

L 4 R 601/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 9 R 1895/08
Datum
26.01.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 601/11
Datum
31.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 26. Januar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente.

Der am 1956 geborene Kläger erlernte in der Zeit vom 01. September 1971 bis 28. Februar 1975 den Beruf des Gas-Wasser-Installateurs und war im erlernten Beruf bis 03. Mai 1985 versicherungspflichtig beschäftigt. Ab 06. Mai 1985 war der Kläger bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 12. November 2006 bei der Firma M. in F. versicherungspflichtig beschäftigt. Im Jahr 2002 wurde er aufgrund gesundheitlicher Beschwerden im Bereich der Schulter innerbetrieblich umgesetzt. Er verrichtete nach den Angaben der Firma M. vom 03. März 2008 und 23. Juli 2010 Tätigkeiten als Maschinenbediener an einer Räummaschine, im Bereich der Sternenmontage und als Hilfsarbeiter. Ab 2003 habe er die Tätigkeiten überwiegend sitzend, wahlweise stehend und in einem Umfang von 30 vom Hundert (v.H.) gehend verrichtet. Er sei hierbei im Zwei- bzw. Dreischichtbetrieb tätig gewesen und habe im Akkord gearbeitet. Er sei ab 01. Januar 2008 nach dem Tarifvertrag über Entgelte und Ausbildungsvergütungen für die Beschäftigten und Auszubildenden in der Metall- und Elektroindustrie in Baden-Württemberg in die Entgeltgruppe 5 (der aufsteigend insgesamt 17 Entgeltgruppen umfassenden Entgeltgruppen) eingestuft gewesen. Die Tätigkeiten erforderten nach der Auskunft der Firma M. vom 23. Juli 2010 ein umfangreiches systematisches Anlernen über ein halbes Jahr oder Facharbeiterkenntnisse. Nach Beendigung der Lohnfortzahlung bezog der Kläger ab 25. Dezember 2006 bis 19. März 2008 Krankengeld oder Übergangsgeld und sodann bis 18. Juni 2009 Arbeitslosengeld. Während einer in der Zeit vom 15. Juli bis 21. September 2009 durchgeführten Wiedereingliederung erhielt er mit Ausnahme einer Zeit des Krankengeldbezugs vom 21. bis 30. August 2009 Arbeitsentgelt. In der Zeit vom 24. September 2009 bis 09. September 2010 stand der Kläger wiederum im Krankengeldbezug, seither ist er arbeitslos ohne Leistungsbezug. Sein Grad der Behinderung beträgt 50 seit 07. Februar 2007 (Bescheid des Landratsamts Bodenseekreis vom 22. Januar 2008). Nach den Angaben des Klägers bewilligte ihm die Beklagte nach einer Magenoperation erstmals im Jahr 1977 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Weitere Rehabilitationsmaßnahmen wegen des Magens folgten in den Jahren 1980 und 1987 und wegen einer Erkrankung im Bereich der rechten Schulter in den Jahren 1999, 2000, 2003 und 2004. Im Jahr 2005 fand eine medizinische Rehabilitation wegen einer Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit und im Jahr 2006 erneut vorrangig wegen der Erkrankung der rechten Schulter sowie eines rezidivierenden chronischen Halswirbelsäulensyndroms statt.

Am 24. November 2006 wurde der Kläger wegen eines cervikalen Bandscheibenvorfalles C6/7 operiert und befand sich im Anschluss daran vom 08. Januar bis 03. Februar 2007 zur medizinischen Rehabilitation in der R.-klinik in B. K ... Dr. G. diagnostizierte in seinem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 21. Februar 2007 einen Zustand nach Operation eines cervikalen Bandscheibenvorfalles C6/7 über ventrale Diskektomie und Fusion mit Formcatch am 24. November 2006, eine schmerzhaft funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk nach Humeruskopfflächenersatz der rechten Schulter Juni 2005, eine Tendinose der langen Bizepssehne rechts, eine passagere Hemihypästhesie links, transitorische ischämische Attacke eher unwahrscheinlich und eine Hypercholesterinämie. Dr. G. führte aus, dass die Entlassung zunächst noch weiterhin arbeitsunfähig erfolge. Unter fortgesetzter Therapie dürfe der Kläger nach zwölf Wochen postoperativ in der Lage sein, seine Tätigkeit als Maschinenbediener im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung wieder aufzunehmen. Eine endgültige Entscheidung zur Leistungs- und Arbeitsfähigkeit solle jedoch anlässlich der geplanten Wiedervorstellung beim Operateur zur klinischen Kontrolle nach der zwölften postoperativen Woche erfolgen. Auf dem freien Arbeitsmarkt seien nach derzeitiger Befundlage zukünftig leichte bis zeitweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne Überkopparbeiten, häufiges Heben und Bewegen von schweren Lasten überwiegend im Stehen und Gehen und zeitweise im Sitzen über sechs Stunden täglich möglich.

Am 08. Mai 2007 beantragte der Kläger Rente wegen Erwerbsminderung. Diesen Antrag lehnte die Beklagte gestützt auf die im Rehabilitationsentlassungsbericht des Dr. G. genannten Diagnosen mit Bescheid vom 24. Mai 2007 ab. Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen könnten im erlernten Beruf als NC-Dreher Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden. Bei diesem Leistungsvermögen liege weder eine volle noch eine teilweise Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit vor.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und trug vor, von einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt keinesfalls auszugehen, da die beabsichtigte Fusion der Halswirbelkörper 6/7 nach der Operation am 24. November 2006 ausgeblieben sei und mittlerweile am 20. Juni 2007 eine Refusion mit ventraler Verplattung habe erfolgen müssen. Auch bezüglich des Schultergelenks sei bis heute eine Beschwerdepersistenz zu verzeichnen. Hinzu komme eine nicht unerhebliche psychische Belastung durch die chronischen Schmerzen. Die Arbeit als NC-Dreher könne er seit der Schulteroperation im Jahr 2004 nicht mehr verrichten. Auch der Tätigkeit als Maschinenbediener/Montagearbeiter, auf die er nach der Schulteroperation innerbetrieblich umgesetzt worden sei, sei er nicht mehr gewachsen. Der Kläger legte ärztliche Unterlagen aus den Jahren 2000 bis 2006 und aus den Jahren 2007 und 2008 den Arztbrief des Arztes für Chirurgie und Neurochirurgie W. vom 03. Januar 2007, Arztbriefe des Prof. Dr. P., H.-klinik B., vom 11. und 24. April 2007 ausweislich letzterem im April 2007 drei Infiltrationen im Bereich der Halswirbelsäule durchgeführt wurden, den Arztbrief des Dr. S., Klinikum für Neuro- und Wirbelsäulen Chirurgie, H.-kliniken Sc., vom 26. Juni 2007, in dem über die Refusion der Halswirbelkörper 6/7 mit ventraler Verplattung der Halswirbelkörper 6/7 am 20. Juni 2007 berichtet wird und wonach sich operativer und intraoperativer Verlauf glatt und komplikationslos gestalteten, den Arztbrief des Radiologen Rissom vom 12. September 2007 über eine Kernspintomographie des linken Schultergelenks, Arztbriefe des Chirurgen Dr. R. vom 20. September, 11. Dezember 2007 und 27. Februar 2008 (Diagnose: Subacromiales Impingement mit Supraspinatustendinitis und Begleitbursitis bei ventro-lateralem AC-Sporn und kaudalem Osteophyten am lateralen Claviculaende linke Schulter, schmerzhafter Bogen ab 90 °, Beweglichkeit bis auf 20 ° in allen Richtungen eingeschränkt im September 2007; Schulterarthroskopie Februar 2008) vor.

In der Zeit vom 13. Juli bis 10. August 2007 absolvierte der Kläger eine erneute Rehabilitationsmaßnahme in der R.-klinik in B. K ... Dr. G. diagnostizierte in seinem Entlassungsbericht vom 27. August 2007 eine persistierende Cervicobrachialgie bei Stabilität nach ventraler cervicaler Fusion C6/7 November 2006, einen Zustand nach Refusion C6/7 mit ventraler Verplattung C6/7 am 20. Juni 2007, eine Funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk nach Humeruskopfflächenersatz Juni 2005 und eine Laktoseintoleranz. Die Entlassung erfolgte zunächst noch arbeitsunfähig. Dr. G. vertrat die Auffassung, dass unter fortgesetzten Therapien nach vier Monaten postoperativ mit erneuter Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Nach derzeitiger Befundlage seien zukünftig leichte körperliche Tätigkeiten ohne wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten sowie ohne Heben und Bewegen von schwereren Lasten sechs Stunden und mehr täglich zumutbar.

Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. F. nannte nach einer Untersuchung sowie Auswertung vorliegender medizinischer Unterlagen (u.a. im Zusammenhang mit den Beschwerden des Klägers von Seiten der linken Schulter) im auf Veranlassung der Beklagten erstatteten Gutachten vom 27. Dezember 2007 eine mittelgradige Funktionsstörung der Halswirbelsäule nach Nukleotomie und Cage-Interposition C6/7 November 2006 sowie Revision, Cageentfernung und ventrale Verplattung Juni 2007, eine verbliebene schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks nach Humeruskopfflächenersatzprothese August 2004 bei vorausgegangener Rotationsosteotomie 1994 nach Luxation 1986, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks bei subacromialem Impingement und aktivierter AC-Gelenksarthrose (Arthroskopie und subacromiale Dekompression geplant für Februar 2008), einen Zustand nach Alkoholentzugsbehandlung August bis November 2005, seither trocken, einen Zustand nach Tramadolentzugsbehandlung Dezember 2004, Untergewicht bei ungewollter Gewichtsreduktion und einen angegebenen rezidivierenden Schmerz- und Schwellungszustand des linken Kniegelenkes nach Arthroskopie Oktober 2005, aktuell kein Funktionsdefizit. Die bislang ausgeübte Tätigkeit an einer Maschine unter Akkordbedingungen könne der Kläger nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich ausüben. Leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, wobei auch durchaus überwiegend gehende und stehende Arbeiten möglich seien, seien unter Ausschluss jeglicher Wirbelsäulenzwangs- und -fehlhaltungen, insbesondere der Halswirbelsäule mit anhaltenden Zwangs- und -fehlhaltungen, Vermeidung jeglicher Überkopftätigkeit und ohne dauerhaftes Heben, Halten und Tragen von Gewichten über acht kg sowie Akkord- und Zeittakttätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich möglich.

Nachdem die Beklagte noch die genannte Arbeitgeberauskunft der Firma M. vom 03. März 2008 eingeholt hatte, wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2008 zurück. Der Sozialmedizinische Dienst habe sämtliche Unterlagen überprüft und sei nach Würdigung aller Umstände schlüssig und nachvollziehbar zu dem Ergebnis gekommen, dass der Kläger leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, ohne jegliche Wirbelsäulenzwangs- und -fehlhaltungen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Heben, Halten und Tragen von Gewichten über acht kg und ohne Akkord- und Zeittakttätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich verrichten könne. Volle bzw. teilweise Erwerbsminderung liege daher nicht vor. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) komme ebenfalls nicht in Betracht. Bisheriger Beruf des Klägers sei die zuletzt ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung als Maschinenarbeiter. Diese sei dem Leitberuf des ungelerten Arbeiters zuzuordnen. Er müsse sich deshalb auf sämtliche ungelerten Tätigkeiten verweisen lassen. Derartige Tätigkeiten seien ihm noch mindestens sechs Stunden täglich zumutbar.

Am 25. Juni 2008 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG). Er legte die Unfallanzeige vom 22. März 1993 (Arbeitsunfall am 14. März 1986 mit Luxation der rechten Schulter), Arztbriefe aus den Jahren 2002 bis 2007, eine Aufstellung seiner Krankenkasse und ab dem Jahr 2008 Arztbriefe des Dr. R. vom 27. Februar und 10. April 2008 sowie 03. März 2009 über den Befund im Bereich der linken Schulter, des Neurochirurgen Dr. B. vom 15. Juli und 22. August 2008 (Befunde: Lokalsyndrom Halswirbelsäule, keine neurologischen Ausfälle; regelrechte Implantatlage, jedoch Verdacht auf fehlende Fusion) und des Prof. Dr. P. vom 15. Juli 2008 (Diagnose: Verdacht auf Anschlussdegeneration C7/TH1 bei zweimaliger Voroperation des Segmentes C6/7 mit Plattenosteosynthese und Cage-Neuversorgung), vom 11. November 2009 (Kontrolluntersuchung nach Facettendenerverierung; der Kläger habe über Beschwerden oberhalb der Fusion wie vor den Infiltrationen geklagt, der Kläger sei berufsunfähig mit Blick auf den Beruf als Heizungsbaumonteur, jedoch arbeitsfähig für leichte körperliche Tätigkeiten mit zahlreichen Einschränkungen) und vom 24. November 2010 (Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule ließen eine Abnahme der Knochendichte vermuten) und des Neurochirurgen Dr. Gi. vom 26. Februar 2009 (aufgrund der bestehenden chronischen Schmerzerkrankung sei der Kläger langfristig - länger als sechs Monate Dauer - in seiner arbeitstäglichen Belastungsfähigkeit auf unter drei Stunden pro Tag begrenzt), ärztliche Atteste des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. Fi. vom 14. Mai und 11. November 2008, wonach der Kläger u.a. aktuell und voraussichtlich auf Dauer arbeits- und erwerbsunfähig sei, das Gutachten des Internisten Dr. Be., Bundesagentur für

Arbeit, vom 06. Oktober 2008 (bis auf weiteres kein berufliches Leistungsvermögen), sowie den Arztbrief des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Jo. vom 15. Dezember 2010 (nach WHO-Definition liege eine Osteoporose vor) vor. Der Kläger trug vor, er könne aufgrund der bei ihm vorliegenden zahlreichen Diagnosen nicht mehr sechs Stunden täglich erwerbstätig sein. Den Arztbriefen des Dr. Fi. und Dr. B. sei unverändert eine Leidensprogression sowohl in den Bereichen der Halswirbelsäule, der Schulter als auch der Kniegelenke zu entnehmen. Dr. Fi. gehe von einem unter dreistündigen Leistungsvermögen aus. Dr. B. verdeutliche zudem, dass selbst unter Schmerztherapie keine wesentliche Linderung der Beschwerden erzielt werden könne. Auch die H.-klinik (hierzu im Folgenden) bestätige Limitierungen dahingehend, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich ausgeübt werden könne. Ebenso dokumentiere die Agentur für Arbeit Konstanz im Gutachten vom 06. Oktober 2008 kein beruflich verwertbares Leistungsvermögen. Der Einschätzung von Dr. R. (hierzu ebenfalls im Folgenden) könne nicht gefolgt werden, da sie auf einer Einschätzung seiner stationären Aufenthalte in den Jahren 2004 und 2008 basiere.

Die Beklagte trat dem Vorbringen unter Vorlage von Stellungnahmen des Chirurgen Dr. Re. vom 03. Dezember 2008 und des Internisten Dr. Bu. vom 13. Januar und 19. Februar 2010 und vom 05. Januar 2011 entgegen. Dr. Re. führte zunächst aus, insgesamt stimme die Beurteilung des Leistungsvermögens durch Dr. Ha. (hierzu im Folgenden) und Dr. R. weitgehend mit der Einschätzung im Gutachten von Dr. F. überein. Damit sei kein Grund ersichtlich, von dieser Einschätzung abzuweichen. Dr. Fi. gehe zwar von einem unter dreistündigen Leistungsvermögen aus, die Befunde, die wohl zu dieser Einschätzung führten, seien aber sehr dürftig. Dr. Bu. äußerte sich dahingehend, dass sich den Unterlagen (hierzu jeweils im Folgenden) eine tatsächliche signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht entnehmen lasse, weshalb sich hieraus keine Abweichung von der bisherigen Leistungseinschätzung ergebe. Im Gegensatz zu dem von Dr. Be. nur nach Aktenlage erstatteten Gutachten könne den von Dr. Ha. und Dr. Kr. erstatteten Gutachten gefolgt werden. Außerdem vertrat die Beklagte die Auffassung, dass es sich bei der vom Kläger bisher verrichteten Tätigkeit nach den eingeholten Arbeitgeberauskünften (hierzu im Folgenden) nicht um eine Facharbeitertätigkeit gehandelt habe.

Das SG holte die genannte Arbeitsgeberauskunft der Firma M. vom 23. Juli 2010 ein und hörte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen an. Dr. Fi. (Auskunft vom 23. August 2008) wies darauf hin, dass nach einer vorübergehenden Besserung der Beschwerden nach dem stationären Aufenthalt im Klinikum in Sc. wieder eine Zunahme der Beschwerden eingetreten sei. Zunehmend sei auch die depressive Verstimmung. Darüber hinaus bestehe im linken Knie eine Gonarthrose. Der Kläger leide an so vielen Erkrankungen und biete so viele Einschränkungen, dass eine geeignete Arbeit schwer vorstellbar sei. Im erlernten Beruf sei der Kläger dauernd arbeits- und berufsunfähig. Bei leichteren Berufen werde es aufgrund der Konzentrationsstörung durch Analgetika, rezidivierend auftretende Schmerzanfälle usw. auch zu einer zeitlichen Limitierung kommen, vermutlich auf unter drei Stunden täglich. Er fügte u.a. Arztbriefe des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sch. vom 30. Juni 2008 (Diagnosen: Impingementsyndrom links, Schultergelenksarthrose rechts, Cervicocephalgie), des Prof. Dr. P., H.-klinik B. vom 15. August 2008 (komplexe Akutschmerzbehandlung vom 28. bis 29. Juli 2008, deutliche Schmerzreduktion durch Infiltration im Segment C7/TH1) und des Dr. B. vom 22. August 2008 (Prozedere: Revision mit autologem Knochenspan und Verplattung erforderlich) sowie seine Laborbefunde bei Dr. Ha., H.-klinik B., führte aus (Auskunft vom 10. September 2008), dass der Kläger zuletzt vom 28. bis 29. Juli 2008 im Rahmen einer kurzstationären Akutschmerzbehandlung in der H.-klinik behandelt worden sei. Wie Dr. F. halte er leichte Tätigkeiten unter Beachtung der genannten Funktionseinschränkungen für vollschichtig durchführbar. Die bislang ausgeübte Tätigkeit an einer Maschine unter Akkordbedingungen könne nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich ausgeübt werden. Dr. R. (Auskunft vom 12. September 2008) gab an, er habe den Kläger letztmals am 10. April 2008 untersucht und schließe sich bezüglich der Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers dem Gutachten des Gutachters Dr. F. vom 27. Dezember 2007 an.

Sodann erstattete im Auftrag des SG Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ha. über den Kläger sein nervenärztlich-sozialmedizinisches Gutachten vom 08. April 2009. Dr. Ha. führte aus, der Kläger habe ihm zum Tagesablauf berichtet, dass er meist gegen 08.00 Uhr morgens aufstehe, sodann Übungen mache, auch zum Einkaufen gehe und der Ehefrau helfe. Er beschäftige sich auch in seinem Garten und habe häufig Termine bei Ärzten und im Rahmen der Therapie. Man habe einen ausreichenden Freundes- und Bekanntenkreis. Er gehe meist gegen 23.00 Uhr zu Bett, wache aber oft gegen 02.00 Uhr wieder auf. Im Bereich der Halswirbelsäule fand Dr. Ha. mäßige muskuläre Verspannungen und im Bereich der Lendenwirbelsäule leichte muskuläre Verspannungen der paravertebralen Muskulatur. Bei der gezielten Bewegungsprüfung im Bereich der Halswirbelsäule sei sofort heftig gegeninnerviert worden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule bestehe eine endgradige Bewegungseinschränkung. Der Finger-Boden-Abstand bei der Rumpfbeuge betrage 20 cm. Außerdem fand Dr. Ha. eine Beweglichkeitseinschränkung im rechten Schultergelenk, wobei auch hierbei sofort deutlich und muskelkräftig gegeninnerviert worden sei. Bei mehreren Kontrollen sei aber doch eine Abduktion und eine Vorwärtsführung des rechten Armes aus dem Schultergelenk bis 120 ° möglich gewesen. Das linke Schultergelenk sei ebenso wie die übrigen Gelenke frei beweglich gewesen. Aufgrund des psychischen Befundes ergebe sich kein Nachweis einer tiefer gehenden depressiven Verstimmung, einer Psychose oder eines hirnrorganischen Psychosyndroms von Krankheitswert. Dr. Ha. diagnostizierte eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach operativen Eingriffen am 24. November 2006 und 20. Juni 2007 ohne radikuläre Symptomatik, eine Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk nach Implantation einer Schultergelenksendoprothese am 06. August 2004, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Unzumutbar seien dem Kläger körperliche Schwerarbeiten, wohl auch ständig mittelschwere Arbeiten, und vor allem Überkopfarbeiten, ständiges Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, Zwangshaltung, Kälte, Nässe und Zugluft. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei der Kläger aber noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie Tätigkeiten als Gas-Wasser-Installateur und Maschinenarbeiter mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. Kr., Chefarzt der Unfallchirurgie der H. Spital Ü. GmbH, sein unfallchirurgisch-orthopädisches Gutachten vom 23. September 2009 auf der Grundlage einer am 25. August 2009 durchgeführten Untersuchung. Bei der Untersuchung gelang es dem Kläger, den rechten Arm aktiv bis 110° seitlich und nach vorn bis 140° anzuheben. Im Bereich der linken Schulter gelang ihm ebenfalls, den Arm bis etwa 120° aktiv anzuheben, das nach vorne Anheben des Armes sei uneingeschränkt möglich gewesen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei aktiv deutlich eingeschränkt gewesen, bei der vorsichtigen manuellen Bewegung des Kopfes sei sofort aktiv gegen die Bewegung gespannt und gegeninnerviert worden. Die Beweglichkeit der Kniegelenke sei frei gewesen. Der Sachverständige diagnostizierte eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach zweimaliger Voroperation des Halswirbelsäulensegments C6/C7, zuletzt Versteifung des Segments mit Plattenosteosynthese und Cage-Neuversorgung am 20. Juni 2007, eine Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk nach Implantation einer Schultergelenksendoprothese am 06. August 2004, subjektiv beklagte Schmerzen im Bereich der linken Schulter ohne radiologischen Nachweis eines fortgeschrittenen

Verschleißzustands, subjektiv beklagte Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks bei arthroskopisch nachgewiesenem Knorpelschaden am 04. Oktober 2005 sowie unter Verweis auf das Gutachten des Dr. Ha. eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Heben und Tragen oder Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über acht kg, längere Überkopfarbeit, Heben schwerer Lasten über Kopf, häufiges Bücken, Steigen auf Leitern und Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten seien dem Kläger mindestens sechs Stunden täglich möglich. Arbeiten in Kälte, Nässe und Zugluft seien ihm nur kurz zumutbar.

Am 01. Oktober 2009 führte Prof. Dr. P., H.-klinik B. beim Kläger eine thermische Facettendenerverung C7/TH1 beidseits durch. Ausweislich des Arztbriefes des Prof. Dr. P. über diese Behandlung vom 05. Oktober 2009 berichtete der Kläger postoperativ über eine leichte Beschwerdelinderung. Im Anschluss daran befand sich der Kläger vom 15. Oktober bis 13. November 2009 erneut in der R.-klinik in B. K. ... Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht des Dr. G. vom 24. November 2009 wurden hierbei eine Facettengelenksarthrose C6 bis TH1 beidseits, ein Zustand nach Facettendenerverung beidseits am 01. Oktober 2009, persistierende Cervicobrachialgien bei Zustand nach zweimaliger Operation C6/7 mit Plattenosteosynthese und Cage-Neuversorgung am 20. Juni 2007, eine Funktionseinschränkung beider Schultern nach Humeruskopfoberflächenersatz rechts August 2004 und Dekompressionsoperation linke Schulter und eine Laktoseintoleranz diagnostiziert. Der Kläger wurde arbeitsunfähig für weitere vier bis fünf Wochen entlassen. Nach derzeitiger Befundlage seien danach leichte körperliche Tätigkeiten ohne wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen, Überkopf- und Akkordarbeit sowie Heben, Tragen und Bewegen von mittelschweren und schweren Lasten sechs Stunden und mehr täglich zumutbar.

Auf den vom SG anberaumten Termin zur mündlichen Verhandlung auf den 26. Januar 2011 beantragte der Kläger eine Vertagung, da er sich zum Termin auf einer Auslandsreise befinde. Er legte hierzu eine Rechnung/Bestätigung über einen am 24. Juli 2010 gebuchten Linienflug nach Thailand in der Zeit vom 12. bis 29. Januar 2011 vor.

Nachdem sich die Beteiligten mit einer Entscheidung des SG ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt hatten, wies das SG mit Urteil vom 26. Januar "2010" (richtig 2011) die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung. Er sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne des § 43 SGB VI. Die für die Einschätzung des Leistungsvermögens des Klägers maßgeblichen Erkrankungen lägen auf dem nervenärztlichen und orthopädischen Fachgebiet. Beim Kläger stünden Halswirbel- und Schultergelenksbeschwerden sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen im Vordergrund. Daneben bestünden Kniegelenksbeschwerden. Eine rentenrelevante quantitative Einschränkung für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lasse sich aus den Erkrankungen des Klägers aber nicht ableiten. Der Kläger könne zumindest noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von mindestens sechs Stunden am Tag im Rahmen einer Fünftageweche ausüben. Qualitative Einschränkungen lägen bei ständig mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten vor. Vor allem seien Überkopfarbeiten, ständiges Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, Zwangshaltung, Kälte, Nässe und Zugluft unzumutbar. Vermieden werden sollten zudem häufiges Bücken, Steigen auf Leitern sowie das Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten. Die volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände sei nur in Überkopfstellung eingeschränkt. Diese Einschränkungen deckten sich mit dem Merkmal "körperlich leicht". Diese Feststellungen zum Gesundheitszustand und zum Leistungsvermögen des Klägers entnehme es (das SG) dem Gesamtergebnis der Ermittlungen und der Beweisaufnahme, insbesondere den von Dr. Ha. und Dr. Kr. erstatteten Gutachten. Gestützt werde diese Leistungsbeurteilung durch das im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten von Dr. F. ... In den Entlassberichten über die Maßnahmen der stationären medizinischen Rehabilitation in der R.-klinik in B. K. im Jahr 2007 und 2009 sei ebenfalls jeweils ein mindestens sechstündiges Leistungsvermögen für zumindest leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestätigt worden. Zu einem anderen Ergebnis führten auch nicht das Gutachten von Dr. Be. und die Aussagen der behandelnden Ärzte. Dr. R. und Dr. Ha. hätten sich der Leistungsbeurteilung von Dr. F. angeschlossen. Dr. Fi. habe zwar angegeben, dass der Kläger auch leichte Tätigkeiten nur noch unter drei Stunden täglich verrichten könne. Er begründe diese zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens jedoch nicht. Darüber hinaus bestehe ein grundlegender Unterschied in der prozessualen Stellung eines gerichtlich bestellten Sachverständigen und eines zu Auskunftszwecken herangezogenen Arztes. Auch aus den zuletzt vorgelegten medizinischen Unterlagen ergebe sich nicht, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf unter sechs Stunden herabgesunken sein. Die Einschätzung eines mindestens sechstündigen Leistungsvermögens stelle der Kläger auch durch seine Alltagsbeschäftigung, die er gegenüber Dr. Ha. und Dr. Kr. berichtet habe, unter Beweis. Zudem halte er sich im Januar 2011 für mehr als zwei Wochen in Thailand zum Urlaub auf und mute sich dabei einen sicherlich körperlich anstrengenden Langstreckenflug zu. Es bestehe auch kein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Vom erlernten Beruf als Gas-Wasserinstallateur habe sich der Kläger aus nicht gesundheitlichen Gründen gelöst. Ob er die zuletzt ausgeübte Tätigkeit noch verrichten könne, könne dahinstehen. Denn diesbezüglich bestehe kein Berufsschutz. Bei dieser Tätigkeit handele es sich zwar nicht um eine ungelernete, sondern um eine angelernte Tätigkeit. Der Kläger sei aber dennoch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) breit, d.h. auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar, denn die Tätigkeit des Klägers sei der Gruppe der Angelernten des unteren Bereichs zuzuordnen, nachdem hierfür eine Anlernzeit von sechs Monaten benötigt werde und der Kläger zum Teil auch nur Hilfsarbeiten verrichtet habe. Dies werde gestützt von der tarifvertraglichen Eingruppierung der Tätigkeit des Klägers in die Lohngruppe 05 des Tarifvertrags für die Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg.

Gegen dieses am 01. Februar 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. Februar 2011 Berufung eingelegt. Er ist unter Vorlage von Schreiben u.a. des Dr. Gi. vom 29. März 2011 und 28. Juni 2012 (Arbeitsfähigkeit sei aus seiner Sicht dauerhaft nicht gegeben), des Dr. Fi. vom 07., 15. April und 11. Juli 2011 sowie 13. Juni 2012, einer Bestätigung des Reisebüros Lippmann vom 30. Mai 2011, eines auszugsweisen Arztbriefes des Prof. Dr. P., H.-klinik B. vom 13. Mai 2011, eines Arztbriefes des Dr. S. vom 21. September 2011, der eine Fortsetzung der physiotherapeutischen Maßnahmen, eventuell eine Kurverschickung zur Lockerung der Schulter-Nacken- und paravertebralen Muskulatur empfahl, einer gutachterlichen Äußerung des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin Wiedemann, Arzt der Agentur für Arbeit Konstanz, vom 28. Oktober 2011, der sich (vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung der Beklagten im Rentenverfahren) vorläufig der Einschätzung des Dr. G. vom 10. August 2011 (hierzu im Folgenden) angeschlossen hat, eines Arztbriefes des Chirurgen Dr. Had. ohne Datum über eine Vorstellung am 01. Juli 2009 und einer Bestätigung dieses Arztes vom 14. Juni 2012 (der Kläger sei schwerst erkrankt und vermutlich auf Dauer arbeits- und erwerbsunfähig), eines Arztbriefes des Dr. Hy. vom 09. November 2011 und einer Aktennotiz dieses Arztes vom 20. April 2012, wonach aufgrund der mangelnden Wirksamkeit Nortrilen abgesetzt worden sei, und eines Arztbriefes des Dr. B. vom 23. Mai 2012 (allenfalls leichte Tätigkeiten unter drei Stunden täglich seien möglich) der Auffassung, dass er sowohl in seinem erlernten und ausgeübten Beruf als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch unter drei Stunden erwerbsfähig sei. Dies ergebe sich aus den Schreiben des Dr. B. vom 23. Mai 2012, des Dr. Fi. vom 13. Juni 2012, des Dr. Had. vom 14. Juni 2012 und des Dr. Gi. vom 28. Juni 2012. Das SG habe sich rechtsfehlerhaft auf die Gutachten von Dr. Ha. und Dr. Kr. gestützt.

Gegen diese Gutachten seien Einwendungen zu erheben. Er, der Kläger, sei von Dr. Ha. im Rahmen der Untersuchung weder nach der Vorgeschichte noch nach der bisherigen Behandlung befragt worden. Dass sich hierzu in dem Gutachten trotzdem Ausführungen fänden, lasse nur den Schluss zu, dass Ausführungen aus früheren Gutachten und Arztberichten ungeprüft übernommen worden seien. Seine Antworten auf die Fragen über die Gestaltung seines Tagesablaufs seien unzutreffend wiedergegeben worden. Er gehe nicht allein zum Einkaufen, helfe seiner Ehefrau nicht dauernd im Haushalt, beschäftige sich nicht in seinem Garten mit Gartenarbeiten und versorge auch nicht eigenhändig ein Gartengrundstück. Bei der Bewegungsprüfung sei sein Kopf durch den Sachverständigen über den möglichen Bereich gedreht worden. Hierdurch seien ihm extreme Schmerzen zugefügt worden. Seine Schmerzen seien zu Unrecht und ohne weitere Begründung durch den Sachverständigen verneint worden. Im Übrigen begründe der Sachverständige seine nicht zutreffende Auffassung im Jahr 2009 mit Gutachten aus den Jahren 2005 bis 2008, die nicht mehr aktuell seien. Auch durch Dr. Kr. habe keine sorgfältige und vor allem keine mehrstündige, sondern nur eine 45 minütige Untersuchung stattgefunden. Die von ihm durchgeführten Untersuchungen hätten zu einem großen Teil denen bei Dr. Ha. entsprochen. Dementsprechend seien die nicht zutreffenden Ausführungen von Dr. Ha. übernommen worden, ohne diese in Frage zu stellen oder eine eigene Begründung darzulegen. Die Aussage von Dr. Fi., der ihn am besten kenne, hätte nicht einfach ignoriert werden dürfen. Er, Dr. Fi., hätte zu einer weiteren Begründung aufgefordert werden müssen. Gegen die Gutachten von Dr. F., Dr. R. und Dr. Ha. sei einzuwenden, dass diese nicht mehr aktuell seien. Sein Gesundheitszustand habe sich nachhaltig verschlechtert, wie sich aus den vorgelegten - Zeugnissen und Schreiben des Dr. Fi. und Dr. Gi. ergebe. Nach der Operation im Bereich der Halswirbelsäule sei es zu keiner Fusion gekommen. Die im November 2009 durchgeführte Facettendenergieung halte lediglich zwei bis drei Jahre an, dann könnten die Schmerzen wieder auftreten und auch zu Erwerbsunfähigkeit führen (Verweis auf die vorgelegte gutachterliche Äußerung des Dr. S. vom 14. Dezember 2010). Aufgrund der Schmerzen habe er jegliche Lebensqualität verloren, mit den Schmerzmitteln den Magen ruiniert, einen starken Gewichtsverlust erlitten und sei am Ende der Kräfte. Bei dem Langstreckenflug habe er beim Hin- und Rückflug einen Zwischenaufenthalt von mehreren Stunden eingeplant, um seinen gesundheitlichen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Auch dem Gutachten von Dr. Di. (hierzu im Folgenden) könne nicht gefolgt werden. Es beschreibe lediglich seine Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus nervenärztlicher Sicht. Im Übrigen begründe er seine Einschätzung nicht, weshalb sie nicht nachvollziehbar sei. Aus dem Rehabilitationsentlassungsbericht des Dr. G. vom 10. August 2011 und der gutachterlichen Äußerung des Arztes Wiedemann ergebe sich, dass er zumindest einen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsunfähigkeit habe. Im Übrigen sei er auch berufsunfähig. Für die von ihm vor der Erwerbsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit gebe es keinen Ausbildungsberuf. Es sei insoweit ein umfangreiches systematisches Anlernen über einen Zeitraum von sechs Monaten erforderlich gewesen. Ein Anlernen über einen Zeitraum von sechs Monaten gehe eindeutig über eine bloße Einweisung und Einarbeitung hinaus. Darüber hinaus habe er neben der Tätigkeit an seinem Arbeitsplatz auch die Aufgabe gehabt, andere an der Maschine einzuweisen. Damit sei die von ihm ausgeübte Tätigkeit einem Facharbeiter gleichzustellen und aus diesem Grund sei er in die Gruppe der oberen Angelernten einzugliedern. Auch zur Zurücklegung der üblichen Wege sei er nicht mehr in der Lage. Es bestünden bei ihm eine schwere spezifische Leistungseinschränkung oder eine Summe ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen. Es hätte ihm deshalb ein Verweisungsberuf benannt werden müssen. Dem sei die Beklagte nicht nachgekommen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 26. Januar 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Juni 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit seit 08. Mai 2007 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat die sozialmedizinischen Stellungnahmen von Dr. Bu. vom 13. Mai und 12. Juli 2011, des Arztes für Neurologie und Psychiatrie By. vom 26. September 2011, "26. Mai 2012" (richtig wohl 26. April 2012) und 14. Mai 2012, des Chirurgen Dr. Go. vom 04. Oktober 2011 und des Obermedizinalrates Fischer vom 02. Juni 2012 vorgelegt. Danach sei dem Gutachten des Dr. Di. zu folgen. Aus den vorgelegten Unterlagen ergäben sich keine eindeutigen medizinischen Gesichtspunkte, die eine entscheidende Abweichung von der bisherigen Leistungseinschätzung nachvollziehbar begründen könnten. Die Tatsache, dass sich der Kläger im Januar 2011 auf einer Fernreise nach Bangkok befunden habe, sei nicht mit seinem Vortrag vereinbar, wonach er jegliche Lebensqualität verloren habe. Die Ausführungen des Dr. Fi. im Attest vom 15. April 2011, wonach er dem Kläger aufgrund depressiver Verstimmung ausgelöst durch therapieresistente Schmerzen sowie eine Winterdepression im Januar dieses Jahres aus medizinischen und therapeutischen Gründen angeraten habe, Urlaub im Süden zu machen, werde in keiner Weise begründet. Hinsichtlich der genannten depressiven Störung werde überhaupt kein psychischer Untersuchungsbefund genannt und es bleibe auch vollkommen unklar, ob diesbezüglich überhaupt eine adäquate nervenärztliche Betreuung erfolge bzw. auch nur erwogen werde. Die Einschätzung des Dr. Fi. werde auch im Bericht vom 07. April 2011 nicht näher begründet oder erläutert. Auch zur Therapie mache er nur sehr allgemeine pauschale Angaben. Auch Dr. Gi. teile keine ausführlichen neurologischen Untersuchungsbefunde mit, sodass auch dessen Einschätzung nicht gefolgt werden könne. Funktionelle Beeinträchtigungen wegen der von Dr. Jo. festgestellten Osteoporose in leichter Form bestünden nicht. Aus dem Rehabilitationsentlassungsbericht des Dr. G. vom 10. August 2011 und den Unterlagen des Dr. Hy. ergebe sich ebenfalls kein ausreichender Anhalt, um von dem bisherigen Leistungsvermögen abzuweichen. Wegen der zwischen dem 24. und 30. Mai 2012 über einen offensichtlichen Zugangsweg über eine Bauchspiegelung durchgeführten Lösung von Bauchfellverwachsungen und die operative Behandlung eines Narbenbruchs im Bereich der mittleren Oberbauchnarbe sei dem Kläger auch keine Anschlussheilbehandlung zu gewähren. Aus "Therapie und Verlauf" sei ein komplikationsloser Behandlungsverlauf nach dieser operativen Behandlung zu entnehmen. Für weitere vier Wochen werde körperliche Schonung empfohlen. Nach entsprechender Konsolidierung der Operationsverhältnisse im Bereich der Bauchdecke sei beim Kläger nicht von anhaltenden, wesentlichen Beeinträchtigungen (auch nicht von quantitativer Belastbarkeitsbeeinträchtigung im Berufsleben) auszugehen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung des Dr. Gi. als sachverständigen Zeugen. Dr. Gi. (Auskunft vom 09. Juni 2011) hat angegeben, dass er den Kläger im Jahr 2008 und 2009 jeweils dreimal und sodann erneut am 29. März und 19. April 2011 behandelt habe. Sein (des Klägers) Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Klinisch dränge sich unter Berücksichtigung des Verlaufs und der Gesamtsymptomatik der Verdacht einer Myelopathie auf. Eine Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der neurologischen, insgesamt defizitären Situation nicht gegeben. Aus dem der Auskunft beigelegten Arztbrief des Dr. Gi. vom 02. Mai 2011 ergibt sich, dass die am 19. April 2011

durchgeführte bildgebende Diagnostik im Bereich der Halswirbelsäule durch eine Magnetresonanztomographie eine geringgradige Bandscheibenprotrusion Halswirbelkörper 5/6 ergeben hat.

Vom 14. Juli bis 10. August 2011 hat sich der Kläger im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erneut in der R.-Klinik in B. K. befunden. Nach dem Rehabilitationsentlassungsbericht des Dr. G. vom 10. August 2011 sind hierbei eine Facettengelenksarthrose C6 bis TH1, ein chronisches cervicales Schmerzsyndrom, eine Anschlussdegeneration der Halswirbelsäule, ein Zustand nach ventraler Plattenosteosynthese C6/7, ein Zustand nach Facettendenerverung beidseits C7/TH1 am 01. Oktober 2009 sowie Mai 2011 und eine persistierende Funktionseinschränkung rechtes Schultergelenk bei Zustand nach Humeruskopfersatz rechts August 2004 diagnostiziert worden. Der Kläger ist wiederum arbeitsunfähig entlassen worden. Seine letzte berufliche Tätigkeit als Dreher und Schweißer, aber auch als Produktionsarbeiter sei nicht mehr leistungsgerecht. Leistungsfähigkeit bestünde für alle leichten, bewegungsvariablen Tätigkeiten ohne Überkopfarbeit, Heben und Tragen von Lasten über acht kg und Leiter- sowie Gerüstarbeiten in einem zeitlichen Umfang zwischen drei und unter sechs Stunden.

Im Auftrag des Senats hat sodann der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Di. sein nervenärztliches Gutachten vom 30. Januar 2012 erstattet. Der Sachverständige, dem der Kläger das ärztliche Attest des Dr. Fi. vom 03. Januar 2012 und den Arztbrief des Dr. Had. vom 23. Januar 2012 vorgelegt hat, hat aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 26. Januar 2012 vom Vorliegen einer Anpassungsstörung im Sinne einer längerdauernden depressiven Reaktion, einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, einer Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach wiederholten operativen Eingriffen und einer Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks nach wiederholten operativen Eingriffen berichtet. Bei der Untersuchung habe der Kläger zunächst die Schmerzsymptomatik ganz in den Vordergrund gestellt. Die bestehenden Bewegungseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule und der Schulter seien aufgrund des Verhaltens des Klägers mit aktiver Gegeninnervation schwer zu beurteilen. Es sei nachvollziehbar und glaubwürdig, dass dem Kläger nach den Operationen erhebliche Schmerzen und auch Funktionseinschränkungen verblieben seien. Zweifellos sei der Kläger durch die bestehenden körperlichen Erkrankungen auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet leistungsreduziert. Diese seien nach Auffassung der bisherigen Gutachter und auch der Ärzte der Rehabilitationsklinik in quantitativer Hinsicht aber nicht leistungsmindernd. Hierfür werde jetzt eine depressive Symptomatik herangezogen, wobei auch hier erhebliche Divergenzen bestünden. Der Kläger klage über eine Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, bringe dies aber mit lebhafter Mimik und Gestik vor. Über weite Strecken der Exploration habe seine Grundstimmung ausgeglichen gewirkt. Zeitweise sei eine leicht depressive Komponente hinzugetreten. Der Kläger neige dazu, bestimmte depressiv anmutende Symptome zu benennen, wobei sich dies auf Nachfrage relativiere. Vollkommen unklar bleibe auch, warum die Medikation mit einem Antidepressivum nicht geändert werde, nachdem der Kläger über erhebliche Tagesmüdigkeit klage. Insgesamt erfülle die beim Kläger vorliegende depressive Symptomatik nicht die Kriterien einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode. Nach nervenärztlicher Einschätzung sei der Kläger in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche zu verrichten. Zu vermeiden seien Wirbelsäulenzwangshaltungen, Überkopfarbeiten, Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten und Arbeiten mit Absturzgefahr. Außerdem sollte dem Kläger ein Wechsel der Körperhaltung ermöglicht werden. Nicht verrichtet werden könnten auch Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit und es sollten keine Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck durchgeführt werden. Des Weiteren seien Tätigkeiten in Nacht- oder Wechselschicht zu meiden. Die Leistungseinschränkungen seitens des Bewegungsapparats bestünden seit der Bandscheibenoperation im November 2006, diejenigen in Zusammenhang mit der depressiven Anpassungsstörung seit Juli 2011.

Im Anschluss daran hat der Senat die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. Hy., den der Kläger als ihn behandelnden Psychotherapeuten angegeben hat, (Auskunft vom 13. April 2012) eingeholt. Er behandle den Kläger seit 09. November 2011 wegen eines chronischen Schmerzsyndroms und eines Restless legs-Syndroms. Er habe dem Kläger wegen der chronischen Schmerzen Amitriptylin 25 mg in aufsteigender Dosierung bis 75 mg verordnet, nachdem zuvor Lyrika und Neurontin erfolglos gewesen seien. Amitriptylin sei wegen Müdigkeit und Schwindel vom Kläger abgesetzt worden. Dann sei ein Versuch mit Nortrilen 10 mg erfolgt. Am 30. März 2012 habe der Kläger berichtet, die Schmerzen seien unter Nortrilen wesentlich besser geworden, wegen des Restless legs-Syndroms nehme er weiterhin Restex ein.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, die beigezogenen Rehabilitationsakten der Beklagten und die Gerichtsakten in beiden Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Der Kläger hat die Berufung form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung ist auch statthaft, da der Kläger Leistungen für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 24. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Juni 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat für die Zeit ab 08. Mai 2007 weder Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (dazu 1.) noch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (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 Arbeitsmarktes arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger ist seit 08. Mai 2007 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, weil er noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der in beiden Rechtszügen durchgeführten Beweisaufnahme fest.

a) Als rentenrelevante Gesundheitsstörung bestehen beim Kläger auf orthopädischem Fachgebiet eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach zweimaliger Voroperation des Halswirbelsäulensegments C6/C7, zuletzt mit einer Versteifung des Segments mit Plattenosteosynthese und Cage-Neuversorgung am 20. Juni 2007 und ein Zustand nach Facettendenergieverletzung beidseits am 01. Oktober 2009 und im Mai 2011 sowie eine Funktionseinschränkung beider Schultern nach Humeruskopfoberflächenersatz rechts im August 2004 und Dekompressionsoperation links und darüber hinaus ein Knorpelschaden im Bereich des linken Kniegelenkes, der zu vom Kläger beklagten Schmerzen führt. Dies entnimmt der Senat den Gutachten des Dr. F. und Dr. Kr. sowie den Rehabilitationsentlassungsberichten des Dr. G. über die in den Jahren 2007, 2009 und 2011 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch den Gutachten des Dr. Ha. und des Dr. Di ...

Beim Kläger besteht ferner eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen und eine Anpassungsstörung im Sinne einer längerdauernden depressiven Reaktion. Dies ergibt sich aus den Gutachten des Dr. Di. sowie auch des Dr. Ha. und des Dr. Kr. ... Eine mittelgradige oder schwere depressive Symptomatik vermag der Senat insoweit jedoch nicht festzustellen. Dies hat der Sachverständige Dr. Di. schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt. Dies folgt zunächst schon daraus, dass sich der Kläger wegen Depressionen nicht in fachärztlicher Behandlung befindet. Eine solche Behandlung findet insbesondere auch nicht durch Dr. Hy. statt, nachdem der Kläger diesem gegenüber nicht über eine Depression geklagt und Dr. Hy. demgemäß nicht eine Depression, sondern ein chronisches Schmerzsyndrom und ein Restless-legs-Syndrom diagnostiziert hat. Auch der vom Kläger den Gutachtern, insbesondere dem Sachverständigen Dr. Di., aber auch den Sachverständigen Dr. Ha. und Dr. Kr. geschilderte Tagesablauf, lässt nicht den Schluss auf eine mittelgradige oder schwere depressive Episode zu, nachdem der Kläger jeweils einen ausgefüllten Tagesablauf angab und auch weiterhin Kontakte pflegt. Ins Gewicht fällt insoweit auch die Tatsache, dass der Kläger im Januar 2011 eine Fernreise nach Thailand sowie nach seinen Angaben gegenüber dem Sachverständigen Dr. Di. im selben Jahr auch eine Reise auf die Insel Usedom unternahm. Zwar trägt der Kläger hinsichtlich der Fernreise nach Thailand vor, dass dies aus medizinischen Gründen indiziert gewesen sei und legt insoweit ein Attest des Dr. Fi. vom 15. April 2011 vor, wonach er, Dr. Fi., dem Kläger aufgrund depressiver Verstimmung ausgelöst durch therapieresistente Schmerzen sowie eine Winterdepression im Januar dieses Jahres aus medizinischen therapeutischen Gründen zu einem Urlaub im Süden angeraten habe. Mit dem Attest des Dr. Fi. steht freilich nicht im Einklang, dass der Urlaub ausweislich der Rechnung/Bestätigung des Reisebüros Lippmann bereits am 24. Juli 2010 gebucht wurde. Eine im Januar 2011 vorliegende Winterdepression kann deshalb nicht als Begründung dafür herangezogen werden, dass der Kläger diese Urlaubsreise mit einem Langstreckenflug aus gesundheitlichen Gründen wahrnehmen musste. Auch wenn auf den Flügen von München nach Bangkok und zurück jeweils ein Zwischenaufenthalt in Muscat erfolgte, handelt es sich insoweit um eine körperlich anstrengende Reise, die dem Vorliegen einer mittelgradigen oder schweren Depression widerspricht. Auch die Reise des Klägers von seinem Wohnort in der Nähe des Bodensees auf die Insel Usedom und zurück umfasste eine erhebliche Wegstrecke, da nahezu das gesamte Bundesgebiet zu durchqueren war.

Es besteht weiter, wie Dr. Hy. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 13. April 2012 ausgeführt hat, beim Kläger ein Restless-legs-Syndrom.

Weitere Gesundheitsstörungen beim Kläger bestehen nicht. Insbesondere vermag der Senat eine Myelopathie nicht festzustellen. Der von Dr. Gi. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 09. Juni 2011 insoweit geäußerte Verdacht findet bei den durchgeführten Untersuchungen keine Bestätigung. Auch die am 19. April 2011 durchgeführte Magnetresonanztomographie im Bereich der Halswirbelsäule ergab nur eine geringgradige Bandscheibenprotrusion des Halswirbelkörpers 5/6. Ebenso leidet der Kläger nicht mehr unter Einschränkungen wegen eines früheren Alkohol- und Medikamentenabususses. Seit den Entzugsbehandlungen in den Jahren 2004 und 2005 ist der Kläger insoweit trocken. Auch das Untergewicht des Klägers erreichte zu keiner Zeit ein Ausmaß, dass deshalb von einer Erkrankung gesprochen werden könnte. Zuletzt wog der Kläger ausweislich des Entlassungsberichts des Dr. G. vom 10. August 2011 bei einer Körpergröße von 165 cm 55 kg, im Januar 2012 nach seinen Angaben bei der Untersuchung durch Dr. Di. 56 kg.

b) Aus den beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Der Kläger kann nur noch leichte körperliche Tätigkeiten verrichten. Wegen der Beschwerden von Seiten der Halswirbelsäule, der Schultern und der damit verbundenen Schmerzen sind Tätigkeiten mit Zwangshaltungen, Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten, die mit dauerhaftem Heben, Halten und Tragen von Gewichten über acht kg verbunden sind, nicht mehr zumutbar. Ausgeschlossen sind auch Tätigkeiten, die im Akkord oder unter Berücksichtigung eines Zeittaktes zu verrichten sind. Zu vermeiden sind des Weiteren Tätigkeiten, bei denen der Kläger Kälte, Nässe und Zugluft ausgesetzt ist und die ein Steigen auf Leitern und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten erfordern. Gegen Letzteres spricht auch der im Bereich des linken Kniegelenkes nachgewiesene Knorpelschaden und die vom Kläger in diesem Zusammenhang beklagten Schmerzen. Wegen der Schmerzen sowie der Somatisierungsstörung und der Anpassungsstörung hat der Kläger auch Arbeiten, die mit Absturzgefahr verbunden sind, zu vermeiden. Dies entnimmt der Senat den Gutachten des Dr. F., Dr. Ha., Dr. Kr. sowie Dr. Di., aber auch den Rehabilitationsentlassungsberichten des Dr. G. ... Im Hinblick auf die erhobenen Befunde sind diese Einschränkungen nachvollziehbar.

c) Die beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats aber zu keiner Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Der Kläger ist noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt dies auf die übereinstimmende Beurteilung des Gutachters Dr. F. sowie der Sachverständigen Dr. Ha., Dr. Kr. und Dr. Di., aber auch des Dr. G. in den Entlassungsberichten über die in den Jahren 2007 und 2009 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Einschätzung steht auch im Einklang mit den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. Ha. vom 10. September 2008 und Dr. R. vom 12. September 2008 und findet des Weiteren eine Bestätigung in dem Arztbrief des Prof. Dr. P. vom 11. November 2009. Der Senat vermag demgegenüber nicht

der Beurteilung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht durch Dr. Fi., Dr. Gi., Dr. Had., Dr. B. und Dr. Be. zu folgen, die jeweils eine auf Dauer bzw. zumindest bis auf weiteres vorliegende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bzw. die Möglichkeit einer Tätigkeit nur noch unter drei Stunden für gegeben erachteten. Auch der Einschätzung des Dr. G. im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 10. August 2011 und der gutachterlichen Äußerung des Arztes Wiedemann vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens durch den Gutachter Dr. F., die Sachverständigen Dr. Ha., Dr. Kr. und Dr. Di., aber auch durch Dr. G. in den Rehabilitationsentlassungsberichten vor dem Jahr 2011 ist aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde schlüssig und nachvollziehbar.

Bereits Dr. F. war bei seiner im Dezember 2007 durchgeführten Begutachtung bekannt, dass die im November 2006 durchgeführte Nukleotomie C6/7 trotz bereits im April 2007 durchgeführten Facetteninfiltrationen keine Besserung erbracht hatte und deshalb im Juni 2007 eine Refusion C6/7 mit ventraler Verplattung durchgeführt wurde. Auch Dr. Ha. waren die operativen Eingriffe bekannt und Dr. Kr. wusste ebenfalls um die mangelnde knöcherne Durchbauung im Halswirbelsäulenbereich. Ebenso verhält es sich auch mit Blick auf den Sachverständigen Dr. Di. ... Des Weiteren wurde in den Gutachten auch die Problematik des Klägers von Seiten der Schultern untersucht und bewertet und auch die vom Kläger beklagten Schmerzen flossen in die Beurteilung durch den Gutachter Dr. F. und die Sachverständigen ein. Weitere Befunde haben Dr. Fi., Dr. Gi., Dr. B., Dr. Had. und Dr. Be. nicht mitgeteilt. Sie haben ihre Einschätzung auch nicht weiter belegt. Dr. B. hat in seinem Arztbrief vom 23. Mai 2012 als Befund zuletzt lediglich ein Lokalsyndrom der Lendenwirbelsäule ohne Ausfälle befundet, Dr. Fi. hat in der Bestätigung vom 13. Juni 2012 wie schon in den vorangegangenen Bestätigungen keinerlei Befunde mitgeteilt, ebenso verhält es sich im Hinblick auf die Bestätigung des Dr. Had. vom 14. Juni 2012 und die Bescheinigung des Dr. Gi. vom 28. Juni 2012.

Der Senat verwertet auch die Gutachten von Dr. Ha. und Dr. Kr. ... Die Vorwürfe, die der Kläger im Berufungsverfahren gegen diese Gutachten erhoben hat, machen sie weder unverwertbar noch schwächen sie ihre Überzeugungskraft. Abgesehen davon, dass Beteiligte ihre Einwendungen gegen ein Gutachten nach [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411 Abs. 4 Satz 1](#) Zivilprozessordnung innerhalb eines angemessenen Zeitraums mitteilen müssen, der Kläger aber seine Einwendungen erst am 20. April 2011 erhoben hat, nachdem ihm die Gutachten unter dem 13. Mai 2009 und 16. Oktober 2009 übersandt worden waren, betreffen die Einwendungen im Wesentlichen lediglich die Art und Weise der Gutachtenerhebung (keine mehrstündige Untersuchung, unnötige Untersuchungen) und die Einschätzung der Sachverständigen. Die Untersuchungen selbst sind nach Auffassung des Senats indessen nicht zu beanstanden. Die Erhebungen sind vollständig und die gewählten Untersuchungsmethoden zur Beurteilung auch erforderlich. Dass der Kläger die auf der Grundlage der Untersuchung getroffene Einschätzung beanstandet, macht die Gutachten nicht unverwertbar. Insbesondere die Behauptung des Klägers, die Sachverständigen Dr. Ha. und Dr. Kr. hätten in ihrem Gutachten einen Tagesablauf wiedergegeben, den er bei der Untersuchung durch diese Sachverständige nicht angegeben habe, ist haltlos. Der Vergleich des in den Gutachten der Sachverständigen Dr. Ha. und Dr. Kr. wiedergegebenen Tagesablaufs mit demjenigen, den der Sachverständige Dr. Di. in seinem Gutachten wiedergegeben hat, zeigt, dass der vom Sachverständigen Dr. Di. geschilderte Tagesablauf kaum abweicht, sondern der Kläger vielmehr nahezu übereinstimmende Angaben gemacht hat, insbesondere zu Haushaltstätigkeiten. Der Sachverständige Dr. Ha. gab in seinem Gutachten an, der Kläger gehe auch zum Einkaufen. Wie der Kläger daraus ableiten will, der Sachverständige Dr. Ha. unterstelle, er (der Kläger) gehe allein einkaufen, ist nicht nachvollziehbar. Dasselbe gilt für die Unterstellung des Klägers, der Sachverständige Dr. Ha. gehe von einer dauernden Hilfe im Haushalt aus. Der Sachverständige Dr. Ha. gab nur wieder, dass der Kläger seiner Ehefrau helfe, ohne einen zeitlichen Umfang zu nennen. Dass der Kläger Tätigkeit im Haushalt ausübt, ergibt sich aus der vom Sachverständigen Dr. Di. wiedergegebenen Schilderung des Tagesablaufs durch den Kläger, gegen welche der Kläger keine Einwände erhoben hat.

Auch die Einschätzung des Dr. G. im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 10. August 2011 vermag die übereinstimmende Einschätzung des Gutachters Dr. F. und der Sachverständigen nicht zu widerlegen. Dr. G. erwähnt in diesem Entlassungsbericht wie in den Vorentlassungsberichten die Facettengelenksarthrose C6 bis TH1, die im Oktober 2009 durchgeführte Facettendenerverung und ergänzend die Denervierung im Mai 2011, persistierende Cervicobrachialgien bzw. nunmehr ein chronisches cervicales Schmerzsyndrom und die Funktionseinschränkung des Klägers im Bereich des rechten Schultergelenkes. Damit handelt es sich mit Ausnahme der neu berücksichtigten Facettendenerverung im Mai 2011 im Wesentlichen um dieselben Diagnosen, die Dr. G. auch bei den vorangegangenen Rehabilitationsmaßnahmen erhoben hat. Weitergehende Funktionseinschränkungen gehen aus dem Entlassungsbericht auch nicht hervor. Bei Abschluss des stationären Heilverfahrens im August 2011 fand sich im Halswirbelsäulenbereich eine gut häftige Einschränkung der Rotation (rechts/links 20/0/30 °) und eine erhebliche Einschränkung der Seitneigung (rechts/links 5/0/10 °) und auch die Rück- und Vorwärtsneigung des Kopfes war mit einem Kinn-Jugulum-Abstand von 5/13 cm erheblich eingeschränkt. Im Lendenwirbelsäulenbereich fand sich mit einem Fingerbodenabstand von 20 cm nur eine gering- bis allenfalls mäßiggradige Einschränkung. An den Schultergelenken wurde rechts eine Einschränkung der Abduktion auf 90 ° bzw. Elevation auf 120 ° und links eine endgradige Einschränkung der Abduktion auf 110 ° und der Elevation auf 130 ° beschrieben. Auch von Seiten der Psyche wurde kein gravierender Befund beschrieben, insoweit wurde im Rehabilitationsentlassungsbericht auch keine Diagnose gestellt. Diese Befunde vermögen die nunmehrige Einschätzung von Dr. G. vom 10. August 2011 deshalb nicht zu belegen und seine früheren Einschätzungen und auch die übereinstimmenden Einschätzungen des Gutachters Dr. F. und der Sachverständigen nicht zu widerlegen.

Ebenso verhält es sich mit Blick auf die gutachterliche Äußerung des Arztes Wiedemann, der sich unter dem 28. Oktober 2011 ohne Untersuchung des Klägers vorbehaltlich einer anderslautenden Entscheidung der Beklagten im Rentenverfahren lediglich vorläufig der Einschätzung des Dr. G. vom 10. August 2011 anschloss.

d) Der Arbeitsmarkt ist für den Kläger seit 08. Mai 2007 trotz eines erhaltenen Leistungsvermögens von sechs Stunden täglich auch nicht aus anderen Gründen verschlossen. Es liegt bei ihm weder eine Summe ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungseinschränkung vor. Zu einer ungewöhnlichen Leistungseinschränkung können ansteckende oder ekelerregende Krankheiten oder eine Entstellung, die zur Folge haben, dass ein Versicherter keine Chance hat, einen Arbeitsplatz zu erhalten, oder auch Anfallleiden mit (häufigen) Anfällen führen. Eine schwere spezifische Behinderung liegt z.B. bei gravierenden Fieberschüben, bei Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit, Einarmigkeit, ungewöhnlichen Arbeitshaltungen bzw. -phasen vor (vgl. v. Koch in Kreikebohm, SGB VI, § 43 Rdnr. 35). Solche Einschränkungen sind beim Kläger nicht zu konstatieren. Eine Pflicht der Beklagten zur Benennung einer Verweisungstätigkeit, was bei Vorliegen einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungseinschränkung erforderlich wäre (vgl. hierzu Beschluss des Großen Senats vom 19. Dezember 1996 - [GS 2/95](#) - [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#); Urteil vom 10. Dezember 2003 - [B 5 RJ 64/02 R](#) - [SozR 4-2600 § 44 Nr. 1](#); zuletzt BSG, Urteil vom 09. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) -, in Juris), besteht daher nicht.

e) Dem Kläger fehlt seit 08. Mai 2008 auch nicht die erforderliche Wegefähigkeit.

Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit zwar auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Das BSG hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 m zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Juli 1988 - [5/4a RJ 57/87](#) - [SozR 2200 § 1247 Nr. 53](#)). Wegefähigkeit setzt darüber hinausgehend auch voraus, dass solche Wege auch in noch zumutbarer Zeit bewältigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 [13/5 RJ 73/90](#) - [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#)). Der Bereich des Zumutbaren wird nach Einschätzung des BSG dann verlassen, wenn der Gehbehinderte für 500 m mehr als das Doppelte dieser Zeit, also etwa 20 Minuten, benötigt (vgl. BSG, a.a.O.; zum Ganzen siehe zuletzt auch BSG, Urteile vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 21/10 R](#) und [B 13 R 79/11 R](#) - beide in Juris).

Anhand dieses Maßstabs ist aufgrund der von dem Gutachter Dr. F. und den Sachverständigen, aber auch den den Kläger behandelnden Ärzten erhobenen Befunden eine Einschränkung der Wegefähigkeit des Klägers nicht gegeben. Beim Kläger besteht nur ein Knorpelschaden im Bereich des linken Kniegelenkes, der mit keinen Funktionseinschränkungen verbunden ist. Die von Dr. Gi. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 09. Juni 2011 angegebenen neurologischen Defizite, die zu einer eingeschränkten Gehfähigkeit führten, werden von Dr. Gi. nicht weiter beschrieben, ergeben sich auch nicht aus den weiteren ärztlichen Unterlagen und sind deshalb nicht nachvollziehbar. Auch das von Dr. Hy. diagnostizierte Restless-legs-Syndrom vermag eine eingeschränkte Wegefähigkeit nicht zu begründen. Im Übrigen besitzt der Kläger den Führerschein und fährt - zumindest kurze Strecken - mit dem Auto. Nach seinen Angaben gegenüber dem Sachverständigen Dr. Di. macht er auch Spaziergänge.

2. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Denn er war am 08. Mai 2007 nicht berufsunfähig und ist dies auch nicht zwischenzeitlich geworden.

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-Altersgrenzenanpassungsgesetzes 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 ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs unter besonderer 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.

Der Kläger ist nicht berufsunfähig.

Ausgangspunkt der Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist der bisherige Beruf. 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). Nach diesen Grundsätzen ist für die Beurteilung des Berufsschutzes des Klägers nicht mehr die von ihm erlernte Tätigkeit als Gas- und Wasserinstallateur maßgeblich, da er sich von dieser Tätigkeit bereits im Jahr 1985 nicht aus gesundheitlichen Gründen gelöst hat. Abzustellen ist auf die vom Kläger seit 1985 bei der Firma M. verrichtete Tätigkeit. Dabei handelte es sich nach den eingeholten Arbeitgeberauskünften bei der Firma M. durchgehend auch schon vor der im Jahr 2002 erfolgten Umsetzung aufgrund gesundheitlicher Beschwerden im Bereich der Schulter um Tätigkeiten als Maschinenbediener an einer Räummaschine bzw. im Bereich der Sternmontage und als Hilfsarbeiter. Diesen Beruf als Maschinenbediener kann der Kläger aus gesundheitlichen Gründen, namentlich seiner Wirbelsäulenbeschwerden, aber auch der Schulterbeschwerden und der Schmerzerkrankung, nicht mehr verrichten. Der Senat stützt sich insoweit auf das Gutachten des Dr. F. und die Gutachten des Sachverständigen Dr. Ha. und Dr. Kr. sowie Dr. Di ... Dies folgt auch aus den Rehabilitationsentlassungsberichten des Dr. G. vom 24. November 2009 und 10. August 2011 und der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Ha. vom 10. September 2008 und des Dr. R. vom 12. September 2008.

Der Kläger ist deshalb aber noch nicht berufsunfähig. Er kann auf alle auf dem Arbeitsmarkt vorkommenden Tätigkeiten verwiesen werden.

Die soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit richtet sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufs. Zur Erleichterung dieser Beurteilung hat die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (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. Innerhalb der Gruppe der angelernten Arbeiter differenziert das BSG nochmals hinsichtlich der Versicherten, die der oberen und unteren Gruppe der Angelernten angehören. Dem unteren Bereich sind alle Tätigkeiten mit einer regelmäßigen, auch betrieblichen Ausbildungs- und Anlernzeit von drei bis zwölf Monaten und dem oberen Bereich dementsprechend die Tätigkeiten mit einer Ausbildungs- oder Anlernzeit von über zwölf bis zu 24 Monaten zuzuordnen (BSG, Urteil vom 29. März 1994 - [13 RJ 35/93](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#)). 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).

Die Tätigkeit des Klägers als Maschinenbediener war eine angelernte Tätigkeit im unteren Bereich. Der Kläger absolvierte für diese Tätigkeit keine Ausbildung. Die einzelnen von ihm zu verrichtenden Tätigkeiten konnte er durch ein systematisches Anlernen über ein halbes Jahr erlernen. Gegenteiliges mit Blick auf das Anlernen hat auch der Kläger nicht behauptet. Im Schriftsatz vom 19. April 2011 hat er bestätigt, dass er über einen Zeitraum von sechs Monaten eingelernt wurde. Belegt wird die Tatsache, dass es sich weder um eine Tätigkeit als oberer Angelernter noch um eine Facharbeitertätigkeit handelte, auch dadurch, dass die Entlohnung des Klägers in der Entgeltgruppe 05 im unteren Drittel der Entgeltgruppen lag. Etwas anderes ergibt sich insoweit auch nicht daraus, dass der Kläger auch die Aufgabe hatte, Arbeitskollegen an der Maschine einzuweisen. Dies bedeutet nur, dass er seine Kenntnisse an andere Mitarbeiter weiterzugeben hatte, nicht jedoch, dass er eine Vorgesetztenfunktion ausgeübt hätte.

Da der Kläger damit zum unteren Bereich der angelernten Arbeiter gehört, kann er grundsätzlich auf alle auf dem Arbeitsmarkt vorkommenden Tätigkeiten verwiesen werden. Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist in diesen Fällen regelmäßig nicht erforderlich, weil auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung steht, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist (z.B. BSG, Urteil vom 14. September 1995 - [5 RJ 50/94](#) - [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#)).

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-09-03