

L 4 R 2154/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 2 R 1648/11
Datum
24.04.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 2154/12
Datum
12.02.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 24. April 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung anstelle einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 1. März 2007.

Der am 1957 geborene Kläger erlernte vom 1. April 1975 bis 28. Februar 1978 den Beruf des Maschinenschlossers. Im Anschluss daran war er unterbrochen durch den Wehrdienst und kurze Zeiten der Krankheit als Maschinenschlosser und Bauschlosser versicherungspflichtig beschäftigt. Am 31. Mai 1990 gab er die Tätigkeit als Bauschlosser wegen einer Coxarthrose links und Lendenwirbelsäulenbeschwerden aus gesundheitlichen Gründen auf. Er war ab 1. Juni 1990 als Elektrokarrenfahrer versicherungspflichtig beschäftigt und bezog außerdem in der Zeit vom 1. Juni 1990 bis 30. Juni 1994 von der Beklagten eine Rente wegen Berufsunfähigkeit. Bis zur Insolvenz des letzten Arbeitgebers war er zwischen Januar 1998 und 15. April 2005 mit Ausnahme kurzer Zeiten der Arbeitslosigkeit als Monteur, Maschinenschlosser und Berufskraftfahrer versicherungspflichtig beschäftigt. Am 16. und 17. April 2005 bezog er Leistungen der Bundesagentur für Arbeit. Vom 13. bis 31. Mai 2005 erhielt er Arbeitslosengeld II. Vom 17. Mai 2005 bis 19. Februar 2007 war der Kläger als Servicetechniker für Hydraulik im Außendienst versicherungspflichtig beschäftigt und verrichtete außerdem vom 2. September 2006 bis 1. Mai 2007 eine geringfügige Beschäftigung. Nach Beendigung der Lohnfortzahlung bezog er vom 3. April 2007 bis 13. August 2008 Krankengeld, vom 14. August 2008 bis 19. Juni 2010 mit Ausnahme der Zeit vom 3. bis 24. Februar 2009, in der er Übergangsgeld bezog, Arbeitslosengeld. Vom 20. Juni 2010 bis 25. April 2011 erhielt und seit 1. Juli 2011 erhält der Kläger Arbeitslosengeld II. Seit 1. Juni 2011 ist der Kläger außerdem im Transportunternehmen seines Bruders mit einfachen Bürotätigkeiten geringfügig beschäftigt. Sein Grad der Behinderung beträgt 50 seit 23. März 1988, 60 seit 14. Mai 2007 und nach den Angaben des Klägers 70 seit 1. April 2009.

Bei der letzten Beschäftigung als Servicetechniker erlitt der Kläger am 12. Dezember 2006 einen Arbeitsunfall, der eine Quetschung des linken Mittelfußes zur Folge hatte. Am 12. März 2007 kam es zu einer beidseitigen Lungenembolie und linksseitigen Unterschenkelthrombose, weshalb er sich vom 12. bis 23. März und vom 4. bis 7. Mai 2007 in stationärer Behandlung in der P.-klinik in K. befand (Entlassungsberichte des Dr. A., Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin der P.-klinik, vom 31. März 2007 und 21. November 2007; Diagnosen zuletzt: Thoraxschmerz bei Bronchitis, Ausschluss akute Myokardischämie, Zustand nach Lungenarterienembolie bei tiefer Beinvenenthrombose links März 2007, Orale Antikoagulanzen (OAK), cardiovascular risk factors (CVRF), Adipositas, Hyperlipoproteinämie (HLP), Coxarthrose links).

Auf seinen Antrag vom 4. April 2007 absolvierte der Kläger in der Zeit vom 14. November bis 12. Dezember 2007 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in den V.-kliniken in B. M. ... Dr. F. diagnostizierte in seinem Entlassungsbericht vom 12. Dezember 2007 einen Zustand nach Lungenembolie beidseits im März 2007, einen Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose linker Unterschenkel, eine arterielle Hypertonie, eine Coxarthrose links, eine Hyperurikämie mit Gicht, einen Leberparenchymschaden, eine Dyslipoproteinämie und eine Adipositas II. Grades. Der Kläger wurde mit einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden für seine letzte Tätigkeit als Servicetechniker und Maschinenbauer und mit einem Leistungsvermögen von über sechs Stunden für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen, zeitweise im Gehen, ständig im Sitzen ohne häufiges Bücken, Zwangshaltung und Heben und Tragen von Lasten über 20 kg entlassen.

Am 23. Januar 2008 beantragte der Kläger Rente wegen Erwerbsminderung. Er gab an, er halte sich seit Februar/März 2007 für erwerbsgemindert. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht des Dr. F. und ärztliche Unterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. aus den Jahren 2007 und 2008 bei. Hierzu hörte sie Dr. S. vom Sozialmedizinischen Dienst, der sich in der Stellungnahme vom 7. März 2008 der Leistungsbeurteilung des Dr. F. anschloss. Mit Bescheid vom 27. März 2008 gewährte die Beklagte, die den am 4. April 2007 gestellten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als Rentenantrag umdeutete, dem Kläger Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit für die Zeit vom 1. März 2007 bis längstens 30. April 2023, lehnte den Rentenantrag des Klägers im Übrigen jedoch mit Bescheid vom 28. März 2008 ab.

Am 1. April 2008 legte der Kläger gegen den Bescheid vom 28. März 2008 Widerspruch ein. Er trug unter Vorlage eines ärztlichen Attestes der Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. G. vom 15. April 2008 (Diagnose: Coxarthrose beidseits, Zustand nach Thrombose links [Oberschenkel/Unterschenkel], Zustand nach Lungenembolie; derzeit auch eine leichte Tätigkeit über drei Stunden täglich nicht zumutbar) vor, dass er unter erheblicher Dyspnoe und an einer ausgeprägten Coxarthrose beidseits leide. Im Bereich des linken Hüftgelenks wäre die Implantation eines Gelenkes erforderlich, wegen der internistischen Erkrankungen sei dies aber nicht durchführbar. Eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes könne deshalb nicht erfolgen. Arzt für Chirurgie/Gefäßchirurgie Dr. Ki. nannte im auf Veranlassung der Beklagten erstatteten Gutachten vom 6. November 2008 als Diagnosen: 1. Hüftgelenksarthrosen beidseits, links deutlich stärker als rechts ausgeprägt im Sinne einer Dysplasie-Coxarthrose, leicht- bis mittelgradige Bewegungseinschränkungen linksseitig, leichtgradig rechts, Belastungsschmerzen linkes Hüftgelenk, leichtgradige Muskelminderung linker Oberschenkel, 2. Zustand nach Unter- und Oberschenkelvenenthrombose links, leichtgradige Beinumfangsvermehrung, Zeichen der leichtgradigen venösen Abflussstörungen im Sinne einer chronisch venösen Insuffizienz im Stadium I, 3. Zustand nach beidseitiger Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose, leichtgradige Belastungseinschränkung, Verdacht auf belastungsabhängige pulmonale Hypertonie, 4. rezidivierendes Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren Lumbalsegmente, leichtgradige Funktionseinschränkung, ohne neurologische Ausfall- oder Reizerscheinungen, 5. intermittierende epigastrische Beschwerden, Zustand nach behandelter Gastritis, 6. beidseitige Hörminderung, mit Hörgeräten versorgt, 7. intermittierenden Spannungskopfschmerz und 8. Carpaltunnelsyndrom ohne aktuelle Operationsindikation. Die Tätigkeiten als Schlosser/Service-Techniker/Kraftfahrer könne der Kläger nicht mehr verrichten. Ein vollschichtiges Leistungsvermögen bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten im Bewegungswechsel, vorwiegend im Sitzen, gegebenenfalls mit Anpassung eines ergonomisch angepassten Arbeitsplatzes, ohne ständiges Heben und Tragen adäquater Lasten, übermäßige Hitzeeinwirkung und Zwangshaltungen der Wirbelsäule bzw. Hüftgelenke. Nachdem die Beklagte hierzu noch eine ärztliche Stellungnahme des Internisten Dr. W. vom Sozialmedizinischen Dienst vom 19. November 2008 eingeholt hatte, der an der bisherigen sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vom 7. März 2008 festhielt, wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2008 zurück. Unter Berücksichtigung aller erhobenen Befunde sei ärztlicherweise noch ein mehr als sechsstündiges Leistungsvermögen festgestellt worden. Bei diesem Sachverhalt liege ein Zustand der vollen Erwerbsminderung, welcher ein Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich voraussetze, nicht vor. Der angefochtene Bescheid entspreche somit dem geltenden Recht und könne von ihm, dem Widerspruchsausschuss, nicht beanstandet werden.

Am 13. Januar 2009 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe. Zur Begründung trug er vor, dass aus seiner Multimorbidität und dem ungünstigen Zusammenwirken seiner Erkrankungen eine verminderte Belastbarkeit und eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit resultiere. Im Vordergrund stünden seine orthopädischen Erkrankungen. Diese führten zu einem unter sechsstündigen Leistungsvermögen, die sonstigen Erkrankungen wirkten sich zusätzlich leistungsmindernd aus. Im Januar 2009 sei ihm bei fortgeschrittener Hüftgelenksarthrose links ein künstliches Hüftgelenk implantiert worden. Zusätzlich bestünden Schmerzen bei Zustand nach Unter- und Oberschenkelvenenthrombose links. Auch eine chronisch-venöse Insuffizienz mindestens im Stadium I sei nachgewiesen. Schon leichte körperliche Belastungen verursachten außerdem eine eklatante Kurzatmigkeit und rasche Erschöpfbarkeit. Auch sein Blutdruck sei erhöht. Er habe anhaltende Beschwerden, die einem erholsamen Schlaf entgegenstünden. Im Gutachten von Dr. Ki. sei darüber hinaus ein intermittierender Spannungskopfschmerz erwähnt. Auch dieser limitiere ebenso wie das beidseitige Carpaltunnelsyndrom und die beidseitige Hörstörung seine Leistungsfähigkeit. Trotz intensiver Therapie und Schonung habe sich bei ihm ein deutlich gesteigertes Schmerzempfinden bei jetzt chronisch fixiertem Schmerzverlauf entwickelt. Einmal pro Monat finde eine CT-gesteuerte Infiltration in die Wirbelsäule statt, die leider nur sehr vorübergehend zu einer Beschwerdelinderung führe. Eine - erwartete - Befundbesserung der Rückenschmerzproblematik sei nicht eingetreten. Auch therapeutische Sitzungen im Zentralinstitut in M. hätten keine Befundbesserung zur Folge gehabt. Wegen seiner orthopädischen Behinderungen und einer schweren Lendenwirbelsäulenerkrankung bestehe auch eine erhebliche Gehbehinderung. Der Zustand nach Beinvenenthrombose wirke sich insoweit zusätzlich limitierend aus. Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie O.-P. verkenne in ihrem Gutachten (hierzu im Folgenden), dass bei ihm ein schweres chronisches Schmerzsyndrom, bekannte und vielfältige orthopädische Leiden, eine ausgeprägte psychovegetative Erschöpfung, ein depressives Episode und eine Somatisierungsstörung nachgewiesen seien. Aus diesen resultiere nicht nur eine qualitative, sondern eine quantitative Leistungseinschränkung. Im Übrigen sei seit der Begutachtung durch die Sachverständige eine deutliche Befundverschlechterung und Chronifizierung eingetreten, woraus ein anderes Leistungsbild als das von der Gutachterin beschriebene resultiere. Er lege das im Auftrag des Sozialgerichts Karlsruhe (S 8 U 4202/08) im Verfahren gegen die Berufsgenossenschaft eingeholte lungenfachärztliche Zusatzgutachten des Dr. v. B. vom 16. September 2009 (Diagnosen: Zustand nach Lungenembolien bei Unterschenkelvenenthrombose und Thrombophilie aufgrund Genmutation), die Entlassbriefe des Dr. J., Chefarzt der R.-Klinik B. W. vom 24. Februar 2010 und vom 23. September 2010, in denen über die stationären Behandlungen des Klägers wegen eines schweren chronischen Schmerzsyndroms vom 9. bis 23. Februar 2010 und auch wegen eines Opiatmissbrauchs vom 9. bis 23. September 2010 berichtet wird, den Entlassungsbericht des Prof. Dr. Kr., A. S.-Kliniken K., vom 24. Juli 2010 über die stationäre Behandlung wegen einer Wurzelkompressionssyndroms S 1 links anlässlich der eine osteoligamentäre Dekompression beidseits durchgeführt wurde, den Arztbrief des Prof. Dr. Bo., Ärztlicher Direktor des Zentralinstituts M., vom 27. Oktober 2010 über die an drei Terminen erfolgte ambulante Behandlung mit der Indikation für eine Verhaltenstherapie im ambulanten Setting und Empfehlung der Fortführung der antidepressiven Medikation und den Entlassungsbericht des Dr. Rö. vom 9. März 2011 über die stationäre Behandlung vom 27. Januar bis 9. März 2011 insbesondere wegen einer schweren depressiven Episode aufgrund der Trennung von Ehefrau und Familie vor.

Die Beklagte trat dem Vorbringen unter Vorlage von Stellungnahmen der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. He. und der Ärztin Dr. Kü. vom 2. November 2009, 26. Februar 2010, 8. April 2010 und vom 24. Mai 2011 entgegen. Die Ärztinnen empfahlen die Einholung eines orthopädischen und eines psychiatrischen Gutachtens und die Beiziehung der Entlassungsberichte des Dr. Rö. ... Abschließend äußerten sie sich dahingehend, dass mit qualitativen Einschränkungen ein quantitatives Leistungsvermögen von sechs und mehr Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe.

Das Sozialgericht Karlsruhe hörte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen an. Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Go. (Auskunft vom 8. Juli 2009) führte aus, beim Kläger bestehe eine seit Jahren bekannte Hörminderung beidseits. Welche Leistungsfähigkeit beim Kläger vorliege, könne er im Rahmen einer sachverständigen Zeugenauskunft nicht beantworten. Arzt für Allgemeinmedizin-Phlebologie Dr. M.-B. teilte in seiner Auskunft vom 10. Juli 2009 mit, dass er den Kläger einmalig am 22. Oktober 2007 untersucht habe. Er fügte den hierüber gefertigten Arztbrief vom 23. Oktober 2007 (Diagnose: Postthrombotische Schädigung des tiefen Leitvenensystems des linken Beines nach femoro-poplitealer Venenthrombose mit Lungenembolie März 2007) bei und vertrat die Auffassung, der Kläger könne Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Ärztin für Neurologie Dr. Sc., R.-Klinik, bekundete, dass sie den Kläger zwischen Januar und Mai 2008 dreimal behandelt habe (Auskunft vom 9. Juli 2009). Sie fügte ebenfalls die hierüber gefertigten Arztbriefe vom 22. Januar, 5. Februar und 15. Mai 2008 sowie den Arztbrief des Radiologen Dr. Wi. vom 25. Januar 2008 (Kernspintomographie des Hirnschädels vom 24. Januar 2008: Nachweis kleiner Marklagerläsionen) bei und gab an, dass sie eine Berufstätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich für zumutbar halte. Internist Dr. Sch. gab in seiner Auskunft vom 14. Juli 2009 an, dass sich der Kläger am 26. November und 4. Dezember 2008 in seiner Behandlung befunden habe. Bei der körperlichen Untersuchung habe er einen cardio-pulmonal unauffälligen Status festgestellt. Die von ihm durchgeführten Untersuchungen ließen keine Anhaltspunkte erkennen, die eine Einschränkung der Berufstätigkeit zur Folge hätten; ein Arbeiten von mindestens sechs Stunden täglich sei möglich. Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde M. (Auskunft vom 13. Juli 2009) berichtete über die einmalige Untersuchung des Klägers am 26. September 2007. Unter Berücksichtigung der vom Kläger mitgeteilten Vorgeschichte habe er einen Zustand nach Lungenarterienembolie beidseits sowie eine chronische obstruktive Bronchitis diagnostiziert. Die Frage zur Leistungsfähigkeit des Klägers könne er, nachdem er den Kläger fast zwei Jahre nicht gesehen habe, nicht beantworten. Dr. B. teilte unter dem 18. Juli 2009 mit, der Kläger habe im Februar 2007 über massive Schmerzen in der linken Hüfte und zusätzlich über Schmerzen von der Lendenwirbelsäule ins linke Gesäß ausstrahlend geklagt, im März 2007 sei eine Thrombose des linken Unterschenkels und Atemnot aufgetreten, im April 2007 eine Bursopathie des rechten Ellenbogens, im Mai 2007 ein Gichtanfall, im Juni 2007 sei das linke Kniegelenk mit Druckschmerz der Patella angeschwollen, im Juli 2007 habe sie eine Hypertonie festgestellt, im September 2007 habe sie den Kläger wegen anhaltender Atemnot mit einem Spray versorgt, im Dezember 2007 habe ein akuter Thoraxschmerz bestanden, im Januar 2008 habe sie erhöhte Leberwerte festgestellt und Gallensteine diagnostiziert; der Kläger habe über anhaltende starke Kopfschmerzen und zunehmende Vergesslichkeit geklagt, im Mai 2008 hätten Kribbelparästhesien in beiden Armen und übermäßiges Schwitzen bestanden, im Juli 2008 sei der Kläger wegen der Hörschwäche mit Hörgeräten beidseits versorgt worden, im September 2008 sei es zu einer Unverträglichkeit der Morphintherapie gekommen, im Januar 2009 habe die Operation der linken Hüfte des Klägers stattgefunden, im Juli 2009 habe sie einen Bandscheibenvorfall der Lendenwirbelsäule mit Lumboischialgie links festgestellt. Lediglich die linke Hüfte habe sich nach der Operation verbessert, alle übrigen Leiden seien weiterhin vorhanden. Eine vollschichtige Berufstätigkeit schließe sie aus. Sie fügte u.a. einen Arztbrief des Internisten Dr. Haag vom 13. Juli 2007 (Belastung bis 150 Watt), ein Gutachten des Dr. d. R.-W., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg, vom 20. August 2007 (erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit), einen Arztbrief des Kardiologen Dr. Ha. und des Pneumologen Dr. Hi. vom 15. Oktober 2008, ausweislich dessen eine Fahrradergometer-Belastung bis 142 Watt möglich war, und den Entlassungsbericht des Dr. Ve., R. Kliniken W. vom 13. März 2009 über die Anschlussheilbehandlung des Klägers nach der Implantation der Hüft-TEP links am 20. Januar 2009 vom 3. bis 24. Februar 2009 (Diagnose neben der durchgeführten Implantation: arterielle Hypertonie; Leistungsbeurteilung: mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne Heben und Tragen schwerer Lasten, Wirbelsäulenzwangshaltungen, häufiges Bücken und Beugen sowie Ersteigen von Treppen und Leitern) bei. Die Radiologen Dr. Fl. und Dr. Wi. übersandten zunächst Arztbriefe über eine Kernspintomographie des Hirnschädels vom 24. Januar 2008 (Nachweis kleiner Marklagerläsionen, Hyperplasie des Sinus transversus rechts, ansonsten unauffälliger Befund), ein Mehrzeilen-Computertomogramm des Thorax vom 14. Juli 2008 (unauffälliger Befund, nebenbefundlich diffuser Leberparenchymschaden vom Typ der Fettleber), eine am 11. November 2008 durchgeführte Lungen-Perfusionsszintigraphie (Ausschluss einer Lungenembolie), eine Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 6. Mai 2009 (Prolaps L 5/S 1, L 4/5, Protrusio L3/4, Streckfehlhaltung sowie Spondylarthrosen, keine Spinalkanalstenose, keine Myelopathie), eine CT-gesteuerte Facetteninfiltration vom 5. Juni 2009 mit deutlicher Beschwerdelinderung mit Taubheitsgefühl im Dermatom S 1 und eine CT-gesteuerte Facettengelenksblockade vom 18. Juni 2009 sowie 9. Juli 2009, jeweils mit deutlicher Beschwerdelinderung, und führten unter dem 11. August 2009 ergänzend aus, dass sie zur Abgabe einer sachverständigen Zeugenauskunft nicht in der Lage seien, da sie den Kläger nicht behandelt hätten. Dr. G. führte unter dem 20. Juli 2009 aus, dass sie beim Kläger zwischen dem 29. Januar 2007 und 19. März 2009 Befunde von seiten der Hüften, der Schulter-Nackenmuskulatur, der unteren Halswirbelsäule und des rechten Schultergelenks erhoben habe. Am 19. März 2009 habe ein sicheres Gangbild, ein Beckengeradstand und ein im Seitenvergleich erhöhter Tonus der Oberschenkelmuskulatur ventral und dorsal sowie eine Iliosacralgelenkblockierung rechts bei einem Finger-Boden-Abstand von 20 cm bestanden. Der Kläger habe über einen Bewegungsschmerz der unteren Lendenwirbelsäule geklagt. Eine wesentliche Änderung sei im Bereich des Hüftgelenks eingetreten; der primäre Bewegungsschmerz sei nach Implantation der Hüftgelenkprothese vollständig rückläufig, anhaltend sei eine Verspannung der Hüftmuskulatur. Der Gesundheitszustand seitens der Lendenwirbelsäule und des rechten Schultergelenks sowie der Muskelspannungsstörung zervikal sei im Verlauf gleichbleibend. Im Verlauf der Behandlung mit verschiedenen Ansätzen der multimodalen Schmerztherapie habe sich ein deutlich gesteigertes Schmerzempfinden des Klägers bei jetzt chronisch fixiertem Schmerzverlauf entwickelt. Aufgrund der von ihr erhobenen Befunde schließe sie derzeit die vollschichtige Verrichtung auch einer körperlich leichten Berufstätigkeit aus. Wenn - wie zu erwarten - die Rückenschmerzproblematik unter der derzeitigen Schmerztherapie rückläufig sei, könne von einer Berufstätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich ausgegangen werden. Internist Dr. Fis. bekundete unter dem 29. September 2009 unter Beifügung seiner Arztbriefe über die Untersuchungen am 18. Januar 2008 und 24. April 2008, dass er im Januar 2008 beim Kläger weniger als ein Jahr nach der Lungenembolie eine elektive Operation nicht für gerechtfertigt erachtet habe. Bei einem am 23. April 2008 durchgeführten Langzeit-EKG hätten Rhythmusstörungen ausgeschlossen werden können.

Sodann erstattete im Auftrag des Sozialgerichts Karlsruhe Orthopäde Dr. Ma. über den Kläger sein orthopädisches Gutachten vom 27. Januar 2010. Der Sachverständige diagnostizierte eine mittelgradige Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule bei röntgenologischem Nachweis von Bandscheibendegenerationen und kernspintomographischem Nachweis eines Bandscheibenvorfalles L 5/S 1, klinisch ohne Wurzelreiz, einen endoprothetischen Ersatz des linken Hüftgelenks bei guter Funktion, eine Sehnenansatzreizung der großen Rollhügel beider Hüften, ein postthrombotisches Syndrom linker Unterschenkel und eine Handwurzelarthrose rechts. Im Vordergrund der derzeitigen Beschwerdesymptomatik stehe beim Kläger ein Lendenwirbelsäulenschmerz. Die Untersuchung zeige eine eingeschränkte Beugefähigkeit; neurologische Ausfallserscheinungen hätten ausgeschlossen werden können. Die festgestellten Gesundheitsstörungen wirkten sich auf die Leistungsfähigkeit des Klägers insofern aus, dass er nur noch leichte körperliche Tätigkeiten sechs Stunden und mehr arbeitstäglich ohne ständiges oder häufiges Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, Arbeiten in ständiger Wirbelsäulenzwangshaltung, häufiges Bücken, so genannte "raue Beanspruchung", Hüpfen, Springen, extreme Rotationsbewegungen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten

sowie ständiges oder häufiges Besteigen von Leitern verrichten könne. Strecken von über 500 Metern könne der Kläger in einem Zeitaufwand von jeweils unter 20 Minuten viermal täglich zurücklegen. Die Angabe des Klägers, dass er seitens der Lendenwirbelsäule immer gleichartige Beschwerden habe, wiesen auf eine mögliche Somatisierungsstörung im Sinne der chronischen Schmerzkrankheit hin. Dr. G. habe den Kläger insoweit auch stationär in die Klinik in Wildbad zur Schmerztherapie eingewiesen. Es sei sinnvoll, bei dieser Klinik Befunde beizuziehen und gegebenenfalls ein psychiatrisches/psychosomatisches Gutachten in Auftrag zu geben. Es stelle sich auch die Frage, ob sich gegebenenfalls qualitative Leistungseinschränkungen seitens der Lunge ergeben würden.

Im Anschluss daran beauftragte das Sozialgericht Karlsruhe Ärztin O.-P. mit der Erstattung eines fachneurologisch-psychiatrischen Gutachtens. Die Sachverständige, der gegenüber der Kläger angab, dass er sich nicht in nervenärztlicher Behandlung befinde und mit Blick auf eine ambulante Psychotherapie nunmehr Kontakt zum Zentralinstitut aufgenommen habe, und zu seinem Tagesablauf berichtete, dass er um 6.30 Uhr aufstehe, dann das Frühstück für die Kinder mache und später mit der Ehefrau frühstücke, fernsehschaue, in den Garten gehe, gemeinsam mit der Ehefrau das Mittagessen vorbereite, mit den Kindern zu Mittag esse und sodann mit ihnen die Schularbeiten mache, mal im Internet nachschaue, Zeitung lese und abends fernschaue und die Hausarbeit zusammen mit seiner Ehefrau erledige, nannte in ihrem Gutachten vom 22. Juli 2010 auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, verbunden mit einer neurasthenen Ausgestaltung auf dem Boden einer eher narzisstischen Persönlichkeitsvariante. Diese Störungen würden nicht vorgetäuscht, auch wenn beim Kläger eine gewisse Neigung zur Aggravation auch in der Vorgeschichte bereits beschrieben sei. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht seien dem Kläger Tätigkeiten im Nachtdienst, mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Maschinen und solche, die eine erhöhte Konfliktfähigkeit des Klägers voraussetzten, nicht mehr möglich. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen und der orthopädischerseits genannten Einschränkungen seien dem Kläger Tätigkeiten über sechs Stunden täglich möglich. Seine Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Mit Beschluss vom 25. März 2011 erklärte sich das Sozialgericht Karlsruhe für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das Sozialgericht Freiburg (SG) bei dem der Vorgang am 31. März 2011 einging.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 22. Juni 2011 insbesondere zu den stationären Aufenthalten des Klägers in der A.-Klinik, in der R.-Klinik im September 2010 sowie zum Berichts des Prof. Dr. Bo. und zu den Einwendungen des Klägers, hielt die Sachverständige an ihrer bisherigen Einschätzung fest. Auch wenn auf Stufe III der WHO Schmerzen behandelt würden, begründe dies nicht die sozialmedizinische Konsequenz einer quantitativ verminderter Erwerbsfähigkeit. Den Befunden sei zu entnehmen, dass es mittlerweile zu einer Reduktion und Ausschleichen der Opiate gekommen sei, der Kläger befinde sich jetzt auf Stufe I der medikamentösen Schmerztherapie. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung lasse sich nach wie vor nicht dokumentieren, narzisstische Persönlichkeitszüge seien jedoch tatsächlich vorhanden. Der letzte Aufenthalt in der Klinik Dr. Rö. sei reaktiv auf die Trennung der Ehefrau erfolgt. Zu beachten sei, dass nach wie vor keine coanalgetische Therapie stattfinde.

Nachdem der Kläger dagegen vorgetragen hatte, dass die Sachverständige in ihrer Stellungnahme vom 22. Juni 2011 die weiteren, erheblichen und nachgewiesenen Erkrankungen, aus denen eine quantitative Leistungseinschränkung resultiere, verkenne, führte die Sachverständige in einer zweiten ergänzenden Stellungnahme vom 22. August 2011 aus, dass den Unterlagen nicht zu entnehmen sei, dass es zu einer deutlichen Befundverschlechterung und zunehmenden Chronifizierung gekommen sei, weshalb sie an ihrer Stellungnahme vom 22. Juni 2011 festhalte.

Im vom SG anberaumten Termin zur mündlichen Verhandlung am 8. September 2011 berichtete der Kläger über eine beabsichtigte Vorstellung in der E.-Klinik in H., worauf das SG den Rechtsstreit vertagte. Der Kläger sagte zu, das SG über den weiteren Verlauf zu informieren und Unterlagen hierüber vorzulegen. Am 4. November 2011 teilte der Kläger dem SG mit, dass er sich am 27. September 2011 in der E.-Klinik vorgestellt habe. Nach dem - vorgelegten - Bericht vom 27. September 2011 hätten sich im Punktat keine Bakterien und Viren befunden. Die Ärzte hätten den Verdacht einer Nervenschädigung geäußert, zum Nachweis hierfür müsse eine Muskel- und Nervenbahnenleitmessung durchgeführt werden, die für Anfang des Jahres 2012 geplant sei. Unter dem 20. Dezember 2011 teilte der Kläger mit, dass weitere neurologische Untersuchungen für den 16. März 2012 terminiert seien.

Mit Gerichtsbescheid vom 24. April 2012 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe über den bereits zuerkannten Anspruch nach [§ 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) hinaus keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#). Zwar leide der Kläger auf orthopädischem und chirurgischem Fachgebiet an mittelgradigen Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule, an einer Sehnenansatzreizung der großen Rollhügel beider Hüften, an einem postthrombotischen Syndrom im Bereich des linken Unterschenkels und an einer Handwurzelarthrose rechts. Das linke Hüftgelenk sei endoprothetisch ersetzt bei guter Funktion. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet liege zusätzlich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, verbunden mit einer neurasthenen Ausgestaltung auf dem Boden einer eher narzisstischen Persönlichkeitsvariante vor. Mit diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei der Kläger allerdings noch in der Lage, eine körperlich leichte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Aus den beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen resultierten Leistungseinschränkungen qualitativer, nicht jedoch quantitativer Art. Dass für eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts, bei der die qualitativen Einschränkungen berücksichtigt würden, das Durchhaltevermögen derart gemindert wäre, dass sie nicht wenigstens sechs Stunden verrichtet werden könnten, sei nicht ersichtlich und erst recht nicht erwiesen. Die von den Sachverständigen Dr. Ma. und O.-P. eingeholten Gutachten hätten keine solche Beeinträchtigungen des Durchhaltevermögens festgestellt. Dies decke sich nicht nur mit dem im Verwaltungsverfahren erstatteten Gutachten des Dr. Ki., sondern auch mit der Einschätzung der meisten schriftlich befragten behandelnden Ärzte, die zum Umfang der Leistungsfähigkeit Angaben gemacht hätten. Auch Dr. G. habe die sechsstündige Leistungsfähigkeit nur für die Dauer der Rückenschmerzen, hinsichtlich derer eine Besserung zu erwarten gewesen sei, ausgeschlossen. Einzig die Hausärztin des Klägers, Dr. B., habe ein auf unter drei Stunden reduziertes Leistungsvermögen angegeben, dies allerdings ohne nähere Begründung und lediglich unter pauschalem Hinweis auf die "Fülle der Krankheiten und Beschwerden". Auch die nach der Begutachtung durch die Sachverständige O.-P. vorgelegten Berichte stellten die Feststellungen der Gutachter nicht in Frage. Dass sich der Kläger zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vom 8. September 2011 noch immer nicht in laufender psychotherapeutischer Behandlung befunden habe, lasse keinen gesteigerten Leidensdruck auf diesem Gebiet erkennen. Mit Blick auf den vom Kläger in der mündlichen Verhandlung geäußerten Verdacht, er könne sich im Rahmen der stattgehabten Operation eine Entzündung zugezogen haben, habe es, das SG, nunmehr über ein halbes Jahr abgewartet und gleichwohl sei entgegen der wiederholten Ankündigung nach wie vor nichts vorgelegt worden, das auch nur einen schwachen Anhaltspunkt in dieser Richtung liefern könne.

Gegen den am 30. April 2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 10. Mai 2012 Berufung eingelegt. Sein Leistungsvermögen sei seit der Antragstellung im Jahr 2008 in erster Linie durch eine ausgeprägte Schmerz- und Beschwerdesymptomatik im Stütz- und Bewegungsapparat rentenrechtlich relevant begrenzt. Die Entlassungsberichte der R.-Klinik vom 23. September 2010 und 9. März 2011 bestätigten ein schweres chronisches Schmerzsyndrom sowie eine ausgeprägte psychovegetative Erschöpfung bzw. eine schwere depressive Episode und einen chronisch unbeflussbaren Schmerz. Die von Dr. Ma. und der Ärztin O.-P. erstatteten Gutachten würden das Ausmaß seiner Schmerzsituation verkennen. Aus der Tatsache, dass die Opiat-Medikation habe ausgeschlichen werden können, könne nicht schlussgefolgert werden, dass sich die Schmerzsituation reduziert habe. Alle Versuche, ärztliche Hilfe zur Eindämmung seiner Schmerzen zu erhalten, seien gescheitert. Er habe nunmehr einen Termin bei dem Facharzt für Anästhesiologie Dr. Bö. sowie bei dem Orthopäden Dr. Bl. vereinbart. Auf Nachfrage des Senats hat der Kläger angegeben, dass er sich nicht in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befinde. Ergänzend hat er vorgetragen, dass er sich am 13. Februar 2013 einer Schulteroperation habe unterziehen müssen. Er hat Arztbriefe des Neurologen Dr. Tr. vom 11. Juni 2012, wonach sich neurologisch und elektromyographisch ein vollkommen unauffälliger Befund gefunden habe und des Orthopäden Dr. Hav. vom 13. Februar 2013 (Diagnose: Lockerung des vorderen Labrum links, Synovialitis villösa linke Schulter, Bursitis subacromiale links, eine Acromioklavikulargelenk (AC) - Gelenkarthrose links und Impingement-Syndrom Arthrose linke Schulter und subac; Therapie: Teilsynoviektomie, Refixation des Labrums, Burssektomie, AC-Gelenkresektion, Akromion-Plastik und Deperiostalisierung) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 24. April 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 28. März 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. März 2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung anstelle von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt unter Bezugnahme auf die vorgelegte sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. He. und Dr. Kü. vom 20. November 2012 die Auffassung, dass sich zusammenfassend kein verändertes Leistungsbild des Klägers ergebe.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung des Dr. Bö., des Chirurgen Dr. Schr. und des Dr. Ken., Chirurgische Orthopädie der H. E.-Klinik H., als sachverständige Zeugen. Dr. Bö. (Auskunft vom 27. September 2012) hat angegeben, dass er den Kläger erstmals am 10. September und letztmals am 20. September 2012 gesehen habe. Nach den Vorbefunden sei von erheblichen psychischen Belastungsfaktoren auszugehen. Soweit dies aufgrund der kurzen Behandlungsdauer beurteilbar sei, sei dem Kläger seines Erachtens derzeit noch eine leichte körperliche Tätigkeit max. drei bis sechs Stunden täglich mit häufigen Pausen möglich. Wegstrecken von über 500 Metern seien dem Kläger nicht möglich, öffentliche Verkehrsmittel könnten eventuell benutzt werden, falls sich Haltestellen usw. in der Nähe befänden. Dr. Schr. hat unter dem 15. Oktober 2012 angegeben, er habe beim Kläger den Verdacht auf eine Polyneuropathie, den Zustand nach Coxarthrose rechts und Hüftgelenksimplantation rechts sowie Osteopenie gestellt. Eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei noch ca. sechs Stunden täglich möglich. Dr. Ken. hat unter Beifügung seines Arztbriefes vom 4. Oktober 2011 über die einmalige Behandlung des Klägers am 27. September 2011, bei der eine lokale Infiltration mit Betäubungsmittel und lokal wirksamem Cortison durchgeführt und unabhängig davon eine physiotherapeutische Behandlung in Kombination mit einer Querfraktion-Therapie in Iontophorese empfohlen worden sei, berichtet (Auskunft vom 23. Oktober 2012).

Der Senat hat sodann das psychiatrische Fachgutachten des Chefarztes der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Psychiatrischen Zentrum N., Dr. Schw. vom 5. Oktober 2013 erhoben. Dr. Schw., dem der Kläger den Entlassungsbericht des Oberarztes Ti., Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie des Fachkrankenhauses V.-G., vom 25. April 2013 über die in der Zeit vom 11. bis 25. April 2013 durchgeführte stationäre schmerztherapeutische Behandlung vorgelegt hat, hat aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 26. Juli 2013 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, den schädlichen Gebrauch von Opioiden und eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert, diagnostiziert. Es hätten sich gewisse Diskrepanzen zwischen Angaben zu Schmerzen und schmerzbedingten Beeinträchtigungen einerseits und dem beobachtbaren Verhalten andererseits ergeben. Das beobachtbare schmerztypische Verhalten sei vergleichsweise dezent ausgeprägt gewesen mit gelegentlichen übervorsichtigen Bewegungen, häufigen Sitzkorrekturen im Sitzen, Entlastung von Schmerzzonen und gelegentlicher Schmerzmimik und -gestik. Die Angaben des Klägers seien auch nicht in Einklang zu bringen mit seinen eigenanamnestischen Angaben, wonach beispielsweise eine befriedigende Freizeitgestaltung an der Modelleisenbahn mit aktivem Kaufverhalten über ebay beschrieben werde. Aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der auf orthopädischer Seite dokumentierten krankheitswerten Veränderungen des Bewegungsapparats kämen für den Kläger körperlich schwere und auch nur anhaltend mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr in Frage. Vollschieftig, d.h. bis zu acht Stunden an fünf Tagen pro Woche seien weiterhin Tätigkeiten mit allenfalls leichten körperlichen Belastungen (mit Heben, Tragen und Bewegen ohne Hilfsmittel von etwa bis zu fünf kg) unter Ausschluss von Wirbelsäulenzwangshaltung, körperlich "rauen Belastungen", hoher Stressbelastung, erhöhtem Zeitdruck und mit psychogenen Belastungen sowie an gefährlich laufenden Maschinen möglich.

Der Kläger hat gegen dieses Gutachten vorgetragen, dass sein langjähriger Leidensweg völlig unberücksichtigt bleibe. Es sei von einem Schmerz- und Beschwerdebild auszugehen, das es ihm unmöglich mache, sechs Stunden und mehr auch nur leichte Tätigkeit zu verrichten. Zur Untermauerung seines Vortrags hat er den Arztbrief des Dr. Go., Ärztlicher Leiter des Departements Wirbelsäulenthopädie, Bandscheibenchirurgie, Konservative Orthopädie, Schmerztherapie und Osteoporose in der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule H. vom 6. November 2013 (Diagnose: Chronische Schmerzkrankheit, lumbale Osteochondrose nach Nukleotomie LWK 5/SWK 1 2009 mit der Empfehlung einer konsequenten Therapie der Schmerzkrankung) und den Arztbrief der Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. Scho. vom 12. September 2013 über den - unveränderten - Verlauf seit der Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 26. November 2012 und über eine Kernspintomographie des Beckens vom 11. September 2013 (Beurteilung u.a.: Nicht frische Fraktur im linken Os Sakrumflügel, auch hochgradiger Verdacht auf geringere, ebenfalls nicht frische Fraktur im rechten Os Sakrumflügel, beginnend degenerative arthrotische Veränderungen der Iliosakralfugen beidseits, rechts nur beginnend coxarthrotische Veränderungen) vorgelegt. Nach der Terminbestimmung hat der Kläger noch den vorläufigen Arztbrief des Dr. Go. vom 17. Januar 2014 über seine stationäre Behandlung vom 12. bis 18. Januar 2014 wegen einer immobilisierenden Exazerbation der chronischen Coxalgie links eingereicht (Therapie:

Infiltration der Trochanter major-Region, Analgesie und physikalisch-physiotherapeutisch-manualmedizinischer Behandlungskomplex; Verlauf: Infiltrationen, die der Kläger zunächst abgelehnt habe, hätten zu einer deutlichen Schmerzlinderung geführt; Procedere: Indikation für eine weitere orthopädisch-chirurgische Intervention bestehe nicht, gebeten werde um die Einleitung einer fachrheumatologischen Untersuchung bei dringlichem Verdacht auf eine rheumatische Polyarthrit, bei progredientem chronischen Schmerzsyndrom sei eine Rehamaßnahme eingeleitet worden). Zur erwähnten rheumatologischen Untersuchung hat der Kläger angegeben, dass diese durch Dr. Ei. erfolge. Ein Untersuchungstermin sei ihm noch nicht mitgeteilt worden.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet. Mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 24. April 2012 hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Streitgegenständlich ist hier lediglich ein Anspruch des Klägers auf Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. März 2007 anstelle der ihm bewilligten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Die Ablehnung des Antrags auf Rente wegen voller Erwerbsminderung durch den Bescheid der Beklagten vom 28. März 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller 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 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. 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. März 2007 nicht voll erwerbsgemindert. Er kann Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund des Inhalts des Verwaltungsgutachtens von Dr. Ki. vom 6. November 2008, der Sachverständigengutachten von Dr. Ma. vom 27. Oktober 2010, der Ärztin O.-P. vom 22. Juli 2010 und des Dr. Schw. vom 5. Oktober 2013, der Entlassungsberichte des Dr. F. vom 12. Dezember 2007 und des Dr. Ve. vom 13. März 2009 sowie der sachverständigen Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte des Klägers, insbesondere von Dr. Schu. vom 9. Juli 2009, Dr. M.-B. vom 10. Juli 2009, Dr. Sch. vom 14. Juli 2009 und Dr. Schr. vom 15. Oktober 2012, aber auch der ausweislich der sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. G. vom 20. Juli 2009, Dr. Go. vom 8. Juli 2009, des Arztes M. vom 13. Juli 2009, der Dres. Fl. und Wi. vom 11. August 2009, des Dr. Fis. vom 29. September 2009 und des Dr. Ken. vom 23. Oktober 2012 erhobenen Befunde fest.

Als rentenrelevante Gesundheitsstörung bestehen beim Kläger auf orthopädischem Fachgebiet Funktionsstörungen der Wirbelsäule, insbesondere im Bereich der Lendenwirbelsäule, geringer im Bereich der Halswirbelsäule. Wegen eines Bandscheibenvorfalles im Bereich LWK 5/S1 ist im Juli 2010 eine osteoligamentäre Dekompression beidseits durchgeführt worden. Zumindest seit November 2012 besteht ein Rest-Rezidiv-Bandscheibenvorfall um die linke Nervenwurzel S1. Außerdem ist röntgenologisch ein Prolaps L4/5 und eine Protrusion L3/4 nachgewiesen. Dies ergibt sich aus den Gutachten des Dr. Ki. vom 6. November 2008 und des Dr. Ma. vom 27. Januar 2010, der sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. G. vom 20. Juli 2009, den Entlassungsberichten des Prof. Dr. Kr. vom 24. Juli 2010, des Dr. J. vom 24. Februar und 23. September 2010 und des Dr. Titze vom 25. April 2013, den Arztbriefen von Dr. Wi. vom 6. Mai 2009, Dr. Scho. vom 12. September 2013 und Dr. Go. vom 6. November 2013 und dem vorläufigen Arztbrief des Dr. Go. vom 17. Januar 2014. Außerdem leidet der Kläger auf orthopädischem Fachgebiet unter Hüftgelenksarthrosen beidseits mit Bewegungseinschränkungen. Am 20. Januar 2009 wurde eine Hüft-TEP links implantiert werden. Dies entnimmt der Senat ebenfalls den Gutachten von Dr. Ki. und Dr. Ma., aber auch den Entlassungsberichten des Dr. Ve. vom 13. März 2009 und des Dr. Titze sowie den sachverständigen Zeugenauskünften der Dr. G. und des Dr. Schr. vom 15. Oktober 2012, wobei letzterer - fehlerhaft - eine Hüftgelenksimplantation rechts aufführt, und dem vorläufigen Arztbrief des Dr. Go. ... Des Weiteren besteht beim Kläger ein Schulterimpingementsyndrom links stärker als rechts, wobei insoweit bereits beidseits Arthroskopien stattfanden. Hiervon geht der Senat auf der Grundlage der sachverständigen Zeugenauskunft von Dr. G. und insbesondere dem Entlassungsbericht des Dr. Tietze aus. Die von Dr. Ma. in seinem Gutachten vom 27. Januar 2010 darüber hinaus erwähnte Handwurzelarthrose rechts vermag der Senat nicht als dauerhafte Erkrankung festzustellen, nachdem diese im Übrigen in keinem Gutachten, keiner sachverständigen Zeugenauskunft und auch in keinem Entlassungsbericht oder Arztbrief erwähnt wird.

Beim Kläger besteht ferner ein chronisches Schmerzsyndrom mit Kopf-, Hüft- und Rückenschmerzen sowie Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Bereits am 21. Januar 2008 wurde der Kläger wegen der Kopfschmerzen bei Dr. Schu. vorstellig. Im Juni und Juli 2009 wurden Facetteninfiltrationen im Lendenwirbelsäulenbereich durchgeführt, wobei diese mit einer deutlichen Beschwerdelinderung verbunden waren. Im Februar 2010 fand wegen des chronischen Schmerzsyndroms ein erster stationärer Aufenthalt in der R.-Klinik statt. Dr. J. erachtete bereits damals eine psychologische Mitbetreuung auf jeden Fall als sinnvoll. Ein weiterer stationärer Aufenthalt in der R.-Klinik erfolgte im September 2010 vorrangig wegen eines Opiat-Fehlgebrauchs, aber auch des weiterhin bestehenden Schmerzsyndroms. Hierbei war ein vollständiges Ausschleichen des Medikaments Oxygesic möglich. Am 27. September 2011 wurde der Kläger wegen elektrisierender Schmerzen, die vom linken Iliosakralgelenk über den Trochanter major in den ventralen Oberschenkel ausstrahlen, in der Endo-Klinik in Hamburg behandelt, wobei eine lokale Infiltration mit Betäubungsmittel und Cortison durchgeführt wurde. Seit 10. September 2012 befindet sich der Kläger in schmerztherapeutischer Behandlung bei Dr. Bö., der nach den Vorbefunden von erheblichen psychischen

Belastungsfaktoren ausgeht. Im April 2013 erfolgte eine erneute stationäre schmerztherapeutische Behandlung nunmehr im Fachkrankenhaus V.-G., wobei es zu einer geringfügigen Schmerzreduktion kam, und schließlich wurde der Kläger im November 2013 wegen der Schmerzkrankheit bei Dr. Go. vorstellig, wegen einer immobilisierenden Exazerbation der chronischen Coxalgie wurde er von Dr. Go. im Januar 2014 sieben Tage stationär behandelt. Hierbei konnte der Schmerz durch Infiltrationen, die der Kläger zunächst ablehnte, deutlich gelindert werden. Dies entnimmt der Senat den Entlassungsberichten des Dr. J. vom 24. Februar 2010 und 23. September 2010, des Dr. Tietze vom 25. April 2013 und des Dr. Go. vom 17. Januar 2014, den sachverständigen Zeugenauskünften von Dr. Schu. vom 9. Juli 2009, Dr. Bö. vom 27. September 2012 und Dr. Ken. vom 23. Oktober 2012 sowie den Gutachten des Dr. Ki. vom 6. November 2008, der Ärztin O.-P. vom 22. Juli 2010 und des Dr. Schw. vom 5. Oktober 2013, aber auch dem Arztbrief des Prof. Dr. Bo. vom 27. Oktober 2010.

Zusätzlich zu diesen Gesundheitsstörungen treten beim Kläger immer wieder depressive Episoden auf. Eine dauernde psychiatrische und psychologische Behandlung findet jedoch nicht statt. Nach dem Arztbrief des Prof. Dr. Bo. vom 27. Oktober 2010 erfolgte insoweit nur eine dreimalige ambulante Behandlung des Klägers zwischen dem 15. Juni und 27. Oktober 2010. Insbesondere im Zusammenhang mit der Trennung von der Ehefrau und den Kindern war in der Zeit vom 27. Januar bis 9. März 2011 eine stationäre Behandlung in der Klinik Dr. Rö. erforderlich, wobei es während der Behandlung nach der Schlussbemerkung von Dr. Rö. keine Schwierigkeiten in der Interaktion oder auch zwischen den Mitpatienten gab und sich der Kläger - so wörtlich Dr. Rö. - erstaunlicherweise in der Klinik gut zurechtgefunden habe. Die dysphorisch-depressive Verstimmung milderte sich. Medikamente wegen einer Depression nimmt der Kläger nicht ein. Dies stützt der Senat auf den Arztbrief des Prof. Dr. Bo., den Entlassungsbericht des Dr. Rö. vom 9. März 2011 und das Gutachten des Dr. Schw. vom 5. Oktober 2013 und dem von Dr. Go. seinem vorläufigen Arztbrief beigefügten Medikamentenplan.

Darüber hinaus besteht beim Kläger ein Zustand nach Lungenembolie beidseits und tiefer Beinvenenthrombose im März 2007. Es besteht eine leichtgradige venöse Abflussstörung. Der Kläger trägt einen Kompressionsstrumpf am linken Unterschenkel. Eine dauernde Behandlung ist insoweit nicht mehr erforderlich. Dies entnimmt der Senat den Entlassungsberichten des Dr. A. vom 31. März und 21. November 2007, dem Entlassungsbericht des Dr. F. vom 12. Dezember 2007, den Gutachten des Dr. Ki., des Dr. Ma., des Dr. Schw. und auch des Dr. van B. vom 16. September 2009 und den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. M.-B. vom 10. Juli 2009, des Arztes M. vom 13. Juli 2009 und des Dr. B. vom 18. Juli 2009.

Auch der Blutdruck des Klägers ist leicht erhöht wie aus dem Gutachten des Dr. Schw., den Entlassungsberichten des Dr. F. vom 12. Dezember 2007 und des Dr. Ve. vom 13. März 2009 und der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Sch. vom 14. Juli 2009 hervorgeht. Weitere Beeinträchtigungen von Seiten des Herzens werden nicht beschrieben. Bei Dr. Fis. fanden sich bei einem Langzeit-EKG keine Rhythmusstörungen, bei der Untersuchung durch Dr. Haag konnte der Kläger bis 150 Watt, durch Dr. Ha. und Dr. Hi. bis 142 Watt und durch Dr. Sch. bis 100 Watt belastet werden. Dies stützt der Senat auf die sachverständigen Zeugenauskünfte des Dr. Sch. vom 14. Juli 2009 und des Dr. Fis. vom 29. September 2009 und den Arztbrief von Dr. Ha. und Dr. Hi. vom 15. Oktober 2008.

Schließlich besteht beim Kläger - wie im Gutachten des Dr. Ki. und in der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Go. vom 8. Juli 2009 diagnostiziert - eine beidseitige Hörminderung, die mit Hörgeräten versorgt ist.

Das von Dr. Ki. darüber hinaus diagnostizierte Carpal-tunnelsyndrom erachtet der Senat nicht als erwiesen, nachdem es im Übrigen sonst nur noch im Arztbrief von Dr. Schu. vom 15. April 2008 eine Erwähnung findet, und weder eine Behandlung stattfindet noch eine Operationsindikation gestellt wurde. Auch die von dem Arzt M. beschriebene chronische Bronchitis, die er bei der einmaligen Untersuchung des Klägers am 26. September 2007 festgestellt hat, und die ansonsten nur noch im Entlassungsbericht des Dr. A. vom 21. November 2007 erwähnt wird, vermag der Senat, zumal eine solche von Dr. van B. in seinem Gutachten nicht diagnostiziert wurde, nicht mehr festzustellen. Bezüglich einer Polyneuropathie äußert Dr. Schr. nur einen Verdacht. Eine Bursopathie des rechten Ellenbogens, einen Druckschmerz des linken Kniegelenks und Gallensteine sowie Kribbelparästhesien in beiden Armen nennt Dr. B. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft jeweils nur als einmalig auftretend. Nachdem sie hierüber nicht weiter berichtet, ist der Senat vom dauerhaften Vorliegen dieser Erkrankungen nicht überzeugt.

Aus den beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Der Kläger kann nur noch leichte körperliche Arbeiten ständig im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen, ohne häufiges Bücken, Zwangshaltungen, Heben und Tragen von Lasten über 20 kg, übermäßige Hitzeeinwirkung, so genannte raue Beanspruchungen der Hüftgelenke, Hüpfen und Springen, extreme Rotationsbewegungen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und ständiges oder häufiges Besteigen von Leitern sowie keine Tätigkeiten im Nachtdienst, mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Maschinen und solchen, die mit einer erhöhten Konfliktfähigkeit, hoher Stressbelastung und psychogenen Belastungen und erhöhtem Zeitdruck einhergehen und an gefährlich laufenden Maschinen auszuüben sind, verrichten. Dies ergibt sich aus den für den Senat schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr. Ki. vom 6. November 2008, des Dr. Ma. vom 27. Januar 2010, der Ärztin O.-P. vom 22. Juli 2010 und des Dr. Schw. vom 5. Oktober 2013. Im Einklang damit stehen auch die in den Entlassungsberichten des Dr. F. vom 12. Dezember 2007 und des Dr. Ve. vom 13. März 2009 genannten Einschränkungen. Darüber hinaus sind wegen der Schulerkrankung des Klägers auch Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten mit besonderer Beanspruchung des rechten Armes und wegen der Hörminderung Tätigkeiten, die gutes Hören und Richtungshören erfordern, ausgeschlossen.

Die beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats 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 sich auch insoweit auf die im Verwaltungsverfahren bzw. erstinstanzlich eingeholten Gutachten des Dr. Ki., des Dr. Ma. und der Ärztin O.-P. sowie das nunmehr im Berufungsverfahren erstattete Gutachten des Dr. Schw., die Entlassungsberichte des Dr. F. und Dr. Ve., aber auch die sachverständigen Zeugenauskünfte der Dr. Schu., des Dr. M.-B., des Dr. Sch. und des Dr. Schr. ... Etwas anderes lässt sich auch nicht der sachverständigen Zeugenauskunft der Dr. G. entnehmen, nachdem diese mit Blick auf die zu erwartende Besserung der Rückenschmerzproblematik unter der derzeitigen Schmerztherapie ebenfalls von einem mindestens sechsstündigen Leistungsvermögen ausging. Nicht widerlegt ist diese Einschätzung auch durch die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. Bö. vom 27. September 2012. Dr. Bö. gab an, der Kläger könne maximal drei bis sechs Stunden täglich arbeiten. Ob damit und auf der Grundlage der von ihm erwähnten, jedoch nicht näher präzisierten Notwendigkeit von Pausen ein sechsstündiges Leistungsvermögen ausgeschlossen ist, lässt der Senat offen. Nachdem Dr. Bö. den Kläger zum Zeitpunkt der Erteilung der Auskunft erst zweimal gesehen hat und in seiner Auskunft auch keine Befunde

beschreibt, ist seine Einschätzung für den Senat nicht nachvollziehbar und vermag deshalb nicht zu überzeugen. Der Senat vermag sich auch nicht der Einschätzung von Dr. B., die eine vollschichtige Berufstätigkeit ausschloss, anzuschließen. Dr. B. nannte in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 18. Juli 2009 mit Ausnahme einer angeschwollenen Patella des linken Kniegelenkes mit Druckschmerz, der Bursopathie, der Gallensteine und der Kribbelparästhesien nur Befunde, die auch die übrigen Ärzte mitgeteilt haben. Über Bewegungseinschränkungen oder Funktionsstörungen berichtet sie nicht, weshalb ihre Einschätzung die übereinstimmenden Einschätzungen des Gutachters und der Sachverständigen, der Ärzte der Rehabilitationskliniken sowie der den Kläger behandelnden Fachärzte nicht zu widerlegen vermag.

Bezüglich der Hüftgelenkserkrankung des Klägers verkennt der Senat nicht, dass der Kläger hierunter schon seit mindestens 1990 leidet und deshalb auch im Januar 2009 eine Hüft-TEP links erforderlich war. Die linke Hüfte zeigt nunmehr jedoch - mit Ausnahme der Zeiten, in denen es zu einer vorübergehenden Schmerzexazerbation kommt - eine gute Funktion. Die Hüftbeugung links gelang bei der Untersuchung durch Dr. Ma. bis 100 Grad, rechts bis 120 Grad, Dr. Ken. maß am 27. September 2011 links für die Extension/Flexion 0-0-90 Grad. Dr. Go. teilt mit, dass die Hüftgelenksfunktion am 5. November 2013 endgradig eingeschränkt gewesen sei. Radiologisch ist von einem idealen Implantatsitz auszugehen, sekundäre Lockerungsfolgen sind radiologisch nicht zu erkennen. Unter Beachtung der genannten Einschränkungen steht die Hüftarthrose des Klägers damit einer mindestens sechsstündigen leichten Tätigkeit nicht entgegen.

Die Wirbelsäulen- und Schultergelenkserkrankung des Klägers mit hieraus resultierenden Bewegungseinschränkungen können ebenfalls keine quantitative Leistungseinschränkung bedingen. Zwar musste der Kläger auch im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Schultern bereits operiert werden. Radiologisch zeigt sich im Bereich der Wirbelsäule nunmehr erneut ein Rest- bzw. Rezidiv-Prolaps im Bereich LWK5/S1. Mit einer Einengung des Spinalkanals ist die Erkrankung von Seiten der Lendenwirbelsäule des Klägers jedoch nicht verbunden. Es bestehen auch keine Nervenwurzelreizungen, sodass der Kläger wegen dieser Gesundheitsstörungen noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten mit den genannten Funktionseinschränkungen sechs Stunden täglich zu verrichten.

Dies gilt auch mit Blick auf die beim Kläger vorliegende chronische Schmerzerkrankung. Der Senat übersieht insoweit nicht, dass beim Kläger ein erheblicher Leidensdruck vorliegt und er sich deshalb bereits seit 2008 in Behandlung befindet und zeitweise auch eine Opiateinnahme erfolgte bzw. nunmehr wieder erfolgt. Auch waren wegen der chronischen Schmerzerkrankung mittlerweile vier stationäre Aufenthalte erforderlich. Die Schmerzerkrankung hat jedoch keine anhaltende gravierende Bewegungseinschränkung des Klägers, weder von Seiten der Hüfte noch der Wirbelsäule, zur Folge. Die stationären Behandlungen führten jeweils zu einer mindestens geringfügigen Besserung und ins Gewicht fällt auch die Tatsache, dass der Kläger bis heute die bereits im Februar 2010 empfohlene psychologische bzw. psychiatrische Behandlung, deren Notwendigkeit aktuell auch Dr. Bö. sieht, zu keiner Zeit dauerhaft aufgenommen hat, was die Annahme des Leidensdrucks einschränkt. Die Schmerzerkrankung des Klägers ist auch mit keinem sozialen Rückzug verbunden. Er hat nach wie vor Kontakt zu seiner Ursprungsfamilie, seiner von ihm geschiedenen Ehefrau und seinen Kindern und auch zu einem Freund. Sein Tag ist strukturiert. Er verrichtet eine geringfügige Tätigkeit und ist auch in der Freizeit aktiv.

Eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich auch nicht auf die Depression des Klägers stützen, nachdem es sich insoweit nur um Episoden, d.h. vorübergehende Zustände handelt, die weder eine dauernde fachärztliche noch eine medikamentöse Behandlung bedingen.

Ebenso verhält es sich mit Blick auf die 2007 erlittene Lungenembolie und Unterschenkelthrombose, die sich heute nur noch in einer geringen chronischen venösen Insuffizienz äußert und nur das Tragen eines Kompressionsstrumpfes erfordert.

Der Blutdruck wird medikamentös behandelt und ist hierdurch ordentlich eingestellt. Er und steht damit einer täglich mindestens sechsstündigen Tätigkeit ebenfalls nicht entgegen.

Die Hörminderung führt nur dazu, dass der Kläger keine Arbeiten mehr verrichten kann, gutes Hören und Richtungshören erfordern.

Aufgrund des Vortrags des Klägers unter dem 27. Januar 2014, wonach nunmehr noch eine fachrheumatologische Untersuchung stattfindet, sieht sich der Senat nicht veranlasst, weitere Ermittlungen von Amts wegen durchzuführen. Wann die rheumatologische Untersuchung stattfindet, steht nach dem Vortrag des Klägers nicht fest. Im Arztbrief des Dr. Go. vom 17. Januar 2014 wird auch nur ein Verdacht geäußert. Ermittlungen ins Blaue hat der Senat nicht anzustellen. Sollte es sich um eine neue Erkrankung handeln, die zu einer Erwerbsminderung führen würde, liegt jedenfalls derzeit noch keine rentenrelevante Leistungseinschränkung vor, da die für eine Verurteilung erforderliche Sicherheit einer über sechs Monate andauernden, die Erwerbsfähigkeit auch tatsächlich herabsetzenden Leistungsstörung bei derzeit noch nicht gesicherter Neuerkrankung noch nicht gegeben ist.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-02-19