

L 10 R 2246/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 R 1278/10
Datum
19.04.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 2246/12
Datum
18.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19.04.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Weitergewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung über den 31.12.2009 hinaus streitig.

Der am 1965 geborene Kläger, der ohne abgeschlossene Schulausbildung blieb, brach die Berufsausbildung zum Heizungsmonteur nach einem Jahr ab und arbeitete in der Folgezeit, unterbrochen von Zeiten der Arbeitslosigkeit, in Hilfsarbeitertätigkeiten, überwiegend als Bandarbeiter. Zuletzt war der Kläger als LKW-Fahrer bei der Auslieferung von Gemüse versicherungspflichtig beschäftigt. Der Kläger ist seit Oktober 2005 arbeitsunfähig und meldete sich nach dem Ende des Krankengeldbezugs im April 2007 arbeitslos. Seither bezieht er Arbeitslosengeld (zuletzt Arbeitslosengeld II).

Den vom Kläger im Februar 2008 gestellten Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung lehnte die Beklagte, gestützt auf das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. U. (Diagnose: schmerzhafte Minderbelastbarkeit/-Beweglichkeit beider Kniegelenke, retropatellare Chondromalazie, Verdacht auf Somatisierungsstörung) und dessen Leistungseinschätzung, wonach der Kläger noch leichte körperliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung weiterer qualitativer Einschränkungen sechs Stunden täglich ausüben könne, mit Bescheid vom 16.04.2008 ab. Wegen eines im Widerspruchsverfahren diagnostizierten, in die Lunge metastasierenden Hodentumors, der durch einseitige Hodenentfernung rechts sowie durch drei Zyklen Chemotherapie behandelt wurde, gewährte die Beklagte mit Bescheid mit 21.08.2008 Rente wegen voller Erwerbsminderung bis 30.11.2009. Auf den Weiterbewilligungsantrag des Klägers hin veranlasste sie eine lungenfachärztliche Begutachtung durch den Lungenarzt und Sozialmediziner Dr. H ... Dieser gelangte auf Grund ambulanter Untersuchung im November 2009 u.a. zu den Diagnosen einer Ablatio testis rechts bei Misch tumor (5/2008), bisher ohne Rezidiv, von fibrotischen Lungenveränderungen nach durchgeführter Chemotherapie, eines dringenden Verdachts auf Somatisierung sowie einer Minderbelastbarkeit beider Kniegelenke bei Zustand nach mehrmaligen Kniegelenksarthroskopien und sah bei dem Kläger ab Januar 2010 ein Leistungsvermögen von wenigstens sechs Stunden täglich für leichte Tätigkeiten bei wechselnder Haltung und ohne größeren Zeitdruck bzw. Stress und ohne häufiges Knien und Hocken. Mit Bescheid vom 12.11.2009 bewilligte die Beklagte daraufhin Erwerbsminderungsrente bis einschließlich 31.12.2009 und lehnte mit weiterem Bescheid vom 18.11.2009 die Gewährung von Erwerbsminderungsrente über den 31.12.2009 hinaus ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2010 zurück.

Am 24.03.2010 hat der Kläger hiergegen Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben. Das Sozialgericht hat zunächst die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen vernommen. Der Radiologe Prof. Dr. P. hat mitgeteilt, seit 2008 sei keine Befundverschlechterung eingetreten. Dr. H. , Pneumologe und Allergologe, hat bei dem Kläger eine leichte, im späteren Verlauf mittelgradige kombinierte Ventilationsstörung diagnostiziert und ein Leistungsvermögen von wenigstens sechs Stunden täglich bei einer Fünf-Tage-Woche bejaht. Das Sozialgericht hat daraufhin den Internisten Dr. S. mit der Begutachtung auf internistischem Gebiet beauftragt und ein gegen die Beauftragung von Dr. S. gerichtetes Befangenheitsgesuch des Klägers, welches dieser mit negativen Gutachten des Sachverständigen in der Vergangenheit und dessen Behandlung von anderen Klägern begründet hat, mit Beschluss vom 15.12.2011 abgelehnt. Dr. S. hat, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers im Januar 2012 sowie einer von ihm veranlassten Bodyplethysmografie und Ergospirometrie durch Dr. van B. , beim Kläger eine Sarkoidose, eine chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD), einen Zustand nach Hodenentfernung rechts, einen Zustand nach Chemotherapie ohne Hinweis auf Metastasierung sowie eine Hypertonie diagnostiziert. Dem Kläger seien noch leichte körperliche Arbeiten im Gehen, im Stehen oder im Sitzen in geschlossenen, wohl temperierten Räumen unter Vermeidung der Einwirkung

reizender inhalativer Substanzen, Kälte und Nässe acht Stunden täglich im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche zumutbar; die Wegefähigkeit sei erhalten.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 19.04.2012, gestützt im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr. S. sowie von Dr. H. , die Klage abgewiesen. Der Kläger sei in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die bei dem Kläger bestehenden Gesundheitsstörungen bedingten zwar die von den Sachverständigen angeführten qualitativen, nicht aber quantitative Leistungseinschränkungen.

Gegen das ihm am 27.04.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 29.05.2012 (Dienstag nach Pfingsten) Berufung eingelegt und zu deren Begründung eine fehlende Begutachtung auf orthopädischem Gebiet, insbesondere im Hinblick auf die Kniegelenksbeschwerden, sowie eine Verschlechterung der Sarkoidose und Beschwerden auf Grund der eingeleiteten Kortisontherapie geltend gemacht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19.04.2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.11.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2010 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung über den 31.12.2009 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich hierzu auf die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts sowie die im Laufe des Verfahrens vorgelegten Stellungnahmen des sozialmedizinischen Dienstes.

Der Senat hat zunächst Priv.-Doz. Dr. W. , Chefarzt der Medizinischen Klinik des O. -Klinikums, als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen. Dieser hat mitgeteilt, der Kläger könne auf Grund der COPD, der Sarkoidose sowie der Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates zum jetzigen Zeitpunkt keiner Berufstätigkeit von sechs Stunden täglich nachgehen; der Kläger könne aber eine Wegstrecke von 4 mal täglich 500 Metern in maximal 20 Minuten zurücklegen.

Der Senat hat weiterhin eine Begutachtung auf fachinternistisch-pneumologischem Gebiet durch Prof. Dr. K. veranlasst. Dieser hat beim Kläger, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung im April 2013, u.a. eine Sarkoidose vom radiologischen Typ II, eine COPD (GOLD-Stadium III), eine arterielle Hypertonie, eine Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention sowie einen Zustand nach Ablatio testis rechts diagnostiziert. Derzeit werde die körperliche Leistungsbreite durch eine nicht adäquat eingestellte arterielle Hypertonie mit Blutdruckentgleisung limitiert, insoweit bestehe therapeutisch die Möglichkeit einer deutlichen Steigerung. Der Kläger besitze derzeit deswegen ein vollschichtiges Leistungsvermögen lediglich für sitzende Tätigkeiten mit leichter körperlicher Belastung ohne Akkord, ohne Nachschicht und im Hinblick auf die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung ohne inhalative Belastungen, Allergene, ohne Nässe, Zugluft und extrem schwankende Temperaturen.

In einer weiteren vom Senat veranlassten Begutachtung auf orthopädischem Gebiet hat Dr. C. , beruhend auf einer Untersuchung vom November 2013 beim Kläger auf orthopädischem Gebiet eine endgradige Dreh- und Neigehemmung der Halswirbelsäule (HWS), eine endgradige Funktionseinschränkung der Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), derzeit gering ausgeprägte radiale Epikondylopathie beidseits ohne Funktionseinschränkung der Ellenbogengelenke, ein operiertes Karpaltunnelsyndrom beidseits ohne Hinweis auf Rezidive sowie Hinweise auf eine retropatellare Chondromalazie beidseits ohne Funktionseinschränkung der Kniegelenke diagnostiziert. Orthopädischerseits bestünden keine Bedenken gegen die Ausübung einer leichten Tätigkeit in einem Umfang von sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche, überwiegend im Sitzen, zeitweilig auch im Stehen und Gehen, verbunden mit dem Tragen von Lasten von fünf bis sechs Kilogramm, gelegentlich auch von maximal neun bis zehn Kilogramm (entsprechend den Angaben des Klägers). Wegen der Kniegelenke seien dem Kläger Arbeiten im Knien und in der Hocke nicht mehr zumutbar, ebenso häufiges Treppen gehen sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten; eine Exposition von Kälte, Nässe oder Zugluft sei zu vermeiden.

Im Rahmen eines im April 2014 stattgehabten stationären Aufenthalts im O. -Klinikum ist beim Kläger ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ohne Behandlungsbedürftigkeit festgestellt worden.

Im Rahmen einer weiteren vom Senat in Auftrag gegebenen fachinternistischen Begutachtung hat Dr. S. beim Kläger auf Grund Untersuchung im Februar 2015 u.a. eine Sarkoidose, nach zwischenzeitlicher Remission wieder behandlungsbedürftig, eine chronisch-obstruktive Bronchitis, mittel bis schwer ausgeprägt (GOLD-Stadium III), ein nicht behandlungsbedürftiges nächtliches Schlafapnoe-Syndrom, eine arterielle Hypertonie ohne leistungsrelevante Folgeschäden an Herz-Kreislauf-Organen, eine Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention, einen Zustand nach Ablatio testis ohne Hinweis auf Rezidiv sowie eine Raynaud-Symptomatik diagnostiziert. Dem Kläger seien danach nur noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (unter Vermeidung besonderer Staubentwicklung, von Exposition gegenüber atemwegsreizenden Stoffen, Kälte und Nässe, von häufigem Knien, Bücken oder Hocken, von Zwangshaltungen der Wirbelsäule, von Überkopfarbeiten, von Treppen steigen und von Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten) in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche zumutbar; eine Wegestrecke von viermal 500 Metern in jeweils 20 Minuten könne der Kläger zurücklegen.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 18.11.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger ist auf Grund der bei ihm bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht im Sinne der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen in seinem beruflichen Leistungsvermögen in einem rentenrelevanten Ausmaß eingeschränkt; volle oder teilweise Erwerbsminderung liegt nicht vor. Ein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung besteht daher nicht.

Das Sozialgericht hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs (§ 43 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - SGB VI) im Einzelnen dargelegt und mit zutreffender Begründung ausgeführt, dass der Kläger diese Voraussetzungen trotz der bei ihm bestehenden, nicht unerheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht erfüllt, weil er eine leichte berufliche Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bei Berücksichtigung der von den Gutachtern genannten qualitativen Einschränkungen noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann und mit diesem Leistungsvermögen weder volle noch teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Das Sozialgericht hat in den Gründen der angefochtenen Entscheidung ausführlich und zutreffend, insbesondere auf der Grundlage des von Dr. S. eingeholten internistischen Gutachtens, dargelegt, dass auf internistischem Fachgebiet keine rentenrelevante Leistungseinschränkung vorliegt und sich dabei insbesondere auch mit den Einwendungen des Klägers gegen das Gutachten von Dr. S. ausführlich und überzeugend auseinandergesetzt. Der Senat sieht daher insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung gemäß § 153 Abs. 2 SGG aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Lediglich ergänzend verweist der Senat darauf, dass eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gemäß § 240 SGB VI bei Berufsunfähigkeit bereits deshalb nicht in Betracht kommt, weil der Kläger nach dem 01.01.1961 geboren ist.

Eine hiervon abweichende Beurteilung ergibt sich auch nicht in Würdigung des Berufungsvorbringens der Beteiligten sowie des Ergebnisses der im Berufungsverfahren durchgeführten umfangreichen Beweisaufnahme mit der Einholung von Gutachten auf internistisch-pneumologischem, orthopädischem und neuerlich internistischem Gebiet. Vielmehr hat das Ergebnis dieser Ermittlungen die Richtigkeit der Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt.

Danach leidet der Kläger sowohl nach dem Ergebnis der Ermittlungen im erstinstanzlichen wie auch im Berufungsverfahren in erster Linie an Gesundheitsstörungen auf dem internistischen sowie orthopädischen Gebiet.

Auf internistischem Gebiet leidet der Kläger zunächst an einer Sarkoidose vom radiologischen Typ II mit Erstdiagnose 6/2010 mit Befall der Leber und Milz. Während sich zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. S. sowie durch Prof. Dr. K. das Bild einer weitgehenden bzw. unter späterer Steroidtherapie nahezu vollständige Remission der Sarkoidose bedingten Veränderungen gezeigt hat (vgl. Prof. Dr. K.: "Befundbesserung mit vollständiger Rückbildung des Lungenbefalls sowie des Milzbefalls"), hat Dr. S., gestützt auf Untersuchungsbefunde des O.-Klinikums über einen Anstieg der Leberwerte sowie zunehmende sarkoidosetypische Lungenparenchymveränderungen und die neu begonnene Behandlung mit Kortison, Zeichen für ein Rezidiv festgestellt. Zwar, so Dr. S., sind Nebenwirkungen der Kortisonbehandlung in Form einer cushing-ähnlichen Veränderung im Gesicht und leichter Stoffwechseleränderungen in Richtung auf eine Diabetes aufgetreten; bei aber nur sporadischer Blutzuckererhöhung und Glukosurie ohne Erfordernis therapeutischer Maßnahmen hat Dr. S. schlüssig und nachvollziehbar eine hieraus resultierende Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens verneint.

Die Einschränkung der Lungenfunktion wiederum führen sowohl Dr. S. wie auch Dr. S. (und wohl auch Prof. Dr. K.) auf die beim Kläger bestehende chronische obstruktive Bronchitis (COPD) zurück. Letztlich kann diese Frage dahin gestellt bleiben, da für die Frage des Leistungsvermögens nicht die genaue Ätiologie der Gesundheitsstörung, sondern vielmehr die hieraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen maßgeblich sind. Übereinstimmend sind die im erst- und zweitinstanzlichen Verfahren befassten Sachverständigen auf internistischem Gebiet aber zum Ergebnis gelangt, dass die Beeinträchtigungen der Lungenfunktion keine quantitative Leistungseinschränkung rechtfertigten, sondern mit qualitativen Leistungseinschränkungen (keine Verrichtung mittelschwerer und schwerer körperlicher Arbeiten sowie keine Arbeiten unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen, Kälte und Nässe) ausreichend begegnet werden kann. Sowohl die von Dr. S. wie auch die von Prof. Dr. K. veranlassten spiroergometrischen Untersuchungen haben bei leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechenden Belastungen keine Hinweise auf eine pulmonale Einschränkung des Leistungsvermögens erkennen lassen (so Dr. S. im Hinblick auf den bei ihm erzielten Leistungsbereich von 85 Watt und Prof. Dr. K. in Hinblick auf fehlende Hinweise für eine pulmonale Limitierung bei einer Belastung mit 67 Watt). Auch Dr. S. hat auf dem Boden der bei ihm durchgeführten Ergometrie dieses Ergebnis bestätigt, nachdem auch hier kein Absinken der normalen Sauerstoffsättigung unter Belastung zu erkennen war. Die vom Kläger im Rahmen der jeweiligen Untersuchung berichtete Atemnot stellt, so Dr. S., eine subjektive Wahrnehmung des Klägers dar, die nicht objektiv das Leistungsvermögen einschränkt. Weitergehend hat Dr. S. - angesichts der Diskrepanz der bereits bei 25 Watt demonstrierten Leistungsschwäche mit Atemnot im Rahmen des Belastungs-EKG gegenüber der spiroergometrisch erreichten Belastbarkeit von bis zu 86 Watt ohne Erschöpfung der kardiopulmonalen Leistungsreserven sowie des im Nachgang zur spiroergometrischen Untersuchung beobachteten Verhaltens des Klägers (dieser hat 17 aufwärts führende Treppenstufen beim Verlassen der Praxisräume zügiger als die Mitarbeiterin des Sachverständigen bewältigt und sich anschließend auch auf der Straße zügig bewegt) nachvollziehbar - eine aggravatorisch unterlegte Beschwerdeakzentuierung im Hinblick auf die geschilderte Atemnot festgestellt. Insgesamt, so Dr. S., sind die funktionalen Auswirkungen auf die Sauerstoffversorgung des Blutes nicht sehr erheblich und ist deshalb im Hinblick auf die Lungenfunktion in der Gesamtschau der vorliegenden Befunde zumindest eine leichte (so Dr. S. und Prof. Dr. K. bzw. sogar eine mittelschwere, so Dr. S.) Belastung möglich.

Zwar ist Prof. Dr. K. - bei Abbruch der Spiroergometrie bei einer Belastung von 67 Watt auf Grund hypertensiver Blutdruckentgleisung und muskulärer Erschöpfung - (noch) von einer kardialen Limitierung des klägerischen Leistungsvermögens und einer hieraus resultierenden Beschränkung auf leichte Tätigkeiten nur noch im Sitzen ausgegangen. Die von ihm bereits aufgezeigte Möglichkeit einer deutlichen Steigerung des Leistungsvermögens durch konsequente antihypertensive medikamentöse Therapie hat sich indes in der Folgezeit realisiert. So ist im Zuge des stationären Aufenthaltes im April 2014 im O.-Klinikum kein Hinweis auf eine Belastungskoronarinsuffizienz bis Stufe I nach dem Bruce-Protokoll aufgetreten. In einem weiteren Arztbericht des O.-Klinikums vom Juni 2014 hat der Kläger auf dem Laufband bis Stufe II ausbelastet werden können und ist es zum Belastungsabbruch wegen Knieschmerzen bei einem Blutdruckanstieg von 120/80 mmHg auf 140/100 mmHg nach Belastung gekommen. Während Prof. Dr. K. noch einen Blutdruck (RR) von 170/120 mmHg gemessen hat, hat Prof.

Dr. S. im Rahmen seiner Kreislaufregulationsprüfung einen Blutdruck liegend (RR) von 140/110 mmHg gemessen. Dr. S. hat auch im Rahmen der fahrradergometrischen Belastung im Sitzen mit einer Belastung bis 75 Watt keine kardiologischen Auffälligkeit feststellen können. Insbesondere hat sich, so Dr. S., bei einem Ausgangswert von 140/110 mmHg kein Anstieg beim Blutdruck gezeigt. Vor diesem Hintergrund ist Dr. S., für den Senat nachvollziehbar, zur Diagnose einer arteriellen Hypertonie ohne leistungsrelevante Folgeschäden an Herz-Kreislauf-Organen gelangt und hat insbesondere aus der arteriellen Hypertonie keine, über die bereits genannten qualitativen Einschränkungen hinausgehenden, Limitierungen festgestellt.

Das von Dr. S. im Hinblick auf die vom Kläger beklagten Missempfindungen und Blauverfärbungen der Hände und Füße festgestellte Raynaudsyndrom beruht, so der Sachverständige, auf durch Kälte induzierte Gefäßkrämpfe in den Körperspitzen und manifestiert sich in Durchblutungsstörungen und entsprechenden Missempfindungen in den Fingern und Zehen. Eine Prophylaxe, so der Sachverständige, ist durch Vermeidung von Kälteexposition möglich. Selbst wenn bereits bei schwacher Abkühlung leichte Symptome auftreten können, schränkt diese Symptomatik, so der Sachverständige, das Leistungsvermögen unter normalen Raumtemperaturen nicht ein. Tätigkeiten in Nässe und Kälte sind dagegen nicht mehr zumutbar.

Im Hinblick auf die schwere Krebserkrankung des Klägers mit der Notwendigkeit der Entfernung des rechten Hodens sowie der Durchführung von drei Zyklen Chemotherapie liegen, so Dr. S., über sechs Jahre nach der Behandlung keine Anzeichen vor, dass diese Erkrankung noch vorhanden ist; vielmehr ist von einer Heilung auszugehen. Sicher nachweisbare Behandlungsfolgen der Chemotherapie mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen hat Dr. S. gleichfalls nicht festzustellen vermocht. In Übereinstimmung mit Dr. S. und Prof. Dr. K. hat der Sachverständige deshalb qualitative oder gar quantitative Leistungseinschränkungen auch für den Senat überzeugend verneint.

Soweit der Kläger einen verstärkten Tremor geltend macht, hat Dr. S. ein wechselndes Zittern des Kopfes und der Arme in der Untersuchungssituation festgestellt, welches sich indes als deutlich aufmerksamkeitsabhängig gezeigt hat und welchem er dementsprechend keinen Krankheitswert oder gar leistungseinschränkende Bedeutung zugemessen hat.

Auch die beim Kläger auf orthopädischem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen bedingen keine quantitative Leistungseinschränkung. Dies entnimmt der Senat dem orthopädischen Gutachten von Dr. C. ... Im Hinblick auf die vom Kläger durchgehend während des Verfahrens geäußerten Kniebeschwerden hat Dr. C. nur Hinweise auf eine retropatellare Chondromalazie beidseits ohne Funktionseinschränkung der Kniegelenke festgestellt. So lagen Hinweise auf eine retropatellare Chondromalazie in der Vergangenheit vor, die auf Grund einer kernspintomographischen Untersuchung im Jahr 2006 als zweit- bis drittgradig eingeordnet wurde; diese Diagnose ließ sich jedoch arthroskopisch im Zuge der in den Jahren 2007 und 2008 erfolgten Eingriffen an beiden Knien nicht bestätigen. Neuerliche Schnittbilduntersuchungen der Kniegelenke erfolgten seitdem nicht mehr. Die Kniegelenke sind bei Begutachtung durch Dr. C. reizlos, funktionell frei beweglich und bandstabil gewesen. Eine Meniskussymptomatik hat nicht vorgelegen. Auf Grund der verminderten Belastbarkeit der Kniegelenke hat der Sachverständige zwar qualitative Leistungseinschränkungen festgestellt. Danach kann der Kläger keine schweren und ständig mittelschweren körperlichen Arbeiten mehr verrichten und sind ihm Arbeiten im Knien und in der Hocke nicht mehr zumutbar, ebenso wie häufiges Treppen gehen. Quantitative Leistungseinschränkungen ergeben sich, so Dr. C., hieraus indes nicht. Auch der weiterhin diagnostizierten endgradigen Dreh- und Neigehemmung der HWS sowie endgradiger Funktionseinschränkung der BWS und LWS, jeweils auf Grund degenerativer Veränderungen, und der derzeit gering ausgeprägten radialen Epicondylopathie, beidseits ohne Funktionseinschränkung der Ellenbogengelenke, kann mit qualitativen Einschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden. So soll der Kläger Arbeiten überwiegend im Sitzen, zeitweilig auch im Stehen und Gehen ausüben und Lasten nur noch von fünf bis sechs Kilogramm, gelegentlich auch von neun bis zehn Kilogramm tragen. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten ist ihm im Hinblick auf die Beschwerden an den Ellenbogen und Händen nicht mehr zumutbar. Weitere, insbesondere gar quantitative Leistungseinschränkungen sind dagegen nicht erforderlich. Die Feststellung fehlender gravierender Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet und die hieraus resultierende Leistungseinschätzung korreliert im Übrigen, so der Sachverständige, mit den Angaben des Klägers, seit 2008 keine fachorthopädischen Behandlungen mehr in Anspruch genommen zu haben.

Den von Dr. H. bereits im Verwaltungsverfahren und später nochmals von Dr. C. geäußerten Verdacht auf eine Somatisierungsstörung haben die Sachverständigen auf internistischem Gebiet nicht geteilt. Zunächst haben sowohl Dr. S. wie auch Dr. S. im Hinblick auf den Beschwerdevortrag des Klägers auf erhebliche, teils auch bewusstseinsnah wirkende Verdeutlichungsbemühungen hingewiesen. Dr. van B. hat im Rahmen seiner Mitwirkung am Gutachten von Dr. S. beobachtet, dass der Kläger, der zuvor mitgeteilt hat, er könne eine Treppe maximal fünf Stufen aufsteigen (wobei der Kläger indes nach eigenen Angaben gegenüber Dr. S. im ersten Stock wohnt und [erst] nach dem Aufsteigen aus der Tiefgarage, also nach der Bewältigung von zwei Stockwerken, Knieprobleme verspürt) beim Verlassen der dortigen Praxis 17 aufwärts führende Treppenstufen schneller bewältigt hat, als die ihn begleitende Mitarbeiterin und anschließend seine Gehgeschwindigkeit auf der Straße wiederum höher war, als die seiner Begleitperson. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer Objektivierung der behaupteten Beschwerden. Dr. S. hat indes beim Aus- und Ankleiden des Klägers keine auffälligen Schwierigkeiten beobachten können; vielmehr ist der Vorgang in angemessener Geschwindigkeit ohne "Entkleidungsdispnose" erfolgt. Auch das Bewegungsmuster beim Hinlegen auf die Untersuchungsfläche hat sich unauffällig gezeigt, beim Aufrichten hat der Kläger keine vorübergehende Seitenlage zur Entlastung eingenommen. Die sonstigen Bewegungen auf der Untersuchungsfläche sind im Wesentlichen flüssig vorgenommen worden. Bei den Bewegungsprüfungen von HWS, BWS und LWS haben sich weder passiv noch aktiv nennenswerte Einschränkungen gefunden; auch hat Dr. S. im Hinblick auf die Beweglichkeit aller Gelenke weder passiv noch aktiv wesentliche Einschränkungen erkennen können. Insbesondere die Beobachtung der Spontanbewegungen hat keine Schmerzbeeinträchtigungen gezeigt. Gleiches gilt für die Beweglichkeit der Gelenke der unteren Extremitäten bei lockerem Gangbild. Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen und Beobachtungen sowie einem unauffälligen psychischen Befund hat Dr. S., wie zuvor auch die beiden weiteren Sachverständigen auf internistischem Gebiet, bereits von der Diagnose einer Somatisierungsstörung abgesehen. Jedenfalls eine Leistungsbeeinträchtigung haben die drei Sachverständigen nicht abzuleiten vermocht. Gegen die Annahme einer Somatisierungsstörung mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen spricht im Übrigen auch, dass sich der Kläger lediglich in hausärztlicher Behandlung befindet. Auch dem in den Gutachten von Dr. Suermann, Prof. Dr. K., Dr. C. und Dr. S. niedergelegten Tagesablauf lassen sich keine weitergehende Einschränkungen entnehmen. Vielmehr führt der Kläger ausweislich der von ihm geschilderten Aktivitäten im Haushalt mindestens noch leichte körperliche Arbeiten aus, so Dr. C., dem gegenüber der Kläger berichtet hat, er helfe seiner Lebensgefährtin im Haushalt und führe Arbeiten wie Abstauben, Staubsaugen, Fenster putzen durch, trage den Wäschekorb in den Keller, lege die Wäsche in die Waschmaschine bzw. Trockner ein und helfe beim Beziehen der Betten. Angesichts dessen kann sich der Senat mit den genannten Sachverständigen nicht von über die festgestellten qualitativen Einschränkungen hinausgehenden, gar quantitativen Leistungseinschränkungen überzeugen.

Soweit Priv.-Doz. Dr. W. ein Leistungsvermögen des Klägers von wenigstens sechs Stunden täglich auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verneint hat, hat Dr. S. zu Recht darauf hingewiesen, dass die dortige Leistungseinschätzung nicht nachvollzogen werden kann. So hat keiner der Sachverständigen die vom Priv.-Doz. Dr. W. angegebene Leistungsminderung in Folge von Oberbauschmerzen nachvollziehen können. Die weiterhin von Priv.-Doz. Dr. W. zur Begründung herangezogenen erheblichen Beeinträchtigungen seitens des Bewegungsapparates sind wiederum im Rahmen der orthopädischen Begutachtung nicht bestätigt worden.

Der Kläger kann daher zumindest noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen (nur Arbeiten in geschlossenen, wohl temperierten Räumen, überwiegend im Sitzen, zeitweilig auch im Stehen und Gehen mit Tragen von Lasten von fünf bis sechs Kilogramm, gelegentlich auch von neun bis zehn Kilogramm und ohne Akkord, ohne Nachtschicht, ohne häufiges Arbeiten im Knien und in der Hocke, ohne Treppen steigen, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Überkopfarbeiten unter Vermeidung besonderer Staubentwicklung sowie von Expositionen gegenüber atemwegsreizenden Stoffen, Allergenen, Kälte, Nässe, Zugluft und extrem schwankenden Temperaturen) sechs Stunden täglich ausüben. Er ist daher nicht erwerbsgemindert. Dabei ist es unerheblich, ob ein dem Leistungsvermögen entsprechender Arbeitsplatz vermittelt werden kann, weil nach [§ 43 Abs. 3](#) zweiter Halbsatz SGB VI die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist in einem solchen Fall regelmäßig nicht erforderlich (BSG, Urteil vom 14.09.1995, [5 RJ 50/94](#) in [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#), auch zum Nachfolgenden). Denn nach der Rechtsprechung des BSG steht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist. Nur ausnahmsweise ist für einen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbaren Versicherten wie den Kläger mit zumindest sechstündigem Leistungsvermögen für leichte Arbeiten die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich, wenn die Erwerbsfähigkeit durch mehrere schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen oder eine besonders einschneidende Behinderung gemindert ist. In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind bestimmte Fälle anerkannt (z.B. Einarmigkeit, vgl. BSG, a.a.O., m.w.N.), zu denen der vorliegende Fall aber nicht gehört. Vielmehr braucht eine Verweisungstätigkeit erst benannt zu werden, wenn die gesundheitliche Fähigkeit zur Verrichtung selbst leichter Tätigkeiten in vielfältiger, außergewöhnlicher Weise eingeschränkt ist. Dies ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn ein Versicherter noch vollschichtig körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen über fünf Kilogramm, ohne überwiegendes Stehen und Gehen oder ständiges Sitzen, nicht in Nässe, Kälte oder Zugluft, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltungen, ohne besondere Anforderungen an die Fingerfertigkeit und nicht unter besonderen Unfallgefahren zu verrichten vermag (BSG, a.a.O.; Urteil vom 27.04.1982, [1 RJ 132/80](#) in [SozR 2200 § 1246 Nr. 90](#)). Denn ein Teil dieser Einschränkungen stimmt bereits mit den Tätigkeitsmerkmalen einer körperlich leichten Arbeit überein; dies gilt insbesondere für die geminderte Fähigkeiten, Lasten zu bewältigen und die geringe Belastbarkeit der Wirbelsäule (BSG, SozR 3 a.a.O.) mit den hierauf beruhenden Einschränkungen. Nicht anders liegt der Fall des Klägers. Auch bei ihm wird den qualitativen Einschränkungen - wie dargelegt - im Wesentlichen bereits dadurch Rechnung getragen, dass ihm nur noch leichte Arbeiten zugemutet werden.

Zwar kann nur das Leistungspotenzial, das auf dem Arbeitsmarkt konkret einsetzbar ist, als Maßstab für die Fähigkeit eines Versicherten, Einkommen zu erzielen, herangezogen werden. Folglich gehört nach der Rechtsprechung des BSG zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 28.08.2002, [B 5 RJ 12/02 R](#) m.w.N.). Denn eine Tätigkeit zum Zweck des Gelderwerbs ist in der Regel nur außerhalb der Wohnung möglich. Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist deshalb Teil des in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Risikos, das Defizit führt zur vollen Erwerbsminderung.

Hat der Versicherte keinen Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht konkret angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm - auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs - möglich sein muss, nach dem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel und vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege zurücklegen muss. Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (weniger als 20 Minuten) zu Fuß bewältigen und zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten (insbes. die zumutbare Benutzung eines vorhandenen Kraftfahrzeugs) zu berücksichtigen.

Die solcher Art definierte Wegefähigkeit ist nach Einschätzung sämtlicher Sachverständigen auf internistischem und orthopädischem Gebiet beim Kläger gegeben. So hat Dr. C. an den unteren Extremitäten keine motorischen Lähmungen oder derart gravierende Gelenkerkrankungen festgestellt, welche verhindern könnten, dass der Kläger die genannten Wegstrecken zu Fuß zurücklegt oder ein privates oder öffentliches Verkehrsmittel für den Arbeitsweg nutzt. In diesem Zusammenhang ist weiterhin darauf hinzuweisen, dass der Kläger ausweislich der von ihm vorgelegten Arztberichte über die im Rahmen der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen im O. -Klinikum durchgeführten "Sechs-Minuten-Gehtests" in der Lage war, zwischen 250 Meter bis zu 325 Meter innerhalb von sechs Minuten zurückzulegen. Im zuletzt vorgelegten Arztbericht vom Juni 2014 hat der Kläger in sechs Minuten 260 Meter zurückgelegt. Der als sachverständige Zeuge befragte Priv.-Doz. Dr. W. hat - wie bereits die Sachverständigen - die Wegefähigkeit des Klägers, vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Gehtests schlüssig und nachvollziehbar bejaht.

Der Umstand, dass beim Kläger die Schwerbehinderteneigenschaft und darüber hinaus ein Grad der Behinderung von 60 anerkannt ist, ist für das vorliegende Verfahren auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung ohne entscheidende Bedeutung. Denn die Beurteilung nach dem Schwerbehindertenrecht besitzt für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen eines Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung keine anspruchsbegründende Bedeutung (BSG, Beschluss vom 09.12.1987, [5b BJ 156/87](#), veröffentlicht in Juris) und die Voraussetzungen für die Beurteilung des Grades der Behinderung unterscheiden sich maßgeblich (vgl. [§ 2](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch: Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) von jenen für die Beurteilung einer Erwerbsminderung (vgl. z.B. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#): Fähigkeit, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2015-06-22