

L 8 R 2163/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 15 R 2034/15
Datum
10.05.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 R 2163/17
Datum
29.06.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 10.05.2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, seit 01.10.2014 hat.

Der 1957 in F. (UdSSR) geborene Kläger siedelte am 03.07.1989 in die Bundesrepublik Deutschland über und ist im Besitz eines Vertriebenen/Flüchtlingsausweises A (/ 8 der Beklagtenakte). Er erlernte vom 07.04.1975 bis 01.09.1975 den Beruf des Kraftfahrers (/ m1 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil). Vom 01.01.1990 bis 30.06.1995 war der Kläger in der Bundesrepublik Deutschland als Forst-Maschinist, Sägewerkarbeiter versicherungspflichtig beschäftigt, die Beschäftigung endete durch Kündigung. Anschließend war der Kläger vom 01.07.1995 bis 31.10.2010 als Lagerist und vom 15.07.2011 bis 15.12.2011 als LKW-Fahrer tätig. Diese letzte Tätigkeit wurde wegen Krankheit beendet (vgl. / m1 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil). Nach Krankengeldbezug ist der Kläger seit 04.08.2013 arbeitslos. Ihm wurde ein GdB von 100 (in Heilungsbewährung) zuerkannt (/ m4, 5 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil).

Der Kläger beantragte am 01.10.2014 bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (/ 1/7 der Beklagtenakte). Zu seinem Antrag gab er an, sich seit 21.12.2011 wegen einem Melanom Stadium III B/pN1a (sn) MO nach AJCC 2009 und rheumatoider Arthritis (MO 6.0) für erwerbsgemindert zu halten (/ m1 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil).

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Internist Dr. B. ein Gutachten über den Kläger. In diesem Gutachten (/ m10 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil; Untersuchung des Klägers am 11.11.2014) stellte Dr. B. die Diagnosen einer aktiven seropositiven chronischen Polyarthritits mit Befall der Finger und Zehen unter medikamentöser Basistherapie, eines operierten malignen Melanoms des Rückens 12/11 in Vollremission, aber mit Lymphödem des linken Armes nach ALNE, sowie einer morbiden androgenen Adipositas ohne Begleit- und Folgeerkrankungen. Tätigkeiten als Lkw-Fahrer seien dauerhaft nur unter drei Stunden möglich. Im Übrigen lasse sich die Leistungsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten aktuell nicht sicher feststellen. Es ergebe sich ein vorzeitiger rheumatologischer Reha-Bedarf.

Vom 11.12.2014 bis zum 01.01.2015 führte die Beklagte in der Reha-Klinik K. , Bad K. , stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durch. Der Entlassbericht vom 15.01.2015 (m 11 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil) teilt als Diagnosen eine seropositive chronische Polyarthritits, ein operiertes malignes Melanom des Rückens 12/11, eine postoperative Ödemneigung am linken Arm, eine Adipositas (BMI 41,4) und eine Hyperurikämie mit. Eine Tätigkeit als Lkw-Fahrer sei unter drei Stunden möglich, leichte Tätigkeiten zeitweise im Stehen, Gehen und Sitzen seien unter Beachtung von qualitativen Einschränkungen hinsichtlich des Bewegungs-/Haltungsapparates sowie hinsichtlich Gefährdungs-/Belastungsfaktoren sechs Stunden und mehr zumutbar.

Mit Bescheid vom 29.01.2015 (/ 24 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab. Der Kläger sei in der Lage noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Zwar könne er nicht mehr sechs Stunden täglich als Kraftfahrer erwerbstätig sein, könne aber andere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, auf die er verweisbar sei, in diesem Umfang ausüben.

Hiergegen erhob der Kläger, rechtlich durch einen Verband vertreten, am 20.02.2015 (/ 22 der Beklagtenakte) Widerspruch, zu dessen

Begründung (/ 28 der Beklagtenakte) er auf seine Erkrankungen verwies. Die Reha-Klinik habe die Leistungsbeurteilung massiv relativiert. So führe die Reha-Klinik aus, dass er bei mäßigen bis starken Funktionseinschränkungen in Folge einer noch aktiven erosiven rheumatoiden Arthritis unter der laufenden Basistherapie sowie nach malignem, nach nodal axiller metastasierendem Melanom des Rückens pT4b, pN1 ED 12/11, ohne Rezidivnachweis mit intermittierender Neigung zum Lymphödem nach ALNE allenfalls noch Leistungsfähigkeit für sechs Stunden und mehr für leichte körperliche Tätigkeiten in Tages-, Früh- und Spätschicht, ständig sitzend, zeitweise stehend, ohne besondere Gefährdung durch Arbeiten im nasskalten Milieu, ohne Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Gebrauchsfähigkeit beider Hände für manuelle Tätigkeiten, ohne Hitzeexposition, ohne Verletzungsgefahren für den linken Arm und ohne Überkopftätigkeiten bestehe. Berufsfördernde Leistungen seien zu prüfen, jedoch nach Einschätzung der Reha-Klinik eher unrealistisch, da er einen Rentenanspruch gestellt habe. Im Rehabilitationsergebnis habe die Reha-Klinik auch darauf verwiesen, dass die rheumatischen Beschwerden noch deutlich ausgeprägt seien. Die Ärzte der Reha-Kliniken hätten ihm gesagt, sie müssten die Leistungsbeurteilung so schreiben. Er gehe daher davon aus, dass nicht wenige Reha-Berichte im Hinblick auf ein dem Leistungsträger genehmes Ergebnis "frisirt" würden, um weitere Zuweisungen nicht zu gefährden.

Nach Einholung einer Stellungnahme bei Dr. B. vom 28.04.2015 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 09.06.2015 (/ 33 der Beklagtenakte) zurück.

Auf die am 13.07.2015 beim Sozialgericht (SG) Mannheim erhobene Klage, zu der der Kläger die Berichte des Internisten/Rheumatologen Dr. H. vom 03.07.2015 und 20.02.2015 (Blatt 15/17 der SG-Akte) vorgelegt hat, hat das SG Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 23/26 und 32/59 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. H. hat dem SG am 09.09.2015 geschrieben, die rheumatoide Arthritis sei trotz intensiver medikamentöser Therapie weiter entzündlich. Durch Schmerzen sei er eingeschränkt. Eine leichte körperliche Tätigkeit von täglich sechs Stunden sei dem Kläger wohl zuzumuten. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. univ. M. hat dem SG am 09.10.2015 geschrieben, der Kläger könne aufgrund der rheumatischen Erkrankung weder Tätigkeiten im Umfang von sechs Stunden noch im Umfang von drei Stunden ausüben.

Das SG hat beim Facharzt für Orthopädie/Rheumatologie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Sozialmedizin Dr. R. ein Gutachten eingeholt. In seinem Gutachten vom 10.02.2016 (Blatt 65/125 der SG-Akte, Untersuchung des Klägers am 18.01.2016) eine destruierte rheumatoide Arthritis, Gonalgien (Knieschmerzen) hat Dr. R. links bei Zustand nach Knieverletzung links und Arthroskopie, leichte Arthrosen der Kreuzbein-Darmbein-Gelenke beidseits und der Hüftgelenke beidseits, leichte bis mäßige degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, leichte bis mäßige Arthrose im linken Schultergelenk, leichte bis mäßige Senk-Spreizfüße beidseits, leichte Arthrosen der Großzehengrundgelenke, eine derzeit nicht aktive Arthritis der Kleinzehengrundgelenke und Sprunggelenke, eine Adipositas, ein Melanom am Rücken (Operation 12/2011) und den Verdacht auf Lungentuberkulose mitgeteilt. Noch möglich seien - unter Berücksichtigung von qualitativen Einschränkungen - leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen, teilweise im Stehen und teilweise im Gehen im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich.

Auf Antrag des Klägers hat das SG nach [§ 109 SGG](#) ein Gutachten bei der Fachärztin für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. L. eingeholt. Diese hat in ihrem Gutachten vom 07.11.2016 (Blatt 137/152 der SG-Akte) ausgeführt, der Kläger leide unter einer rheumatoiden Arthritis, die trotz intensiver Basistherapie nach wie vor eine hohe entzündliche Aktivität aufweise. Darüber hinaus bestehe eine Adipositas per magna. Sollte der Kläger der Intensivierung der Basistherapie auf ein Biologikum nicht zustimmen, sei aufgrund der hochentzündlichen Aktivität von Seiten der rheumatoiden Arthritis eine vollschichtige Leistungsfähigkeit selbst für leichte Arbeiten nicht mehr gegeben. Es sei dann dauerhaft von einem Leistungsvermögen von maximal drei bis unter sechs Stunden auszugehen, da der Kläger aufgrund der entzündlichen Veränderungen im Bereich der Handgelenke und Hände in seiner Funktion schmerzbedingt deutlich eingeschränkt sei. Dies führe zu einer rascheren Erschöpfbarkeit. Wenn durch die Anpassung der Basistherapie auf intensivere immunsuppressive Therapie die rheumatoide Arthritis in Remission komme, sei ein vollschichtiges Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden für leichte Arbeiten anzunehmen.

Hierzu hat die Beklagte die sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. L. vom 24.01.2015 (Blatt 155 der SG-Akte) vorgelegt, der eine kurzzeitige Erhöhung der Kortisondosis während der zwei bis drei Tage andauernden Schübe für zumutbar erachtet hat.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.02.2017 (Blatt 158/162 der SG-Akte) hat Dr. R. ausgeführt, dass die bereits eingetretenen und nachweisbaren Funktionseinschränkungen durch die erheblichen qualitativen Leistungsminderungen hinreichend berücksichtigt worden seien. Anders als bei einer hochgradig andauernden entzündlichen Aktivität hätten sich bei ihm lediglich leicht bis mäßig erhöhte Laborwerte gezeigt, bei Dr. L. seien nur gering bis mäßig entzündliche Werte gemessen worden. Insoweit könne eine rasche Erschöpfbarkeit nicht mit der Entzündungsaktivität begründet werden. Phasen überdurchschnittlicher Entzündungsaktivitäten sei mittels Arbeitsunfähigkeit zu begegnen.

Die Beklagte hat hierzu die weitere sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. L. vorgelegt (Blatt 165 der SG-Akte).

Im nichtöffentlichen Termin vom 25.04.2017 (zur Niederschrift vgl. Blatt 169 der SG-Akte) hat der Kläger den Bericht des Dr. H. vom 03.03.2017 (Blatt 170 der SG-Akte) vorgelegt.

Mit Urteil vom 10.05.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 29.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.06.2015 sei rechtmäßig. Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung. Der Kläger sei in der Lage, leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten mit der linken Hand und dem linken Arm von fünf bis sechs Kilogramm, mit der rechten Hand und dem rechten Arm bis ein Kilogramm, leichte und feinmotorische Arbeiten ohne grobmotorische Belastungen der linken Hand, Eingaben von Tastengeräten, Schalttafeln, Büromaschinen und Personalcomputern ohne Schreiben längerer Texte, aufsichtführende Tätigkeiten, Arbeiten im Freien, bei Nässe und Kälte mit Schutzkleidung unter Vermeidung von Zwangshaltungen mit Rumpfvorhaltung, häufiges Knien oder Bücken, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Akkord- und Schichtarbeiten überwiegend im Sitzen, teilweise im Stehen und teilweise im Gehen täglich noch mindestens sechs Stunden und mehr zu verrichten. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Er habe den Beruf des Kraftfahrers nach einer mehrmonatigen Ausbildung erlernt, daher könne er auf alle - gesundheitlich zumutbaren - ungelernen Tätigkeiten des

allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 27.05.2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 01.06.2017 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Er halte das angefochtene Urteil für rechtswidrig. Gestützt auf die Einschätzung der Sachverständigen Dr. L. und des behandelnden Hausarztes Dr. M. halte er an seinem Begehren fest. Die Einschätzung des Dr. R. sei nicht nachvollziehbar. Zum einen habe sich der Gesundheitszustand ausweislich der gutachterlichen Einschätzung der Dr. L. wieder verschlechtert. Zum anderen müsse angesichts der Tatsache, dass er Rechtshänder sei, davon ausgegangen werden, dass er mit den auch von Dr. R. erhobenen Einschränkungen, vor allen Dingen mit den Einschränkungen an der rechten Hand, nicht mehr in der Lage sei, Verrichtungen oder Tätigkeiten wie zum Beispiel, Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw., die in angelernten Tätigkeiten üblicherweise gefordert werden, auszuüben. Die konkurrenzfähige Ausübung derartiger Tätigkeiten mit der linken Hand für ihn als Rechtshänder sei nicht mehr möglich. Mit Schreiben vom 21.11.2017 hat der Kläger den Bericht des Dr. H. vom 04.10.2017 vorgelegt (Blatt 27/29 der Senatsakte). In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ist darauf hingewiesen worden, dass der Kläger ab 01.06.2018 Altersrente für Schwerbehinderte bezieht. Außerdem hat er den Bericht der Fachärztin für Psychiatrie E. vom 01.06.2016 und den Bericht des Dr. H. vom 15.05.2018 (CRP-Wert: 7,1 mg/l) vorgelegt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des SG Mannheim vom 10.05.2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 29.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.06.2015 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, für die Zeit vom 01.10.2014 bis 31.05.2018 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die Beklagte hat die Stellungnahme des Internisten/Rheumatologen Dr. L. vom 18.12.2017 (Blatt 32 der Senatsakte) vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrages der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 29.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.06.2015 ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, auch nicht bei Berufsunfähigkeit. Der Senat konnte feststellen, dass der Kläger in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an fünf Tagen pro Woche (arbeitstäglich) sechs Stunden und mehr zu verrichten. Dabei hat er zwar qualitative Leistungseinschränkungen zu beachten, diese führen aber nicht zu einer zeitlichen Reduzierung des Leistungsvermögens. Auch besteht keine Berufsunfähigkeit. Daher ist das Urteil des SG vom 10.05.2017 zutreffend und die Berufung in vollem Umfang zurückzuweisen.

Gemäß [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung 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 außerstande 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 außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Gemäß [§ 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.

Der Senat konnte feststellen, dass der Kläger in der Lage ist, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Leistungsbeschränkungen arbeitstäglich sechs Stunden und mehr auszuüben.

Der Senat konnte auf der Grundlage der vorliegenden Befundberichte und Angaben der behandelnden Ärzte sowie des Reha-Berichts feststellen, dass beim Kläger eine Adipositas sowie eine Hyperurikämie besteht. Zu diesen beiden Erkrankungen haben die Ärzte keine Auswirkungen auf die zeitliche Leistungsfähigkeit des Klägers berichtet; insbesondere haben Dr. M. und Dr. L. lediglich die rheumatische Erkrankung bzw. die daraus resultierenden Schmerzen als Ursache für eine quantitative Reduzierung der Leistungsfähigkeit angegeben. Daher kann der Senat nicht feststellen, dass diese beiden Erkrankungen den Kläger in seiner Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht beeinträchtigen. Gleiches gilt für den Verdacht auf latente Tuberkulose, wie er zuletzt noch von Dr. H. im Bericht vom 04.10.2017 beschrieben worden war.

Das maßgebliche, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Leiden liegt beim Kläger auf dem Gebiet der Rheumatologie. Hier besteht eine seropositive chronische Polyarthrit, die an Händen und Füßen zu Schwellungen bzw. Veränderungen führt. So hat Dr. H. im Bericht vom 04.10.2017 angegeben, an den Fingergrund- und Fingermittelgelenken bestünden leichte Synovitiden, Entzündungen/Arthrosen in der Gelenkhaut. An den Vorfüßen besteht eine deutliche arthritische Destruktion mit Progression gegenüber 2014. Im Bericht vom 16.05.2018 hat er nur geringfügige Synovitiden und eine leichte entzündliche Laboraktivität mitgeteilt.

Dr. H. hat zuletzt in seiner Blutuntersuchung als einzigen auffälligen Wert einen CRP-Wert von 15 mg/l gemessen, zuletzt einen CRP-Wert von 7,1 mg/l. Insoweit ist der CRP-Wert, ein Eiweiß, das bei Entzündungen im Körper vermehrt im Blut nachweisbar ist (Normwert: 0-5 mg/l; bei akuten Entzündungen: Erhöhung um das 100- bis 1000-fache), in der Vergangenheit zwar erhöht, jedoch relativ konstant (Berichte Dr. H. vom 03.03.2017: 15 mg/l; vom 03.07.2015: 13 mg/l; vom 20.02.2015: 11 mg/l; Reha-Bericht: 11,3 mg/l), jedoch zuletzt sehr deutlich

gesunken. Beim Gutachter Dr. R. war der Wert mit 23,9 mg/dl gemessen worden, bei Dr. L. mit 13,1 mg/l. Beide Werte zeigen sich insoweit zwar dauerhaft erhöht, sind aber von den Gutachtern aber eher im Bereich der geringen bis mäßigen bzw. leichten bis mäßigen Erhöhung gesehen worden. Dem entspricht auch die Einschätzung des Dr. H. (z.B. Bericht vom 03.07.2015: "CRP mit 13 mg/l gering erhöht.").

Nach der Aktenlage hat Dr. H. im Bericht vom 03.07.2015 den Beginn der Schmerzen an den Händen auf Mitte 2008 gelegt, damals mit gutem Ansprechen auf Kortison und Azathioprin. Hierunter traten nur geringfügige Synovitiden, Schwellungen der Gelenkkapseln, auf. Radiologisch wurden im Juli 2014 an beiden Händen noch keine sicheren arthritischen Destruktionen beschrieben. Das ergibt sich auch aus dem Bericht vom 16.05.2018. Im Laufe der Zeit traten vor allem Beschwerden der Fingergrund- und -mittelgelenke auf. Insoweit hat der Kläger Dr. R. Schmerzen mehr rechts als links beschrieben. Überhaupt würde er alles mit der linken Hand machen, mit der rechten Hand gar nichts mehr, so der Kläger gegenüber Dr. R. ...

Bei der Untersuchung durch Dr. R. war am rechten Handgelenk eine leichte bis mäßige entzündliche Schwellung der Gelenkkapsel festzustellen, das Ellenköpfchen war leicht verstrichen durch eine entzündliche Verdickung, eine leichte Tenosynovialitis der Sehne des Musculus extensor carpi ulnaris. Am ganzen rechten Handgelenk hat der Kläger erhebliche Druckschmerzen angegeben, auch schon bei leichter Hautberührung. Die Beweglichkeit war aktiv und passiv erheblich eingeschränkt mit strukturellen Kontrakturen in Beugung und Streckung und starken Schmerzangaben (zu den Bewegungsmaßen vgl. Blatt 90 der SG-Akte = Seite 26 des Gutachtens Dr. R.). Am linken Handgelenk waren von Dr. R. dagegen keine entzündlichen Gelenkschwellungen, kein auffälliger Befund am Ellenköpfchen und keine Druckschmerzen festgestellt worden. Die Beweglichkeit am linken Handgelenk war aktiv und passiv mäßig eingeschränkt ohne wesentliche Schmerzangaben (zu den Bewegungsmaßen vgl. Blatt 90 der SG-Akte = Seite 26 des Gutachtens Dr. R.). An beiden Händen an den Fingergrundgelenken D II und III rechts und D II links bestanden zur Zeit der Untersuchung durch Dr. R. deutliche entzündliche Schwellungen der Gelenkkapseln, Artikulosynovialitis, der Kläger gab erhebliche Druckschmerzen dieser Gelenke an. An den Fingermittelgelenken und Fingerendgelenken sowie den Daumengelenken fand Dr. R. keine entzündlichen Schwellungen und keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen. Der Händedruck rechts war nur schwach ausgeprägt unter Schmerzangaben. Links war der Händedruck mäßig kräftig ohne wesentliche Schmerzangaben. Der Schreibgriff mit einem Kugelschreiber rechts wurde vom Kläger sehr schwach ausgeübt, mit mäßigen Schmerzangaben. Der Faustschluss wurde vom Kläger rechts aktiv nur andeutungsweise, passiv hälftig ausgeführt. Der Faustschluss links wurde aktiv hälftig ausgeführt und war passiv annähernd vollständig möglich. Rechts war auch der Schlüsselgriff deutlich eingeschränkt.

Radiologisch bestanden arthritische destruierende Veränderungen im rechten Handgelenk, dem Radiocarpalgelenk und den Intercarpalgelenken mit konzentrischem Knorpelverlust, auch der Gelenke der Handwurzel zur Basis der Metacarpalia. Ebenso bestand ein konzentrischer Knorpelverlust der Grundgelenke D II und III beidseits und mit zystischen Usuren am Köpfchen Metacarpale III rechts und Metacarpale II links. Dr. R. sah deutliche Hinweise auf einen destruierenden Verlauf am rechten Handgelenk, der rechten Handwurzel und der Fingergrundgelenke D II und III beidseits. An den Fingerendgelenken bestanden leichte Arthrosen.

Dr. R. sah im Vergleich zum Bericht des Dr. H. und dem Reha-Entlassungsbericht hinsichtlich der Beschwerden, der entzündlichen Schwellungen, der schmerzhaften und strukturellen Bewegungseinschränkung, insbesondere der rechten Hand, dem rechten Handgelenk und der Röntgenbefunde eine Verschlechterung im Sinne eines Fortschreitens der entzündlichen Rheumakrankheit und der Funktionseinschränkungen. Dieses Fortschreiten lässt sich aber dem vom Kläger zuletzt vorgelegten Bericht des Dr. H. vom 16.05.2018 nicht entnehmen.

Mit dem Gutachter Dr. R. ist der Senat der Überzeugung, dass der Kläger in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit qualitativ deutlich eingeschränkt ist. Hinsichtlich der rechten Hand kann er nur geringe feinmotorische Tätigkeiten als Beihand ausüben und keine grobe Arbeiten sowie kein Heben und Tragen von Lasten mehr als 1 kg bewältigen. Mit der rechten Hand kann er insoweit noch leichte körperliche Tätigkeiten ausüben, so z.B. Bedienen von Büromaschinen, Tastengeräten, Schalttafeln, der Tastatur oder der Maus eines PC oder Laptops ohne rasche Abfolge der Eingaben. Mit der linken Hand kann der Kläger dagegen noch Gewichte bis 6 kg heben, bewegen und tragen.

An den Füßen konnte Dr. R. bei seiner Untersuchung des Klägers an beiden Sprunggelenken am oberen Sprunggelenk keine entzündliche Schwellung und keine Artikulosynovialitis festzustellen. Hinter dem Außenknöchel waren beidseits die Sehnen der Peronealloge geschwollen, rechts etwas mehr als links, der Kläger gab Druckschmerzen an. Die Fußhebung war aktiv beidseits gering eingeschränkt, aber hinreichend für ein sicheres Gangbild ohne Stolpern. An beiden Füßen bestand ein geringer bis mäßiger Senk-Spreizfuß, ein geringer Rückfußvarus. An den Fuß- und Zehengelenken konnte Dr. R. keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen, keine entzündlichen Schwellungen und keine wesentlichen Druckschmerzen feststellen, auch nicht im Bereich der Grundgelenke der Kleinzehe beidseits.

Radiologisch waren an den Sprunggelenken keine wesentlichen degenerativen Veränderungen und keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung festzustellen. Am Vorfuß besteht seit Jahren eine destruierende Arthritis der Zehengrundgelenke der Kleinzehe ohne nachweisbare Progredienz und keine Hinweise auf eine weitere entzündliche oder destruierende Arthritis im Bereich von Mittel- und Vorfuß beidseits; was auch der Berichtlage des Dr. H. entspricht. Eine leichte Fußdeformität mit Spreizfüßen und ein leichter Hallux valgus besteht.

Mit Dr. R. sind daher die vom Kläger angegebenen starken, vorwiegend belastungsabhängigen und wechselhaften Schmerzen an beiden Füßen, teilweise mehr rechts und teilweise mehr links, durch die objektive Befunde bei der körperlich orientierten, orthopädisch-rheumatologischen und radiologischen Gutachtenuntersuchung nur teilweise erklärbar.

An den Knien, wo beim Kläger wegen einer Verletzung mit blutigem Erguss eine Arthroskopie durchgeführt worden war, bestanden beim Kläger bei der Untersuchung durch Dr. R. am linken Knie drei kleine, punktförmige, völlig reizlose Narben durch den Zugang zur Arthroskopie. An beiden Kniegelenken fanden sich bei der Untersuchung durch Dr. R. keine Schwellungen, keine Entzündungszeichen und kein Reizzustand. Die Kniescheiben waren ohne Anpressschmerz und ohne Schmerzangabe gut verschieblich. Beide Kniegelenke waren achsgerecht und bandstabil und bei der Überprüfung ohne Schmerzangaben. An beiden Kniegelenken wurde keine Druckschmerzen umschrieben, auch nicht am linken Kniegelenk im Bereich der Gelenkspalte oder der Meniskusbasis. Eine akute Meniskussymptomatik konnte Dr. R. nicht feststellen. Auch die Beweglichkeit war nicht wesentlich eingeschränkt und auch am linken Kniegelenk ohne Schmerzangaben, obwohl bei der Bewegungsuntersuchung der linken Hüfte erhebliche Schmerzen am linken Kniegelenk, das dabei

mitbewegt wurde, angegeben worden waren. Diese Diskrepanz der Bewegungsschmerzen konnte auch der Gutachter nicht erklären. Radiologisch fand Dr. R. an beiden Kniegelenken geringe mediale Arthrosen aber keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung.

Insgesamt konnte der Gutachter Dr. R. die vom Kläger angegebene Notwendigkeit, beim Gehen nach 200 oder 300 Metern regelmäßig und teilweise sogar für kurze Strecken in der häuslichen Wohnung eine Gehstütze benutzen zu müssen, angesichts der objektivierten Befunde mit lediglich geringen Funktionseinschränkungen nicht nachvollziehen. Bei der orthopädischen Ganganalyse war das Gehen auf dem Weg zum Untersuchungsraum ohne Gehstütze zügig mit einem geringen Hinken rechts und später in der bewussten Untersuchungssituation im Untersuchungsraum sehr zögerlich und nun mit einem Hinken links, jeweils ohne Gehhilfe, möglich; gegen die Erforderlichkeit einer Gehstütze spricht auch, dass der Kläger am Untersuchungstag eine Gehstütze gar nicht mit dabei gehabt hatte.

Das auf die linke Seite gewechselte Hinken begründete der Kläger damit, "es habe jetzt hinein gehauen ins linke Knie", was für den Gutachter nicht nachvollziehbar war. Der Barfußgang war mit deutlich eingeschränkter Fußabrollung bei mäßigen Senk- und leichten Spreizfüßen beidseits möglich. Die Gangvaria, der Fußballengang war beidseits zögerlich möglich, die Ferse verblieb in der Schwebelage ohne reflektorisches Absinken und ohne Hinweise auf ein paretisches Gangbild. Der Fußhackengang war links möglich, rechts nach einigen unbeholfenen Schritten ebenfalls. Beim begleiteten Spaziergang im Park und Übungspark der Untersuchungsklinik beschrieb der Gutachter Dr. R. das Gangbild als langsam, linkshinkend ohne Gehhilfen. Die Wegstrecke von insgesamt 500 Metern war dem Kläger in weniger als 12 Minuten ohne erforderliche Pause möglich. Bei der Überprüfung des Treppengehens war der Kläger in der Lage, in drei Minuten 38 Stufen hinauf und wieder hinunter zu gehen, teilweise jedoch im Nachstellschritt. Dabei zog sich der Kläger mit beiden Händen am Handlauf hinauf. Das Treppabgehen im Wechselschritt und mit Halt am Geländer war vorsichtig und langsam. Der Kläger hat Dr. R. angegeben, selbst über drei Etagen in den Keller gehen zu können, dort mehrere Mineralwasserflaschen mit einem Gesamtgewicht von 5 bis 6 kg in der linken Hand zu halten und damit wieder drei Etagen über die Treppen nach oben in die Wohnung zurückgehen zu können.

Insgesamt hat der Gutachter seine Befunde und die Angaben des Klägers, z.B. zum wechselseitigen Hinken, nicht in Einklang bringen können. Objektiv sei allerdings festzustellen, so Dr. R., dass beim Gang in den Park eine Strecke von 500 Metern in weniger als 12 Minuten ohne Gehhilfe zurückgelegt werden konnte, die Ein- und Ausstiegsimulation für öffentliche Verkehrsmittel benutzt werden konnte und der Kläger in der Lage ist, mehr als eine Etage Treppenstufen zu gehen.

Zur Wirbelsäule hat der Gutachter Dr. R. festgestellt, dass der Kläger dort über Schmerzen der unteren Lendenwirbelsäule und am Beckenkamm ohne Ausstrahlungen beim Aufstehen nach längerem Sitzen von mehr als 30 Minuten klagte, ansonsten mache der Rücken keine Probleme, auch nicht beim Heben und Tragen von Lasten der in der linken Hand möglichen 5 bis 6 kg, auch nicht bei Körperhaltungen wie Bücken oder Knien. Bei der körperlichen Untersuchung durch Dr. R. war die Lendenwirbelsäule ohne wesentliche Funktionseinschränkungen. Radiologisch bestehen an der Lendenwirbelsäule geringe Verschleißerscheinungen der Bandscheibenflächen der oberen Lendenwirbelsäule und mäßige Arthrosen der Zwischengelenke der unteren Lendenwirbelsäule mit einer möglichen Enge der Nervenaustrittslöcher und im Spinalkanal, was mit Dr. R. die an der Wirbelsäule angegebenen Beschwerden hinreichend erklärt. Das mögliche Heben und Tragen von Lasten von Seiten der rheumatischen Hände wird hierdurch nicht weiter eingeschränkt. Anhaltende Arbeiten im Bücken, im Knien oder in der Hocke sind aber zu vermeiden.

Insgesamt kommt der Gutachter Dr. R. zu dem Ergebnis, dass seine objektiven Befunde in Übereinstimmung mit der Aktenlage die Diagnose einer Rheumafaktor-positiven, CCP-positiven destruierenden rheumatoiden Arthritis mit besonderem Befall der rechten Hand am Handgelenk und der Fingergrundgelenke, fortschreitend in der Entzündungsaktivität, der zunehmenden Bewegungseinschränkung mit struktureller Kontraktur am rechten Handgelenk und fortschreitenden Röntgenbefunden einer zunehmenden Destruktion am rechten Handgelenk, Handwurzelgelenk und Fingergrundgelenken D II und III beidseits ergeben. Der Befund im Bereich der Sprunggelenke und Kleinzehengrundgelenke dagegen wohl eher blande verlaufend und ohne nachweisbare Progression. Hinweise auf eine Fibromyalgie ergaben sich nicht.

Dr. R. hatte den Kläger zur Schubsymptomatik befragt, jedoch keine eindeutigen Aussagen erhalten und eindeutige und wiederkehrende Schübe nicht genau eruieren können. So hat der Kläger ausweichende und abweichende Angaben auf wiederholtes Befragen gemacht (Blatt 113 der SG-Akte = Seite 49 des Gutachtens Dr. R.).

Damit wirken sich vor allem die schweren Funktionseinschränkungen des rechten Handgelenks, der rechten Hand, geringer des linken Handgelenks, der linken Hand und geringer die Funktionseinschränkungen der Fuß- und Zehengelenke auf die Leistungsfähigkeit aus.

Zu vermeiden sind daher mit Dr. R., dem sich der Senat anschließt, schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten mehr als 5 bis 6 kg mit der linken Hand und dem linken Arm und von mehr als 1 kg mit der rechten Hand und dem rechten Arm, anhaltende Belastungen der rechten Hand, grob- und feinmotorische Beanspruchungen der rechten Hand, grobe Belastungen der linken Hand, Zwangshaltungen mit Rumpfvorhaltung, häufiges Knien oder Bücken, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und mit Absturzgefahr, Akkord- und Schichtarbeiten, Arbeiten in Nässe und Kälte ohne Schutzkleidung, Gehen auf unebenem Gelände, häufiges Treppensteigen. Noch möglich sind dagegen leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten mit der linken Hand und dem linken Arm von 5 bis 6 kg, mit der rechten Hand und dem rechten Arm bis 1 kg, leichte und feinmotorische Arbeiten ohne grobmotorische Belastungen der linken Hand, Eingaben an Tastengeräten, Schalttafeln, Büromaschinen und PC ohne Schreiben längerer Texte, aufsichtführende Tätigkeiten, Arbeiten im Freien, bei Nässe und Kälte mit Schutzkleidung. Die noch möglichen Tätigkeiten können überwiegend im Sitzen, teilweise im Stehen und teilweise im Gehen verrichtet werden. Betriebsunübliche Pausen sind nicht erforderlich. Für den Fall einer überwiegend sitzenden Tätigkeit, sollte ein rückengerechter Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden. Für Bürotätigkeiten sind z.B. am Computer eine behindertengerechte Maus und evtl. Armauflagen, ein ergonomisch ausgestatteter Arbeitsplatz zu empfehlen.

Diese Einschränkungen limitieren die Leistungsfähigkeit des Klägers in qualitativer Hinsicht. In zeitlicher, also quantitativer Hinsicht konnte der Gutachter Dr. R. feststellen, dass der Kläger unter Beachtung dieser Einschränkungen in der Lage ist, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte körperliche Arbeiten täglich noch mindestens sechs Stunden und mehr zu verrichten. Der Senat folgt dieser Einschätzung, die auch vom behandelnden Rheumatologen Dr. H. geteilt wird.

Aus dem Reha-Bericht, der Einschätzung des behandelnden Internisten Dr. M. und dem Gutachten von Dr. L. ergeben sich keine Anhaltspunkte, die den Senat an dieser Leistungsfähigkeit zweifeln lassen.

So hat Dr. M. zur Begründung seiner Leistungsbeurteilung alleine auf das Bestehen der rheumatischen Erkrankung verwiesen. Dieser Leistungsbewertung kann der Senat nicht beitreten, denn alleine die Diagnose und das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung führen nicht grds. zu Auswirkungen auf die körperliche bzw. geistige oder seelische Leistungsfähigkeit. Insoweit ist eine konkrete Würdigung der Einzelfallumstände unter Berücksichtigung der jeweiligen Erkrankung, der Konstitution des versicherten und den Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorzunehmen, die Dr. M. nicht vorgenommen hat.

Soweit der rechtlich durch einen Verband vertretene Kläger im Widerspruch und in der Klagebegründung ausführt, der Reha-Bericht sei "frisirt", sodass Folgeaufträge durch die Träger der Rentenversicherung nicht verunmöglicht würden, so handelt es sich um eine rein ins Blaue hinein getroffene Behauptung, die auch durch die ebenso anhaltlosen Behauptungen seines damaligen Bevollmächtigten nicht gestützt werden. Alleine der Eindruck, viele Reha-Verfahren seien im Hinblick auf die Feststellung eines Leistungsfalls der Erwerbsminderung "ohne Erfolg" verkennt die Zielrichtung der Reha-Verfahren. Denn Ziel der Rehabilitation ist - wie [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) ausdrücklich ausführt - den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Damit ist das Argument des in der Sozialgerichtsbarkeit häufig auftretenden früheren Bevollmächtigten, die Reha-Berichte seien zur Vermeidung von Rentenfällen geschönt, aus der Luft gegriffen und ohne nähere Darlegungen wohl auch schlichtweg falsch.

Auch dem Gutachten von Dr. L. konnte der Senat nicht entnehmen, weshalb das zeitliche Leistungsvermögen des Klägers auf unter sechs Stunden arbeitstäglich herabgesunken sein soll. So hat der Kläger der Gutachterin Angaben gemacht, die im Groben zu seinen Angaben bei Dr. R. passen. Er hat jedoch erweiternd ausgeführt, er sitze zeitweise mehrere Stunden am PC bzw. am Skype, womit der Senat die von Dr. R. beschriebene Fähigkeit zum beidhändigen Umgang mit Bedienfeldern, PC oder Schreibgeräten bestätigt sieht. Auch bestätigt der Kläger gegenüber Dr. L., was schon Dr. R. angenommen hatte, nämlich dass der Kläger an der rechten Seite keine Gehstütze verwendet (vgl. Blatt 141 der SG-Akte = Seite 5 des Gutachtens Dr. L.).

Bei ihrer Untersuchung hat Dr. L. floride Synovitiden, vor allem im Bereich beider Handgelenke mit deutlicher Rechtsbetonung sowie im Bereich multipler Fingergrundgelenke beidseits und einzelner Fingermittelgelenke beidseits beschrieben; bei den folgenden Befunderhebungen durch Dr. H. ließen sich diese aber in vollem Umfang bis zuletzt nicht nachweisen. Der Faustschluss der rechten Hand war bei der Untersuchung durch die Gutachterin um 2 cm defizitär, es bestand eine deutliche Schwellung und Berührungsempfindlichkeit im Bereich beider Handgelenke rechts betont sowie im Bereich einzelner Fingergrundgelenke rechts betont. Des Weiteren fanden sich Schwellungen im Bereich beider Sprunggelenke mit deutlichem Schmerz bei Bewegung im Bereich des oberen und unteren Sprunggelenkes beidseits mit Betonung der rechten Seite. Insoweit hat auch Dr. L. die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis angegeben, die trotz intensiver Basistherapie eine hohe entzündliche Aktivität aufweise. Durch die floriden Synovitiden im Bereich der Handgelenke und Fingergelenke bestehe eine ausgeprägte Funktionsstörung im Bereich beider Hände, insbesondere was das Greifen, Heben und Bewegen von Gegenständen angehe. Des Weiteren sei durch die Schwellung und das Faustschlussdefizit, vor allem im Bereich der rechten Hand, der Pinzett-Griff und der Daumen-Kleinfinger-Griff extrem erschwert und schmerzhaft eingeschränkt, was insbesondere Feinarbeiten im Bereich der Hände nahezu unmöglich mache. Die Funktionsstörungen seien im Bereich der rechten Hand deutlich ausgeprägter vorhanden als im Bereich der linken Hand. Die rechte Hand sei aufgrund der hochgradig entzündlichen Aktivität nahezu funktionslos, da schmerzbedingt bereits eine leichte Bewegung im Handgelenk kaum möglich sei. Es bestünden Funktionsstörungen in der Fortbewegung durch Synovitiden im Bereich der Sprunggelenke, ebenfalls rechts betont. Anamnestisch lasse sich vermuten, dass im Bereich der Sprunggelenke bereits eine Sekundärarthrose aufgetreten sei, da der Kläger von einer deutlichen Schmerzzunahme unter Belastung berichte. Als Funktionsstörung ergäben sich hieraus Beeinträchtigungen in der Fortbewegung, insbesondere wenn der Untergrund uneben sei. Aufgrund der floriden Synovitiden im Bereich der Hände und Handgelenke sei der Kläger nicht in der Lage, schwere oder mittelschwere Arbeiten zu verrichten. Er könne keine Hebe- oder Tragetätigkeit von schweren oder mittelschweren Gegenständen ausführen. Er könne keine Arbeiten an gefährdenden Maschinen, Akkord- oder Schichtarbeiten ausführen, da er in der Funktionsfähigkeit der Hände deutlich eingeschränkt sei. Aufgrund der Beteiligung im Bereich der Sprunggelenke und Zehengrundgelenke seien Arbeiten, die dauerhaftes oder überwiegendes Gehen oder Stehen erforderten nicht möglich. Ebenso seien Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, die einen sicheren Stand auch im Einbeinstand erforderten, nicht möglich.

Diese Einschätzung der qualitativen Leistungsfähigkeit entspricht derjenigen des Dr. R. und des Dr. H. sowie der des Reha-Berichts, jedoch konnte der Senat eine nahezu funktionslose rechte Hand nicht feststellen.

Soweit die Gutachterin Dr. L. eine Leistungsfähigkeit für entsprechende leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von sechs Stunden und mehr annimmt, werde eine Intensivierung der Basistherapie auf ein Biologicum durchgeführt, so hat sie nicht dargelegt, dass eine solche Leistungssteigerung länger als sechs Monate benötigen würde und entspricht mit der Leistungsfähigkeit von sechs Stunden und mehr der Beurteilung durch Dr. R. ... Eine solche Leistungsfähigkeit von sechs Stunden und mehr an fünf Tagen pro Woche für leichte Tätigkeiten hat der Senat bereits zuvor festgestellt.

Soweit die Gutachterin aber ohne eine Intensivierung der Basistherapie, die der Kläger derzeit ablehnt, obwohl sie von Dr. H. auch zuletzt dringend empfohlen wird, eine Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes von unter sechs bis über drei Stunden sieht, folgt ihr der Senat nicht. Denn schon die von ihr beschriebenen Befunde passen nicht ganz zu den von Dr. H. mitgeteilten. Auch Dr. L. hat in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 24.01.2017 darauf hingewiesen, dass dem Gutachten Dr. L. Angaben zur Häufigkeit von rheumatischen bzw. Schmerzschüben nicht zu entnehmen seien. Auch der Senat kann anhand des Gutachtens nicht feststellen, dass die Schmerzschübe häufig und langanhaltend sind. Dem Gutachter Dr. R. konnte der Kläger einen solchen Schub etwa drei bis vier Wochen vor der Untersuchung berichten, Dr. L. hat er gar keinen konkreten Schub beschrieben. Für eine lange Dauer zwischen den rheumatischen Schüben spricht auch, dass der CPR-Wert, der Entzündungsaktivität des Körpers im Bluteiweiß abbildet, bei Dr. L. nur leicht bis mäßig erhöht war (s.o.), worauf Dr. R. in seiner ergänzenden Stellungnahme hingewiesen hat, zuletzt sogar eher niedrig war. Auch fehlt es dem Gutachten von Dr. L. deswegen an Überzeugungskraft, weil sie z.B. im Hinblick auf die Unbenutzbarkeit der rechten Hand Umstände

annimmt, die Dr. R. widerlegt hatte. So sieht die Gutachterin eine unbrauchbare rechte Hand, während der Kläger sich beim Treppaufgehen bei Dr. R. und auch dem von ihm dort beschriebenen Treppaufgehen aus dem Keller mit Mineralwasserflaschen in der linken Hand mit der rechten Hand am Treppengeländer nach oben zieht. Das spricht weder für eine erhebliche Berührungsschmerzhaftigkeit noch für eine Unbrauchbarkeit der rechten Hand. Darüber hinaus fehlt es an einer nachvollziehbaren Darlegung dafür, weshalb die Gutachterin zu einem von Dr. R. abweichenden Leistungsergebnis in zeitlicher Hinsicht kommt. Sie weist lediglich darauf hin, die Beurteilung anders zu treffen, ohne sich eingehend mit der Einschätzung des Dr. R. aber auch den Angaben des Klägers kritisch auseinanderzusetzen. Damit überzeugt die Leistungsbeurteilung der Dr. L. nicht. Vielmehr stellt der Senat im Anschluss an das Gutachten von Dr. R. fest, dass der Kläger leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitstätig und unter Beachtung der dargelegten qualitativen Leistungseinschränkungen noch sechs Stunden und mehr verrichten kann. Der Kläger ist damit weder voll noch teilweise erwerbsgemindert i.S.d. [§ 43 SGB VI](#).

Dem steht nicht entgegen, dass der Kläger in Folge der Melanomoperation und der Lymphdrüsenoperation zu Schwellzuständen am linken Arm neigt. Sowohl Dr. R. als auch Dr. L. haben dieser Erkrankung keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht zugeordnet. Der Senat konnte solche auch nicht feststellen.

Damit hat der Senat festgestellt, dass der Kläger in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter den dort üblichen Bedingungen jedoch unter Beachtung der dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen auszuüben. Auch liegt weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor, die trotz zeitlich nicht relevant eingeschränktem Leistungsvermögen eine rentenrechtliche Erwerbsminderung annehmen lässt. Insoweit konnten beide Gutachter bestätigen, dass der Kläger in der Lage ist, selbst einen PKW im Straßenverkehr zu fahren und Wege von 500 m viermal täglich innerhalb von jeweils 20 Minuten zurückzulegen sowie viermal den Öffentlichen Personennahverkehr zu Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Auch dass die rechte Hand nur sehr eingeschränkt eingesetzt werden kann bedeutet nicht, dass eine Verschlussheit des Arbeitsmarktes bzw. Erwerbsminderung anzunehmen wäre. Denn der Kläger kann, wie die bei Dr. L. angegebene stundenlange Benutzung von PC und Skype zeigt, Hand und Finger durchaus an PCs, Bedientafeln usw. einsetzen. Auch hat er bei Dr. R. die Hand zum Treppensteigen benutzt, sodass der Senat weder tatsächlich noch faktisch eine Unbenutzbarkeit der rechten Hand erkennen kann. Den vorhandenen Leistungseinschränkungen kann mit Dr. R. zur Überzeugung des Senats durch qualitative Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden. So hält der Senat den Kläger z.B. durchaus für in der Lage, Tätigkeiten als Pförtner an der Nebenpforte arbeitstätig sechs Stunden und mehr zu verrichten, zumal er Dr. R. gesagt hatte, er erledige erforderliche Verrichtungen mit der linken Hand, was durch den Vortrag z.B. zum Mineralwasserflaschenholen aus dem Keller bestätigt wird.

Damit konnte der Senat nicht feststellen, dass der Kläger erwerbsgemindert ist. Er hat daher keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 43 Abs. 1](#) bzw. Abs. 2 SGB VI.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#). Zwar kann der Kläger seinen letzten Beruf als LKW-Fahrer nicht mehr ausüben, doch hat er mit seiner nur vom 07.04.1975 bis 01.09.1975, mithin nicht ganz fünf Monate dauernden "Ausbildung" nicht die Phase einer Anlernzeit überschritten, weshalb er auf alle leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar ist. Selbst wenn der Kläger in Stufe 2 des Mehrstufen-Schema des BSG für Berufe mit einer Ausbildung bis zwei Jahre einzustufen wäre, gehörte er zur Gruppe der unteren Angelernten, die ebenfalls auf leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar wären; solche Tätigkeiten aber kann der Kläger nach der Feststellung des Senats noch arbeitstätig sechs Stunden und mehr ausüben, wenn auch unter Beachtung qualitativer Einschränkungen. Der Kläger ist damit auch nicht berufsunfähig i.S.d. [§ 240 SGB VI](#).

Konnte der Senat damit nicht feststellen, dass der Kläger i.S.d. [§ 43 SGB VI](#) voll bzw. teilweise erwerbsgemindert oder i.S.d. [§ 240 SGB VI](#) berufsunfähig ist, hat dieser keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-08-03