

## L 11 R 5373/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Ulm (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 R 4241/08  
Datum  
21.09.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 R 5373/10  
Datum  
13.11.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.09.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger aufgrund seines Rentenanspruchs vom 02.04.2008 gegen die Beklagte einen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung, ggf auch bei Berufsunfähigkeit, seit dem 01.04.2008 hat.

Der am 13.03.1960 geborene Kläger, portugiesischer Staatsangehöriger, lebt seit dem 30.06.1971 in der Bundesrepublik Deutschland. Er hat keinen Beruf erlernt und war zuletzt als Maschinenführer vollschichtig versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 05.09.2006 bis 19.03.2007 war der Kläger arbeitsunfähig geschrieben mit Krankengeldbezug, seither ist er arbeitslos und bezog bis 18.03.2008 Arbeitslosengeld. Ihm wurde ein Grad der Behinderung iHv 60 seit dem 19.02.2007 und iHv 90 einschließlich des Merkzeichens ?G? seit dem 01.12.2008 zuerkannt.

Vom 19.10.2006 bis 09.11.2006 erhielt der Kläger von der Beklagten stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Reha-Klinik H.-K. in der Abteilung Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie. Der ärztliche Entlassungsbericht vom 07.12.2006 führt aus, es bestehe eine koronare 2-Gefäßerkrankung ohne Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz bis 100 Watt, ein Zustand nach Myokardinfarkt 4/04, ein Zustand nach percutaner coronarer Intervention (PCI, dh Ballondilatation und Stentimplantation) 2005 nach erneuter Myokardischämie, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit schwerer diabetischer Retinopathie sowie eine arterielle Hypertonie.

Am 22.01.2008 wurde der Kläger auf Veranlassung der Beklagten aufgrund eines erneuten Reha-Antrages durch den Facharzt für Innere Medizin Dr. S. begutachtet. Dr. S. stellte in seinem Gutachten einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II mit diabetischer Retinopathie beidseits und Zustand nach mehrfacher Laserbehandlung beider Augen, zuletzt 4/07, eine koronare 2-Gefäßerkrankung mit abgelaufenem Myokardinfarkt 04 sowie Herzkranzgefäßerweiterung (PTCA) und Stent-Einlage 2005 wegen erneuter Myocardischämie (gute linksventrikuläre Funktion), einen therapiebedürftigen Bluthochdruck, einen Verdacht auf Schlafapnoesyndrom sowie belastungsabhängige Coxalgien links fest. Aufgrund der erhobenen Befunde könne der Kläger leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne besondere Anforderungen an das Sehvermögen, ohne Nachtschicht und ohne Tätigkeiten mit erhöhtem Zeitdruck sowie ohne erhöhte Unfallgefährdung vollschichtig verrichten.

Am 02.04.2008 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Hierzu führte er aus, sich seit 2004 wegen eines zweifachen Herzinfarkts, Diabetes und einer Gefäßerkrankung für erwerbsgemindert zu halten. Mit Bescheid vom 14.04.2008 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab; der Kläger sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert.

Mit seinem Widerspruch vom 23.04.2008 legte der Kläger ärztliche Unterlagen vor. Auch die Bundesagentur für Arbeit halte ihn nicht mehr für leistungsfähig. Sein Arbeitslosengeldantrag sei als Nahtlosigkeitsleistung gemäß § 125 SGB III anerkannt worden. Er sei nicht mehr in der Lage, Arbeiten von wirtschaftlichem Wert in einer gewissen Regelmäßigkeit zu erbringen. Insbesondere die Herzerkrankung habe sich verschlechtert. Eine Angina Pectoris sei bereits bei Belastungen mit 75 Watt aufgetreten. Außerdem leide er auch an orthopädischen Erkrankungen. Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin von dem Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie und Phlebologie Dr. R. begutachten. In seinem Gutachten vom 16.09.2008 stellte Dr. R. eine mäßiggradige Coxarthrose links, eine beginnende Gonarthrose links,

jeweils mit Funktionseinschränkung, eine koronare Zweigefäßerkrankung bei Zustand nach Myocardinfarkt 4/04 und zweimaliger PTCA und Stenteinlage 5/04 und 5/05 mit guter linksventrikulärer Funktion, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit Polyneuropathie und diabetischer Retinopathie, Bluthochdruck, eine Fettstoffwechselstörung, ein mittelgradig obstruktives Schlafapnoe-Syndrom sowie mäßiggradige degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Funktionseinschränkung fest. Der Kläger sei noch in der Lage, Tätigkeiten in seinem bisherigen Beruf wie auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen, in Tagesschicht, Früh-/Spätschicht sowie in Nachtschicht und unter Berücksichtigung von Einschränkungen hinsichtlich des Bewegungs-/Haltungsapparates sechs Stunden und mehr auszuüben. Mit Widerspruchsbescheid vom 26.11.2008 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des Klägers zurück; er sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert.

Hiergegen hat der Kläger am 02.12.2008 beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage erhoben. Unter Vorlage verschiedener ärztlicher Unterlagen hat der Kläger ausgeführt, er sei durch vielfältige Erkrankungen eingeschränkt. Es seien erhebliche Einschränkungen bei der Belastungsergometrie festgestellt worden. Ein Abbruch habe mit Angina pectoris und schwerer Dyspnoe bereits bei 113 Watt vorgenommen werden müssen. Eine Sauerstoffsättigung sei nur noch mit 61% vorhanden gewesen. Demnach sei nicht davon auszugehen, dass keine Herzinsuffizienzzeichen vorhanden seien. Bereits der Weg von und zur Arbeit sei aufgrund der Beeinträchtigung nicht mehr in der Zeit von je 20 Minuten durchführbar. Ferner werde er in der Augenpraxis zum wiederholten Male aufgrund einer feuchten Maculaerkrankung operiert werden müssen. Im Übrigen sei die Handbeweglichkeit durch Sehnenkontrakturen der Fingersehen durch einen vorliegenden Morbus Dupuytren beidseits eingeschränkt.

Das SG hat Beweis erhoben durch die schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 30 bis 32, 33 bis 39, 44 bis 65 sowie 77 und 134 bis 138 der SG-Akten Bezug genommen. Der Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Sportmedizin, D-Arzt Dr. B. hat dem SG mit Schreiben vom 19.03.2009 mitgeteilt, der Kläger sei nicht in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Die Gehfähigkeit sei schmerzhaft eingeschränkt. Der Kläger habe ihm berichtet, ein schmerzfreies Gehen sei ihm praktisch nicht möglich. Die Gehstrecke betrage maximal 200 Meter. Der Internist und Pneumologe Dr. K. hat in seiner Auskunft vom 18.03.2009 mitgeteilt, der Kläger sei bis 60 Watt belastbar, was der Möglichkeit entspreche, leichte Tätigkeiten über mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. P. hat unter dem Datum des 02.04.2009 ausgeführt, der Kläger sei nicht mehr in der Lage, eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr zu verrichten. Der Facharzt für Augenheilkunde Dr. A. hat dem SG mit Schreiben vom 03.08.2009 mitgeteilt, die Sehschärfe betrage zur Zeit am linken Auge 0,6p und am rechten Auge 0,1p. Die Sehschärfe am rechten Auge sei schlechter geworden.

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung verschiedener Gutachten, auf orthopädischem Fachgebiet bei Dr. H., auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet bei Dr. H. und auf augenärztlichem Fachgebiet bei Dr. S ... Wegen des Inhalts und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 80 bis 101, 118 bis 132 sowie 157 bis 165 der SG-Akten Bezug genommen. Der Orthopäde, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, Naturheilverfahren Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 03.09.2009 angegeben, es bestehe eine schmerzhafte Funktionsstörungen des linken Hüftgelenks bei radiologisch nachweisbarer knöcherner Verformung des Oberschenkelkopfes und in der Vergangenheit nachgewiesenem Reizzustand, kernspintomographisch ohne Nachweis einer massiven Hüftarthrose, eine schmerzhafte Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule ohne neurologische Begleiterscheinungen ohne Nachweis gravierender Strukturschäden und schmerzhafte Funktionsstörungen des rechten Schultergelenks ohne Nachweise gravierender Struktur- oder Funktionsstörungen im Rahmen der klinischen Untersuchung und der konventionellen Röntgenunterlagen. Sonographisch sei eine Rissbildung in der Rotatorenmanschette nachgewiesen. Unter Beachtung qualitativer Einschränkungen könne der Kläger Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche ausüben. Der Kläger sei auch in der Lage, mindestens viermal täglich mehr als 500 Meter zu Fuß zurückzulegen. Für eine Wegstrecke von 500 Metern benötige er deutlich weniger als 20 Minuten. Der Internist und Kardiologe Dr. H. hat in seinem internistischen Gutachten vom 19.11.2009 festgestellt, es bestehe eine koronare Herzerkrankung ohne Progression der koronaren Herzerkrankung, eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzerkrankung, ein Diabetes mellitus (insulinbehandelt) mit schlechter Einstellung und Polyneuropathie sowie Maculadegeneration, eine Hyperlipidämie (medikamentös gut eingestellt) sowie Schlafapnoe-Syndrom (mit Maske behandelt). Daneben bestünden Krankheitsbilder des orthopädischen Formenkreises. Von internistisch-kardiologischer Seite seien leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich möglich. Die Gehfähigkeit sei von internistischer Seite nicht eingeschränkt. Der Augenarzt Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 07.07.2010 mitgeteilt, es liege eine Kern- und Rindentrübung der Augenlinse sowie eine diabetische Maculopathie mit Makulaödem (rechtes Auge stärker als linkes Auge), eine fortgeschrittene nicht-proliferative diabetische Retinopathie, ein Zustand nach panretinaler und fokaler Laserkoagulation, ein Zustand nach Pars Plana Virektomien bei Glaskörperblutungen, ein Zustand nach intravitrealen Avastin-Injektionen, ein trockenes Auge (Sicca-Syndrom) sowie eine unterschiedliche Brechkraft beider Augen (Anisometropie) und auf dem rechten Auge eine Kurzsichtigkeit (Myopie) vor. Die reduzierte Sehschärfe sei im Wesentlichen durch die durch den Diabetes bedingten Veränderungen an der Netzhaut und durch die fortgeschrittene Linsentrübung bedingt. Eine Einschränkung stelle das Tragen von Lasten von mehr als 10 kg dar. Hier bestehe die Gefahr einer spontanen Netzhautblutung. Die ihm noch möglichen Tätigkeiten könne der Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten.

Mit Urteil vom 21.09.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung. Er sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, denn er sei in der Lage, eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, da er zuletzt eine ungelernte Tätigkeit ausgeübt habe und auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden könne.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 21.10.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 19.11.2010 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Das SG habe die bei ihm vorhandenen Gesundheitsstörungen nicht ausreichend bzw zutreffend berücksichtigt. Die drei Gutachten seien seinem Gesundheitszustand nicht gerecht geworden. Aufgrund der schmerzhaften Funktionsstörung des linken Hüftgelenkes sei er nicht mehr in der Lage, mindestens vier Mal täglich mehr als 500 Meter zu Fuß in jeweils weniger als 20 Minuten zurückzulegen. Zwischenzeitlich habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert. Dies gelte nicht nur für die progrediente Coxarthrose, sondern auch für die Schulter-Arm-Beschwerden. Zwischenzeitlich leide er an ausgeprägten Sensibilitätsstörungen im Bereich des gesamten rechten Armes. Aus dem ärztlichen Attest des Orthopäden Dr. B. vom 24.05.2011 gehe hervor, dass eine Bandscheibenprotrusion in der Halswirbelsäule festgestellt worden sei sowie ein Bandscheibenvorfall in der Lendenwirbelsäule. Auch im internistisch-kardiologischen Bereich sei eine erhebliche Verschlechterung festgestellt worden.

Zusammenfassend werde von einer zunehmenden Herzinsuffizienz ausgegangen. Zudem werde von deutlichen diabetischen Spätveränderungen gesprochen. Auch sei eine ambulante Herzkatheteruntersuchung vereinbart worden.

Zusätzlich hat der Kläger verschiedene Arztunterlagen, Arztberichte bzw Atteste vorgelegt (vgl Blatt 29 bis 41, 78 bis 80, 82 bis 84, 86, 87 und 88 der Senatsakte).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.09.2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14.04.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung, ggf. bei Berufsunfähigkeit, ab dem 01.04.2008 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 51 bis 56, 59 bis 68 sowie 69 bis 70 der Senatsakten Bezug genommen. Der Internist und Kardiologe Dr. E. hat dem Senat mit Schreiben vom 22.09.2011 mitgeteilt, der Kläger habe vorwiegend über rasches Herzklopfen sowie Atemnot geklagt. 2004 und 2005 seien Herzkranzgefäße aufgedehnt und mit Stent versorgt worden, in der Folge sei dann eine medikamentöse Therapie erfolgt (letzte Herzkatheteruntersuchung von Ende Juni 2011, die keine wesentliche Einengung an den Herzkranzgefäßen ergeben habe). Die Atemnot habe sich durch die medikamentösen Maßnahmen nicht bessern und durch die Diagnostik auch nicht ganz klären lassen. Die Leistungsfähigkeit am Ergometer habe 2004 bei 125 Watt, 2007 bei 100 Watt und ab 2008 nur bei 75 Watt gelegen. Die linksventrikuläre Funktion habe sich von 2005 auf 2011 ebenfalls leicht verschlechtert. Dr. B. hat dem Senat unter dem Datum des 21.10.2011 mitgeteilt, bezüglich der HWS hätten sich radiologisch massive multietagere Osteochondrosen gezeigt. Daraufhin sei eine kernspintomographische Untersuchung durchgeführt worden, hier hätten sich breitbasige Bandscheibenprotrusionen im Abschnitt C3/4, C4/5 und C5/6 mit entsprechender bilateraler neuroforamen Enge im Segment C4/5 gefunden, des Weiteren werde eine Impression des Myelons beschrieben. Im Bereich der LWS fänden sich ebenfalls multietagere Osteochondrosen, des Weiteren ein kernspintomographisch gesicherter Bandscheibenvorfall L5/S1. Bezüglich der Hüftgelenksproblematik liege eine Coxarthrose rechts mehr als links vor, diese sei bereits seit einigen Jahren bekannt und führe zu deutlichen Schmerzen und Bewegungseinschränkung des Hüftgelenkes. Eine Beugung könne bis 70 Grad durchgeführt werden. Zudem zeige sich eine Rotatorenmanschettenläsion im Bereich der rechten Schulter mit einer ausgeprägten Ausdünnung der Supraspinatussehne. Es bestehe eine Tendenz zur Verschlechterung. Der Facharzt für Augenheilkunde Dr. A. hat am 15.11.2011 dem Senat geschrieben, dass der Kläger über eingeschränkte Sehschärfe klage. Dieser leide an einer diabetischen Retinopathie, die sehr häufig mit Laserkoagulationen behandelt worden sei. Außerdem sei aufgrund eines ausgeprägten diabetischen Makulaödems mehrmals eine intravitreale Injektion mit Avastin rechts sowie links durchgeführt worden, außerdem eine Cataractoperation am rechten Auge am 18.08.2010. Am linken Auge bestehe noch eine therapiebedürftige ausgeprägte Linsentrübung, die nach Besserung des Zustandes der Netzhaut auch behandelt werden müsse. Die Sehschärfe betrage zur Zeit am rechten Auge 0,5 und am linken Auge 0,3p. Es sei zu einer Entwicklung der Cataract beidseits, die an einem Auge nun behandelt worden sei, gekommen. Außerdem hätten sich rezidivierende Blutungen der Netzhaut und Glaskörperblutungen entwickelt, die mit Hilfe von Laser und Pars Plana Vitrektomie behandelt worden seien. Außerdem habe sich beidseits ein Makulaödem entwickelt, was auch mit Hilfe von intravitrealer operativer Medikamentengabe von Avasin und Laser behandelt worden sei.

Darüber hinaus hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung von Gutachten auf orthopädischem Fachgebiet bei Dr. W. und auf internistischem Fachgebiet bei Dr. S ... Wegen des Inhalts und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 89 bis 116, 118 bis 120 (ergänzende Stellungnahme Dr. W.) sowie 124 bis 151 der Senatsakten Bezug genommen. Der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. W. hat in seinem Gutachten vom 02.03.2012 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine fortgeschrittene Coxarthrose links, Stadium Kellgren III, eine beginnende Gonarthrose links, Stadium Kellgren I bei komplexer anteromedialer Bandinstabilität, ein Verdacht auf degeneratives Rotatorenmanschetten Syndrom rechts größer als links, rezidivierende Cervico-Brachialgien mit C6-Symptomatik rechts bei kernspintomographisch dokumentierten Foramenstenosen und Bandscheibenprotrusionen, ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei kernspintomographisch dokumentiertem, nicht raumforderndem kleinen Bandscheibenvorfall L5/S1, ohne Wurzelirritationen sowie ein Morbus Dupuytren beide Hände, ohne Funktionseinschränkung. Der Kläger sei unter Beachtung von qualitativen Einschränkungen noch in der Lage auf dem allgemeinen Markt leichte Tätigkeiten von mehr als sechs Stunden an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Besondere Arbeitsbedingungen seien bei leichten Tätigkeiten überwiegend im Sitzen nicht notwendig. Der Internist Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 29.06.2012 eine koronare Herzerkrankung, einen Diabetes mellitus, insulinpflichtig, eine Hypertonie, ein Schlafapnoesyndrom sowie Überhöhungen für Cholesterin, Triglyceride und Harnsäure im Blutserum festgestellt. Möglich seien dem Kläger leichte und auch mittelschwere körperliche Arbeiten, im Gehen oder im Stehen oder im Sitzen in geschlossenen Räumen, bei Anwendung entsprechender Kleidung auch im Freien. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Kläger sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Auch sei die Wegefähigkeit nicht eingeschränkt. Im Rahmen der Begutachtung sei aufgefallen, dass Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden und objektivierbaren Befunden bestanden hätten. Insbesondere die vom Kläger demonstrierte Atemnot sei organmedizinisch nicht erklärbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten, insbesondere der vom Kläger vorgelegten ärztlichen Unterlagen, wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG sowie der Beklagten Bezug genommen. ?

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG statthaft und zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 1 iVm Abs 4 SGG) ist der die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ablehnende Bescheid der Beklagten vom 14.04.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2008. Dieser Bescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach § 43 SGB VI in der ab 01.01.2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr 12 RV- Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 (BGBl I, 554). Versicherte haben nach § 43 Abs 2 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach § 43 Abs 1 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr 3). Voll erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs 2 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs 1 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs 1 und Abs 2 SGB VI vor. Wer noch 6 Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs 3 SGB VI).

Nach dem Ergebnis der vom SG und dem Senat durchgeführten Ermittlungen steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger zumindest noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung qualitativer Einschränkungen sechs Stunden und mehr an fünf Tagen pro Woche verrichten kann. Die wesentlichen Leiden des Klägers liegen auf orthopädischem, internistisch-kardiologischem sowie augenärztlichem Fachgebiet.

Auf orthopädischem Fachgebiet bestehen folgende Gesundheitsstörungen: Eine fortgeschrittene Coxarthrose links, eine beginnende Gonarthrose links bei komplexer anteromedialer Bandinstabilität, ein Verdacht auf degeneratives Rotatorenmanschettsyndrom rechts größer als links, rezidivierende Cervico-Brachialgien mit C6-Symptomatik rechts bei kernspintomographisch dokumentierten Foramenstenosen und Bandscheibenprotrusionen, ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei kernspintomographisch dokumentiertem, nicht raumforderndem kleinen Bandscheibenvorfall L5/S1, ohne Wurzelirritationen sowie ein Morbus Dupuytren beide Hände, ohne Funktionseinschränkung. Dies konnte der Senat im Anschluss an das Gutachten von Dr. W. feststellen. Aus diesen Gesundheitsstörungen folgt, dass der Kläger wegen der Hüftarthrose ständig mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr ausführen kann. Auch Tätigkeiten in der Hocke sind aufgrund der Hüft- und auch der Knieproblematik in häufigerer Frequenz nicht mehr möglich. Häufiges Treppensteigen sowie die Benutzung von Leitern sowie ständiges Stehen und Gehen auf unebenem oder rutschigem Untergrund sind zumutbar, um Ausrutschen und hierdurch reflektorische Belastungen der linken Hüfte und des linken Kniegelenks zu vermeiden. Weiterhin sind Überkopftätigkeiten mit der Notwendigkeit der HWS-Reklination zu meiden, um die Möglichkeit von Wurzelirritationen im Bereich der Halswirbelsäule zu reduzieren. Längeres Sitzen ist nicht eingeschränkt, hierfür ergeben sich im Anschluss an Dr. W. weder aufgrund der Hüftproblematik noch aufgrund von Veränderungen der Wirbelsäule nachvollziehbare Gründe. Auch ist aus orthopädischer Sicht das Heben und Tragen von schwereren Gegenständen bis 15 kg nicht eingeschränkt, sofern dies nicht fortgesetzt und überwiegend pro Arbeitsschicht erfolgt. Unter diesen Bedingungen ist der Kläger aus orthopädischer Sicht noch in der Lage auf dem allgemeinen Markt leichte Tätigkeiten von mehr als sechs Stunden an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Besondere Arbeitsbedingungen sind bei leichten Tätigkeiten überwiegend im Sitzen nicht notwendig. Dies konnte der Senat im Anschluss an die schlüssigen und widerspruchsfreien Ausführungen des Dr. W. feststellen. Dr. W. hat insoweit auch insbesondere die Ausführungen von Dr. B. und Dr. H. berücksichtigt. Angesichts seiner Ausführungen konnte der Senat der Einschätzung von Dr. B. nicht folgen.

Auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet bestehen beim Kläger eine koronare Herzerkrankung, ein Diabetes mellitus, insulinpflichtig, eine Hypertonie, ein Schlafapnoesyndrom sowie Überhöhungen für Cholesterin, Triglyceride und Harnsäure im Blutserum. Dies hat Dr. S. schlüssig darlegen können. Aufgrund dieser Erkrankungen sind dem Kläger schwere körperliche Arbeiten, häufiges Heben und Tragen von Lasten über 20 kg, Wechselschichten, Arbeiten, die mit beruflicher Personenbeförderung oder dem Transport gefährlicher Güter (zB Piloten, Lokomotivführer, Omnibusfahrer, Lastkraftwagenfahrer) in Zusammenhang stehen, Arbeiten mit Waffengebrauch, Überwachungsfunktionen mit alleiniger Verantwortung für das Leben anderer, Arbeiten mit Absturzgefahr oder an anderen gefährlichen Arbeitsplätzen und Arbeiten an gefährlichen Maschinen nicht mehr zuzumuten. Möglich sind ihm dagegen leichte und auch mittelschwere körperliche Arbeiten, im Gehen oder im Stehen oder im Sitzen in geschlossenen Räumen, bei Anwendung entsprechender Kleidung auch im Freien. Derartige leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kann der Kläger sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche ausüben. Dies konnte der Senat im Anschluss an die Ausführungen von Dr. S. und Dr. H. feststellen. Diese Einschätzung wird nach Überzeugung des Senats durch die erhobenen Befunde der Ergospirometrie, die Dr. v. B. im Rahmen der Begutachtung bei Dr. S. erhoben hat, gestützt. Hier war der Kläger in der Lage, über fünf Minuten eine Belastung von 48 Watt durchzuhalten; bei Abbruch wegen subjektiver Atemnot hatten sich außer Hyperventilationen keine Auffälligkeiten gezeigt. Auch bei der Begutachtung durch Dr. H. konnte der Kläger in der Ergometerbelastung 75 Watt erreichen. Ebenso konnte der behandelnde Internist und Kardiologe Dr. E. ab 2008 eine Belastbarkeit von 75 Watt mitteilen. Dies entspricht einer Belastbarkeit für leichte Tätigkeiten von sechs Stunden und mehr arbeitstätig. Auch kann der Bluthochdruck medikamentös besser eingestellt werden; derzeit lassen sich im Blut des Klägers, wie Dr. S. ausgeführt hat, entsprechende Medikamente nicht einmal in Spuren nachweisen, weshalb der Verdacht besteht, dass der Kläger solche Medikamente nicht einnimmt.

Bei dieser Leistungsfähigkeit kommt es im Ergebnis aus Sicht des Senats auch nicht darauf an, ob beim Kläger wegen der Diskrepanzen zwischen objektivierbaren Befunden und subjektiv beklagten Beschwerden, wie sie Dr. S. und Dr. W. übereinstimmend beschrieben haben, Anhaltspunkte für eine Simulation bzw Aggravation vorliegen. Hierauf könnte auch hindeuten, dass Dr. v. B. den Kläger beim Verlassen der Praxis beobachtet hatte und dort feststellen musste, dass der Kläger ohne Mühe bei einer roten Fußgängerampel die Straße überqueren konnte und dabei erheblich beschleunigen musste, um nicht von heranfahrenden PKW erfasst zu werden.

Auf augenfachärztlichem Gebiet besteht beim Kläger eine Kern- und Rindentrübung der Augenlinse sowie eine diabetische Maculopathie mit Makulaödem (rechtes Auge stärker als linkes Auge), eine fortgeschrittene nicht-proliferative diabetische Retinopathie, ein Zustand nach panretinaler und fokaler Laserkoagulation, ein Zustand nach Pars Plana Virektomien bei Glaskörperblutungen, ein Zustand nach intravitrealen Avastin-Injektionen, ein trockenes Auge (Sicca-Syndrom) sowie eine unterschiedliche Brechkraft beider Augen (Anisometropie) und auf dem rechten Auge eine Kurzsichtigkeit (Myopie). Dies konnte der Senat im Anschluss an das Gutachten von Dr. S. feststellen. Die reduzierte Sehschärfe ist im Wesentlichen durch die durch den Diabetes bedingten Veränderungen an der Netzhaut und durch die fortgeschrittene Linsentrübung bedingt. Eine qualitative Einschränkung hat Dr. S. für das Tragen von Lasten von mehr als 10 kg dargestellt. Denn hier bestehe die Gefahr einer spontanen Netzhautblutung. Dem schließt sich der Senat an. Des Weiteren sind bei einer Keratokonjunktivitis sicca allgemeine Schutzmaßnahmen vor Hitze, Kälte, Zugluft, Nässe, Staub, Gasen, Dämpfen anzuwenden. Aufgrund der eingeschränkten Sehschärfe rechts größer als links mit Anisometropie sind Tätigkeiten an laufenden Maschinen, im Kfz-Bereich, auf Leitern und Gerüsten zu vermeiden, da das räumliche Sehen eingeschränkt ist. Die insoweit noch möglichen Tätigkeiten kann der Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Dies konnte Dr. S. zur Überzeugung des Senats feststellen. Auch aus den Angaben von Dr. A. folgt letztlich nichts anderes.

Nervenärztliche Erkrankungen bzw Hinweise hierauf konnte keiner der behandelnden Ärzte bzw der Gutachter darlegen und hat der Kläger auch nicht geltend gemacht.

Die beim Kläger bestehenden qualitativen Leistungseinschränkungen, die sämtlich nicht ungewöhnlich sind, lassen keine ernstlichen Zweifel daran aufkommen, dass dieser noch wettbewerbsfähig in einem Betrieb einsetzbar ist; dies gilt auch hinsichtlich der Augenerkrankung. Aus den bestehenden Einschränkungen ergeben sich damit weder schwere spezifische Leistungsbehinderungen noch stellen die qualitativen Leistungseinschränkungen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen (vgl BSG 11.03.1999, [B 13 RJ 71/97 R](#), juris) dar. Der Kläger ist dabei auch in der Lage, täglich viermal eine Wegstrecke von 500 Metern innerhalb von jeweils 20 Minuten zu Fuß zurückzulegen sowie öffentliche Verkehrsmittel zu Hauptverkehrszeiten zweimal am Tag zu benutzen. Dies konnten ua Dr. H., Dr. H., Dr. W. und Dr. S. bestätigen; der auf einer Selbsteinschätzung des Klägers beruhenden Auskunft von Dr. B. kann sich der Senat daher nicht anschließen. Im Übrigen verfügt der Kläger ? entgegen den Ausführungen des SG ? über einen Führerschein. Ihm steht auch der PKW seiner Ehefrau zur Verfügung.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Die vorhandenen Gutachten und Arztauskünfte bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Der Senat hält deshalb weitere Ermittlungen nicht mehr für erforderlich. Die vorliegenden Gutachten von Dr. S., Dr. R., Dr. H., Dr. H., Dr. S., Dr. W. und Dr. S. haben in Verbindung mit den vorliegenden Auskünften der als sachverständige Zeugen befragten Ärzte sowie den auch vom Kläger vorgelegten Arztunterlagen und dem Entlassbericht der Reha-Klinik H.-K. dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs 1 ZPO](#)). Die Gutachten gehen von zutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, enthalten keine unlösbaren inhaltlichen Widersprüche und sie geben keinen Anlass, an der Sachkunde oder Unparteilichkeit der Gutachter zu zweifeln; weitere Beweiserhebungen waren daher von Amts wegen nicht mehr notwendig. Insbesondere war weder ein Obergutachten noch ein ?Zusammenhangsgutachten? einzuholen. Denn die Gutachten von Dr. W. und Dr. S. beschäftigen sich gerade auch mit dem Zusammenspiel der verschiedenen Erkrankungen des Klägers.

Der Kläger ist damit nach Überzeugung des Senats noch in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit und unter Beachtung der dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen zumindest leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden an fünf Tagen pro Woche zu verrichten. Dieses Leistungsvermögen besteht nach Überzeugung des Senats seit Rentenantragstellung und seither durchgehend. Mit diesem Leistungsvermögen ist der Kläger nicht erwerbsgemindert ([§ 43 Abs 3 SGB VI](#)); er hat damit keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser bzw voller Erwerbsminderung. Dabei ist für die vorliegende Entscheidung ohne Bedeutung, ob die Bundesagentur für Arbeit dem Kläger Leistungen nach [§ 125 SGB III](#) aF als Nahtlosigkeitsleistungen gewährt hat.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)). Voraussetzung eines solchen Rentenanspruchs ist (vgl [§ 240 SGB VI](#)), dass er vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfähig wäre. Da der Kläger jedoch zuletzt als ungelernter Arbeiter versicherungspflichtig beschäftigt war, ist er - selbst wenn er seine letzte Tätigkeit nicht mehr ausüben könnte - auf sämtliche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorkommende Tätigkeiten verweisbar. Derartige leichte Tätigkeiten kann er aber - wie dargelegt - arbeitstäglich noch sechs Stunden und mehr verrichten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei hat der Senat im Rahmen seines Ermessens insbesondere berücksichtigt, dass der Kläger in beiden Instanzen ohne Erfolg geblieben ist.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Gründe für die Zulassung nicht vorliegen ([§ 160 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-16