L 13 R 2297/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 16 R 983/13
Datum
27.04.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 2297/15
Datum
15.08.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. April 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Bewilligung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung im Streit.

Der 1957 geborene Kläger hat in den Jahren 1972 bis 1976 eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker und vom 1. März 2000 bis 28. Februar 2001 eine Qualifikation zum Haustechniker absolviert. In den Folgejahren war er in unterschiedlichen Berufsfeldern (Kfz-Mechaniker, Monteur, selbständiger Unternehmer im Kurierdienst, Fahrer für Sicherheitsunternehmen, Hausmeister) tätig. Von April 2010 bis Februar 2011 war er als Fahrer und Möbelpacker und zuletzt von August 2011 bis Februar 2012 als Hausmeister/Fahrstuhlfahrer für die Firma S. Bewachungsdienst Werkschutz GmbH versicherungspflichtig beschäftigt. Seit dem 14. Februar 2012 ist der Kläger arbeitsunfähig bzw. arbeitslos.

Vom 25. März 2011 bis 21. April 2011 befand sich der Kläger in einer ganztätig ambulanten Rehamaßnahme im Z. L. - Therapiezentrum am St. M.-Krankenhaus. In dem Entlassbericht vom 21. April 2011 wurden folgende Diagnosen gestellt: musk. u. funkt. Defizit re. Kniegelenk n. Knie-TEP 17.03.11 bei posttraum. Gonarthrose, arterielle Hypertonie, med. komp. chronisches Lumbalsyndrom, 2xige NPP-OP L5/S1, zuletzt 2002, Myokardinfarkt 2006, Hypercholesterinämie, med. komp. Der Kläger wurde hinsichtlich einer Tätigkeit als Fahrer für eine Möbelspedition sowie hinsichtlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr leistungsfähig entlassen.

Der Kläger stellte am 25. Mai 2012 einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte hat daraufhin den letzten Arbeitgeber des Klägers, die Firma S. Bewachungsdienst Werkschutz GmbH, mit Schriftsatz vom 31. Mai 2012 nach der von ihm zuletzt ausgeübten Tätigkeit befragt. Die Firma S. Bewachungsdienst Werkschutz GmbH hat der Beklagten mitgeteilt, dass der Kläger als Fahrstuhlfahrer eingesetzt worden sei. Es habe sich hierbei nicht um eine Tätigkeit gehandelt, die im Allgemeinen von einem Facharbeiter bzw. einem Angestellten mit ordentlicher Berufsausbildung verrichtet werde. Die Tätigkeit werde von betriebsfremden ungelernten Kräften nach kurzer Einweisung verrichtet. Vorkenntnisse seien nicht erforderlich gewesen. Die Tätigkeit beinhalte Schmutzarbeit und körperliche Belastung. Der Kläger habe diese seit dem 1. August 2011 verrichtet und sei seit dem 14. Februar 2012 arbeitsunfähig erkrankt.

Zur Ermittlung des medizinischen Sachverhalts holte die Beklagte Befundberichte bei den den Kläger behandelnden Ärzten sowie klinische Entlassberichte ein. Hierbei handelt es sich u. a. um einen Bericht des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. K. vom 20. März 2012 (D: mittelgradige depressive Episode, hirnorganisches Psychosyndrom, internistisch: Multimorbidität), den Entlassbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI) M. über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom 1. April 2012 bis 15. Mai 2012 (D: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, dissoziative Störungen, gemischt und narzisstische Persönlichkeitsstörung) sowie einen Entlassbericht der Medizinischen Klinik, Kardiologie der Universitätsklinik M. über eine stationäre Behandlung vom 17. Januar 2012 bis 23. Januar 2012, in der der Kläger wegen einer plötzlichen Synkope untersucht wurde. Das in diesem Zusammenhang erstellte Schädel-MRT ergab einen unauffälligen Befund.

Die Beklagte ließ den Kläger sodann von der Neurologin und Psychiaterin Dr. H. nervenärztlich begutachten. Diese diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 20. Juli 2012 auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet "sonstige Gründe, das Gesundheitswesen in Anspruch zu

nehmen, vorbeschrieben, nicht mehr funktionell relevant depressive Episode sowie eine Synkope unklarer Genese". Überdies stellte sie die Diagnosen eines Lumbalsyndroms mit 2maliger OP und LWS-Schmerz, ein funktionell leichtgradiges Defizit Kniegelenk nach TEP 17. März 2011 bei beidseitiger Gonarthrose sowie einen Myokardinfarkt 2006. Der Kläger sei in der Lage sechs Stunden und mehr arbeitstäglich einer leichten bis mittelschweren Tätigkeiten im Wechsel von Gehen und Stehen und überwiegendem Sitzen, ohne Nachtschicht, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen oder häufiges Überkopfarbeiten, ohne besondere nervliche Anspannung und hohe Verantwortung für Mensch und Maschine, ohne häufiges Knien, Bücken oder Ersteigen von Leitern sowie ohne Tätigkeiten in sicherheitsrelevanten Bereichen oder mit Absturzgefährdung oder Fahrtätigkeit auszuüben. Eine Tätigkeit als Hausmeister sei nicht mehr leidensgerecht.

Mit Bescheid vom 31. Juli 2012 lehnte die Beklagte die beantragte Rente wegen Erwerbsminderung ab. Eine Erwerbsminderung liege nicht vor, da der Kläger in der Lage sei, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr zu verrichten. Auch erhalte der Kläger keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Zwar könne er die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausmeister nicht mehr ausüben. Er könne jedoch zumutbar auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden. Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 10. August 2012 Widerspruch. Zur Begründung führte er aus, dass sich sein Gesundheitszustand nach der letzten Untersuchung durch die Beklagte am 29. Juni 2012 erheblich verschlechtert habe. Er habe in beiden Oberschenkeln kein Gefühl mehr und kippe ständig um. Außerdem sei festgestellt worden, dass er Splitter im Sprunggelenk habe. Er bekomme außerdem von Dr. A. Spritzen in die Wirbelsäule. Dieser habe Probleme beim Ansetzen der Spritzen und habe angekündigt, dass er sich evtl. einer weiteren Operation unterziehen müsse. Er stehe einer weiteren Untersuchung gerne zur Verfügung.

Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin durch den Orthopäden Dr. R. begutachten. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 3. Dezember 2012 auf orthopädischem Fachgebiet ein wiederkehrendes muskuläres statisches Halswirbelsyndrom nach Versteifung der Etage C6/7 (2006), ein wiederkehrendes Lendenwirbelsäulen-Syndrom nach zweimaliger Operation wohl 96/98 mit persistierender Parästhesie des Segmentes L5/S1, eine knieendoprothetische Versorgung rechts mit funktionell endgradiger Einschränkung, Folgen einer stattgehabten wohl Verletzung des Unterschenkels rechts im Sinne eines persistierenden Volkmann’schen Dreiecks mit belastungsabhängiger Schmerz- und Reizsymptomatik sowie ein endgradiges Streckdefizit des 5. Fingers nach Beugesehnenverletzung 2011. Auf nicht orthopädischem Fachgebiet diagnostizierte er einen arteriellen Hypertonus, Folgen eines Myokardinfarktes sowie eine vorbeschriebene, nicht mehr funktionell relevante depressive Episode (laut neurologischem Gutachten). Eine Tätigkeit als Hausmeister sah Dr. R. als nicht mehr leidensgerecht an. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen seien hingegen sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zumutbar. Hierbei sollten qualitative Einschränkungen beachtet werden (keine wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, kein häufiges Bücken, keine Überkopfarbeiten, kein Heben und Tragen von Lasten über 12 kg, keine ausschließlich gehenden oder stehenden Tätigkeiten, kein Steigen auf Treppen, Leitern und Gerüsten, keine knienden und hockenden Tätigkeiten). Eine relevante Einschränkung der Wegefähigkeit könne nicht objektiviert werden.

Nach dieser Begutachtung reichte der Kläger zwei Entlassberichte des T.-Krankenhauses vom 19. September 2012 und 13. Oktober 2012 über stationäre Aufenthalte vom 13. September 2012 bis 19. September 2012 (D: Lumboischialgie beidseits links) rechts mit bekannter Dysästhesie im Bereich beider Oberschenkel, sowie des linken Fußes, V. a. Postnukleotomiesyndrom) und vom 10. Oktober 2012 bis 13. Oktober 2012 (D: wechselnde Sensibilitätsstörung und pseudoradikuläres Schmerzsyndrom sowie alte L5 Radikulopathie bei Postnukleotomiesyndrom bei Z. n. Nukleotomie L5/S1 1996 und 2000) ein. Die Beklagte überließ diese Unterlagen zur Erstellung einer ergänzenden Stellungnahme dem Chirurgen Dr. B ... Dieser wiederholte in seinem Gutachten vom 17. Januar 2013 die bereits von Dr. R. und Dr. H. festgestellten Diagnosen und schloss sich auch deren Leistungseinschätzung an.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. März 2013 wies die Beklagte den erhobenen Widerspruch zurück. Sowohl nach dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 29. Juni 2012 als auch nach dem orthopädischen Gutachten vom 13. November 2012 sei der Kläger unter Beachtung qualitativer Einschränkungen in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr auszuüben. Eine Erwerbsminderung liege nicht vor. Zwar sei der Kläger nicht mehr in der Lage, die von ihm zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausmeister weiter auszuüben. Allerdings sei diese in die dritte Berufsgruppe einzuordnen, so dass er auf den gesamten Arbeitsmarkt verwiesen werden könne.

Am 20. März 2013 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Mannheim erhoben und hat einen Entlassbericht des Universitätsklinikums M. vom 30. April 2013 über einen stationären Aufenthalt des Klägers im Zeitraum 22. April 2013 bis 1. Mai 2013 vorgelegt. Danach ist beim Kläger am 24. April 2013 die Stabilisierung LWK 4/5 mittels Pedikelschrauben und TLIF sowie eine Neurolyse L4 linksseitig erfolgt. In der Klagebegründung hat der Kläger ausgeführt, er sei aufgrund einer Vielzahl von Erkrankungen nicht mehr in der Lage, in seinem letzten Beruf als Hausmeister bzw. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Der Kläger leide auf orthopädischem Gebiet unter einer Spinalkanalstenose sowie einer Gonarthrose und den Folgen einer Mehrfragmentfraktur im linken oberen Sprunggelenk sowie einem Zustand nach Beugesehnenverletzung des fünften Fingers. Er habe deshalb ständig Schmerzen und könne sich nur eingeschränkt bewegen. Auch nach der Operation an der Wirbelsäule im Mai 2013 habe sich seine Leistungsfähigkeit nicht wesentlich verbessert. Außerdem leide er unter Herzkreislauferkrankungen. Er habe Bluthochdruck und häufigere Synkopen. In der Vergangenheit habe er einen Myokardinfarkt erlitten. Zudem habe er eine Depression entwickelt, die sich erheblich auf seine Leistungsfähigkeit auswirke. Hiervon sei insbesondere auch die Umstellungsfähigkeit betroffen. Es werde davon ausgegangen, dass er sich nicht innerhalb von drei Monaten auf einen neuen Arbeitsplatz einstellen könne.

Die Beklagte hat daraufhin die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. K. vom 20. August 2008 eingeholt, in der diese mitgeteilt hat, dass der Kläger angesichts der Wirbelsäulenoperation vom 24. April 2013 die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme beantragt habe und es sinnvoll sei, deren Ergebnis abzuwarten.

Vom 12. September 2013 bis 3. Oktober 2013 hat sich der Kläger sodann in stationärer medizinischen Rehabilitation in der P.-E.-Klinik der KBS in B. H. befunden. In dem Entlassbericht vom 8. Oktober 2013 sind folgende Diagnosen gestellt worden: mittelgrad. FNK-Störung der BWS/LWS bei Z. n. TLIF-Impl. mit ped. Fusion L4/L5 (04/2013) bei SKS, Z. n. HWS-OP 2007, art. Hypertonie, rez. Synkopen (derzeit mit Eventrekorder versorgt), Ausschluss KHK, 08/2013, Impl. KTEP rechts, 2011. Die Entlassung aus der Rehamaßnahme ist arbeitsunfähig für eine weitere Rekonvaleszenzzeit von 3 Monaten erfolgt. Der Kläger könne anschließend eine vollschichtige leichte körperliche Tätigkeit im Wechsel von Gehen (überwiegend), Stehen (zweitweise) und Sitzen (zeitweise) ohne andauernde WS-belastende Zwangshaltungen, ohne wesentliches Bücken/Armvorhaltearbeiten, ohne Hebebelastung von mehr als 10 kg wiederholt oder 15 kg einmalig und ohne Gehen auf

unebenem Boden (bis auf seltene Ausnahmen) ausüben. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit - wie der Kläger sie beschreibe - sei nicht mehr leidensgerecht.

Vom 17. November 2013 bis 22. November 2013 hat sich der Kläger wiederum in stationärer Behandlung im Universitätsklinikum M. befunden. Dort ist eine Dekompression der Spinalkanalstenose über Teilhemilaminektomie BWK 10/11 von links mit Undercutting zur Gegenseite vorgenommen worden. Daraufhin hat der Kläger vom 4. Dezember 2013 bis 24. Dezember 2013 eine weitere stationäre Rehamaßnahme diesmal in den S. R. Kliniken in B. Sch. durchlaufen. In dem Entlassbericht vom 27. Dezember 2013 sind folgende Diagnosen gestellt worden: Dekompression Teilhemilaminektomie BWK 10/12 17.11.2013 bei Spinalkanalstenose BWK 10/11, präoperative Paraparese bd. Beine, Z. n. Stabilisierung der LWK 4/5 mit Pedikelschrauben und TLIF sowie Neurolyse L4 linksseitig, Z. n. HWS-OP 2007 sowie ein Z. n. vier weiteren Operationen im Bereich der LWS bei NPP L4/5. Der Kläger ist unter drei Stunden leistungsfähig hinsichtlich einer Tätigkeit als Haustechniker und sechs Stunden und mehr hinsichtlich leichter überwiegend sitzender, zeitweise gehender, überwiegend sitzender Tätigkeiten entlassen worden. Nicht mehr leidensgerecht sei ein Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ein Gehen auf unebenem Gelände, häufiges Treppensteigen, Arbeiten im Knien oder Hocken, Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten mit häufigem Bücken, Arbeiten mit Vibrationsbelastung, Arbeiten unter besonderer Anforderung an die Standsicherheit. Die häufige Einnahme von Zwangshaltungen sei zu vermeiden. Zusätzlich bestünden Einschränkungen aus internistischer Sicht bei rezidivierenden Synkopen.

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch die Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte. Der Neurologe und Psychiater Dr. H. hat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 6. April 2014 mitgeteilt, beim Kläger bestünde eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Anhedonie, Antriebsstörung, Schlafstörung und Ängste. Im Verlauf der Behandlung sei insbesondere nach dem Tod der Lebensgefährtin im Februar 2014 eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Er sei nicht in der Lage, einer vollschichtigen Tätigkeit nachzugehen. Die Orthopäden Dr. St. und Dr. H. haben mitgeteilt, der Kläger leide hauptsächlich an Beschwerden im Bereich der Lenden- und der Halswirbelsäule, des rechten Ellenbogen- und Handgelenks, des linken Sprunggelenks, des rechten Kniegelenks sowie des linken Hüftgelenks. Er sei nicht mehr in der Lage, einer Tätigkeit als Hausmeister nachzugehen. Leichte Arbeiten könne er jedoch vollschichtig verrichten. Der Allgemeinmediziner Dr. C. hat in seiner Zeugenauskunft vom 16. Mai 2015 hinsichtlich der Beschwerden auf das übersandte Krankenblatt verwiesen und mitgeteilt, dass die neurologischen Beschwerden nicht immer nachprüfbar gewesen seien. Der Kläger sei deswegen an Fachärzte verwiesen worden. Häufig seien Beschwerden auch durch die subdepressive Stimmung des Klägers überlagert gewesen. Es habe eine zunehmende Chronifizierung stattgefunden. Der Kläger sei maximal noch in der Lage, drei bis vier Stunden arbeitstäglich tätig zu sein. Dr. C. hat zahlreiche bis ins Jahr 2006 zurückreichende ärztliche Unterlagen übersandt.

Die Beklagte hat daraufhin die sozialmedizinische Stellungnahme des Chirurgen Dr. B. vom 30. Juni 2014 eingeholt, in dem die Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens empfohlen worden ist. Laut Dr. B. sei eine Tätigkeit als Hausmeister sowohl aus chirurgisch-orthopädischer als auch aus nervenärztlicher Sicht dauerhaft nicht mehr leidensgerecht.

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. Sch ... In seinem Gutachten vom 5. Februar 2015 hat Prof. Dr. Sch. mitgeteilt, der Kläger habe zum Tagesablauf befragt ausgeführt, dass er morgens gegen 6.00 Uhr aufstehe, sich dann Frühstück richte und die Küche aufräume. Vormittags versorge er die Hauskaninchen, räume auf, kümmere sich um die Wäsche und bügle. Mittags mache er sich eine Kleinigkeit. Nachmittags gehe er einkaufen, fahre Strecken mit dem Fahrrad, im Sommer praktiziere er dies intensiv. Abends esse er einen Salat. Am späteren Abend würde er Nachrichten schauen und gegen 22.00 Uhr zu Bett gehen. Der Kläger hat mitgeteilt, dass die Selbstversorgung einschließlich An- und Entkleiden, Essenszubereitung, -zufuhr, Körperpflege sowie Einkaufen problemlos gelängen. Er kümmere sich um die gesamte Hausarbeit, einschließlich Putzen, Waschen, Aufräumen und Bettenmachen. Er lese etwa eine Stunde pro Tag und sehe ca. 3 bis 4 Stunden fern. Auch sei er täglich eine halbe bis eine Stunde am Computer aktiv. Der Kläger hat überdies angegeben, zu ebener Erde im Spaziergangstempo 150 bis 200 m gehen zu können, dann müsse er 10 Minuten stehen bleiben. Stehen könne er "nicht so gut", auch das Sitzen falle ihm schwer. Er müsse regelmäßig aufstehen. Im Sommer fahre er bis zu 15 km pro Tag Fahrrad. Wegen einer Verschlechterung seiner Knieproblematik fahre er seit einem Monat nicht mehr. Er verfüge über einen Führerschein, habe jedoch keinen eigenen Pkw. Als maximale Fahrstrecke traue er sich eine dreiviertel Stunde zu. Um zur Begutachtung zu kommen, habe er sich einen Pkw geliehen und sei selbst gefahren. Zu den Freizeitaktivitäten befragt, hat der Kläger mitgeteilt, dass er gerne koche. Urlaubsreisen mache er nicht. Den psychischen Befund hat Prof. Dr. Sch. wie folgt dargestellt: Der Kläger sei im Kontaktverhalten von Anbeginn an freundlich-zugewandt, mitteilungsbereit, gemütvoll, regelrecht leutselig und Kontakt haltend aufgetreten. Er sei wach, bewusstseinsklar, zu Person, Ort, Zeit und Situation allseits voll orientiert gewesen. Formale Denkstörungen, insbesondere Hemmung oder Verlangsamung des Denkens hätten ebenso wenig bestanden, wie ein perseverierendes oder grübelndes Denken. Das Auffassungs- und Konzentrationsvermögen sei altersentsprechend durchschnittlich gut gelungen. Klinisch relevante mnestische Funktionsstörungen in Bezug auf das Kurz- oder Langzeitgedächtnis seien nicht ersichtlich gewesen. Es habe kein pathologisches Misstrauen oder pathologische Ängste im Sinne generalisierter, phobischer oder panikartiger Ängste, keine Zwangssymptomatik im Sinne von Zwangsgedanken, -impulsen oder -handlungen bestanden. Ein Hinweis auf überwertige Ideen oder eigentliches paranoides Erleben habe nicht vorgelegen. Die Stimmungslage sei aktuell ausgeglichen gewesen, der Antrieb situationsadäquat, die Gangart gering schleppend, das Ausdrucksverhalten lebendig und affektkongruent. Ein Hinweis auf Derealisations- oder Depersonalisationserleben oder andere Ich-Störung wie Gedankenausbreitung, -entzug oder -eingebung habe sich nicht gefunden. Auch hätten keine Anhaltspunkte auf illusionäre oder halluzinatorische Fehlwahrnehmungen bestanden. In Bezug auf den körperlich-neurologischen Befund hat Prof. Dr. Sch. mitgeteilt, dass die Rotation des Kopfes in der Halswirbelsäule aktiv und passiv jeweils mäßiggradig schmerzhaft eingeschränkt gewesen sei. Die Muskeleigenreflexe an den unteren Extremitäten seien rechtsseitig aufgrund einer Verspannung nicht regulär prüfbar, links jedoch unauffällig gewesen. Der Seiltänzergang sei unsicher, der Seiltänzer-Blindgang deutlich unsicher gewesen. Das freie Gehen sei etwas behäbig, sonst regulär gewesen. Der Vorfußgang links sei nicht durchführbar, rechts angedeutet und der Fersengang beidseits angedeutet realisierbar gewesen. Ent- bzw. Ankleiden im Rahmen der körperlich-neurologischen Untersuchung sei selbständig jedoch schmerzbetont verlangsamt gelungen. Der Transfer vom Stehen zum Liegen sei mühsam, stöhnend gewesen. Bei der orientierenden Prüfung habe der Kläger eine Berührungsminderempfindlichkeit im Bereich des Streifens am lateralen linken Unterarm sowie am linken Bein einen lateralen Streifen am Ober- und Unterschenkel angegeben. Das Vibrationsempfinden sei nicht beeinträchtigt gewesen. Im Übrigen hat Prof. Dr. Sch. einen unauffälligen neurologischen Befund beschrieben. Prof. Dr. Sch. hat folgende Diagnosen gestellt: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert sowie dissoziative Anfälle. Hinweise auf eine grundsätzliche Minderung der Ausdauerleistungsfähigkeit hätten sich nicht gezeigt, so dass der Kläger in der Lage sei, vollschichtig, d. h. bis zu acht

Stunden an fünf Tagen pro Woche tätig zu sein. Aufgrund der gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störung sei von einem erhöhten Risiko zur Entwicklung krankheitswerter depressiver Verstimmungen auszugehen, weshalb der Kläger keine Tätigkeiten mit anhaltend erhöhter psychovegetativer Stressbelastung (z. B. durch erhöhten Zeitdruck, beispielsweise in Form von Akkordarbeit) oder durch unphysiologische psychovegetative Belastung (z. B. Nachtarbeit) ausüben sollte. Aufgrund der Neigung zu dissoziativen Anfällen sollten auch Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie sonstigen Tätigkeiten in Arbeitsbereichen mit Absturzgefahr gemieden werden. Außerdem träten noch qualitative Einschränkungen auf orthopädischer Seite auf. Insoweit hat Prof. Dr. Sch. auf das Gutachten des Dr. R. vom 13. November 2012 verwiesen. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit bestehe nicht. Insbesondere sei der Kläger auch in der Lage öffentliche Verkehrsmittel oder einen Pkw zu benutzen.

Der Kläger hat zum Gutachten des Prof. Dr. Sch. Stellung genommen und ausgeführt, dass der orthopädische Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt worden sei. Insbesondere hätte sich dieser seit Ende 2013 verschlechtert. Er hat einen MRT-Bericht über das linke Knie vom 9. September 2014 vorgelegt (PD Dr. Scheffel und Dr. Mihm). Darin sind folgende Diagnosen gestellt worden: Innenmeniskopathie insbesondere im Hinterhorn mit Einriss horizontal, Innenbandzerrung/-reizung, V. a. Vernarbungen des vorderen Kreuzbandes, retropatelläre Chondromalazie Grad III-IV, Tendinopathie der Patellarsehne, Gelenkerguss, kleine Baker-Zyste, Bursitis praetibialis subcutanea.

Mit Urteil vom 27. April 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine rentenrelevante Leistungsminderung liege beim Kläger nicht vor, weshalb eine Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung ausgeschlossen sei. Das SG hat sich hierbei insbesondere auf das Gutachten des Prof. Dr. Sch., auf die Zeugenauskunft des Orthopäden Dr. St., das im Verwaltungsverfahren erstellte Gutachten des Dr. R., auf die Reha-Entlassungsberichte der P.-E.-Klinik B. H. und der St. Rochus Kliniken B. Sch. sowie auf die beigezogenen Befundberichte der Universitätsklinik Mannheim vom 30. Januar 2014 und der Universitätsklinik H. vom 28. 2013 verwiesen. Die Wegefähigkeit des Klägers sei nicht eingeschränkt. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gem. § 240 SGB VI. Bei der vom Kläger zuletzt ausgeübten Tätigkeit eines Fahrstuhlfahrers für eine Sicherheitsfirma handele es sich um die eines ungelernten Arbeiters bzw. Angestellten, weshalb er sich auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisen lassen müsse.

Der Kläger hat am 29. Mai 2015 gegen das ihm am 18. Mai 2015 zugestellte Urteil Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass er an verschiedenen orthopädischen Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule sowie einer rezidivierenden Depression und dissoziativen Anfällen leide. Das SG habe sich auf das Gutachten des Dr. R. aus dem 2012 gestützt, obwohl sich der Kläger im Jahr 2013 weiterer Operationen im Bereich der Wirbelsäule habe unterziehen müssen. Auch der herangezogene Befundbericht des behandelnden Orthopäden habe sich auf Termine bezogen, die vor der letzten Operation gelegen hätten. Hierauf sei das Gericht hingewiesen worden. Dennoch sei keine weitere Sachaufklärung erfolgt. Zwar habe sich der Kläger nach den Operationen jeweils in einer stationären Reha-Maßnahme befunden, aus der er zwar sechs Stunden und mehr leistungsfähig, jedoch arbeitsunfähig für die nächsten Monate entlassen worden sei. Es werde davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Einschätzung lediglich um eine Prognose gehandelt habe, die sich leider nicht bewahrheitet habe.

Der Kläger hat beantragt,

ihm unter Aufhebung des Urteils vom 27. April 2015 sowie unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 31. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. März 2013 Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Mai 2012 zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat sich auf ihr Vorbringen im Verwaltungs- und erstinstanzlichen Klageverfahren berufen und sich den Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils angeschlossen.

Der Senat hat Beweis erhoben, durch die nochmalige Befragung des Orthopäden Dr. St ... Dieser hat in seiner Auskunft vom 29. Februar 2016 mitgeteilt, dass sich der Kläger im Anschluss an den 14. April 2014 nochmals am 4. September 2014 bei ihm in Behandlung befunden habe. Das daraufhin erstellte MRT vom 9. September 2014 habe eine degenerative Innenmeniskusrissbildung sowie einen Knorpelschaden im Bereich der Kniescheibe gezeigt. Bei persistierender Beschwerdesymptomatik sei am 7. Oktober 2014 eine arthroskopische Knorpelglättung im Bereich des medialen Femurkondylus durchgeführt worden. Intraoperativ habe sich eine beidseitige Knorpelschädigung gezeigt. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Am 9. Februar 2015 habe sich der Kläger wegen Beschwerden im Bereich beider Schultergelenke nochmals vorgestellt. Es sei eine Supraspinatustendinitis beidseits diagnostiziert und eine krankengymnastische Behandlung eingeleitet worden. Am 23. Februar 2015 und am 5. März 2015 habe sich der Kläger wegen anhaltender Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes vorgestellt. Am 18. September 2015 habe eine letztmalige Vorstellung wegen Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule stattgefunden. Es sei erneut Physiotherapie verordnet worden. Seither habe sich der Kläger nicht mehr vorgestellt. Mit Schriftsatz vom 16. Juni 2016 hat Dr. St. mitgeteilt, dass eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand des Klägers nicht eingetreten sei.

Am 29. November 2016 hat in vorliegendem Rechtsstreit ein Erörterungstermin stattgefunden. Der Senat hat sodann weiteren Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Orthopäden Dr. Th ... Dieser hat den Kläger ausführlich Befund erhoben und den Kläger zu seinem Tagesablauf befragt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen. Dr. Th. hat folgende Diagnosen gestellt: (1.) mittelgradig ausgeprägte degenerative Verschleißerkrankung der Halswirbelsäule, Spondylodese C6/C7 2007 mit endgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallssymptomatik, (2.) operative Therapie eines Bandscheibenvorfalles TH10/TH 11 2012 mit verbliebener endgradiger Funktionseinschränkung, (3.) mittelgradig ausgeprägte degenerative Verschleißerkrankung der Lendenwirbelsäule, Spondylodese L4/L5 2000 mit verbliebener mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallsymptomatik, (4.) Implantation einer Knieendoprothese rechts 2011, multiple Voroperationen mit verbliebener endgradiger Funktionseinschränkung, (5.) arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt, (6.) Hypercholesterinämie, medikamentös behandelt. Nach der Auffassung von Dr. Th. ist der Kläger in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Hierbei sollten wechselnde

Körperhaltungen eingenommen werden können. Zwangshaltungen wie ständiges Bücken oder Knien, das Tragen und Heben von Lasten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel sollten vermieden werden. Aufgrund der Verschleißerkrankung der Halswirbelsäule seien dem Untersuchten permanente Arbeiten Überkopf nicht mehr zumutbar. Gelegentlich seien diese Arbeitsbedingungen jedoch zumutbar. Aufgrund der Verschleißerkrankungen der Lendenwirbelsäule sowie der Implantation der Knieendoprothese auf der rechten Seite mit verbliebenen Restbeschwerden seien dem Kläger permanente Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder Arbeiten im ständigen Gehen und Stehen oder mit ständigem Treppensteigen nicht mehr zumutbar. Gelegentlich seien diese Arbeitsbedingungen jedoch zumutbar. Außerdem seien zusätzliche Faktoren wie permanentes Arbeiten im Freien oder Arbeiten unter ständiger Exposition von Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft und Temperaturschwankungen nicht mehr zumutbar, wobei diese Arbeitsbedingungen ebenfalls gelegentlich zumutbar seien. Aufgrund der arteriellen Hypertonie sei dem Kläger eine Tätigkeit in Nachtschicht nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten in Früh- und Spätschicht seien hingegen problemlos möglich. Betriebsunübliche Pausen seien nicht notwendig. Die Wegefähigkeit des Klägers sei überdies nicht in der Art eingeschränkt, dass er nicht in der Lage sei, viermal täglich eine Fußstrecke von 500 m innerhalb von 20 Minuten zurückzulegen. Das festgestellte Leistungsvermögen bestehe seit Rentenantragstellung am 25. Mai 2012.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 8. März 2017 und der Kläger mit Schriftsatz vom 13. März 2017 Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erteilt.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Inhalt der erst- sowie zweitinstanzlichen Gerichts- und der Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das vorliegende Verfahren kann gem. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden werden, da die Beteiligten ihr Einverständnis mit dieser Entscheidungsweise erteilt haben.

Die gem. §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat in seinem Urteil vom 27. April 2015 zu Recht die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der Ablehnungsbescheid vom 31. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. März 2013, in dem die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung auch wegen Berufsunfähigkeit ablehnt.

Gem. § 43 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind (Satz 1 Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Satz 1 Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1 Nr. 3). 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 (Satz 2). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben - bei im Übrigen identischen Tatbestandsvoraussetzungen - 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). Gem. § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Nach Maßgabe dieser Vorschriften ist der Kläger nicht erwerbsgemindert. Das SG hat, im Wesentlichen gestützt auf das im Verwaltungsverfahren für die Beklagte erstattete Gutachten des Orthopäden Dr. R., die sachverständige Zeugenauskunft des behandelnden Orthopäden Dr. St., die Reha-Entlassberichte der P.-E.-Klinik B. H. und der S ... R. Kliniken B. Sch., den Befundbericht der Universitätsklinik M. vom 30. Januar 2014, den Befundbericht des Universitätsklinikums H. vom 28. August 2013 sowie dem gerichtlichen Sachverständigengutachten des Prof. Dr. Sch. zutreffend dargelegt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI hat, weil er in der Lage ist, ihm zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bei Beachtung rentenrechtlich nicht relevanter qualitativer Einschränkungen wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Der Senat schließt sich dem nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung des gesamten Vorbringens des Klägers uneingeschränkt an und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gem. § 153 Abs. 2 SGG zurück.

Auch aus dem Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren und insbesondere der nochmaligen Auskunft des behandelnden Orthopäden Dr. St. sowie dem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Orthopäden Dr. Th. ergibt sich keine rentenrechtlich relevante quantitative Leistungsminderung beim Kläger. Dr. St. hatte bereits im Rahmen seiner Zeugenauskunft für das SG mitgeteilt, dass der Kläger einer leichten Arbeit vollschichtig nachgehen könne. Diese Auskunft hat er gegenüber dem Senat in seinem Schriftsatz vom 16. Juni 2016 bestätigt, in dem er mitgeteilt hat, dass sich eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand des Klägers nicht ergeben habe.

Der seitens des Senats bestellte Sachverständige Dr. Th. hat in seinem orthopädischen Gutachten einen geregelten Tagesablauf des Klägers beschrieben. Danach steht dieser morgens gegen 6.00 Uhr auf, wasche sich, trinke Kaffee und kümmere sich dann vormittags um den Haushalt (bügeln, waschen etc.). Seit Januar 2017 übe er einen Minijob aus. Er fahre täglich 4 Stunden behinderte Menschen. Dies mache er vormittags zwei Stunden. Gegen 12.00 Uhr esse er zu Mittag und benötige dann eine Ruhephase von ca. einer Stunde. Nachmittags gehe er ein bis zwei Stunden spazieren und fahre dann nochmals für zwei Stunden die behinderten Menschen. Die Einkäufe erledige er am Wochenende. Gegen 18.00 Uhr sei er wieder zu Hause. Er esse dann zu Abend und schaue fern. Gegen 21.00 Uhr und 21.30 Uhr gehe er ins Bett. Zurzeit bestünden keine Schlafprobleme. Als Hobbys habe der Kläger Modellbau angegeben. Er lese am Wochenende die Tageszeitung und benutze auch regelmäßig seinen Computer mit Internetanschluss. Dr. Th. hat mitgeteilt, der Kläger habe mit zügig, raumgreifendem und flüssigem Gangbild das Untersuchungszimmer betreten. Er sei alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Begutachtung angereist. Das Entkleiden des Oberkörpers und des Unterkörpers sei ihm ohne Schwierigkeiten gelungen. Es seien auch Rumpfbeugen durchgeführt worden. Das Aufrichten aus dem Langsitz sei über die Seitenlage erfolgt. Beim Entkleiden habe er eine ungestörte Motorik der Hände beobachten können. Im Rahmen der Befunderhebung hat Dr. Th. eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule beschrieben. Im Verlauf des Musculus trapezius habe beidseits kein Druckschmerz bestanden. Die Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule sei mittelgradig eingeschränkt gewesen. Es habe sich eine leicht vermehrte Rundrückenbildung im Brustwirbelsäulenbereich gezeigt. Die Bewegung und das Aufrichten aus der Rumpfbeuge seien unter leichter Schmerzangabe im Bereich

der Brust- und Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Bei der Tastuntersuchung im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule habe sich eine leichte Druckschmerzhaftigkeit entlang der paravertebralen Muskulatur im unteren Brust- und unteren Lendenwirbelsäulenbereich gezeigt. Bezüglich der unteren Extremitäten hat Dr. Th. mitgeteilt, dass die vergleichenden Umfangsmessungen der Muskulatur im Bereich der unteren Extremitäten keinen Hinweis auf ein muskuläres Defizit ergeben hätten. Die Untersuchung der Hüftgelenke habe beidseits einen unauffälligen Befund ergeben. Hinsichtlich der Kniegelenke hat Dr. Th. mitgeteilt, dass ein leichter Druckschmerz über dem inneren Gelenkspalt auf beiden Seiten sowie dem äußeren Gelenkspalt auf der rechten Seite bestanden habe. Zum Untersuchungszeitpunkt seien kein intraartikulärer Erguss und keine Synovitis in beiden Kniegelenken nachzuweisen gewesen. Die Kreuzbänder seien in beiden Kniegelenken stabil. Die klinische Untersuchung habe keinen Hinweis auf einen akuten Meniskusschaden auf der linken Seite ergeben. Der Kläger habe keinen Schmerz im Bereich beider Kniescheiben beim Verschieben derselben gegenüber dem Oberschenkel angegeben. Die Seitenbänder im Bereich beider Kniegelenke seien stabil gewesen und hätten keine vermehrte Aufklappbarkeit sowohl für das Außen- als auch für das Innenband aufgewiesen. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks sei endgradig eingeschränkt gewesen. Auch sei die Beweglichkeit sowohl im oberen als auch im unteren Sprunggelenk beidseits anatomisch frei gewesen. Eine Druckschmerzhaftigkeit habe nicht bestanden. An beiden Füßen habe sich ein leichter Spreizfuß mit leichter Ballenzehenbildung gezeigt. Die Beweglichkeit im Großzehengrundgelenk sei beidseits schmerzfrei möglich gewesen. Die Beschwielung beider Füße sei seitengleich mittelkräftig ausgebildet gewesen. Zu den oberen Extremitäten hat Dr. Th. mitgeteilt, dass die vergleichende Muskulatur im Bereich der oberen Extremitäten keinen Hinweis auf ein muskuläres Defizit ergeben habe. Bis auf eine leichte Druckschmerzhaftigkeit über dem Epicondylus humeri radialis auf beiden Seiten hat Dr. Th. einen unauffälligen Befund hinsichtlich Schulter- und Ellenbogengelenke mitgeteilt. Auch sei die Beweglichkeit beider Handgelenke nicht eingeschränkt gewesen. Ebenso wenig habe eine Druckschmerzhaftigkeit bestanden. Die Beschwielung beider Hände sei seitengleich mittelkräftig ausgeprägt gewesen. Dr. Th. hat darüber hinaus Röntgenaufnahmen von Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, beiden Kniegelenken sowie beiden Ellenbogengelenken gefertigt. Hieraus hat sich eine mittelgradig ausgeprägte degenerative Verschleißerkrankung der Hals- sowie Lendenwirbelsäule ergeben. Die radiologische Untersuchung der Brustwirbelsäule hat einen altersentsprechenden Befund gezeigt. Hinsichtlich der Kniegelenke hat sich eine korrekt implantierte Knieendoprothese auf der rechten Seite sowie ein altersentsprechender Befund auf der linken Seite ergeben. Die Ellenbogengelenke haben einen unauffälligen Befund ergeben. Laut Dr. Th. hat der Kläger zum Zeitpunkt der Untersuchung keinerlei Schmerzmedikamente eingenommen. Dr. Th. hat folgende Diagnosen gestellt: (1.) mittelgradig ausgeprägte degenerative Verschleißerkrankung der Halswirbelsäule, Spondylodese C6/C7 2007 mit endgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallssymptomatik, (2.) operative Therapie eines Bandscheibenvorfalles TH10/TH 11 2012 mit verbliebener endgradiger Funktionseinschränkung, (3.) mittelgradig ausgeprägte degenerative Verschleißerkrankung der Lendenwirbelsäule, Spondylodese L4/L5 2000 mit verbliebener mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallsymptomatik, (4.) Implantation einer Knieendoprothese rechts 2011, multiple Voroperationen mit verbliebener endgradiger Funktionseinschränkung, (5.) arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt, (6.) Hypercholesterinämie, medikamentös behandelt. Die von Dr. Th. erhobenen Befunde stützen nach Überzeugung des Senats auch die von ihm abgegebene Leistungseinschätzung. Danach ist der Kläger in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten 6 Stunden und mehr täglich auszuüben. Hierbei sollten wechselnde Körperhaltungen eingenommen werden können. Zwangshaltungen wie ständiges Bücken oder Knien, das Tragen und Heben von Lasten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel sollten vermieden werden. Aufgrund der Verschleißerkrankung der Halswirbelsäule sind dem Untersuchten permanente Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Verschleißerkrankungen der Lendenwirbelsäule sowie der Implantation der Knieendoprothese auf der rechten Seite mit verbliebenen Restbeschwerden sind dem Kläger permanente Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder Arbeiten im ständigen Gehen und Stehen oder mit ständigem Treppensteigen nicht mehr zumutbar. Außerdem sind zusätzliche Faktoren wie permanentes Arbeiten im Freien oder Arbeiten unter ständiger Exposition von Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft und Temperaturschwankungen nicht mehr zumutbar. Aufgrund der arteriellen Hypertonie ist dem Kläger eine Tätigkeit in Nachtschicht nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten in Früh- und Spätschicht sind hingegen problemlos möglich. Betriebsunübliche Pausen sind nicht notwendig. Die Wegefähigkeit des Klägers ist nicht in der Art eingeschränkt, dass er nicht mehr in der Lage ist, viermal täglich eine Fußstrecke von 500 m innerhalb von 20 Minuten zurückzulegen.

Es findet sich auch keine quantitative Leistungsminderung auf neurologisch-psychiatrischem oder internistischem Fachgebiet. Das SG hatte insofern umfassend Beweis erhoben durch die Einholung des nervenärztlichen Gutachtens bei Prof. Dr. Sch. sowie Beiziehung diverser Befundberichte. Das SG hat die sich aus diesen Unterlagen ergebenden Befunde nach eigener Überzeugung des Senats auch zutreffend gewürdigt und bewertet. Im Rahmen des Berufungsverfahrens hat der Kläger auch keine neuen Beschwerden im neurologisch-psychiatrischen sowie internistischen Bereich vorgebracht, sondern sich lediglich darauf gestützt, dass das SG die bestehenden orthopädischen Beschwerden nicht ausreichend ermittelt und gewürdigt habe. Insofern erübrigen sich nochmalige Ausführungen zum neurologisch-psychiatrischen sowie internistischen Gesundheitszustand des Klägers. Diesbezüglich wird nochmals ausdrücklich auf das überzeugende Urteil des SG verwiesen.

Das SG hat außerdem zutreffend ausgeführt, dass der Kläger auch keinen Anspruch auf Bewilligung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gem. § 240 SGB VI hat. Der Kläger ist von April 2010 bis Februar 2011 als Fahrer/Möbelpacker und zuletzt bei der Firma S. Bewachungsdienst Werkschutz GmbH versicherungspflichtig als Hausmeister/Fahrstuhlführer beschäftigt gewesen. Sowohl für die Tätigkeit als Fahrer/Möbelpacker, als auch für die Tätigkeit für die Firma S. Bewachungsdienst Werkschutz GmbH - siehe deren Auskunft vom 31. Mai 2012 - sind Vorkenntnisse nicht erforderlich gewesen. Diese Tätigkeiten sind der 3. Berufsgruppe der ungelernten Arbeiter bzw. Angestellten - wie vom SG zu Recht geschehen - zuzuordnen. Ein Berufsschutz besteht somit nicht (mehr). Folglich kann der Kläger auf sämtliche ihm zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden.

Eine volle oder teilweise Erwerbsminderung auch bei Berufsunfähigkeit liegt beim Kläger somit nicht vor.

Da das SG somit zu Recht die Klage abgewiesen hat, weist der Senat die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Im Rahmen des den Gerichten danach eingeräumten Ermessens sind alle Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen, insbesondere die Sach- und Rechtslage bzw. der Ausgang des Verfahrens (s. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Auflage, § 193 Rdnr. 12 ff.). Hiernach war für den Senat maßgeblich, dass der Kläger mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels nach dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Kostenentscheidung für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtke, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., § 193 Rdnr. 8; ausführlich erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, L 13 R 1662/12, veröffentlicht

in Juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 193 Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, § 193 Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, § 193 Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-08-29