

L 7 R 3984/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

7

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 22 R 22/15

Datum

12.10.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 7 R 3984/16

Datum

14.03.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 12. Oktober 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1966 geborene Kläger t. Staatsangehörigkeit, der über eine unbefristete Niederlassungserlaubnis verfügt, zog am 16. Dezember 1983 in die Bundesrepublik Deutschland zu. Er verfügt über keine Berufsausbildung und war bis Mai 2012 als u.a. Stuhlbauer, Gartenarbeiter, Lackierer und Produktionsmitarbeiter versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend bezog er Arbeitslosengeld I, ab Juni 2013 Arbeitslosengeld II.

Das Landratsamt O. stellte bei dem Kläger ab Dezember 2010 einen Grad der Behinderung in Höhe von 50 fest.

In dem im Auftrag einer privaten Arbeitsunfähigkeits- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung unter dem 28. Oktober 2011 erstatteten Gutachten des Internisten Dr. F. wurde eine Angst- und depressive Störung gemischt, eine arterielle Hypertonie, eine hypertensive Herzerkrankung, ein chronisches Vorhofflimmern und eine rezidivierende Cervicalgie und Lumbalgie diagnostiziert sowie der Verdacht auf ein hormoninaktives Hypophysenadenom ohne Chiasma-Kompression geäußert. Dr. F. ging von einer Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres aus, hielt aber eine abschließende Beurteilung der Berufsunfähigkeit nicht für möglich.

Am 5. April 2013 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte veranlasste eine internistische, chirurgisch-orthopädische sowie neurologisch-psychiatrische Begutachtung. Der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. W. beschrieb im Gutachten vom 18. Juni 2013 ein erhebliches degeneratives Wirbelsäulen-Syndrom mit musculo-skeletalen chronischen Schmerzen, einen Verdacht auf initiale Coxarthrose beidseits, eine isolierte Perforansveneninsuffizienz der linken Wade sowie einen Zustand nach Fersensporthoperation links mit dezenter Rezidivexostose. Er gelangte zu der Einsätzung, dass der Kläger noch leichte körperliche Arbeiten mit Gewichtsbelastung bis fünf Kilogramm im Wechsel von Stehen, Sitzen und Gehen in wohltemperiertem, zugluftfreiem und trockenem Umfeld verrichten könne. Unzumutbar seien ihm gebückte Körperhaltungen, Hockstellung und Rumpfwangshaltungen, das Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten auf schwierigem, unebenem Untergrund. Die Wegfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 25. Juni 2013 herzphobisch gefärbte Panikattacken, eine dysthyme Entwicklung mit funktionellen Schlafstörungen, eine kombinierte vielschichtige Persönlichkeitsstörung, Wirbelsäulenbeschwerden ohne Anhalt für neurologische und radikuläre Komplikationen, ein Hypophysenadenom, klinisch-neurologisch stumm, sowie eine Adipositas und schloss richtungsweisende klinisch-neurologische Funktionsstörungen aus. Aus der psychischen Problematik folgten qualitative Leistungseinschränkungen (Tätigkeiten mit Zeitdruck, mit ständiger nervöser Anspannung, mit überdurchschnittlichen Anforderungen an die kritische Reflektion, mit überdurchschnittlich fordernden sozialen Interaktionen, mit Stressfaktoren wie Nacht- oder Wechselschicht, an unmittelbar gefährdenden Maschinen oder auf Leitern oder Gerüsten). Im Übrigen sei der Kläger in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr zu verrichten. Der Arzt für Innere Medizin, Sportmedizin, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen Dr. M. gelangte in seinem Gutachten vom 9. Juli 2013 - unter Berücksichtigung der Gutachten Dr. W. und Dr. B. - zu der Einschätzung, dass der Kläger seine letzte berufliche Tätigkeit als Arbeiter in einer Fleischfabrik nur noch unter drei Stunden

arbeitstäglich, jedoch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zeitweise im Stehen, überwiegend im Gehen, ständig im Sitzen in Tages-, Früh- und Spätschicht sechs Stunden und mehr verrichten könne. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten, Tätigkeiten mit erheblichem Zeitdruck, mit ständiger nervöser Anspannung, mit überdurchschnittlichen Anforderungen an die kritische Reflexion, mit überdurchschnittlich fordernden sozialen Interaktionen, mit ausgeprägten Stressfaktoren, an unmittelbar gefahrenden Maschinen, auf Leitern und Gerüsten, mit Heben und Tragen schwerer Lasten, mit Nachtschicht, mit Bücken, Hocken und Rumpfwangshaltungen sowie auf schwierigem, unebenem Untergrund. Dabei legte er die Diagnosen dysthyme Entwicklung mit funktionellen Schlafstörungen bei kombinierter vielschichtiger Persönlichkeitsstörung, Bluthochdruckerkrankung, medikamentös regelrecht eingestellt ohne Sekundarschaden, herzphobisch gefärbte Panikattacken, degeneratives Wirbelsäulen-Syndrom mit musculo-skelettalen chronischen Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen in der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule, jedoch ohne neurologische Ausfälle, Hypophysen-adenom, hormonell inaktiv, ohne Auswirkungen, jedoch verbunden mit ausgeprägten Ängsten, isolierte Krampfaderbildung am linken Unterschenkel, Übergewicht sowie chronisches Vorhofflimmern mit dauerhafter blutgerinnungshemmender Therapie zugrunde.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Rentenanspruch des Klägers ab (Bescheid vom 18. Juli 2013). Zuvor hatte sie einen Antrag des Klägers auf stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation abgelehnt (Bescheid vom 19. September 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. März 2013). In dem vom Kläger vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) geführten Klageverfahren S 4 R 1441/13 erstattete Privat-Dozent Dr. W. unter dem 13. Mai 2014 ein internistisches Gutachten, in dem er ein permanentes Vorhofflimmern unter oraler Antikoagulation mit Marcumar, eine echokardiographisch normale systolische Pumpfunktion des linken Ventrikels, eine leichtgradige pulmonal-arterielle Hypertonie, einen Status nach angiographischem Ausschluss von signifikanten Stenosen der epikardialen Kranzgefäße, kardiovaskuläre Risikofaktoren Bluthochdruck und früheres Zigarettenrauchen, eine Adipositas, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom sowie einen Verdacht auf ACE-Hemmer-Husten beschrieb. Der Kläger könne mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten sowie mittelschwere geistige Arbeiten nicht mehr verrichten. Der Kläger nahm das Anerkenntnis der Beklagten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Form eines stationären Heilverfahrens zu gewähren, an und erklärte diesen Rechtsstreit für erledigt. Daraufhin absolvierte er in der Zeit vom 19. August 2014 bis zum 16. September 2014 eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in der Klinik am S. B. N., aus der er arbeitsunfähig für die Dauer von drei bis vier Wochen entlassen wurde. Der Kläger sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen und Gehen, ständig im Sitzen in Tages-, Früh- und Spätschicht sechs Stunden und mehr zu verrichten (Entlassungsbericht vom 29. September 2014 der Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. A.; Diagnosen: Angst und depressive Störung, gemischt, persistierendes Vorhofflimmern, arterielle Hypertonie, gutartige Neubildung Hypophyse, Cervicalneuralgie).

Die Beklagte wies daraufhin den klägerischen Widerspruch gegen den Bescheid vom 18. Juli 2013 als unbegründet zurück (Widerspruchsbescheid vom 10. Dezember 2014).

Dagegen hat der Kläger am 30. Dezember 2014 Klage zum SG erhoben und die Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung begehrt.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeuge einvernommen. Hinsichtlich des Ergebnisses wird auf die Stellungnahmen der Nervenarztin Dr. M. vom 26. März 2015 (Blatt 28/31 der SG-Akten) und des Arztes für Innere Medizin, Rheumatologie und Physikalische Therapie Dr. W. vom 14. Juni 2015 (Blatt 34/76 der SG-Akten) Bezug genommen.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistischen Gutachtens. Prof. Dr. H., Chefarzt des Kreiskrankenhauses E., hat in seinem Gutachten vom 5. Oktober 2015 (Blatt 86/98 der SG-Akten) ein chronisches Vorhofflimmern mit oraler Antikoagulation mit Marcumar, eine leichtgradige pulmonal-arterielle Hypertonie, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und eine Adipositas beschrieben. Durch diese Gesundheitsstörungen würde die Fähigkeit, mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten sowie mittelschwere geistige Arbeiten zu verrichten, beeinträchtigt. Tätigkeiten, die mit einem hohen Verletzungsrisiko einher gingen, seien auf Grund der laufenden Marcumarisierung nicht zumutbar. Leichte körperliche Arbeiten mit Tragen und Heben von Lasten bis zu zehn Kilogramm seien dem Kläger nicht länger als drei Stunden täglich zumutbar. Zu vermeiden seien Tätigkeiten an Leitern und Gerüsten, an Maschinen, mit dauerndem oder überwiegendem Stehen, Gehen und Sitzen, mit häufigem Bücken, unter Stressbedingungen, mit Akkord, Fließband, Wechselschicht, in Kälte, Nässe, im Freien, unter Warmeeinschluss, unter Einwirkung von Stauben, Gasen und Dämpfen, mit Publikumsverkehr und mit besonderer nervlicher Beanspruchung. Die Gehfähigkeit des Klägers sei nicht beeinträchtigt. Zur endgültigen Beurteilung des Leistungsvermögens hat Prof. Dr. H. die Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens empfohlen.

Die Beratungsarztin der Beklagten Dr. B.-K., Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin, hat in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 30. Oktober 2015 Einwendungen gegen das Gutachten des Prof. Dr. H. erhoben (Blatt 101/102 der SG-Akten). Prof. Dr. H. ist in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2015 (Blatt 103/104 der SG-Akten) bei seiner Leistungseinschätzung geblieben.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen sowie eines psychosomatischen Gutachtens. Der Orthopäde Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 22. Januar 2016 (Blatt 110/137 der SG-Akten) ein Cervicalsyndrom bei Spondyl-/Uncarthrose und Osteochondrose der unteren Halswirbelsäule, ein Thorakalsyndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose der mittleren Brustwirbelsäule, ein Thorakalsyndrom bei Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und Teilfixierung, ein Lumbalsyndrom bei Fehlhaltung und Muskeldysbalancen, eine Coxarthrose links initial, einen Knorpelschaden beider Knie medial und retropatellar, eine femoropatellare Dysplasie beidseits, eine Insertionstendopathie der rechten Achillessehne, eine Insertionstendopathie der linken Achillessehne, Ballenhohl füße, Adipositas, ein chronisches Schmerzsyndrom, eine somatisierte Depression sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Im Vordergrund stehe der Dauerschmerz der Hals- und Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung zwischen der Schulterblätter, jedoch nicht in die Arme oder Beine. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in allen Abschnitten normal bis gut. Ferner bestehe eine gering eingeschränkte Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes mit derzeit nicht relevanter Funktionseinbue sowie eine Schmerzhaftigkeit der Kniescheibengelenke infolge eines beginnenden Verschleies. Der Kläger könne körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis etwa zehn Kilogramm im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen täglich mindestens sechs Stunden durchführen. Unzumutbar seien ihm Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, im Stehen, an laufenden Maschinen, mit häufigem Bücken, Hinknien, Treppensteigen, in Nässe, Kälte oder Zugluft, am Fließband sowie mit besonderer nervlicher Beanspruchung.

Der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. L. hat in seinem Gutachten vom 4. April 2016 (Blatt 143/149 der SG-

Akten) eine mittelgradige depressive Reaktion, eine Cervicalneuralgie, ein Hypophysenadenom, ein chronisches Vorhofflimmern, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom sowie eine leichtgradige pulmonal-arterielle Hypertonie beschrieben. Dem Kläger seien schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen, unter potentiell gefährlichen Situationen wie auf Leitern und Gerüsten sowie an laufenden Maschinen, in Spät- und Nachtschicht, unter schwierigen physikalischen Bedingungen wie erheblicher Kälte, Nässe, Staub, Gasen und Dämpfen sowie mit besonderer nervlicher Beanspruchung unzumutbar. Leichte körperliche Tätigkeiten könne der Kläger je Arbeitstag sechs Stunden und mehr verrichten. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich. Die Gehfähigkeit des Klägers sei nicht eingeschränkt. Die vorhandenen Beschwerden ließen sich bei hinreichender Aufnahmebereitschaft des Klägers für eine stationäre Therapie in einer Akut- oder Rehaklinik innerhalb relativ kurzer Zeit deutlich verbessern. Seine Beurteilung der Leistungsfähigkeit decke sich weitgehend mit der des psychiatrischen Gutachtens des Dr. B ...

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 21. Oktober 2016 - gestützt insbesondere auf die Gutachten Dr. H. und Dr. L. - abgewiesen.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 24. Oktober 2016 zugestellte Urteil wendet sich der Kläger mit seiner am 27. Oktober 2016 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegten Berufung, mit der er sein Begehren weiter verfolgt. Zu Unrecht sei das SG den Gutachten des Dr. H. und Dr. L. gefolgt. Diese hätten die Leistungsfähigkeit des Klägers lediglich aus orthopädischer und psychologischer Sicht beurteilt. Die Leistungsfähigkeit des Klägers sei nur durch eine Gesamtschau unter Bewertung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu beurteilen. Insofern sei der Leistungseinschätzung des Prof. Dr. H. zu folgen, der das SG hätte folgen müssen. Zudem leide der Kläger unter einer hypertensiven Herzerkrankung mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen mit Thoraxschmerzen, an Diabetes mellitus Typ II, einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom sowie einem hormoninaktiven Hypophysenadenom. Auch habe das SG die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte nicht hinreichend beachtet.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 21. Oktober 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 18. Juli 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2014 zu verurteilen, ihm ab 1. April 2013 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf das angefochtene Urteil des SG.

Mit Verfügung vom 5. Januar 2017 hat der Berichterstatter die Beteiligten darauf hingewiesen, dass das LSG die Berufung durch Beschluss zurückzuweisen könne, wenn es sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)), und derzeit beabsichtigt sei, entsprechend zu verfahren. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden.

Mit Verfügung vom 14. Februar 2017 hat der Berichterstatter weiter darauf hingewiesen, dass die pauschale Behauptung, der Gesundheitszustand des Klägers habe sich verschlechtert, keinen Anlass für weitere Ermittlungen biete, und es bei der Absicht verbleibe, entsprechend [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zu verfahren.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG (S 4 R 1441/13 und [S 22 R 22/15](#)) und des Senats Bezug genommen.

II.

Die Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet.

1. Der Senat hat über die Berufung gegen das Urteil des SG vom 12. Oktober 2016 durch Beschluss entscheiden können, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind vorher gehört worden ([§ 153 Abs. 4 SGG](#)).
2. Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).
3. Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist der Bescheid vom 18. Juli 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2014 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. April 2013 abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1](#) und 4, [56 SGG](#)) und begehrt die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit macht er - erkennbar - zu Recht nicht geltend, da er am 27. Juli 1966 geboren ist und damit von vornherein nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehört (§ 240 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)).
4. Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat einen Anspruch des Klägers auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung zutreffend verneint. Der Bescheid der Beklagten vom 18. Juli 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2014 stellt sich als rechtmäßig dar und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.
 - a. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung (Gesetz vom 19. Februar 2002, [BGBl. I, S. 754](#)) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung gemäß Gesetz vom 20. April 2007 [[BGBl. I, S. 554](#)] bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, 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 Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI). Versicherte haben nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn neben den oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

b. Der Kläger hat die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sowie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenantragstellung erfüllt, was auch zwischen den Beteiligten unstrittig ist. Der Senat ist jedoch nicht davon überzeugt, dass der Kläger erwerbsgemindert ist. Bei der Beurteilung seiner beruflichen Leistungsfähigkeit stehen im Vordergrund seine Gesundheitsstörungen auf internistischem, orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet, mit denen er sein Klage- und Berufungsbegehren auch vorrangig begründet hat. Diese sind jedoch nicht von einer solchen Schwere, dass sie das Leistungsvermögen des Klägers in zeitlicher Hinsicht einschränken. Vielmehr genügen qualitative Einschränkungen, um dessen Leiden gerecht zu werden. Der Senat stützt sich hierbei insbesondere auf die bei Prof. Dr. H., Dr. H. und Dr. L. vom SG eingeholten Gutachten, auf die im Verwaltungsverfahren erstatteten Gutachten des Dr. Walzel, Dr. B. und Dr. M. sowie auf den Entlassungsbericht der Dr. A.; letztere hat der Senat im Rahmen des Urkundenbeweises zu verwerten (Bundessozialgericht (BSG), Beschluss vom 29. Juni 2015 - [B 9 V 45/14 B](#) - juris Rdnr. 6; Beschluss vom 26. Mai 2000 - [B 2 U 90/00 B](#) - juris Rdnr. 4). Dr. W., Dr. B., Dr. M., Dr. A., Dr. H. und Dr. L. sind nachvollziehbar und plausibel - jeweils auf Grundlage der erhobenen Untersuchungsbefunde und einer ausführlichen Exploration - zu der Auffassung gelangt, dass das berufliche Leistungsvermögen des Klägers für leichte körperliche Wechseltätigkeit in zeitlicher Hinsicht nicht eingeschränkt ist. Vielmehr kann seinen Gesundheitsstörungen durch qualitative Einschränkungen (Ausschluss von Rumpfwangshaltungen, Hocken, Bücken, Knien, Besteigen von Leitern und Gerüsten, Begehen eines unebenen Untergrundes, Zug, Nässe, Kälte, Staub, Gasen, Dämpfen, Zeitdruck, Stress, überdurchschnittlichen Anforderungen an Interaktion, Nacht- und Wechselschicht, gefährdenden Maschinen, Überkopfarbeiten, Akkord, Fließband) Rechnung getragen werden.

Zunächst liegen bei dem Kläger auf internistischem Fachgebiet ein chronisches Vorhofflimmern mit oraler Antikoagulation mit Marcumar, eine leichtgradige pulmonal-arterielle Hypertonie, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und eine Adipositas vor. Dies entnimmt der Senat dem Entlassungsbericht der Dr. A. vom 29. September 2014 und dem Rentengutachten des Dr. M. vom 9. Juli 2013 sowie dem vom SG bei Prof. Dr. H. eingeholten Gutachten vom 5. Oktober 2015. So hat Prof. Dr. H. im Rahmen seiner Untersuchung u.a. einen normalen Allgemeinzustand, einen adipösen Ernährungszustand, einen erhöhten Blutdruck (145/106 mmHg), eine normale Herzfrequenz (77/Minute), einen sonoren Klopfeschall mit normaler Atemvariabilität, ein vesikuläres Atemgeräusch ohne Rasselgeräusch, reine, regelmäßige Herzöne ohne vitientypische Herzgeräusche, gut tastbare periphere Pulse, ein normofrequentes Vorhofflimmern, keine Erregungsrückbildungsstörung, eine stufenweise Belastung von 50 bis 100 Watt bei Abbruch wegen Dyspnoe ohne Belastungskoronarinsuffizienz und Herzrhythmusstörung, eine leichte pulmonal-arterielle Hypertonie, eine gute biventrikuläre Funktion ohne Nachweis von Klappenventilen, keinen Nachweis einer Obstruktion oder Restriktion, keine Erhöhung des Atemwegwiderstandes, keine Lungenüberblähung sowie eine normwertige Diffusionskapazität der Lunge dokumentiert. Auch im Rahmen der Untersuchung durch den Rentengutachter Dr. M. ist eine Belastung bis 100 Watt bei regelrechter Herzfrequenz- und Blutdruckreaktion möglich gewesen; die Lungenfunktionsprüfung hat weitgehend normgerechte Werte ergeben (Zusatzuntersuchung der Fachärztin für Innere Medizin Dr. P. vom 14. Juni 2013). Dr. M. hat in seinem Gutachten auf Grundlage einer eingehenden Untersuchung und einer ausführlichen Anamnese schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass der Kläger trotz dieser Gesundheitsstörungen in der Lage ist, jedenfalls körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden werktätlich zu verrichten. Auch Prof. Dr. H. ist zu der Einschätzung gelangt, dass dem Kläger leichte körperliche Arbeiten zumutbar sind. Soweit Prof. Dr. H. jedoch leichte körperliche Tätigkeiten nicht länger als drei Stunden für möglich erachtet, folgt der Senat dieser Leistungseinschätzung nicht. Prof. Dr. H. hat zur Begründung seiner Auffassung auf eine "Erschöpfung somatischer und psychischer Natur" sowie eine "deutliche Abnahme der Konzentration" verwiesen, ohne insoweit aussagekräftige Befunde zu erheben. Auch lässt das Gutachten jegliche Auseinandersetzung mit den abweichenden Leistungsbeurteilungen des Dr. M. und der Dr. A. vermissen. Die von Prof. Dr. H. erhobenen Untersuchungsbefunde schließen eine schwerwiegende Herz- und Lungenerkrankung aus, worauf Dr. B.-K. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 30. Oktober 2015 zutreffend hingewiesen hat. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2015 zu den Einwendungen der Dr. B.-K. verweist Prof. Dr. H. lediglich auf die "große Diagnosenliste" und darauf, dass der "nur sehr wenig Deutsch sprechende und auf eine Übersetzerin angewiesene Patient" nicht länger als drei Stunden "arbeitsfähig" sei. Dabei hat er verkannt, dass für die rentenrechtliche Beurteilung, ob ein Versicherter erwerbsgemindert ist, nicht Diagnosen oder die subjektive Sichtweise des Versicherten entscheidend sind, sondern alleine nachgewiesene Funktionsbeeinträchtigungen anhand objektiv-klinischer Befunde (z.B. Senatsurteil vom 17. März 2016 - L 7 R 1752/14 - (n.v.); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25. September 2012 - [L 13 R 6087/09](#) - juris Rdnr. 22), zumal Dr. L. im Rahmen seiner fachpsychiatrischen Untersuchung keine Konzentrationsstörungen festgestellt hat. Auch hat Prof. Dr. H. übersehen, dass fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse von vornherein nicht geeignet sind, eine krankheits- bzw. behinderungsbedingte Erwerbsminderung zu begründen (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 1991 - [5 RJ 92/89](#) - [BSGE 68, 288](#) - juris Rdnr. 13). Schließlich hat er nicht hinreichend zwischen Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI und Arbeitsunfähigkeit i.S.d. § 44 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung -, die sich auf die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübte Tätigkeit bezieht (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 14. Februar 2001 - [B 1 KR 30/00 R](#) - juris Rdnr. 13), unterschieden. Aus diesen Gründen vermag auch die Leistungseinschätzung des behandelnden Arztes für Innere Medizin Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2015 nicht zu überzeugen. Auch dieser führt als Begründung für eine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht lediglich pauschal eine "Erschöpfung somatischer und psychischer Natur" und "Konzentrationschwierigkeiten" an. Zudem konnte die von ihm genannte und von Prof. Dr. H. übernommene Diagnose einer Spinalkanalstenose L4/L5 beidseits vom Sachverständigen Dr. H. nicht bestätigt werden.

Der Kläger leidet weiterhin an orthopädischen Gesundheitsstörungen, namentlich einem Cervicalsyndrom bei Spondyl-/Uncarthrose und Osteochondrose der unteren Halswirbelsäule, einem Thorakalsyndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose der mittleren

Brustwirbelsäule, einem Thorakalsyndrom bei Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und Teilfixierung, einem Lumbalsyndrom bei Fehlhaltung und Muskeldysbalancen, einer Coxarthrose links initial, einem Knorpelschaden beider Knie medial und retropatellar, einer femoropatellare Dysplasie beidseits, einer Insertionstendopathie der rechten Achillessehne, einer Insertionstendopathie der linken Achillessehne und Ballenhohlfüßen. Dies entnimmt der Senat dem im SG-Verfahren eingeholten Gutachten des Dr. H. vom 22. Januar 2016 sowie dem chirurgisch-orthopädischem Rentengutachten des Dr. W. vom 18. Juni 2013. Diese haben jeweils auf Grundlage einer eingehenden Untersuchung und einer ausführlichen Anamnese schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass der Kläger trotz dieser Gesundheitsstörungen in der Lage ist, jedenfalls körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden werktätlich zu verrichten. So hat Dr. H. im Rahmen seiner aktuellen Untersuchung u.a. ein langsames Umkleiden im Stehen ohne lokale Schmerzangabe und erkennbare Behinderung, einen langsamen Barfußgang ohne Schonungs- oder Lähmungshinken, ein ungestörtes Aufsetzen und Abrollen der Füße, einen unsicheren Einbeinstand beidseits, einen undurchführbaren Zehenspitzenangang, einen Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der Halswirbelsäule, einen Druckschmerz im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule ohne Muskelverspannungen, eine leichte Hyperkyphose der Brustwirbelsäule, einen normalen Muskeltonus, eine muskuläre Insuffizienz, eine gering eingeschränkte Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes ohne Funktionseinbuße, eine freie Beweglichkeit der Schulter-, Knie- und Sprunggelenke dokumentiert. Die neurologische Prüfung im Bereich der Wirbelsäule hat - wie bei den Untersuchungen durch Dr. W., Dr. B., Dr. M. und Prof. Dr. H. sowie während der stationären Rehabilitation in B. N. - keine Auffälligkeiten ergeben. Dr. H. hat auf Grundlage dieser Untersuchungsbefunde darauf hingewiesen, dass auf orthopädischem Fachgebiet im Vordergrund der Dauerschmerz im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule bei normaler bis guter Beweglichkeit der Wirbelsäule steht und die orthopädische Erkrankungen durch eine chronische Schmerzerkrankung bzw. eine somatisierte Depression verstärkt bzw. überlagert werde. Er hat überzeugend begründet, dass die Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet keine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht rechtfertigen. Diese Einschätzung hat im Übrigen auch der behandelnde Orthopäde Dr. C. geteilt (Schreiben vom 7. Januar 2014).

Auch die Gesundheitsstörungen auf nervenärztlichem Fachgebiet begründen keine Leistungseinschränkung in quantitativer Hinsicht. Der Senat stützt sich hierbei insbesondere auf das vom SG bei Dr. L. eingeholte Gutachten vom 4. April 2016 sowie auf das Gutachten des Dr. B. vom 25. Juni 2013 und den Entlassungsbericht der Dr. A. vom 29. September 2014. Dr. L. hat in seinem aktuellen Gutachten - in Einklang mit den vorbefassten Fachärzten - nachvollziehbar und plausibel auf Grundlage des erhobenen Untersuchungsbefundes und einer ausführlichen Exploration dargestellt, dass das berufliche Leistungsvermögen des Klägers in zeitlicher Hinsicht nicht eingeschränkt ist. Er hat in seinem Gutachten eine mittelgradige depressive Reaktion, eine Cervicalneuralgie und ein Hypophysenadenom beschrieben und eine schwerwiegende nervenärztliche Erkrankung ausgeschlossen. Dem schließt sich der Senat an. Dr. L. hat u.a. ein waches und klares Bewusstsein, eine zur Person, Ort, Zeit und Situation uneingeschränkte Orientierung, eine reduzierte Psychomotorik, eine ausdrucksverarmte und depressiv wirkende Mimik, eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, einen ungestörten Antrieb, ungenügende deutsche Sprachkenntnisse, eine klar verständliche Sprache, eine nicht beeinträchtigte Auffassung und Konzentration, ungestörte mnestiche Funktionen, keine psychotischen und wahnhaften Denkinhalte, keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität, eine mangelnde Flexibilität der Gedankenführung sowie nur geringe Anzeichen von emotionaler Instabilität dokumentiert und folgerichtig - insbesondere bei ungestörtem Antrieb - eine schwerwiegende psychische Erkrankung ausgeschlossen. Vielmehr ist trotz dieser Erkrankung ein Restleistungsvermögen für leichte körperliche Arbeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden arbeitsmäßig erhalten. Zudem ist eine Besserung der psychischen Erkrankung mit therapeutischer Hilfe möglich. Gegen eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung spricht auch, dass keine regelmäßige fachpsychiatrische Behandlung und Therapie stattfindet. Die behandelnde Nervenärztin Dr. M. hat in ihrer Stellungnahme vom 26. März 2015 von sporadischen Vorstellungen des Klägers und einer mittelgradigen depressiven Episode, die bei nicht ausgeschöpfter Medikation lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bedinge, berichtet. Die im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation im August/September 2014 empfohlene ambulante Psychotherapie hat der Kläger nicht aufgenommen. Soweit bei dem Kläger ein Hypophysenadenom diagnostiziert worden ist, resultiert daraus keine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht. Die insoweit durchgeführten neurologischen bzw. neurochirurgischen Kontrolluntersuchungen haben einen stabilen Verlauf sowie keine Anzeichen auf eine Chiasma-Kompression ergeben (Befundberichte des Prof. Dr. F. vom 7. September 2012, 28. April 2013 und 24. Februar 2014, des Dr. S. vom 7. Juni 2013, des Dr. Z. vom 20. Juni 2013 sowie des Dr. Shah vom 9. August 2013).

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens steht zur Überzeugung des Senats - in Übereinstimmung mit der Einschätzung Gutachter Dr. H. und Dr. L. sowie der Klinik-Ärztin Dr. A. und den Rentengutachtern Dr. W., Dr. B. und Dr. M. - fest, dass der Kläger in der Lage ist, noch mindestens sechs Stunden täglich jedenfalls eine körperlich leichte Wechseltätigkeit zu verrichten. Die gesundheitlichen Einschränkungen sind weder in ihrer Art noch in ihrer Summe geeignet, die Gefahr der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes zu begründen. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass ein Versicherter, der nach seinem verbliebenen Restleistungsvermögen noch körperlich leichte Tätigkeiten (wenn auch mit qualitativen Einschränkungen; vorliegend Ausschluss von Rumpfzwangshaltungen, Hocken, Bücken, Knien, Besteigen von Leitern und Gerüsten, Begehen eines unebenen Untergrundes, Zug, Nässe, Kälte, Staub, Gasen, Dämpfen, Zeitdruck, Stress, überdurchschnittlichen Anforderungen an Interaktion, Nacht- und Wechselschicht, gefährdenden Maschinen, Überkopfarbeiten, Akkord, Fließband) in wechselnder Körperhaltung mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Denn dem Versicherten ist es mit diesem Leistungsvermögen in der Regel möglich, diejenigen Verrichtungen auszuführen, die in ungelerten Tätigkeiten in der Regel gefordert werden, wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw. (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. Urteile vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 79/09 R](#) - [BSGE 109, 189](#) - und 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - juris Rdnr. 26 ff.). In der Rechtsprechung des BSG werden hierbei als Fallgruppen Einschränkungen genannt aufgrund schwerer spezifischer Leistungsbehinderung wie z.B. Einarmigkeit bei gleichzeitiger Einäugigkeit ([SozR 2200 § 1246 Nr. 30](#)), die Notwendigkeit von zwei zusätzlich erforderlichen Arbeitspausen von je 15 Minuten ([SozR 2200 § 1246 Nr. 136](#)) oder von drei zusätzlich erforderlichen Arbeitspausen von zehn Minuten je Arbeitstag (BSG, Urteil vom 20. August 1997 - [13 RJ 39/96 -](#)), Einschränkungen bei Arm- und Handbewegungen, Erforderlichkeit eines halbstündigen Wechsels vom Sitzen zum Gehen ([SozR 3-2200 § 1247 Nr. 8](#)) oder Einschränkungen aufgrund regelmäßig einmal in der Woche auftretender Fieberschübe ([SozR 3-2200 § 1247 Nr. 14](#)). Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist dagegen insbesondere nicht erforderlich im Falle des Ausschlusses von Tätigkeiten, die überwiegend Stehen oder ständiges Sitzen erfordern, in Nässe oder Kälte oder mit häufigem Bücken zu leisten sind, besondere Fingerfertigkeiten erfordern oder mit besonderen Unfallgefahren verbunden sind, bei Ausschluss von Arbeiten im Akkord, im Schichtdienst, an laufenden Maschinen sowie bei Ausschluss von Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das Seh-, Hör- oder Konzentrationsvermögen stellen (vgl. zu allem BSG Großer Senat [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8 m.w.N.](#); vgl. weiter Senatsurteil vom 23. April 2011 - [L 7 R 5711/11](#) -). Der Senat ist der Überzeugung, dass das Restleistungsvermögen des Klägers es diesem erlaubt, die oben genannten Verrichtungen oder Tätigkeiten, die in ungelerten Tätigkeiten üblicherweise gefordert

werden, auszuüben. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass er über die für die Ausübung einer ungelerten Tätigkeit allgemein vorausgesetzten Mindestanforderungen an Konzentrationsvermögen, geistige Beweglichkeit, Stressverträglichkeit und Frustrationstoleranz nicht verfügt (vgl. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 78/09 R](#) - [BSGE 109, 189](#) - juris Rdnr. 29).

Der Senat ist mit Prof. Dr. H., Dr. H. und Dr. L. weiter davon überzeugt, dass bei dem Kläger die erforderliche Wegefähigkeit (vgl. dazu bspw. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 79/11 R](#) - [BSGE 110, 1](#)) vorliegt und er keiner betriebsunüblichen Pausen bedarf. Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist der Kläger weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 SGB VI](#). Unbeachtlich ist, ob der Kläger noch einen seinem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz erhalten kann. Denn das Risiko, keinen Arbeitsplatz erhalten, ist nicht von der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen und vermag einen Rentenanspruch wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht zu begründen.

Somit hat die Berufung keinen Erfolg.

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

6. Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 u. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-03-17