

L 4 R 2325/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 R 114/09
Datum
26.04.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 2325/10
Datum
09.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. April 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. Mai 2008.

Der am 1955 geborene Kläger absolvierte von September 1970 bis Juli 1973 eine Ausbildung als Bauzeichner Hochbau und war anschließend von September 1973 bis Juni 1976 in diesem Beruf versicherungspflichtig beschäftigt. Durch den Besuch der Fachschule für Technik von August 1976 bis Juli 1978 erwarb er die Berechtigung, die Berufsbezeichnung staatlich geprüfter Techniker, Fachrichtung Bautechnik, zu führen. Er war nach seinen Angaben seit September 1978 mit Unterbrechungen durch Ausüben einer selbstständigen Tätigkeit und Arbeitslosigkeit als Bautechniker und Baufacharbeiter versicherungspflichtig beschäftigt, zuletzt vom 14. Mai 2001 bis 24. März 2002 als Maurer und Betonbauer bei einem Bauunternehmen. Von 26. März 2002 bezog er mit Unterbrechungen bis 5. November 2003 Leistungen wegen Arbeitslosigkeit, anschließend bis 6. Januar 2004 Übergangsgeld wegen einer stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatischen Fachklinik. Bis 11. Mai 2005 erhielt er wieder Leistungen wegen Arbeitslosigkeit. Ab 12. Mai 2005 nahm der Kläger im Berufsförderungswerk H. an dem ihm von der Beklagten als Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligten IHK-Zertifikatslehrgang zum Facility Management Agent teil. Diese Maßnahme musste wegen Arbeitsunfähigkeit des Klägers zum 3. Januar 2006 abgebrochen werden. Vom 3. Januar bis 23. April 2006 erhielt der Kläger Krankengeld. Der Kläger absolvierte diesen Lehrgang dann vom 24. April 2006 bis 23. März 2007 (Abschlusszeugnis vom 23. März 2007) sowie zugleich in der Zeit vom 24. April 2006 bis 12. Februar 2007 die Qualifizierungsmaßnahme Gebäudeenergieberater. Während der Teilnahme an der Maßnahme zahlte die Beklagte Übergangsgeld sowie ab 1. April bis 23. Juni 2007 Anschluss-Übergangsgeld. Seit Abschluss dieser Maßnahmen ist der Kläger arbeitslos. Vom 31. Juli 2007 an erhielt er Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) als Darlehen, die der zuständige Leistungsträger zurückforderte.

Der Kläger nahm an stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatischen Fachklinik teil, vom 21. Oktober bis 2. Dezember 1998 wegen schizoider Persönlichkeitsstörung, Angstneurose, Alkoholmissbrauch sowie nutritiv-toxischer Hepatopathie mit begleitender Hyperurikämie und Hypercholesterinämie (Entlassungsbericht der Dr. J. vom 2. Dezember 1998) sowie vom 6. November 2003 bis 6. Januar 2004 wegen depressiver Störung, Alkoholabhängigkeit in Abstinenz, schizoide Persönlichkeitsstörung, prothetisch versorgter Amaurosis (Erblindung) rechts sowie Schwerhörigkeit beidseits (Entlassungsbericht der Dr. V. vom 2. Februar 2004). Dr. V. hielt den Kläger in der letzten Tätigkeit als Bauhelfer für nur noch unter drei Stunden leistungsfähig, für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts für sechs Stunden und mehr ohne Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen oder in durchgängigen Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie Tätigkeiten, die erhöhte Anforderungen an das Seh- und Hörvermögen stellten und ein vermindertes Seh- und Hörvermögen zu einer erhöhten Unfallgefahr führe.

Der Kläger beantragte am 7. Mai 2008 Rente wegen Erwerbsminderung. Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. U. erstattete das Gutachten vom 11. August 2008. Sie nannte als Diagnosen eine depressiv gefärbte chronifizierte Anpassungsstörung, eine schizoide Persönlichkeitsstörung, eine Alkoholabhängigkeit in Abstinenz, eine Amaurosis (Erblindung) rechts (nach Unfall in der Kindheit), ein degenerativ bedingtes Syndrom der Lendenwirbelsäule bei Bandscheibenprolaps L4/5 rechts ohne radikuläre Defizite, eine Leberzirrhose sowie eine Hypercholesterinämie. Die Krankheitsvorgeschichte sei geprägt von seit ca. 15 Jahren bestehenden psychischen Beeinträchtigungen mit depressiven Phasen, sozialer Rückzugstendenz, eingeschränkter Sozialkompetenz und Leistungsinsuffizienz. Bis 2002

habe ein Alkoholabusus bestanden, der zu einer Leberzirrhose geführt habe. Der aktuelle psychopathologische Befund sei geprägt von derzeit mäßiggradiger depressiver Affektbeeinträchtigung, reduzierter psychomentaler Belastbarkeit, eingeschränkter Sozialkompetenz und einer angstneurotischen Verarbeitung. Hintergrund sei eine schizoide Persönlichkeitsstörung. Von einer Fortdauer der angegebenen Alkoholabstinenz sei auszugehen. Die körperlich-neurologische Untersuchung sei ohne pathologischen Befund gewesen. Es bestehe ein positives Leistungsvermögen von täglich sechs Stunden und mehr für die ursprünglich hauptsächlich ausgeübte berufliche Tätigkeit als Bautechniker. Auch die Leistungsfähigkeit für die Bereiche Gebäudeenergieberater und Facility Management Agent sei weder qualitativ noch quantitativ eingeschränkt. Vermutlich seien auf Dauer körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen, mit besonderer Beanspruchung an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen sowie Mitverantwortung für Personen und Maschinen nicht mehr leistbar.

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung ab (Bescheid vom 22. August 2008). Der Kläger erhob Widerspruch. Ärztin für Psychiatrie Dr. L.-K. und Chirurg Dr. Sc. stimmten der Beurteilung des Leistungsvermögens durch Dr. U. zu (Stellungnahmen vom 29. und 30. Oktober 2008). Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 2008). Volle oder teilweise Erwerbsminderung liege nicht vor. Dem Kläger seien leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in wechselnder Körperhaltung, überwiegend im Sitzen, ohne Wechselschicht, Nachtschicht, Zwangshaltungen, besonderer Beanspruchung an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen sowie Verantwortung für Personen und Maschinen mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Die Beurteilung des Leistungsvermögens durch den sozialmedizinischen Dienst sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Kläger sei nicht berufsunfähig. Bisheriger Beruf sei die zuletzt ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung als Bauhelfer, die dem Leitberuf des ungelernten Arbeiters zuzuordnen sei. Der Kläger müsse sich deshalb auf sämtliche ungelernten Tätigkeiten verweisen lassen. Derartige Tätigkeiten seien noch mindestens sechs Stunden täglich zumutbar.

Der Kläger erhob am 9. Januar 2009 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er machte - wie bereits mit seinem Widerspruch - geltend, trotz regelmäßiger Behandlung habe sich seine psychische Situation verschlechtert. Eine stationäre Behandlung vom 19. Januar bis 2. März 2010 habe keine Besserung erbracht. Hinzu kämen noch Bandscheibenprobleme. Er sei nicht als Bauhelfer anzusehen. In seiner Qualifikation als Bautechniker sei er einem Meister im Handwerk gleichzustellen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Einstufung des Klägers in das so genannten Mehrstufenschema könne dahingestellt bleiben, da er noch in seinem Beruf als Bautechniker oder Energieberater tätig sein könne sowie ihm auch die Ausübung der Verweisungstätigkeit eines Registrators im öffentlichen Dienst noch möglich sei.

Das SG hörte den Kläger behandelnde Ärzte als sachverständige Zeugen. Arzt für Allgemeinmedizin Dr. D. gab an (Auskunft vom 28. Mai 2009), im Vordergrund stünden schwere Veränderungen am Bewegungsapparat, der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule, eine ausgeprägte psychische Störung mit schwererer depressiver Reaktion, die sich massiv verschlechtert habe, sowie ein schwerer Leberschaden. In der Gesamtschau des Krankheitsbildes sei der Kläger erwerbsunfähig. Orthopäde Dr. Lö. (Auskunft vom 5. Juni 2009) berichtete über insgesamt vier Kontakte zwischen dem 30. Juli 2007 und 30. April 2009. Es habe sich jeweils ein cervikales radikuläres Reizsyndrom bei Mehretagendegeneration sowie ein globales Wurzelreizsyndrom bei Bandscheibenvorfall L4/5 mit korrespondierenden neurologischen Ausfallerscheinungen gefunden. Dies schließe die vollschichtige Verrichtung auch einer körperlich leichten Tätigkeit aus. Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. (Auskunft vom 5. Juni 2009) nannte vier Behandlungstermine zwischen dem 16. Februar und 17. April 2009. Unter stützenden psychotherapeutischen Gesprächen und einer Therapie mit Psychopharmaka sei eine leichte Besserung eingetreten. Er schließe die vollschichtige Verrichtung auch einer körperlich leichten Berufstätigkeit nicht aus.

Das Bauunternehmen, bei welchem der Kläger vom 14. Mai 2001 bis 24. März 2002 beschäftigt war, teilte dem SG auf Anfrage mit (Auskunft vom 19. Juni 2009), aufgrund seiner Ausbildung als Bautechniker habe der Kläger andere Arbeiter anleiten können. Die verrichtete Tätigkeit setze normalerweise eine dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung voraus, die der Kläger durch seine Ausbildung zum staatlich anerkannten Bautechniker kompensiert habe. Eine tarifliche Vergütung sei aufgrund der Probezeit nicht vereinbart worden.

Das SG erhob von Amts wegen das (Zusatz-)Gutachten des Arztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. W. vom 11. November 2009 sowie das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B. vom 19. Dezember 2009. Dr. W. fand auf orthopädischem Gebiet ein chronisches Syndrom der Hals- und Lendenwirbelsäule bei dem Alter vorausseilenden degenerativen Veränderungen und nachgewiesenem Bandscheibenvorfall L4/5 rechts ohne objektivierbare periphere Nervenwurzelreizerscheinungen mit leichter Bewegungseinschränkung, eine Handfunktionsstörung rechts mit inkomplettem Faustschluss nach Bruch des dritten Mittelhandknochens im Juli 2009 (infolge eines Sturzes beim Fahrradfahren) und zweifach operativer Therapie im Juli und September 2009 sowie eine geringgradige Kniefunktionsstörung rechts nach operativer Therapie eines Kniescheibenbruchs vor 30 Jahren mit optimalem Ausheilungsergebnis, subjektiv fast kompletter Beschwerdefreiheit, ohne Bewegungseinschränkung und äußerlich ohne Reizerscheinungen. Bei der aktuell bestehenden erheblichen Funktionseinschränkung der rechten Hand sei bei noch nicht abgeschlossener Behandlung mit einer erheblichen Besserung der Funktion und Reduktion der Schmerzsymptomatik zu rechnen. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich eine qualitative, jedoch keine quantitative Leistungsminderung. Der Kläger könne noch acht Stunden täglich im Rahmen einer 5-Tage-Woche tätig sein. Nicht mehr ausüben könne er mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten, Arbeiten mit regelmäßigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, regelmäßige Arbeiten im Bücken, vornübergebeugt, über Kopf, auf Leitern und Gerüsten, im Kniestand und ständig im Stehen oder Sitzen, Arbeiten, die mit einer erhöhten Vibrationsbelastung einhergingen, mittelschwere, schwere manuelle und feinmotorische Arbeiten rechts, Arbeiten, die das Greifen von Lasten über zwei kg mit dem rechten Arm erforderten sowie regelmäßige Arbeiten rechts am Schreibtischarbeitsplatz oder am Bildschirmarbeitsplatz. Prof. Dr. B. nannte als Diagnosen eine Dysthymia, eine Amaurosis nach Trauma im Kindesalter, eine Leberzirrhose im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, eine Innenohrschwerhörigkeit beidseits, ein Carpaltunnelsyndrom rechts sowie ein geringes sensibles Defizit im Bereich der rechten Großzehe als Ausdruck eines dezenten L5-Syndroms. Der Kläger sei nicht mehr in der Lage, irgendwelche Tätigkeiten im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten. Der festgestellte Gesundheitszustand bestehe mindestens sei dem Jahr 2007. Hierfür spreche die lange Krankheitsanamnese der einzelnen Erkrankungen.

Die Beklagte legte die Stellungnahmen der Ärztin für Chirurgie Dr. La. vom 5. Februar 2010 und Ärztin für Psychiatrie MUDr. H. vom 12. Februar 2010 vor. Sie vertraten die Auffassung, es bestehe keine quantitative Minderung des Leistungsvermögens des Klägers.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 26. April 2010 ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, weil er gesundheitlich in der Lage sei, mindestens sechs Stunden täglich zu arbeiten. Der Kläger leide an einer Dysthymie, an einem chronischen Hals- und (Lenden-)Wirbelsäulensyndrom bei dem Alter vorausseilenden degenerativen Veränderungen und einem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall L4/5 rechts, einem unvollständigen Faustschluss nach einem Bruch des dritten Mittelhandknochens sowie an der seit Kindheit bestehenden Amaurosis rechts. Für die von Dr. U. diagnostizierte depressiv gefärbte chronifizierte Anpassungsstörung sowie schizoide Persönlichkeitsstörung habe Prof. Dr. B. nachvollziehbar keine Anhaltspunkte gefunden. Für das von Prof. Dr. B. diagnostizierte Carpaltunnelsyndrom rechts ergäben sich weder aus seinem Gutachten noch aus den Aussagen der sachverständigen Zeugen hinreichende Anhaltspunkte. Die von Prof. Dr. B. beschriebene Innenohrschwerhörigkeit im Hochtonbereich sei, sofern sie vorliege, für die sozialmedizinische Beurteilung von untergeordneter Bedeutung. In der mündlichen Verhandlung sei ein Gespräch mit dem Kläger in normaler Lautstärke ohne weiteres möglich gewesen und der Kläger befinde sich nicht in Behandlung bei einem Hals-Nasen-Ohren Arzt. Ohne weitergehende sozialmedizinische Relevanz sei der frühere Alkoholabusus. Eine Leberzirrhose erscheine zweifelhaft. Es (das SG) schließe sich der nachvollziehbaren und widerspruchsfreien Einschätzung der Dr. U., des Sachverständigen Dr. W., der Dr. La. und der Dr. H. an. Nicht überzeugen könne die Auffassung von Prof. Dr. B. ... Er gehe nur von einer Dysthymie aus, also einer affektiven Störung unterhalb der Schwelle einer depressiven Störung. Dr. S. habe in seiner Zeugenaussage angegeben, der psychische Befund schließe eine vollschichtige Tätigkeit nicht aus. Auch die Komorbidität rechtfertige kein anderes Ergebnis. Die organischen Erkrankungen seien nicht derart schwerwiegend, dass sich hieraus in Zusammenschau mit dem geringen psychiatrischen Befund eine quantitative Einschränkung ableiten lasse. Der Kläger sei auch nicht berufsunfähig. Der bisherige Beruf des Klägers, die Tätigkeit als Maurer und Betonbauer bei einem Bauunternehmen, sei nach dessen Auskunft als Facharbeitertätigkeit anzusehen. Der Kläger könne zumutbar auf eine Tätigkeit als Registrator im öffentlichen Dienst verwiesen werden. Diese sei ihm gesundheitlich möglich und er sei in der Lage, sich innerhalb von drei Monaten in diese Tätigkeit einzuarbeiten. Hierfür spreche insbesondere der Inhalt der knapp einjährigen Qualifizierung zum Facility Management Agent, zu welchem nach dem Abschlusszeugnis auch die Module "Informationstechnik" und "kaufmännische Facilities" gehört hätten.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 4. Mai 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18. Mai 2010 Berufung eingelegt. Er sei auf nicht absehbare Zeit außer Stande, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Wegen der Amaurosis rechts habe er seit Beginn seines Erwerbslebens gesundheitliche Probleme gehabt. Seine psychische Erkrankung sei bislang nicht ausreichend gewürdigt. Wegen Essstörungen sei er bereits ungefähr 1970 in nervenärztlicher Behandlung gewesen. Mehrere Ärzte hätten seit 2006 eine depressive Episode oder Störung oder eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Prof. Dr. B. habe bislang als einziger seine (des Klägers) psychischen Erkrankungen im Längsschnitt ausreichend berücksichtigt. Stationäre Behandlungen vom 19. Januar bis 20. März und 6. bis 20. Juli 2010 sprächen gegen eine Besserung seines psychischen Zustands. Auch habe ihn Dr. S. im Oktober 2012 erneut zur stationären Krankenhausbehandlung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, in der er sich seit 5. November 2012 befinde. In der rechten Hand habe er nach wie vor keine Kraft und könne deshalb keine Tätigkeiten ausüben, die ein Feingefühl der rechten Hand erforderten. Auch lasse die Sehkraft seines linken Auges zunehmend nach. Er könne deshalb nicht am Bildschirm arbeiten. Wegen seines Gehörschadens könne er nicht in einem Großraumbüro oder in anderen größeren Räumen arbeiten und bekomme wegen der dortigen Geräuschkulisse Kopfschmerzen. Der Kläger hat das ärztliche Attest des Dr. Lö. vom 22. Oktober 2010 eingereicht, wonach aufgrund der orthopädischen Zustandsbilds sowie der depressiven Entwicklung eine signifikante Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26. April 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 22. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Dezember 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. Mai 2008 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat von Dr. S. die Berichte des Prof. Dr. E. vom 8. März und 27. Juli 2010 über die stationären Behandlungen vom 19. Januar bis 20. März und 6. bis 20. Juli 2010 beigezogen. Im Bericht vom 8. März 2010 hat Prof. Dr. E. angegeben, diese sei aufgrund einer schweren depressiven Episode vor dem Hintergrund zum Teil massiver psychosozialer Belastungen erfolgt. Es sei zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik gekommen. Im Bericht vom 27. Juli 2010 hat Prof. Dr. E. ausgeführt, wegen der zunehmenden Hoffnungslosigkeit und der depressiven Symptomatik habe der Wunsch einer erneuten stationären psychosomatischen-psychotherapeutischen Behandlung bestanden, weil die vorangegangene stationäre Behandlung gut geholfen habe. Dem Kläger sei es gelungen, in einigen Bereichen einen Perspektivenwechsel zu vollziehen und er habe wieder positive Zukunftsideen entwickeln können. Zur weiteren Stabilisierung werde eine intensiviertere fachpsychiatrische Weiterbetreuung und auch eine ambulante Psychotherapie empfohlen. Weiter hat Dr. S. als sachverständiger Zeuge im Befundbericht vom 24. September 2010 ausgeführt, die durch die Klinikbehandlung eingestellte Entlastung und Euphorisierung sei beim Behandlungstermin am 30. August 2010 bereits wieder abgeklungen gewesen. Der Kläger sei nach wie vor kognitiv fixiert auf Überzeugungen von Aussichtslosigkeit auf der Grundlage dessen, dass ihm als Besitzer des elterlichen Hauses keinerlei Leistungen der Agentur für Arbeit zustünden, ihm andererseits eine Berentung verweigert werde. Ferner hat Augenarzt Dr. A. die Befundberichte seines Praxisvorgängers Dr. Ha. vom 12. Februar 2003 und des Augenarztes S. vom 30. November 2011 übersandt.

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Sch. hat auf Veranlassung des Senats das Gutachten vom 27. Mai 2011 erstattet. Beim Kläger bestehe eine dysthyme Störung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom in Vollremission. Eine krankheitswerte schizoide Persönlichkeitsstörung sei nicht zu diagnostizieren. Unter Einwirkung gravierender psychosozialer Belastungsmomente (etwa Versagung der Rente) bestehe grundsätzlich das nicht unerhebliche Risiko, dass es neuerlich zu gravierenden depressiven Verstimmungen komme. Dann wäre eine intensiviertere ambulante, gegebenenfalls auch tagesklinische oder stationäre Behandlung indiziert. Zudem bestünden noch weitere therapeutische Optionen. Die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem

Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen führten zu relevanten qualifizierten Leistungsdefiziten, nicht aber zu einer relevanten Minderung des Ausdauerleistungsvermögens. Der Kläger sei in der Lage, berufliche Tätigkeiten, die den qualitativen Leistungsdefiziten Rechnung trügen, weiterhin bis zu acht Stunden pro Arbeitstag auszuüben. Nicht mehr infrage kämen berufliche Tätigkeiten, die mit erhöhter Stressbelastung einhergingen, etwa durch Zeitdruck (z.B. Akkordarbeit) oder durch unphysiologische psychovegetative Belastung (z.B. Nacharbeit), mit anhaltend hoher Anforderung an das Konzentrationsvermögen, an gefährlichen laufenden Maschinen mit der Notwendigkeit unmittelbaren Eingreifens im Störfall, wegen der vollremittierten Alkoholabhängigkeit Tätigkeiten mit der leichten Griffnähe zu Alkoholika sowie wegen der einseitigen Blindheit Tätigkeiten, die erhöhte Anforderungen an das räumliche Sehen stellten. Aufgrund der auf orthopädischem Gebiet bestehenden Gesundheitsstörungen seien weitere qualitative Leistungseinschränkungen zu beachten, insbesondere der Ausschluss körperlich schwererer oder mittelschwerer beruflicher Tätigkeiten. Er (der Sachverständige) teile die Beurteilung der Dr. U., der Kläger sei für eine Tätigkeit in den neu erlernten Bereichen als Energieberater und Facility-Manager leistungsfähig. Die Leistungsbeurteilung des Prof. Dr. B. sei nicht nachvollziehbar. Seine (des Sachverständigen) diagnostische Zuordnung als dysthyme Störung entspreche der des Prof. Dr. B. ... In dessen Gutachten sei ein eigentliches Antriebsdefizit nicht feststellbar gewesen, sondern lediglich vermerkt, dass der Antrieb leicht vermindert sei, so dass sich die Annahme der Unfähigkeit, irgendwelche Tätigkeiten auszuüben, nicht erschließe.

Der Kläger hat zu dem Gutachten des Dr. Sch. eingewandt, dieser habe ihn nur oberflächlich befragt und körperlich untersucht.

Weiter hat Augenarzt Prof. Dr. Le. das Gutachten vom 13. Februar 2012 erstattet. Das rechte Auge sei erblindet. Das linke Auge sei sowohl im Bereich der vorderen Abschnitte als auch des Augenhintergrunds ohne krankhafte Abweichung vom Normalen. Es liege eine mittelstarke angeborene Kurz- und Stabsichtigkeit sowie eine Alterssichtigkeit vor. Nebenbefundlich zeige das linke Auge im Gesichtsfeld eine geringfügige Einschränkung im oberen Bereich von ca. 10° Breite, was eine messbare Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht bedinge. Aufgrund der Einäugigkeit fehle dem Kläger das räumliche Sehen. Der Kläger sei in der Lage, acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein, insbesondere auch in dem von ihm erlernten Berufszweig. Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten kämen aufgrund des fehlenden räumlichen Sehens nicht in Betracht. Die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers (Lesen und Schreiben) für Tätigkeiten als Registrator, Poststellenmitarbeiter oder auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (Pfortner, Aufsichtstätigkeiten) sei nicht merkbar gemindert.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegten Renten- und Rehabilitationsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 22. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Dezember 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat ab 1. Mai 2008 weder Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (1.) noch Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (2.).

1. Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll oder teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger ist seit 1. Mai 2008 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, weil er noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts 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) Auf psychiatrischem Gebiet liegen beim Kläger als rentenrelevante Gesundheitsstörung dysthyme Störungen und eine rezidivierende depressive Störung vor. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Sch. ... Eine Dysthymie diagnostizierte auch der Sachverständige Prof. Dr. B. ... Dieser diagnostischen Zuordnung stimmte der Sachverständige Dr. Sch. zu. Eine schwere rezidivierende depressive Störung besteht nicht. Der Sachverständige Dr. Sch. konnte bei seiner Untersuchung nur eine geringe Herabminderung der Stimmungslage feststellen. Antriebsstörungen und formal gedankliche Störungen oder kognitive Funktionsstörungen ergaben sich nicht. Sie sind auch nicht dem Gutachten des Prof. Dr. B. zu entnehmen. Anderes folgt auch nicht aus den Berichten des Dr. E. vom 8. März und 27. Juli 2010 über die stationären Behandlungen vom 19. Januar bis 2. März und 6. bis 20. Juli 2010 sowie dem Befundbericht des Dr. S. vom 24. September 2010. Dr. E. nannte als Diagnose der stationären Behandlungen zwar eine schwere Episode der rezidivierenden depressiven Störung. Diese konnte jedoch durch die beiden durchgeführten stationären Behandlungen gebessert werden. Anlass für die stationären

Behandlungen waren psychosoziale Belastungen. Der Sachverständige Dr. Sch. hat nachvollziehbar und schlüssig unter Berücksichtigung der in den Akten enthaltenen Befunde dargelegt, dass seit dem Beginn gravierender finanzieller Probleme des Klägers in den Jahren 2002/2003 depressive Verstimmungen nachzuweisen sind.

Die Alkoholerkrankung des Klägers ist remittiert. Eine schizoide Persönlichkeitsstörung besteht nicht. Dies entnimmt der Senat den Gutachten der Sachverständigen Dr. Sch. und Prof. Dr. B. sowie dem Befundbericht des Dr. S. vom 24. September 2010.

Auf orthopädischem Gebiet besteht ein chronisches Syndrom der Hals- und Lendenwirbelsäule bei dem Alter vorausseilenden degenerativen Veränderungen und nachgewiesenem Bandscheibenvorfall L4/5 rechts ohne objektivierbare periphere Nervenwurzelreizerscheinungen mit leichter Bewegungseinschränkung, eine Handfunktionsstörung als Folge einer bei einem Fahrradunfall im Juli 2009 erlittenen Fraktur des dritten Mittelhandknochens sowie eine geringgradige Kniefunktionsstörung nach einem vor 30 Jahren erlittenen Bruch der Kniescheibe. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. W ... Die im Wesentlichen selben Diagnosen nennt Dr. Lö. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 15. Juni 2009 und in dem vom Kläger vorgelegten ärztlichen Attest vom 22. Oktober 2012.

Schließlich ist das rechte Auge des Klägers seit der Kindheit erblindet. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Prof. Dr. Le ...

b) Die Gesundheitsstörungen bedingen qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des Klägers. Wegen der Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet kann der Kläger Tätigkeiten mit erhöhter Stressbelastung, Akkordarbeit, Nacharbeit, anhaltend hoher Anforderung an das Konzentrationsvermögen, an gefährlichen laufenden Maschinen nicht mehr ausüben. Die Erkrankungen des orthopädischen Gebiets, insbesondere der Wirbelsäule, schließen weiter mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten mit regelmäßigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, regelmäßige Arbeiten im Bücken, vornübergebeugt, über Kopf, auf Leitern und Gerüsten, im Kniestand, ferner Arbeiten ständig im Stehen oder Sitzen und die mit einer erhöhten Vibrationsbelastung einhergehen, mittelschwere, schwere manuelle und feinmotorische Arbeiten rechts, Arbeiten, die das Greifen von Lasten über zwei kg mit dem rechten Arm erfordern sowie regelmäßige Arbeiten rechts am Schreibtischarbeitsplatz oder am Bildschirmarbeitsplatz aus. Wegen der vollremittierten Alkoholabhängigkeit sind weiter Tätigkeiten mit der leichten Griffnähe zu Alkoholika und wegen der einseitigen Blindheit Tätigkeiten, die erhöhte Anforderungen an das räumliche Sehen stellen, ausgeschlossen. Der Senat stützt sich insoweit auf die Gutachten der Sachverständigen Dr. W., Dr. Sch. und Prof. Dr. Le ... Zumutbar sind dem Kläger damit zumindest noch leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung, mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten und Bücken sowie mit gelegentlichen Arbeiten über Kopf, auf Leitern und Gerüsten.

c) Die Gesundheitsstörungen bedingen keine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Klägers. Der Kläger ist in der Lage, unter Beachtung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Der Senat stützt sich insoweit auf die Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Dr. Sch ... Er hat anhand der in den Akten vorliegenden Befunde nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass schon seit 2002/2003 depressive Verstimmungen bestanden. Bereits die stationäre Leistung der medizinischen Rehabilitation vom 6. November 2003 bis 6. Januar 2004 erfolgte wegen einer depressiven Störung, deren wesentliche Ursache die finanziellen Probleme des Klägers im Zusammenhang mit dem in seinem Eigentum stehenden Wohngebäude war. Die während dieser Rehabilitationsmaßnahme durchgeführte Behandlung führte zu einer Besserung des psychischen Befundes. Gleiches gilt auch für die genannten stationären Behandlungen im Jahre 2010. Unter Berücksichtigung dessen hat der Sachverständige Dr. Sch. nachvollziehbar dargelegt, dass zwar unter Einwirkung gravierender psychosozialer Belastungsmomente grundsätzlich das nicht unerhebliche Risiko bestehe, dass es neuerlich zu gravierenden depressiven Verstimmungen komme. Er hat insoweit aber auch dargelegt, dass dann eine intensivierte ambulante, gegebenenfalls auch tagesklinische oder stationäre Behandlung indiziert ist und noch weitere psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bestehen, insbesondere auch eine ambulante Psychotherapie. Diese Ausführungen des Sachverständigen sind gerade im Hinblick darauf plausibel, dass der Kläger von den im Rahmen der stationären Behandlungen erfolgten psychotherapeutischen Behandlungen jeweils profitierte sowie nach der sachverständigen Zeugenaussage vom 5. Juni 2009 und dem Befundbericht des Dr. S. vom 24. September 2010 Behandlungen nur in größeren Abständen (ungefähr alle vier Wochen) erfolgen. Sofern zumutbar Behandlungsmöglichkeiten auf psychischem oder psychiatrischem Gebiet noch nicht versucht oder noch nicht ausgeschöpft sind und noch ein entsprechend Erfolg versprechendes Behandlungspotenzial besteht, kann eine dauerhafte quantitative Leistungsminderung nicht auf die psychische Erkrankung gestützt werden (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 15. Februar 2012 - [L 19 R 774/06](#) - in juris). Hinzu kommt, dass der Kläger trotz der seit 2002/2003 immer wieder auftretenden depressiven Verstimmungen in den Jahren 2006 und 2007 in der Lage war, die ihm von der Beklagten bewilligte Rehabilitationsmaßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben zum Facility Management Agent - wenn auch erst im zweiten Anlauf - zu absolvieren.

Daraus folgt dann auch, dass aufgrund der behaupteten erneuten stationären Krankenhausbehandlung in einer psychiatrischen Klinik seit 5. November 2012 sich nicht ableiten lässt, dass nunmehr das Leistungsvermögen des Klägers wegen einer Erkrankung auf psychiatrischem Gebiet auf unabsehbare Zeit aufgehoben oder in zeitlicher Hinsicht eingeschränkt ist.

Der Einwand des Klägers, Dr. Sch. habe ihn nur oberflächlich befragt und untersucht, greift nicht durch. Nach der vom Kläger mit seinem Antrag auf Erstattung von Kosten eingereichten Bestätigung des Sachverständigen dauerte die Untersuchung von 15:00 Uhr bis 20:15 Uhr, mithin über fünf Stunden. Aus der von Dr. Sch. mitgeteilten Erhebung der Anamnese ergeben sich auch keine Anhaltspunkte für die Behauptung des Klägers. Zudem vermag der Kläger nicht zu beurteilen, in welchem zeitlichen Umfang der Sachverständige eine Untersuchung für erforderlich hält.

Der Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. B. ist nicht zu folgen. Er hat seine Auffassung, der Kläger sei nicht mehr in der Lage, irgendwelche Tätigkeiten im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarkts zu verrichten, nicht nachvollziehbar begründet. Diese Auffassung lässt sich mit den von Prof. Dr. B. erhobenen Befunden nicht in Einklang bringen. Prof. Dr. B. hat in seinem Gutachten keine Funktionseinschränkungen beschrieben, die eine solche Einschätzung des Leistungsvermögens des Klägers zuließen. Der Senat folgt auch insoweit dem Sachverständigen Dr. Sch ... Das Gutachten des Prof. Dr. B. ist als Grundlage für die Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers auch deshalb nicht geeignet, weil Prof. Dr. B. die Tagesstruktur des Klägers nicht erfragt hat. Aus dem Gutachten (S. 8) ergibt sich nur, dass der Kläger angab, seinen Haushalt noch einigermaßen versorgen zu können sowie inzwischen sein Interesse an der Bedienung eines Flugsimulators am Computer und an politischen Entwicklungen nachgelassen habe.

Aus den auf orthopädischem und augenärztlichem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen ergibt sich keine quantitative

Leistungseinschränkung. Der Senat stützt sich insoweit auf die Gutachten des Dr. W. und des Prof. Dr. Le ... Auch wenn an der rechten Hand eine Funktionsstörung als Folge der im Juli 2009 erlittenen Fraktur des dritten Mittelhandknochens verblieben ist und mithin die Einschätzung der Sachverständigen Dr. W., insoweit werde durch weitere Behandlungen eine Besserung eintreten, nicht zutreffend sein sollte, lässt sich daraus allenfalls eine qualitative Leistungseinschränkung ableiten mit einer Einschränkung der Einsatzfähigkeit der rechten Hand und des rechten Arms, wie dies der Sachverständige Dr. W. in seinem Gutachten berücksichtigte.

Auch im Zusammenwirken mit den psychiatrischen Gesundheitsstörungen ist keine quantitative Leistungseinschränkung gegeben. Der Sachverständige Prof. Dr. Sch. hat auch die Erkrankungen dieser beiden Fachgebiete in seine Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Klägers mit einbezogen.

2. Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit haben nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Art. 1 Nr. 61 RV-Altergrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)) auch Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind. Berufsunfähig sind nach [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach dem die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs unter 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 Bundessozialgerichts (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 bisheriger Beruf des Klägers seine zuletzt vom 14. Mai 2001 bis 24. März 2002 ausgeübte Tätigkeit als Maurer und Betonbauer. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger früher ausgeübte Tätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben hat. Vielmehr hat der Kläger stets angegeben, die Tätigkeit als Maurer und Betonbauer aufgenommen zu haben, um nicht weiter arbeitslos zu sein. Wie die Beklagte geht auch der Senat davon aus, dass der Kläger die Tätigkeit als Maurer und Betonbauer nicht mehr ausüben kann.

Der Kläger ist deshalb aber nicht berufsunfähig, denn er kann zumutbar (zumindest auch) auf die Tätigkeit als Facility Management Agent verwiesen werden. Der Senat lässt offen, welcher Gruppe der bisherige Beruf des Klägers als Maurer und Betonbauer dem in der Rechtsprechung des BSG entwickelten so genannten Mehrstufenschema (vgl. dazu z.B. BSG, 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](#)) zuzuordnen ist. Denn jedenfalls ist dem Kläger nach [§ 240 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) die Tätigkeit des Facility Management Agent zumutbar. Die Ausbildung zu dieser Tätigkeit hat der Kläger durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgreich absolviert. Diese Tätigkeit kann der Kläger ausüben. Der Senat stützt sich auch insoweit auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. Sch., der dies ausdrücklich bejahte. Wie bereits dargelegt bestanden gerade die Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet schon vor Beginn dieser Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-14