfachärztin O.-P. im Juni 2010 noch eine aktive Lebensführung ohne eine wesentliche Beeinträchtigung durch Ängste sowie Rückzugs- und Vermeidungsverhalten ermöglichen, geht Dr Pi. demgegenüber ab Oktober 2010 von einer deutlichen Verschlechterung aus. Im Rahmen der Anamnese beschreibt der Gutachter eine Interessens-, Lust- und Antriebslosigkeit, sozialphobische Ängste sowie eine vermehrte emotionale Labilität mit raschem, situationsinadäquatem Weinen. Dies führe zu einem deutlichen Rückzugs- und Vermeidungsverhalten mit Vernachlässigung von Hobbys, sozialen Kontakten und familiären Aktivitäten und limitiere das zeitliche Leistungsvermögen des Klägers. Damit lässt sich nach Auffassung des Senats ein zeitliche eingeschränktes Leistungsvermögen nicht begründen. Das Rückzugs- und Vermeidungsverhalten des Klägers wird von Dr Pi. allein aufgrund der Angaben des Klägers angenommen. Diese im Vergleich zum Vorgutachten von Dr O.-P. deutlich veränderten Angaben des Klägers finden im Gutachten des Dr Pi. keine Entsprechung im diagnostischen Bereich. So gelangt auch Dr Pi. zu der Auffassung, dass zum Untersuchungszeitpunkt lediglich eine leichtgradig ausgeprägte depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Klagsamkeit vorgelegen hat. Seine diagnostische Einschätzung entspricht damit derjenigen von Dr O.-P. ... Dennoch gelangt er zu einem unter dreistündigen Leistungsvermögen. Dies überzeugt den Senat nicht. Das von der Gutachterin O.-P. anlässlich der ambulanten Untersuchung im Juni 2010 festgestellte erhebliche Verdeutlichungsverhalten hat Dr Pi. keiner kritischen Überprüfung oder Testung unterzogen. Vielmehr beschreibt er eine deutliche Verschlechterung der psychischen Situation des Klägers ohne erkennbar einschneidendes Ereignis. Letztlich bleibt er eine medizinische Begründung dafür schuldig, weshalb das Leistungsvermögen des Klägers drei Monate nach der vorherigen Begutachtung eine derart einschneidende Verminderung erfahren haben soll, dass auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr drei Stunden täglich ausgeübt werden können. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass er selbst ausführt, die psychische Erkrankung habe noch keine Chronifizierung erfahren, so dass aufgrund der relativ kurzen Anamnese der aktuellen psychischen Symptomatik unter ambulanten und stationären Behandlungsbedingungen eine wesentliche Besserung innerhalb von sechs bis zwölf Monaten erwartet werden

könne.

Auch kann der Senat die Einschätzung des den Kläger behandelnden Dr Ec., der ebenfalls von einem unter dreistündigen täglichen Leistungsvermögen ausgeht, nicht zu teilen, da dieser gleichzeitig zu einer erneuten Anfrage in wenigen Monaten geraten hat. Dies lässt den Schluss zu, dass er nicht von einem Zustand verminderter Erwerbsfähigkeit, sondern vielmehr von einer Arbeitsunfähigkeit ohne Dauercharakter ausgegangen ist. Im Übrigen lässt seine Leistungsbeurteilung eine nachvollziehbare Begründung vermissen.

Auch der Ausnahmefall einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung (vgl hierzu etwa BSG [SozR 2200 § 1246 Nr 117](#)) ist nicht gegeben. In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsstündigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten (BSG [SozR 2200 § 1246 Nr 110](#)). Einschränkungen, die eine solche Annahme rechtfertigen könnten, liegen beim Kläger nicht vor. In qualitativer Hinsicht ist der Kläger aufgrund der genannten Gesundheitsstörungen nicht in der Lage, mittelschwere oder schwere körperliche Arbeiten, Tätigkeiten mit Nachtschicht, unter Nässe- und Kälteeinwirkung, in Zwangshaltung bzw in gleichbleibenden Körperpositionen (sei es ständiges Sitzen, Gehen oder Stehen) auszuüben. Zu vermeiden sind darüber hinaus Tätigkeiten auf unebenen Böden und solche die mit erhöhter Anforderung an die Balancierfähigkeit oder Trittfestigkeit auf Leitern und Gerüsten verbunden sind. Auch sollte der Kläger das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg vermeiden. Ebenso sollten die in Betracht kommenden Tätigkeiten keine Anforderung an die Konzentration, Flexibilität, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit stellen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aufgrund der von der Nervenärztin O.-P. und Dr Pi. in ihren Gutachten genannten qualitativen Leistungseinschränkungen, die der Senat aufgrund der gesundheitlichen Erkrankungen des Klägers für nachvollziehbar und schlüssig hält. Diese Einschränkungen können zwar das Spektrum der für den Kläger in Betracht kommenden Tätigkeiten einschränken. Sie begründen aber keine Zweifel an der normalen betrieblichen Einsatzfähigkeit für leichtere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Abschließend liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Gehfähigkeit des Klägers in sozialmedizinischer Hinsicht erheblich eingeschränkt ist. Dies ergibt sich aus den Ausführungen der Gutachterin O.-P ... Selbst wenn der Kläger - wovon Dr Pi. ausgeht - wegen der phobischen Störung mit Vermeidung sozialer Kontakte außer Stande ist, öffentliche und potentiell volle Verkehrsmittel in der Hauptverkehrszeit zu benutzen, so lässt dies die Wegefähigkeit nicht entfallen, da der Kläger - wie sich dem Gutachten der Nervenärztin O.-P. entnehmen lässt - sowohl über einen Führerschein als auch über einen PKW verfügt, den er auch regelmäßig nutzt. Der Senat ist vor diesem Hintergrund davon überzeugt, dass die Wegefähigkeit des Klägers nicht erheblich eingeschränkt ist.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-02-03