

L 9 R 3645/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 8 R 1023/14
Datum
11.06.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 3645/15
Datum
17.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Juni 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1963 geborene Kläger besitzt die französische Staatsbürgerschaft. Er absolvierte von 1980 bis 1982 in F. eine Berufsausbildung zum Elektromechaniker und arbeitete sodann von 1982 bis 1984 dort als Maschineneinsteller. Von 1984 bis 1986 absolvierte er den Militärdienst in F. Im Jahr 1986 zog er in die B.D. zu und war hier bis zum 30.09.2013 als Maschineneinsteller/Fachhelfer im Lager versicherungspflichtig beschäftigt. Der Kläger bezog ab 25.06.2012 bis zur Aussteuerung Krankengeld. Eine im August 2012 begonnene Wiedereingliederung im Betrieb musste abgebrochen werden. Der Kläger lebt seit Dezember 2015 wieder in F. Wegen der Einzelheiten rentenrechtlicher Zeiten wird auf den von der Beklagten vorgelegten Versicherungsverlauf vom 11.09.2017 (Bl. 104 ff. der LSG-Akte) Bezug genommen.

Bei dem Kläger ist seit seiner Jugend eine Psoriasis-Arthritis (entzündliche Erkrankung der Gelenke mit Schuppenflechte) bekannt. Bei ihm ist ein Grad der Behinderung von 50 seit 31.10.2012 und von 60 seit 18.03.2014 wegen einer Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung, degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, einem Bandscheibenschaden und Polyarthrose anerkannt.

Der Kläger befand sich im Mai 2012 in dreitägiger stationärer Behandlung im S. G.- und R.zentrum Bad W. wegen einer Peritrapezial-Arthrose sowie einer ausgeprägten Scapho-Trapezo-Trapezoidal-Arthrose (STT-Arthrose, Handwurzel-Arthrose) links (Entlassungsbericht S. G.- und R.zentrum vom 17.05.2012).

Am 05.09.2012 wurde mittels Kernspintomografie des linken Handgelenkes eine ausgeprägte Synovitis der Kompartimente des Handgelenkes festgestellt (Befundbericht Dr. G. vom 06.09.2012).

Vom 27.09. bis 03.10.2012 befand sich der Kläger in akut stationärer Behandlung im G.- und R.zentrum Bad W. wegen der Psoriasis-Arthritis, einer Psoriasis vulgaris (seit dem 16. Lebensjahr), einer erosiven Osteochondrose, einem im Jahr 2010 festgestellten Bandscheibenvorfall L 4/5 und arterieller Hypertonie, wobei der Schwerpunkt des Krankheitsbildes im Bereich der linken Handwurzel und des rechten Sprunggelenkes lag (vgl. Entlassbericht vom 01.10.2012). Unter einer dort erfolgten Prednisolon-Stoßtherapie (Kortison) ab 50 mg erfolgte eine deutliche Rückbildung der Beschwerdesymptomatik. Zudem wurde zur Kortisoneinsparung eine Immunsuppressionstherapie mit Methotrexat eingeleitet.

Der Kläger befand sich erneut vom 03.01. bis 08.01.2013 in akut stationärer Behandlung im G.- und R.zentrum Bad W. wegen der Diagnose Psoriasis-Arthritis wegen ambulant nicht mehr beherrschbarer schmerzhafter Gelenkschwellungen, vor allem die Fingergelenke mit deutlicher Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit betreffend sowie des linken Kniegelenkes und Belastungsinsuffizienz der Schultergelenke (vgl. Entlassbericht vom 07.01.2013). Auch dort wurde erneut eine Akuttherapie mit Kortison sowie eine bevorstehende Immunsuppression mit Methotrexat eingeleitet. Unter diesem Therapieregime konnte eine Verbesserung erreicht werden bei noch deutlicher Belastungsinsuffizienz der Kniegelenke und des rechten Sprunggelenkes, sodass die Ärzte noch eine mindestens zweiwöchige Schonung der Gelenke empfahlen.

Der Kläger beantragte am 05.03.2013 die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung wegen der Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung, degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und einem Bandscheibenschaden.

Eine erneut akut stationäre Behandlung in Bad Wildbad fand vom 18. bis 23.04.2013 wegen der Psoriasis-Arthritis statt, wobei die Immunsuppression auf einen TNF-Alpha-Hemmer (Adalimumab) erfolgte (vgl. Entlassbericht vom 22.04.2013).

Die Beklagte ließ den Kläger nach Beiziehung diverser Befundunterlagen der behandelnden Ärzte von dem Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. begutachten, der nach Untersuchung des Klägers am 15.05.2013 in seinem Gutachten vom 22.05.2013 folgende Diagnosen stellte: 1. Entzündliche Gelenkerkrankung bei Schuppenflechte mit Beteiligung weniger Gelenke, derzeit ohne schwere Entzündungszeichen oder Gelenkzerstörungen, 2. normale Handgelenksbeweglichkeit nach operativer Versorgung einer Verschleißerkrankung der Handwurzel, 3. leicht eingeschränkte Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes bei Nachweis einer geringgradigen Verschleißerkrankung beidseits. Dr. K. gelangte zu der Einschätzung, dass der Kläger in seiner letzten beruflichen Tätigkeit nur noch unter drei Stunden erwerbstätig sein könne. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Gehen und Stehen und unter Vermeidung von Nachtschicht seien weiterhin Tätigkeiten in einem Umfang von mindestens sechs Stunden und mehr pro Tag zumutbar. Zu vermeiden seien Arbeiten mit anhaltenden Wirbelsäulenzwangshaltungen, Heben und Tragen von Lasten, regelmäßigem Bücken sowie anhaltenden Überkopfarbeiten, handgelenksbelastende Tätigkeiten, Arbeiten unter dem Einfluss von Kälte, Nässe, Zugluft und infektionsgefährdenden Bereichen. Hinweise für eine rentenrelevante Einschränkung der Gehstrecke gebe es nicht.

Mit Bescheid vom 13.06.2013 lehnte die Beklagte die Gewährung der Rente wegen Erwerbsminderung unter Berücksichtigung der von Dr. K. genannten Diagnosen ab, da die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien ([§ 43 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#)).

Hiergegen erhob der Kläger am 01.07.2013 Widerspruch mit dem Begehren, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zu gewähren. Zur Begründung legte er Laborbefunde vom 24.06. und 14.08.2013 sowie Befundberichte des Arztes für Rheumatologie und Innere Medizin Dr. G. vom 08.08.2013 und 12.11.2013 vor, wonach aufgrund der Psoriasis-Arthritis eine deutliche Schwellung beider oberer Sprunggelenke, beider Handgelenke und eine Einschränkung der beidseitigen Hüftgelenksbeweglichkeit befundet wurde. Dr. G. sprach von einer therapiefraktären Psoriasis Arthritis. Im August 2013 habe er zu einem Wechsel der Therapie auf Enbrel (Immunsuppressiva) geraten sowie, falls es zu keiner Remission oder Stabilisierung der Symptomatik kommen sollte, zu einer Infusion mit Remicade (TNF-Blocker). Bis November 2013 habe sich die Therapie mit Enbrel als nicht wirksam gezeigt. Remicade habe wegen eines schweren Infusionszwischenfalls mit Nebenwirkungen abgebrochen werden müssen.

Nach Einholung einer sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. L. wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 26.02.2014 als unbegründet zurück. Das berufliche Leistungsvermögen des Klägers sei zwar insoweit eingeschränkt, als ihm schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit besonderen Ansprüchen an die Kraftentfaltung beider Hände nicht mehr zugemutet werden könnten. Leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung zu ebener Erde in geschlossenen, wohl temperierten Räumen könne er jedoch noch vollschichtig verrichten, weshalb er weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne von [§ 43 SGB VI](#) sei.

Hiergegen hat der Kläger am 21.03.2014 Klage zum Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhoben und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, dass er insbesondere aufgrund der therapiefraktären Psoriasis-Arthritis nicht in der Lage sei, selbst leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem Umfang von mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Er leide unter Schmerzen und Gefühlsstörungen im Bereich der linken Hand sowie Schmerzen in verschiedenen Gelenken, hauptsächlich in den Sprunggelenken, aber auch im Bereich der gesamten Wirbelsäule.

Der Kläger befand sich zur akut stationären Behandlung vom 26.03. bis 18.04.2014 in der Klinik für Innere Medizin/Rheumatologie der A.-Kliniken B.-B ... Von dort wurden folgende Diagnosen mitgeteilt: Psoriasis-Arthritis, Luxation des Daumensattelgelenkes links, leichtgradige Rhizarthrose rechts, leichtgradige Arthrose der Daumengrundgelenke beidseits, leichtgradige mediale Femorotibialarthrose beidseits, leichtgradige Arthrose des rechten unteren Sprunggelenkes, leichtgradige Großzehengrundgelenksarthrose beidseits, LWS-Syndrom bei muskulär statischer Insuffizienz und degenerativen Veränderungen, fortgeschrittene Osteochondrose LWK 5/SWK 1 und Zustand nach Bandscheibenvorfall LWK 5/SWK 1 mit Irritation der Wurzel L 5 rechts, Osteochondrose HWK 6/7, Adipositas Grad II, arterielle Hypertonie (vgl. Entlassbericht vom 18.04.2014). Die Behandlung erfolgte aufgrund zunehmender Schmerzen und Schwellungen beider Handgelenke sowie beider Daumensattelgelenke sowie mehrerer MCP-Gelenke und des Sprunggelenkes mittels Therapie aus Simponi (TNF-Blocker) und Methotrexat. Darunter sei es zu zunehmenden Hautabszessen und Furunkeln an verschiedenen Körperpositionen gekommen. Die bisherigen Basistherapeutika Methotrexat, Leflunomid (Immunsuppressiva) sowie Simponi hätten keinen Effekt hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik/Psoriasis-Arthritis gezeigt. Klinisch hätten sich keine Entzündungsveränderungen feststellen lassen. Ebenfalls hätten sich keine Synovialitiden bzw. Ergüsse sonografisch erkennen lassen. Eine kombinierte Analgetika-Therapie habe der Kläger gut vertragen. Unter der kombinierten Therapie mit intensivem physiotherapeutischem Komplexprogramm hätten die Schmerzen reduziert und die schmerzbedingten Funktionseinschränkungen minimiert werden können. Die vorbestehende Steroidtherapie sei vollständig ausgeschlichen worden. Aktuell hätten sich weder klinisch noch bildgebende Entzündungszeichen hinsichtlich der Psoriasis-Arthritis gezeigt, sodass derzeit nicht von einer Aktivität der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankung ausgegangen werden könne. Eine Indikation zur Durchführung einer immunglobulierenden oder immunsuppressiven Therapie habe derzeit nicht bestanden.

Das SG hat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Die Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. S. hat mit Schreiben vom 30.06.2014 mitgeteilt, dass sie den Kläger seit Januar 2012 behandle und er im Verlauf über zunehmende Schmerzen im Bereich des Daumensattelgelenkes mit deutlicher Einschränkung im Alltag sowie einer Einschränkung der Fingergelenke, des linken Kniegelenkes und der Schultergelenke geklagt habe. Die Therapie mit Methotrexat habe wegen angestiegener Leberwerte abgesetzt werden müssen. Diese Therapie habe auch nur zu einer Teilremission geführt. Aufgrund der Therapie mit Leflunomid sei es zu einer Erhöhung der GPD-Werte und einer Dermatitis gekommen, weshalb beim Kläger letztlich auch diese Therapie abgesetzt worden sei. Wegen Unverträglichkeit nehme der Kläger zurzeit kein Immunsuppressivum. Er bekomme lediglich Schmerzmittel. Ihrer Einschätzung nach sei der Kläger nicht in der Lage, eine körperlich leichte und nervlich wenig belastende Tätigkeit im Rahmen einer 5-Tage-Woche mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Sie gehe von einem nur unter dreistündigen Leistungsvermögen aus.

Dr. G. hat mit Schreiben vom 01.08.2014 mitgeteilt, dass er den Kläger seit Juli 2013 behandle wegen der Psoriasis-Arthritis. Seit April 2013

erfolge die Therapie mit Humira (Wirkstoff Adalimumab), wobei er alle drei Wochen für ca. zehn Tage 20 mg Prednisolon benötige, das er dann wieder langsam reduzieren könne bis zum nächsten Schub. Am schlimmsten seien die beidseitigen oberen Sprunggelenke und Handgelenke sowie die rechte Hüfte betroffen. Im Verlauf sei es eher zu einer Verschlimmerung gekommen, die zu einer anhaltenden schmerzhaften Bewegungseinschränkung geführt habe. Der Kläger könne noch maximal drei Stunden am Tag erwerbstätig sein und dies sicher auch nicht an jedem Tag, da die Beschwerden sehr wechselhaft seien.

Der Kläger erlitt am 20.10.2014 einen Herzinfarkt, aufgrund dessen er vom 20.10. bis 27.10.2014 in akut stationärer Behandlung in der Klinik für Kardiologie des S. St. T. Klinikums, P., behandelt wurde. Mit Entlassungsbericht vom 27.10.2014 wurden von dort folgende Diagnosen mitgeteilt: STEMI bei koronarer 1-Gefäßerkrankung mit subtotalem Plaque-Aufriss und Stent-Implantation, gute Pumpfunktion des linken Ventrikels. Der Kläger wurde von dort im guten Allgemeinzustand bei postinterventionell nicht mehr feststellbaren höhergradigen Herzrhythmusstörungen entlassen.

Im Anschluss hieran befand er sich zur stationären Rehabilitation vom 07.11. bis 28.11.2014 im SRH-Gesundheitszentrum Bad W. Im Entlassungsbericht vom 01.12.2014 wurden die Diagnosen Koronare 1-Gefäßerkrankung, ST-Hebungsinfarkt 20.10.2014, PPCA/Stentimplantation LAD am 20.10.2014, arterielle Hypertonie und Nikotinabusus mitgeteilt. Zudem wurde ausgeführt, dass der Kläger in seiner letzten beruflichen Tätigkeit nur noch unter drei Stunden erwerbstätig sein könne. Aus kardiologischer Sicht seien bis mittelschwere Tätigkeiten weiterhin möglich. Eine deutliche Einschränkung der klägerischen Leistungsfähigkeit ergebe sich durch schmerzbedingte Funktionseinschränkungen der Gelenke und der Wirbelsäule, sodass allenfalls leichte Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen ohne Heben und ohne Tragen in einem zeitlichen Umfang von unter sechs Stunden perspektivisch denkbar seien. Hierbei solle jedoch eine gesonderte rheumatologische Begutachtung erfolgen.

Das SG hat sodann den Facharzt für Orthopädie/Rheumatologie, Spezielle Schmerztherapie Dr. S., L., von Amts wegen mit der Erstattung seines Gutachtens vom 28.01.2015 beauftragt. Dieser hat nach Untersuchung des Klägers am 21.01.2015 folgende Diagnosen gestellt: 1. Psoriasis-Arthritis ohne gravierende entzündliche Aktivitäten und ohne gravierende funktionelle Einschränkungen, 2. rezidivierendes Lumbalsyndrom bei linkskonvexer Fehllhaltung und degenerativen Veränderungen mit erosiver Osteochondrose L 5/S 1, 3. rezidivierendes Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen im Sinne der Osteochondrose und Spondylose im Segment C 5/C 7 betont, 4. initiale Hüftgelenksarthrose ohne erkennbare Funktionseinschränkung, 5. initiale Arthrose der unteren Sprunggelenke beidseits ohne nachweisbare Funktionseinschränkung, 6. Luxation des Daumensattelgelenkes linksseitig bei Zustand nach Suspensionsartroplastik des CMC-Gelenkes Grad I mit begleitender Handwurzelarthrose und Funktionseinschränkung des linken Handgelenkes, 7. initiale Daumensattelgelenksarthrose rechtsseitig ohne erkennbare Funktionseinschränkung, 8. Knick-Senk-Spreizfußbildung mit initialer Großzehengrundgelenksarthrose, 9. Periarthropathie humeroskapularis beidseits ohne erkennbare Funktionseinschränkung, 10. Chondropathia patellae mit diskreter Kniegelenkssynovitis ohne erkennbare Funktionseinschränkung. Auf nicht orthopädischem Gebiet leide der Kläger an einer koronaren Gefäßerkrankung bei Zustand nach Infarkt und Stent-Implantation, einer arteriellen Hypertonie, Nikotinabusus und Adipositas. Aufgrund dieser Gesundheitseinschränkungen könne der Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg ohne Überkopfarbeiten, ohne überwiegendes Stehen und Gehen, ohne monoton fixierende Körperhaltungen, ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Treppensteigen, ohne Arbeiten an gefährlichen laufenden Maschinen, ohne Akkordarbeiten, ohne Fließbandarbeit, ohne Schichtarbeit, ohne Nachtarbeit, ohne klimatische Einflüsse wie Zug, Nässe oder Kälte, ohne hohe Verantwortung, ohne nervliche Belastung und ohne hohes Konzentrationsvermögen und ohne grobe Arbeiten mit den Händen und den Fingern sowie ohne Feinarbeiten mit den Fingern verrichten. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen könne der Kläger noch sechs Stunden und mehr täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingesetzt werden. Zudem könne er täglich viermal Wegstrecken von jeweils mehr als 500 m bei einem Zeitaufwand von jeweils 20 Minuten zu Fuß zurücklegen. Auch bestünden keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Benutzung von öffentlichen oder privaten Verkehrsmitteln während der Hauptverkehrszeiten. Die Einschränkungen bestünden bereits seit Ende 2011. Die Leistungsfähigkeit habe sich seit der Rentenantragstellung weder verbessert noch verschlechtert. Die Beeinträchtigungen bestünden dauerhaft. Im Hinblick auf die beim Kläger vorliegende entzündliche systemische Autoimmunerkrankung im Rahmen einer Psoriasis-Arthritis komme es zu permanenten und ständigen Veränderungen, weshalb auch ganz klar nachvollziehbar und erkennbar sei, dass es während des Aufenthaltes in der A.-Rheumaklinik nahezu keine entzündlichen Veränderungen gegeben habe. Zwischenzeitlich sei es aber laut den vom Kläger vorgelegten Unterlagen wieder zu einer deutlichen laborchemischen nachweisbaren entzündlichen Reaktion gekommen. Trotz der jetzt seit Juli 2014 wieder durchgeführten immunsuppressiven Therapie sei es wieder zu einer langsamen Reduktion der Entzündungswerte gekommen. Das bedeute, dass zwar im Augenblick wieder eine diskrete entzündliche Komponente zu erkennen sei, aber diese Veränderungen durch eine gut eingestellte immunsuppressive Therapie durchaus therapiert und beherrscht werden könnten. Da es in der Vergangenheit leider immer wieder zu Unverträglichkeiten und heftigen Reaktionen im Rahmen der immunsuppressiven Therapie gekommen sei, müsse man jetzt abwarten, wie der Kläger die im Augenblick durchgeführte immunsuppressive Therapie toleriere und vertrage. Bei einem rheumatischen Betroffenen könne man die Einschätzung der Leistungsfähigkeit nicht vom augenblicklichen Zustand abhängig machen, sondern vom Gesamtbild. Es bestehe von keinem der Extremitätengelenke eine so gravierende Einschränkung der Funktionsfähigkeit, dass der Kläger nicht in der Lage sei, diese Gelenke alle in einem gewissen Rahmen und in einer gewissen Leistungsfähigkeit zu gebrauchen und einzusetzen.

Die Beklagte hat zum Gutachten die sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. O. vom 23.02.2015 vorgelegt, wonach die von Dr. S. genannten Diagnosen und qualitativen Leistungseinschränkungen keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen darstelle, da durchschnittliche Anforderungen gestellt werden dürfen, die mit leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vereinbart werden könnten. In der mündlichen Verhandlung vom 11.06.2015 hat die Beklagtenvertreterin als Verweisungstätigkeit den Pfortner an der Nebenpforte benannt.

Mit Urteil vom 11.06.2015 hat das SG die Klage, mit der zuletzt die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, zumindest auf Zeit beantragt wurde, abgewiesen. Zur Begründung hat es unter Darlegung der zutreffenden rechtlichen Voraussetzungen im Wesentlichen ausgeführt, dass die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#) nicht vorlägen. Der Kläger leide unter folgenden funktionell bedeutsamen Gesundheitsstörungen: Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung (Psoriasis-Arthritis), rezidivierendes Lumbal- und Cervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen und Osteochondrose, Luxation des Daumensattelgelenkes linksseitig nach Operation mit begleitender Handwurzelarthrose und Funktionseinschränkung des linken Handgelenkes, koronare 1-Gefäßerkrankung und Bluthochdruck, initiale Arthrose der Hüftgelenke und der unteren Sprunggelenke sowie initial Daumensattelgelenksarthrose rechts jeweils ohne nachweisbare

Funktionseinschränkungen. Dies ergebe sich aus den eingeholten Gutachten von Dr. S. sowie dem Gutachten von Herrn K. sowie dem Entlassbericht des SRH-Gesundheitszentrums Bad W. Unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen könne der Kläger noch unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein. Die Psoriasis-Arthritis-Erkrankung zeichne sich dadurch aus, dass ihr Verlauf nicht linear und nicht immer gleich geprägt sei. Schubweise Phasen mit starker Entzündungstätigkeit würden sich mit Phasen abwechseln, in denen nahezu keine entzündlichen Veränderungen erkannt werden könnten und sich die entsprechenden Entzündungswerte im Normalbereich bewegen würden. Diese entzündlichen Veränderungen bzw. Verschlimmerungen könnten durch eine gut eingestellte immunsuppressive Therapie trotz der häufigen Unverträglichkeitsreaktionen durchaus therapiert und beherrscht werden. Die Einschränkungen der Extremitätengelenke seien nicht so ausgeprägt, dass der Kläger sie nicht im Rahmen einer leidensgerechten Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich einsetzen könnte. Dies gelte auch im Hinblick auf die ständig vorhandenen Gelenkschmerzen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Kläger sich nur im Rahmen seiner stationären Aufenthalte einer speziellen Schmerztherapie unterziehe. Eine ambulante Schmerztherapie – abgesehen von der regelmäßigen Einnahme von Schmerzmitteln – nehme er jedoch nicht in Anspruch. Auch sei er in der Lage, außerhalb der akuten Entzündungsphasen seinen Single-Haushalt zu führen und Putzarbeiten auszuführen, wenn auch langsamer als sonst. Fremder Hilfe bedürfe er jedenfalls offensichtlich nicht. Das Gericht verkenne nicht, dass das Leistungsvermögen des Klägers in den Akutphasen, die eine stationäre Einweisung und gegebenenfalls eine Medikamentenumstellung erforderlich machen, aufgehoben sein dürfte. Allerdings würden sich die Beschwerden des Klägers nach der Einnahme von Kortison schon innerhalb von zwei bis drei Tagen bessern; die Ausschleichphase im Hinblick auf die Kortisoneinnahme betrage vier bis fünf Wochen. Die Begutachtung bei Dr. S. habe am Ende einer solchen Ausschleichphase stattgefunden. Zu diesem Zeitpunkt sei das Leistungsvermögen wiederhergestellt worden. Somit würden diese Akutphasen – vergleichbar einer depressiven rezidivierenden Erkrankung – lediglich Zeiten der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, nicht jedoch einer sechs Monate andauernden Erwerbsminderung begründen. Auch die Erkrankung auf kardiologisch-internistischem Gebiet würde zu keinem zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögen führen. Nach dem Infarkt und der Stentimplantation sei kein wesentlicher Myokardschaden vorhanden. Objektiv habe sich für Herz und Lunge kein pathologischer Befund ergeben, was sich aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nachvollziehbar entnehmen lasse. Deshalb sei auch eine bis mittelschwere Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich möglich. Sofern im Entlassungsbericht des SRH-Zentrums auch eine zeitlich eingeschränkte Belastbarkeit für körperlich leichte Tätigkeiten auf unter drei Stunden angegeben werde aufgrund der Gelenkserkrankung, werde auf das Gutachten von Dr. S. verwiesen. Das mindestens sechsstündige Restleistungsvermögen des Klägers sei auch nicht derartig reduziert, dass es seinem Arbeitseinsatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter den üblichen Bedingungen entgegenstünde. Die qualitativen Einschränkungen (keine mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg Gewicht, ohne überwiegendes Stehen und Gehen, ohne monoton fixierende Körperhaltungen, ohne häufiges Bücken oder Treppensteigen, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder an gefährlichen laufenden Maschinen, unter zusätzlichem Ausschluss von Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeit sowie Arbeiten in Zug, Nässe oder Kälte, mit hoher Verantwortung, unter nervlicher Belastung oder mit hohen Anforderungen an das Konzentrationsvermögen) würden keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung darstellen, die die Benennung einer Verweisungstätigkeit erfordern würde. Insbesondere sei der Kläger noch in der Lage, trotz seiner Einschränkungen der Hand- und Fingerbeweglichkeit beider Hände noch die für körperlich leichte Tätigkeiten üblichen manuellen Tätigkeiten (z.B. Verpackungs- und Sortiertätigkeiten) zu erbringen. Dies ergebe sich aus dem von Dr. S. mitgeteilten Befund hinsichtlich der Beweglichkeitsüberprüfung der Handgelenke. Der Arbeitsmarkt gelte für den Kläger auch im Hinblick auf die zu erwartenden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit als nicht verschlossen. Bislang habe das Bundessozialgericht (BSG) die Auffassung vertreten, eine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes liege vor, wenn der Versicherte die Arbeitsleistung für einen Zeitraum von mehr als 26 Wochen im Jahr gesundheitsbedingt nicht mehr erbringen könne. Ebenso könnten etwa einmal wöchentlich auftretende Fieberschübe, die zu mehreren Tagen der Arbeitsunfähigkeit führten, eine schwere spezifische Leistungsbehinderung darstellen. Aber auch Versicherte, deren Arbeitsunfähigkeitszeiten den Zeitraum eines halben Jahres nicht überschreiten, könnten voll erwerbsgemindert sein, insbesondere, wenn häufige, zeitlich nicht genau festliegende und deshalb vom Arbeitgeber nicht einplanbare Arbeitsunfähigkeiten zu erwarten seien. Im Falle des Klägers seien, wie Dr. S. schlüssig ausführe, zwar Zeiten der Arbeitsunfähigkeit anlässlich eines neuerlichen Krankheitsschubes bis zum Erfolg einer gegebenenfalls neu anzupassenden Therapie bzw. Medikation zu erwarten. Ausgehend vom bisherigen Krankheitsverlauf seien diese Schübe, die auch jeweils eine stationäre Einweisung und/oder die Einnahme von Kortison über mehrere Wochen erforderlich machten, jedoch nur einmal bis zweimal im Jahr zu erwarten. So habe sich der Kläger in der jüngsten Vergangenheit vom 03. bis 08.01.2013, vom 18. bis 23.04.2013 und vom 26.03. bis 25.04.2014 aufgrund der Psoriasis-Arthritis in stationärer Behandlung befunden. Zudem sei im September 2014 vorübergehend die Wiederaufnahme der Kortisonbehandlung erfolgt. Somit erfüllten die voraussichtlichen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit weder in ihrer Anzahl pro Jahr noch hinsichtlich der Dauer der einzelnen Phasen die Anforderungen der Rechtsprechung im Hinblick auf die dadurch gegebene Verschlossenheit des Arbeitsmarktes. Ferner sei die Wegefähigkeit des Klägers nicht aufgehoben. Bei der Beurteilung der Mobilität seien alle tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Wegefähigkeit liege insbesondere dann vor, wenn ein Arbeitsplatz auf andere Art als zu Fuß, z.B. mit dem eigenen Kfz, erreichbar sei. Der Kläger verfüge sowohl über einen Führerschein als auch über einen PKW, weshalb Wegefähigkeit zu bejahen sei.

Gegen das ihm am 06.08.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.08.2015 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und sein Begehren im Wesentlichen mit der Begründung vertieft, dass die seit Januar 2015 durchgeführten Therapien hinsichtlich der rheumatischen Erkrankungen im ersten Halbjahr 2015 ohne ausreichende Wirkung verlaufen seien. Die in allen Gelenken bestehenden Schmerzen seien nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Der Senat hat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Dr. S. hat mit Schreiben vom 15.01.2016 schriftlich Auskunft erteilt, die im Wesentlichen der früheren entspricht. Sie hat vor allem mitgeteilt, dass die Umstellung der Therapie auf Otezla (Wirkstoff: Apremilast, Antikörper) ohne Wirkung geblieben sei.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 01.02.2016 mitgeteilt, dass er vom 20. bis 26.01.2016 in der Rheumatologischen Abteilung des Klinikums H. de la S. in O. in Behandlung gewesen sei und eine neue Therapie begonnen worden sei. Er bekomme am 02.02.2016 die erste Dosis Stelara (Wirkstoff Ustekinumab, Antikörper) 45 mg gespritzt, in der Hoffnung, dass das nun die richtige Therapie sei. Zudem sei eine Kontrolle im April 2016 geplant. Er werde die entsprechenden Berichte, sobald sie ihm vorliegen, übersetzen und dem Gericht zukommen lassen.

Im Mai 2016 hat er den Bericht des Krankenhauses in O. vom 14.03.2016 über den Aufenthalt vom 20. bis 26.01.2016 vorgelegt. Danach erfolge bislang eine Behandlung u.a. mit Prednisolon einmal morgens seit Dezember 2015 bei progressiver Verringerung sowie mit Otezla 30 mg einmal morgens und einmal abends. Das Präparat Otezla sei in Frankreich nicht erhältlich. Es sei die Medikation mit Stelara bei der

Entlassung mit einer ersten Injektion und einer therapeutischen Erziehungssitzung sowie einer nächsten Injektion in vier Wochen und dann alle zwölf Wochen geplant.

Nachdem der Kläger mitgeteilt hatte, dass er am 30.09.2016 von dem Gefäßchirurgen Dr. B. drei Stents gelegt bekommen habe, hat der Senat Dr. B. mit gerichtlichen Verfügungen vom 08.02.2017 und 20.09.2017 zur Übersendung des Operationsberichtes sowie der Befundberichte über sämtliche ambulante und stationäre Behandlungen des Klägers aufgefordert. Eine Reaktion hierauf ist nicht erfolgt.

Der Kläger hat im weiteren Verlauf einen Laborbefund vom 09.06.2017 aus dem Krankenhaus H. de La Source in O. Abteilung Rheumatologie vorgelegt, der nach Auswertung durch die Fachärztin für Innere Medizin Dr. A. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten vom 29.08.2017 in der überwiegenden Mehrzahl der gemessenen Parameter im Normbereich liegende Werte zeige bei lediglich zwei geringfügig erhöhten Entzündungsparametern.

Der Kläger hat ein ärztliches Attest von Dr. N. vom Zentrum für berufliche Wiedereingliederung und Ausbildung, Sozialberatungszentrum in N.-s.-L. vom 05.10.2017 vorgelegt, in welchem sie bescheinigt, dass der Gesundheitszustand des Klägers die Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit rechtfertige, weil er an zahlreichen schweren Erkrankungen leide.

Im November 2017 hat der Kläger mitgeteilt, dass er gerade einen neuen Rheumaschub gehabt habe, weshalb er im Krankenhaus habe behandelt werden müssen und nun eine neue Therapie mit 15 mg Methotrexat wöchentlich veranlasst sei.

Mit gerichtlicher Verfügung vom 30.11.2017 hat der Senat den Kläger darauf hingewiesen, dass Dr. B. die angeforderten Unterlagen immer noch nicht übersandt hat und der Kläger selbst entsprechende Befundberichte von diesem und anderer behandelnder Ärzte vorlegen möge. Dies ist nicht erfolgt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Juni 2015 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13. Juni 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab dem 1. März 2013 Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, zumindest auf Zeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung beruft sie sich auf die von ihr vorgelegten Stellungnahmen von Dr. O. vom 03.02.2016 und von Dr. A. vom 22.02.2016 und 29.08.2017. Ergänzend hat sie vorgetragen, dass ausgehend von einem Leistungsfall am 11.09.2017 (Erstellen des Versicherungsverlaufes) gegenwärtig noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung einer Rente wegen Erwerbsminderung erfüllt seien.

Die Beteiligten haben mit Schreiben vom 09.02.2018 bzw. 02.03.2018 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Gerichts ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie auf die von der Beklagten beigezogene Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)), ist nach § 151 Abs. 1 und 2 SGG form- und fristgerecht. Berufungsausschlussgründe liegen nicht vor (§ 144 SGG). Die Berufung ist zulässig, soweit mit ihr das Urteil hinsichtlich der Klageabweisung der Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI angefochten und die Verurteilung der Beklagten hierzu begehrt wird. Soweit mit der Berufung die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI begehrt und die Verurteilung der Beklagten hierzu beantragt wird, ist die Berufung unzulässig. Denn über einen solchen Anspruch, bei dem es sich um einen von der Rente wegen Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI zu unterscheidenden Streitgegenstand handelt (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.12.2016 - L 10 R 878/15 -, Juris), hat das SG nicht entschieden, da der rechtskundig vertretene Kläger angesichts der Stichtagsregelung, wonach einen solchen Anspruch nur die vor dem 02.01.1961 geborenen Versicherten haben, konsequenterweise in der mündlichen Verhandlung vor dem SG keinen diesbezüglichen Antrag gestellt hatte.

Die Berufung des Klägers ist, soweit sie zulässig ist, nicht begründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) zu Recht abgewiesen. Der streitbefangene Bescheid vom 13.06.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.02.2014 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI. Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die von der Klägerin beanspruchte Rente - § 43 SGB VI - dargelegt und zutreffend ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung hat, weil er in der Lage ist, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts bei Beachtung qualitativer Einschränkung 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 gemäß § 153 Abs. 2 SGG zurück.

Ergänzend ist auszuführen, dass sich auch aus dem Berufungsverfahren nicht der Nachweis ergeben hat, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf ein rentenrelevantes Leistungsniveau (unter sechs Stunden) herabgesunken ist. Denn zum einen ergeben sich aus dem Krankenhausbericht über die stationäre rheumatologische Behandlung und dem Laborbefund vom 09.06.2017 keine rentenrelevanten Erkenntnisse, da die Werte weitgehend normal waren. Auch ist nicht erkennbar, dass der neue Schub im November 2017 eine gravierende

Verschlechterung gebracht hat. Zum anderen wurden rentenrelevante Tatsachen, die sich aus der Herzerkrankung und der Stentimplantation im September 2016 ergeben könnten, nicht nachgewiesen. Ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente setzt jedoch beweisrechtlich voraus, dass die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 07.09.2004 - [B 2 U 25/03 R](#) -, Juris) feststehen. Im Falle der Nichterweislichkeit anspruchsbegründender Tatsachen gilt auch im sozialgerichtlichen Verfahren nach ständiger Rechtsprechung des BSG (grundlegend Urteil vom 24.10.1957 - [10 RV 945/55](#) - und Urteil vom 20.01.1977 - [8 RU 52/76](#) -, Juris) der Grundsatz der objektiven Beweislast, insbesondere der Feststellungslast, wonach die Folgen der Nichterweislichkeit einer Tatsache von demjenigen Beteiligten zu tragen sind, der aus dieser Tatsache ein Recht herleiten will. Eine Beweislastentscheidung setzt voraus, dass zunächst alle verfügbaren Erkenntnisquellen ausgeschöpft worden sind und sich die entscheidungserheblichen Tatsachen gleichwohl nicht feststellen lassen (BSG, Urteil vom 24.05.2006, B [11 AL 7/05](#) R, Juris). Der Kläger hat im Berufungsverfahren mit Ausnahme des Krankenhausberichtes vom 14.03.2016 und des Laborbefundes vom 09.06.2017 keine weiteren medizinischen Befundunterlagen vorgelegt, die die Annahme einer rentenrelevanten Leistungseinschränkung auf unter sechs Stunden begründen würden. Auch die Befragung des den Kläger in Frankreich behandelnden Arztes blieb ohne Erfolg. Aus der Bescheinigung von Dr. N. ergeben sich keinerlei Befunde für eine rentenrelevante Einschränkung. Für weitere Ermittlungen von Amts, vor allem ins Blaue hinein, bestand kein Anlass.

Überdies führen auch die qualitativen Leistungseinschränkungen, die der gerichtliche Sachverständige Dr. S. in seinem Gutachten dargestellt hat und die das SG hierauf basierend - mit Ausnahme der Einschränkung für grobe Arbeiten mit den Händen und den Fingern sowie für Feinarbeiten mit den Fingern - festgestellt hat, nicht dazu, dass der Kläger voll erwerbsgemindert ist. Dies gilt auch für die Einschränkung für grobe Arbeiten mit den Händen und den Fingern sowie für Feinarbeiten mit den Fingern, die der Senat hiermit feststellt.

Ob dem Kläger ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist im Hinblick auf konjunkturelle Schwankungen (BSG, Urteil vom 19.10.2011 - [B 13 R 78/09 R](#) -, Juris) nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Maßgebend ist, ob der Kläger mit dem ihm verbliebenen Restleistungsvermögen in der Lage ist, zumindest körperlich leichte und geistig einfache Tätigkeiten - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, er also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, d.h. durch (irgend) eine Tätigkeit Erwerb(seinkommen) zu erzielen, wovon nach der Rechtsprechung des BSG im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. hierzu und zum Folgenden: BSG, Urteile vom 09.05.2012 - [B 5 R 68/11 R](#) -, vom 19.10.2011 - [B 13 R 78/09 R](#) -, Juris). Danach ist mehrschrittig zu prüfen: In einem ersten Schritt ist festzustellen, ob das Restleistungsvermögen dem Versicherten Verrichtungen oder Tätigkeiten erlaubt (wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen auch unter Berücksichtigung von Arbeitsfeldern im Dienstleistungsbereich und im Bereich der Informationstechnik usw. (vgl. BSG Urteile vom 09.05.2012 und vom 19.10.2011, [a.a.O.](#) - unter Verweis auf BSG Großer Senat, Beschluss vom 19.12.1996 - [GS 2/95](#) -, [BSGE 80, 24](#) - 41; Juris)), die in ungelerten Tätigkeiten üblicherweise gefordert werden. Es genügt die Benennung von "Arbeitsfeldern", von "Tätigkeiten der Art nach" oder von "geeigneten Tätigkeitsfeldern", die der Versicherte ausfüllen könnte. Damit können dann "ernste Zweifel" an der beschriebenen Einsatzfähigkeit des Versicherten als Folge von qualitativen Leistungseinschränkungen ausgeräumt werden. Erst wenn sich solche abstrakten Handlungsfelder des allgemeinen Arbeitsmarktes für das Restleistungsvermögen des Versicherten nicht beschreiben lassen, ist in einem zweiten Schritt, zu prüfen, ob eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine besondere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt, für die bejahendenfalls dann in einem dritten Schritt mindestens eine, dem Restleistungsvermögen des Versicherten entsprechende konkrete Verweisungstätigkeit mit ihren typischen, das Anforderungsprofil bestimmenden Merkmalen (kein konkreter Arbeitsplatz) unter Berücksichtigung der (Verschlossenheits)Katalogfälle Nr. 3 bis 6 zu benennen ist. Ist letzteres nicht möglich, gilt der Arbeitsmarkt dann selbst bei einem noch vorhandenen sechsständigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf ein noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten.

Für die Beurteilung, ob eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt, ist auf die Umstände des Einzelfalls abzustellen, maßgeblich sind vor allem Anzahl, Art und Schwere der bestehenden qualitativen Einschränkungen und die damit verbundene Frage, inwieweit diese geeignet erscheinen, gerade auch typische Arbeitsplätze für körperlich leichte Tätigkeiten zu versperrern (BSG, Urteile vom 09.05.2012 und 19.10.2011, [a.a.O.](#)). Nach der Rechtsprechung des BSG (Großer Senat, Beschluss vom 19.12.1996 - [GS 2/95](#) -, [BSGE 80, 24](#) - 41 = [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#), BSG, Urteil vom 01.03.1984 - [B 4 RJ 43/83](#) -, Juris) sind unter anderem folgende Einschränkungen nicht ungewöhnlich und veranlassen nicht zur Pflicht der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit: Ausschluss von Tätigkeiten, die überwiegendes 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, Ausschluss von Arbeiten im Akkord, im Schichtdienst, an laufenden Maschinen, Ausschluss von Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das Seh-, Hör- oder Konzentrationsvermögen stellen. Überdies setzt eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen nach der zitierten Rechtsprechung des Großen Senats des BSG das Vorliegen von wenigstens zwei ungewöhnlichen Leistungseinschränkungen voraus; das Zusammentreffen einer ungewöhnlichen mit einer oder mehreren gewöhnlichen Leistungseinschränkungen genügt indes nicht (vgl. auch BSG, Urteile vom 09.05.2012 und vom 19.10.2011, [a.a.O.](#)).

Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können - unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände - grundsätzlich auch Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit in Verbindung mit anderen Einschränkungen (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2012 - [B 5 R 68/11 R](#) -, a.a.O. unter Verweis auf BSG, Urteil vom 28.08.1991 - [13/5 RJ 47/90](#) -, [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 8](#), Juris) gehören. Dr. S. hat zwar im Januar 2015 - anders als Dr. K. im Mai 2013 - eine Einschränkung der Hand- und Armbeweglichkeit festgestellt. Allerdings bedingt dies gerade unter Berücksichtigung der Umstände des vorliegenden Einzelfalles keine schwere spezifische Leistungsbehinderung. Denn zum einen war, wenn auch bei deutlicher Kraftminderung um ein Drittel, die Beweglichkeitsprüfung des rechten Handgelenkes unauffällig. Zudem war die Beweglichkeit des linken Handgelenkes, wenn auch bei ebenfalls deutlicher Kraftminderung um ein Drittel, hinsichtlich Extension und Flexion lediglich um 10 Grad gegenüber rechts eingeschränkt. Überdies waren die Fingerfunktionsgriffe, wenn auch bei deutlicher endgradiger Schmerzhaftigkeit wegen der Arthrose im Daumensattelgelenk, durchführbar. Auch der Faustschluss war beidseits möglich. Da zudem auch die Umfangmessung der oberen Extremitäten keine einseitige Muskelminderung und keine Herabsetzung des Muskeltonus ergab, schließt der Senat hieraus, dass der Kläger auch keine schmerzbedingte Schonhaltung einnehmen musste.

Der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedarf es daher vorliegend nicht. Ohne dass es entscheidungserheblich darauf ankäme, wäre selbst wenn man anders als der Senat und das SG vom Vorliegen einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung und damit von der Notwendigkeit der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ausgehen sollte, als Verweisungstätigkeit die des Pförtners an der Nebenpforte zu nennen. Diese hat bereits die Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem SG zutreffend benannt. Sie wird den qualitativen Leistungseinschränkungen und dem damit verbundenen Restleistungsvermögen des Klägers gerecht. Die Tätigkeit des Pförtners an der Nebenpforte besteht hauptsächlich darin, überwiegend für den Verkehr der Betriebsangehörigen bei Bedarf von der Pförtnerloge aus Einlass, z.B. durch Öffnen einer Schranke oder Pforte mittels Knopfdruck, zu gewähren (vgl. LSG Baden-Württemberg Urteile vom 22.03.2018 - [L 7 R 2371/15](#) -, vom 11.04.2017 - [L 9 R 1264/15](#) - und vom 21.02.2017 - [L 9 R 1876/14](#) -, Sozialgerichtsbarkeit.de und vom 28.04.2004 - [L 3 RJ 2939/99](#) -, LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 28.04.2011 - [L 3 R 21/09](#) -; beide Juris). Es handelt sich meist um eine körperlich leichte Arbeit in geschlossenen, temperierten Räumen. Sie wird überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen verrichtet. Die Tätigkeit erlaubt einen beliebigen Haltungswechsel sowie ein Hin- und Hergehen in der Pförtnerloge bzw. je nach Örtlichkeit auch davor. Die Tätigkeit stellt keine besonderen Anforderungen an das Seh- und Hörvermögen und beinhaltet keine ständige nervliche Belastung. Zwar sind Stress-Situationen nicht ganz zu vermeiden; insoweit handelt es sich aber jedenfalls nicht um typische, im Alltagsgeschäft routinemäßig vorkommende Ereignisse. Im Einzelfall kann auch Schichtarbeit vorkommen; dies hängt jedoch vom Arbeitsort ab. Schwere Tätigkeiten wie das Heben und Tragen schwerer Lasten, Zwangshaltungen, häufiges Bücken, Überkopparbeiten, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, Akkord-, Fließbandarbeit und Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung fallen hierbei nicht an. Die Tätigkeit stellt auch keine besonderen Anforderungen an die Funktionstüchtigkeit der Arme und Beine; schließlich sind Pförtner auch keinen besonderen Anforderungen an das Kommunikationsvermögen ausgesetzt. Den Verweisungsberuf des Pförtners an der Nebenpforte kann der Kläger im Rahmen der bei ihm zu beachtenden qualitativen Leistungseinschränkungen mithin gesundheitlich zumutbar verrichten. Arbeitsplätze im genannten Beruf sind auf dem Arbeitsmarkt in genügender Zahl vorhanden; es handelt sich nicht um Schonarbeitsplätze, die allein leistungsgeminderten Betriebsangehörigen vorbehalten sind (vgl. zuletzt LSG Baden-Württemberg, Urteile vom 22.03.2018 - [L 7 R 2371/15](#) - und vom 21.12.2017 - [L 10 R 1626/16](#) -, Sozialgerichtsbarkeit.de). Der Kläger ist der vorbezeichneten Verweisungstätigkeit ferner nach seinem beruflichen Können und Wissen gewachsen und zur Überzeugung des Senats in der Lage, die dort gestellten Anforderungen innerhalb einer nur kurzen Einarbeitungszeit von höchstens drei Monaten (vgl. hierzu BSG SozR 2200 § 1245 Nr. 45) vollwertig auszuüben. Unerheblich ist, ob dem Kläger in der streitbefangenen Zeit überhaupt ein geeigneter freier Arbeitsplatz hätte angeboten werden können, denn dieses Risiko trifft allenfalls die Arbeitsverwaltung, nicht jedoch die gesetzliche Rentenversicherung, welche ihre Versicherten allein vor den Nachteilen einer durch Krankheit oder Behinderung geminderten Leistungsfähigkeit zu schützen hat (vgl. BSG, Urteil vom 14.05.1996 - [4 RA 60/94](#) -, [BSGE 78, 207](#), 211 f.).

Auch die mit der schubweise verlaufenden rheumatologischen Erkrankung verbundenen akut stationären Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitszeiten führen aus den vom SG genannten Gründen nicht zu einer vollen Erwerbsminderung unter dem Gesichtspunkt der Verschlussenheit des Arbeitsmarktes.

Auch die Wegefähigkeit des Klägers ist aus den vom SG genannten Gründen gegeben.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-05-13