

L 14 R 667/05

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 5 R 118/03
Datum
10.05.2005
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 14 R 667/05
Datum
19.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 10. Mai 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Rente wegen voller Erwerbsminderung anstelle einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Der 1946 geborene Kläger, ein gelernter Maurer, erhielt von der Beklagten auf seinen Antrag mit Bescheid vom 08.10.2002 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 01.08.2002, eine Rente wegen voller Erwerbsminderung wurde gleichzeitig abgelehnt.

Zugrunde lagen neben Befundunterlagen und Attesten der behandelnden Ärzte ein Gutachten des Arztes für Allgemeinmedizin und Sozialmedizin Dr.O. vom 02.09.2002. Dieser diagnostizierte eine "schmerzhafte Bewegungsbehinderung der rechten Schulter bei Supraspinatus- sowie Bizepssehnenriss, Bluthochdruck, Nierensteinleiden und Ohrgeräuschen links". Er vertrat die Auffassung, trotz des geminderten Leistungsvermögens durch die genannten Gesundheitsstörungen sei der Kläger noch in der Lage, leichte Arbeiten ohne Überkopfarbeiten bzw. ohne Armvorhalte, ohne Lärmeinwirkung und ohne besondere Anforderungen an das Hörvermögen sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten.

Mit seinem Widerspruch machte der Kläger volle Erwerbsminderung wegen "massiver Beeinträchtigung des gesamten Bewegungsapparates" und der Notwendigkeit starker Schmerzmittel geltend und legte ein entsprechendes Attest des behandelnden Orthopäden Dr.W. vom 17.10.2002 vor. Nach prüfärztlicher Stellungnahme der Ärztin für Chirurgie und Sozialmedizin Dr.P. vom 29.11.2002 wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.01.2003 zurückgewiesen.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) verfolgte der Kläger sein Begehren weiter und legte die Schwerbehindertenbescheide des Amtes für Versorgung und Familienförderung R. vom 16.10.2001 (GdB 50) sowie vom 24.06.2003 vor. Das SG holte aktuelle Befundberichte der behandelnden Ärzte auf orthopädischem, HNO-ärztlichem und allgemeinärztlichem Gebiet ein und zog die Schwerbehindertenakten des Versorgungsamtes bei. Im Wege der Beweisaufnahme veranlasste es Begutachtungen auf orthopädischem und nervenärztlichem Gebiet durch die Sachverständigen Prof.Dr.Dr.A. , Dr.S. ([§ 109 SGG](#)) sowie Dr.K ...

Der Orthopäde Prof.Dr.Dr.A. diagnostizierte in seinem Termingutachten vom 18.11.2003 eine schmerzhafte Schulter rechts bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen und Bewegungseinschränkung, ein degeneratives WS-Syndrom, einen Tinnitus beidseits sowie ein subdepressives Syndrom. Er hielt leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne festes beidhändiges Zupacken, ohne Überkopfarbeiten und ohne besondere Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit mehr als sechs Stunden täglich für möglich und bejahte das nötige Anpassungs- und Umstellungsvermögen "bei zumutbarer Willensanstrengung". Er verwies dazu auf einen beigegefügt neurologischen Befund des Dr.Z. vom 24.09.2003, der von einem psychopathologisch subdepressiven Syndrom mit ausgesprochener Schmerzbetonung in der Untersuchungssituation und demonstrativer Ausgestaltung, einer leichten Grübelmissempfindung hinsichtlich der Zukunftsperspektiven und einem etwas instabilen Affekt gesprochen hatte.

Der auf Antrag des Klägers gehörte Dr.S. erhob in seinem "neurologisch-psychiatrischen, forensisch-sozialmedizinischen" Gutachten vom 26.05.2004 folgende Gesundheitsstörungen: 1. chronisches organisches Psychosyndrom vom Prägnanztyp des chronischen

pseudoneurasthenischen Syndroms und der organischen (somatoformen) Depression auf der Basis einer cerebravaskulären Insuffizienz im Sinne einer vertebro-basilarer Insuffizienz, 2. mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, Somatisierungsstörung, funktionelle Sexualstörungen im Sinne einer sexuellen Inappetenz und einer erektilen Dysfunktion, 3. rechtsseitige Periarthropathia humeroscapularis (Rotatorenmaschettensyndrom) mit hochgradigen Funktionsstörungen durch zweifache Sehnenruptur, 4. degeneratives Halswirbelsäulensyndrom mit rezidivierenden Cervicocephalgien und Cervicobrachialgien ohne radikuläre und spinale Läsion sowie ohne Funktionsstörungen, 5. degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit leichtgradigen Funktionsstörungen, rezidivierenden Lumbalgien und Lumboischialgien sowie pseudoradikulären Syndromen ohne radikuläre und spinale Läsion, 6. linksseitige leichtgradige Hypakusis mit dekompensiertem schwergradigen Tinnitus aurium nach Hörsturz 2001, 7. essentielle Hypertonie, medikamentös unzureichend eingestellt, 8. Hypercholesterinämie, 9. linksbetonte bilaterale Gonarthrose ohne Funktionsstörungen mit Chondropathia patellae und linksseitiger Innenmeniskusläsion, 10. somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes sowie im Sinne von vasomotorischen Cephalgien. Der Gutachter hielt den Kläger für nur mehr in der Lage, arbeitstätig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in gewisser Regelmäßigkeit vier Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten im Wechsel zwischen Stehen, Sitzen und Gehen, bevorzugt mit dem linken Arm und der linken Hand, ohne die Verrichtung von Arbeitsleistungen auf Leitern und Gerüsten, in Zwangshaltungen und im Knien und Hocken, ohne Heben, Bewegen und Tragen mittelschwerer und schwerer Lasten, ohne Übernahme von Verantwortung, ohne Anforderungen an Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit, soziale Kontakt- und Konfliktfähigkeit, ohne Publikumsverkehr und ohne Wechsel- und Nachtschicht zu verrichten. Insoweit sah der Gutachter sehr einfache berufliche Verrichtungen wie Montagetätigkeiten oder Tätigkeiten eines Qualitäts- oder Güteprüfers oder eines Büroboten als möglich an, nicht aber Tätigkeiten eines Pförtners, die nach Auffassung des Gutachters eine uneingeschränkte Funktionsfähigkeit der rechten oberen Extremität voraussetzen.

Die Beklagte nahm durch ihren Prüfarzt Dr.L. dahingehend Stellung, dass die Beurteilung des Leistungsvermögens durch Dr.S. bei Berücksichtigung des von ihm erhobenen psychopathologischen Bildes nicht nachvollziehbar sei; er beschreibe den Kläger als psychisch auffällig, gehe aber nicht darauf ein, inwiefern er die bei der Erhebung der somatischen Untersuchung festgestellten Aggravationstendenzen bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes nicht annehme. Auch bei den erfolgten testpsychologischen Untersuchungen und deren Ergebnissen sei eine entsprechende Abgrenzung von Aggravationstendenzen nicht bzw. nicht ausreichend erfolgt.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07.09.2004 führte Dr.S. diesbezüglich aus, in Übereinstimmung mit den Voruntersuchungen habe der Kläger bei der somatischen Untersuchung ein demonstratives Verhalten aufgewiesen, das er als Aggravationstendenz gewertet habe und das nach der allgemeinmedizinischen, neurologischen und neuro-orthopädischen Untersuchung eine erneute persönliche Untersuchung und Exploration vor den anschließend erfolgten testpsychologischen und psychopathometrischen Zusatzuntersuchungen erforderlich gemacht habe. Es habe sich gezeigt, dass beim Kläger ein somatogenetisches Krankheitserklärungsmodell ohne ein Psychogeneseverständnis im Vordergrund gestanden habe, d.h. auch der psychische Krankheitszustand wurde vom Kläger vorrangig auf die orthopädischen Leiden zurückgeführt. Es hätten sich bei der Exploration psychischer Auffälligkeiten und psychopathologischer Symptome keinerlei Aggravations- oder Simulationstendenzen gezeigt. Die Vielzahl der Diagnosen, die für sich alleine noch ein arbeitstätig sechsstündiges Leistungsvermögen erlaubt hätten, habe ihn zu der Einschätzung eines nur mehr vierstündigen Leistungsvermögens veranlasst. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass chronische organische Psychosyndrome vom Prägnanztyp des chronischen pseudoneurasthenischen Syndroms wie auch depressive Syndrome mit einer affektiven Irritierbarkeit, einer Beeinträchtigung der affektiven Modulationsfähigkeit und Resonanz sowie einer Änderung von Schmerzempfindung, Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung einhergingen, was eine Ausgestaltungstendenz mitbeeinflussen könne. Insgesamt sei versucht worden, Verfahren einzusetzen, die über Validitätsskalen verfügten bzw. Rückschlüsse auf eine Validität, Objektivität und Reliabilität zuließen. Nach allem sei eine Aggravation psychischer Symptome und Leistungseinschränkungen möglich, aber nicht wahrscheinlich; eine Simulation könne ausgeschlossen werden.

Der Prüfarzt Dr.L. wies in seiner erneuten Stellungnahme vom 09.12.2004 u.a. darauf hin, dass die Ausführungen des Dr.S. bezüglich des Zusammenkommens verschiedener Krankheiten und Störungen mit der Folge einer Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit sozialmedizinisch problematisch seien; die einzelnen Leistungseinschränkungen würden ja bereits durch umfangreiche qualitative Leistungseinschränkungen berücksichtigt.

Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. erstellte unter dem 15.04.2005 auf Anforderung des SG ein nervenärztliches Gutachten, in welchem sie aufgrund der Untersuchung des Klägers und nach Auseinandersetzung mit dem Gutachten des Dr.S. vom 26.05.2004, nach Erhebung testpsychologischer Befunde (Mehrfachwahlwortschatz-Intelligenztest und Beck'sches Depressionsinventar) sowie neurologischer Untersuchungsbefunde (EEG, Somatosensibel evozierte Potentiale des Nervus tibialis, Elektromyographie mit konzentrischer Einmal-Nadelelektrode) die Diagnosen "Wirbelsäulensyndrom ohne Nachweis einer radikulären Symptomatik, depressive Reaktion geringen Ausmaßes bei orthopädischen Gesundheitsstörungen" erhob.

Die Gutachterin verwies darauf, dass ersichtlich keine Behandlung erfolge, die der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche; ein Antidepressivum werde lediglich bei Bedarf gelegentlich eingenommen, Psychotherapie werde nicht durchgeführt, daraus sei zu schließen, dass von den behandelnden Ärzten eben keine schwerwiegende depressive Erkrankung festgestellt worden sei. Der somatisch-neurologische Befund sei geprägt von orthopädischen Leiden, primär peripher-neurologische Ursachen der geklagten Beschwerden seien aufgrund der jetzigen Untersuchung nicht ersichtlich. Der Kläger mache auch einen affektiv durchaus adäquaten Eindruck, er sei nicht depressiv verstimmt, auch affektiv schwingungsfähig. Es sei ein subjektiver Leidensdruck feststellbar. Aus Explorationsgespräch und Untersuchung könne jedoch nicht auf das Vorliegen einer erworbenen hirnganischen Symptomatik geschlossen werden; selbst der Kläger schildere keine schwerwiegenden hirnganischen Beeinträchtigungen. Eine psychoorganische Störung von wesentlichem Ausmaß sei auf jeden Fall auszuschließen, ebenso eine schwerwiegende depressive Erkrankung. Der Leidensdruck sei aufgrund der orthopädischen Beschwerden nachvollziehbar. Die Gutachterin, die eine nochmalige Überprüfung der orthopädischen Leiden empfahl, vertrat die Auffassung, der Kläger könne ausschließlich aus nervenärztlicher Sicht körperlich mittelschwere Tätigkeiten ohne ständiges Heben und Tragen schwerer Lasten ohne Zwangshaltungen verrichten, zumutbar seien des Weiteren Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit. Tätigkeiten als Pförtner, Qualitäts- und Güteprüfer hielt die Gutachterin ausdrücklich für möglich.

Mit Urteil vom 10.05.2005 wies das SG die auf Rente wegen voller Erwerbsminderung gerichtete Klage ab. Der Kläger sei nach dem Ergebnis der Gutachten der Sachverständigen Prof.Dr.A. und Dr.K. noch in der Lage, unter gewissen qualitativen Einschränkungen leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts im Umfang von wenigstens sechs Stunden täglich zu verrichten. Dem Gutachten des Dr.S. habe das SG

dagegen, insbesondere bezüglich der Schlussfolgerungen, nicht folgen können. Beim Kläger bestehe in erster Linie eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bei Rotatorenmanschettendegeneration und Zerreißung der Supraspinatussehne und der langen Bizepssehne. Als Folge könne der rechte Arm nurmehr als sog. Beiarm Verwendung finden. Im übrigen ließen sich keine schwerwiegenden Bewegungseinschränkungen orthopädischer oder neurologischer Art aus den Gutachten entnehmen. Ferner liege eine Depression vor, wobei die Einschätzung zwischen subdepressiv und depressiv schwanke. Das Gericht sei in Übereinstimmung mit Dr.K. , die im Einzelnen das Vorliegen einer erworbenen hirnorganischen Symptomatik ausgeschlossen habe, der Auffassung, dass ein hirnorganisches Psychosyndrom sowie eine tiefgreifende depressive Erkrankung nicht vorliege. Der Kläger befinde sich nicht wegen dieser Gesundheitsstörungen in stndiger ärztlicher Behandlung, auch sei von einer gewissen Aggravations- bzw. Verdeutlichungstendenz bei den Untersuchungen auszugehen. Dr.S. , der in seiner ergänzenden Stellungnahme solche Tendenzen verneine, widerspreche sich diesbezüglich selbst in seinen Ausführungen. Insgesamt sehe das SG beim Kläger keine zeitlichen, sondern lediglich qualitative Leistungseinschränkungen (nur mehr leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne stndiges Heben und Tragen schwerer Lasten und ohne Zwangshaltungen, ohne überdurchschnittliche Anforderungen an die psychische Belastbarkeit). Damit könne der Kläger noch leichte Sortier-, Montier- oder Kontrolltätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten. Der vorhandene Tinnitus führe in diesem Zusammenhang zu keinen weiteren Leistungseinschränkungen.

Der Kläger wandte sich gegen dieses Urteil mit der Berufung und berief sich auf die Feststellungen des Sachverständigen Dr.S ...

Der Senat zog die Schwerbehindertenakten des Versorgungsamtes R. bei (Erhöhung des GdB auf 70 durch Bescheid vom 12.05.2005 wegen "Versteifung des Schultergelenks rechts, Funktionsbehinderung des Schultergelenks links; Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Wirbelsulerverformung, muskuläre Verspannungen; Bluthochdruck; Schwerhörigkeit beidseits mit Ohrgeräuschen; seelische Störung; Nierensteinleiden"). Er beauftragte den Sachverständigen Dr.H. mit der Erstellung eines erneuten orthopädischen Gutachtens vom 30.01.2006. Dieser legte dar, dass ihm Ausführungen zu den tatsächlich verbliebenen Funktionen an den Armen und an der Wirbelsäule aufgrund seiner Untersuchung letztlich nicht möglich seien, weil der Kläger aussagekräftige Funktionsprüfungen nur eingeschränkt zugelassen habe, nämlich nur die unteren Extremitäten betreffend. Eine aussagekräftige Untersuchung des Achsorgans und der oberen Gliedmaßen sei wegen angegebener Beschwerden nicht zugelassen worden, wobei das Verhalten des Klägers eine Akzentuierung bestehender Beschwerden in erheblicher Form nahelege. Bezüglich der unteren Gliedmaßen hätten sich keine signifikanten Funktionseinbußen ergeben, die eine Beeinträchtigung des Restleistungsvermgens in quantitativer Form begründen könnten.

Dr.H. erhob die Diagnosen "Kniegelenksarthrosen ohne signifikante Funktionseinbußen, HWS- oder Lumbalsyndrom, Defektarthropathie der Schulterhauptgelenke ohne gegenwärtig zuzuordnende Funktionseinbußen". Dazu hieß es, die dokumentierten Erkrankungen könnten durchaus eine Beeinträchtigung des qualitativen Leistungsvermögens begründen, vorliegend könnten aber nur die Funktionsbefunde von Lendenwirbelsäule und unteren Gliedmaßen berücksichtigt werden, welche noch leichte körperliche Tätigkeiten sechs Stunden täglich zuließen. Gegebenenfalls seien weitere Ermittlungen während einer stationären Exploration des Klägers erforderlich; der Sachverständige sei bei kritischer Würdigung nicht davon überzeugt, dass insbesondere die vom Kläger vorgeführten Funktionsbeeinträchtigungen an den oberen Gliedmaßen bestnden.

Der Kläger legte demgegenüber einen Befund des behandelnden Orthopäden Dr.W. vom 24.02.2006 vor, in dem es hieß, dass der Kläger wegen schwerster Defekarthropathie im Bereich beider Schultergelenke bei Zustand nach subacromialer Dekompressions-OP links mit OP 11/04 bei bekannter Ruptur der gesamten Rotatorenmanschette bzw. der langen Bizepssehne beidseits massivst beeinträchtigt und mit nächtlichen Beschwerden strktst leidgeplagt sei; es werde eine Endoprothesenversorgung im Sinne einer inversen Prothese in Betracht gezogen. Die Beschwerden und die Funktionsbeeinträchtigung seien absolut glaubhaft und objektiv. Der Kläger sei kaum mehr in der Lage, ohne fremde Hilfe die Verrichtungen des täglichen Lebens wie z.B. An- und Ausziehen, Körperpflege etc. selbständig durchzuführen.

In seiner ergänzenden Stellungnahme nach Aktenlage vom 20.03.2006 erklärte Dr.H. , er könne nicht bestätigen, dass der Kläger kaum in der Lage sei, den Anforderungen des täglichen Lebens nachzukommen, und sehe keine Veranlassung, den Sachverhalt anders als bisher zu beurteilen.

Auch der Prüfarzt der Beklagten Dr.M. ging in seiner Stellungnahme vom 04.04.2006 davon aus, dass keine neuen sozialmedizinischen Erkenntnisse bestnden, die gegen ein sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte körperliche Tätigkeiten sprchen, der Grad der Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit lasse sich aufgrund der aktuellen Befundlage nicht eindeutig beurteilen.

Während des Berufungsverfahrens erhielt der Kläger mit Bescheid der Beklagten vom 08.09.2006 Altersrente für schwerbehinderte Menschen beginnend ab 01.11.2006.

Auf Antrag des Klägers erstellten Prof.Dr.G. und Oberarzt Dr.P. gemäß § 109 SGG das fachorthopädische Gutachten vom 15.07.2006. In dem sehr ausführlichen Gutachten wurden folgende Fachdiagnosen erhoben: 1. Rezidivierende Zervikobrachialgien mit pseudoradikulrer Ausstrahlung ohne motorische Ausfälle bei Spondylarthrose der unteren HWS. 2. Chronisches rezidivierendes LWS-Syndrom bei Spondylarthrose der unteren LWS mit intermittierenden pseudoradikulären Ischialgien und Paraesthesien ohne motorische Ausfälle. 3. Bewegungseinschränkung rechtes Schultergelenk bei Defekarthropathie und Ruptur der langen Bizepssehne. 4. Impingementsyndrom (Typ III) links mit Bewegungseinschränkung des Schultergelenks. 5. Beginnende Verschleißerscheinungen des medialen und retropatellaren Kompartments des rechten Kniegelenks. 6. Beginnende Verschleißerscheinungen des medialen und retropatellaren Kompartments des linken Kniegelenks bei Zustand nach Innenmeniskusteilresektion. 7. Zustand nach operativer Therapie einer rechtsseitigen Epicondylopathia humeri radialis 1991 ohne Funktionsstörungen und ohne lokales Schmerzsyndrom.

Fachfremd wurden erhoben "Hypertonie, beidseitige Innenohrschwerhörigkeit, Zustand nach linksseitigem Hörsturz mit linksseitiger leichtgradiger Hypakusis und dekompensiertem Tinnitus aurium, cerebrovaskuläre Insuffizienz bei vertebrobasilrer Insuffizienz, Hypercholesterinämie, Zustand nach laparoskopischer Cholezystektomie 2002 wegen Cholezystolithiasis, bilaterale Nephrolithiasis mit Lithotripsie 2002, Zustand nach Appendektomie und Herniotomie inguinalis im Jahre 1975".

Nach Auffassung der Gutachter konnte der Kläger wegen der Funktionseinschränkungen im Bereich der oberen Extremitäten keine mittelschweren und schweren Arbeiten mehr ausführen, leichte körperliche Tätigkeiten seien lediglich mit dem linken Arm und ansonsten

nur überwachender Art möglich, sofern aufgrund der Veränderungen der Wirbelsäule jeweils ein Positionswechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen gewährleistet sei. In Anbetracht der Veränderungen an den Kniegelenken und auch an den Schultergelenken seien Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder wegen erhöhter Sturzgefahr nicht mehr möglich, da Abfangen und Abstützen mit den Armen nicht gewährleistet sei. Akkord- und Schichtarbeiten seien infolge der Leistungseinschränkungen der oberen Extremitäten nicht mehr konkurrenzfähig möglich, zu vermeiden seien auch klimatische Belastungen (Kälte und Nässe). Unterbleiben sollten darüber hinaus Tätigkeiten in überwiegend statischer sitzender Position; längerdauernde Schreibtischarbeiten seien daher nur bei ergonomischer Ausgestaltung des Arbeitsplatzes möglich, gegebenenfalls sollten bei verstärktem Anfall von Schreibtischarbeiten in regelmäßigen Abständen Pausen eingelegt werden, um ununterbrochenes stundenlanges Sitzen zu vermeiden. Wegen der degenerativen Veränderungen in beiden Kniegelenken seien Tätigkeiten in kniender Position und in gebückter Haltung eingeschränkt, längere Gehstrecken auf hartem Boden seien ebenfalls zu vermeiden. Von Seiten der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes resultiere im Übrigen neben der Einschränkung für das Heben und Tragen von Lasten eine Leistungseinschränkung für das Führen eines Pkws mit häufigen Schaltbewegungen, Arbeiten am Computer unter Verwendung einer Maus seien nicht über einen längeren Zeitraum durchführbar, feinmechanische Tätigkeiten seien ebenfalls nicht mehr durchführbar. Eine relevante Einschränkung der Wegefähigkeit sahen die Gutachter nicht, wohl aber eine "erhebliche Einschränkung" des Umstellungsvermögens in Anbetracht des Alters des Klägers und der vorliegenden Behinderungen der Wirbelsäule und der Extremitäten.

In der Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Beklagten (Dr.M. , 24.10.2006) hieß es zu diesem Gutachten, die Zusammenschau aller vorliegenden Befunde ergebe wie bereits früher qualitative Leistungseinschränkungen. Es werde nicht überzeugend dargelegt, wieso auch eine quantitative Leistungsminde rung in Bezug auf die tägliche Arbeitszeit daraus resultiere.

Der Senat hat in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen dass der Kläger noch Tätigkeiten eines einfachen Pfortners verrichten könne.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 10.05.2005 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 08.10.2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.01.2003 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.08.2002 bis 31.10.2006 zu gewähren, hilfsweise regt der Kläger an, die Verhandlung zu vertagen und die Sachverständigen Dr.P. und Prof.Dr.G. zu befragen, ob die benannten Einschränkungen seit Antragstellung bestehen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogenen Beklagtenakte und die Schwerbehindertenakte des Versorgungsamtes R. Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, erweist sich aber nicht als begründet.

Zu Recht hat das Erstgericht den geltend gemachten Klageanspruch abgelehnt. Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung nach [§ 43 Abs.2 SGB VI](#) für den noch in Frage stehenden Zeitraum bis zum Beginn der Altersrente am 01.11.2006 steht auch nach Auffassung des Senats nicht zu.

Volle Erwerbsminderung liegt nach [§ 43 Abs.2 SGB VI](#) vor, wenn der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Rente wegen voller Erwerbsminderung wird - als Arbeitsmarktrente - auch gezahlt, wenn der Kläger nurmehr unter sechs Stunden täglich tätig sein könnte (teilweise Erwerbsminderung), einen Teilzeitarbeitsplatz aber nicht innehat.

Das Erstgericht hat diese Voraussetzungen, gestützt auf die Gutachten des Prof.Dr.Dr.A. und der Dr.K. , auch für den Senat nachvollziehbar verneint und ein verbliebenes mindestens sechsständiger Leistungsvermögen für leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen angenommen. Danach bestehen beim Kläger beeinträchtigende Gesundheitsstörungen vor allem von Seiten des Bewegungsapparates, insbesondere von Seiten der rechten Schulter. Zwar erwähnte Prof. Dr.Dr.A. in seinen Diagnosen lediglich eine schmerzhaft e Schulter rechts bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen mit Bewegungseinschränkung, nicht aber auch den durch ärztliche Unterlagen nachgewiesenen Riss der Supraspinatussehne und auch der langen Bizepssehne rechts. Er hielt aber insgesamt auch für den Senat nachvollziehbar - und insoweit im Einklang mit den Befunden des Dr.O. in dem für die Beklagte zuvor erstellten Gutachten vom 02.09.2002 - unter Berücksichtigung der demonstrierten Ausgestaltung der diesbezüglichen Behinderungen durch den Kläger in der Untersuchungssituation noch leichte körperliche Arbeiten ohne Überkopparbeiten und ohne Armvorhalte bzw. leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten ohne Überkopparbeiten und ohne festes beidhändiges Zupacken für möglich.

Die Nervenärztin Dr.K. konnte aufgrund ihrer Untersuchung des Klägers primär peripher-neurologische Ursachen der geklagten orthopädischen Beschwerden nicht feststellen. Sie schloss darüber hinaus eine hirnorganische Symptomatik bzw. eine psychoorganische Störung wesentlichen Ausmaßes aus, ebenso das Vorliegen einer schwerwiegenden Depression. Sie hielt in der sozialmedizinischen Beurteilung auch für den Senat schlüssig und überzeugend mittelschwere Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten rechts und ohne Zwangshaltungen bei durchschnittlichen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit vollschichtig für möglich. Zu Recht hat das Erstgericht demgegenüber das nervenärztliche Gutachten des Dr.S. als nicht vollständig überzeugend angesehen. Die darin angenommene zeitliche Leistungseinschränkung auf vier Stunden täglich - begründet mit der Vielzahl von Gesundheitsstörungen, die jede für sich genommen noch ein vollschichtiges Leistungsvermögen zuläßt - ist auch für den Senat nicht vollständig nachvollziehbar. Mit dem Ärztlichen Dienst der Beklagten (Dr.L.) ist festzustellen, dass Dr.S. nur bezüglich des somatischen Untersuchungsbefundes von Aggravation ausgeht, während er eine entsprechende Abgrenzung bei den testpsychologischen Untersuchungen nicht vornimmt. Seine Argumentation, er habe testpsychologische Verfahren eingesetzt, welche Rückschlüsse auf Objektivität und Reliabilität der Untersuchungsergebnisse zuließen, so dass Aggravation des Klägers bei den Tests zwar möglich, aber doch unwahrscheinlich sei, erscheint im Rahmen der Annahme einer zeitlichen Leistungseinschränkung nicht ausreichend zuverlässig. Die Möglichkeit der Verfälschung der Testergebnisse durch mangelnde Motivation des Klägers wird durch den Gutachter nicht hinreichend in Betracht gezogen.

Mit dem Erstgericht ist bei Würdigung der Gutachtenergebnisse der ersten Instanz von einem noch mindestens sechsstündigen Leistungsvermögen für mindestens leichte körperliche Arbeiten bei gewissen qualitativen Einschränkungen (kein ständiges Heben und Tragen von Lasten, keine Zwangshaltungen, Verwendung des rechten Arms nur als Beiarm) anzunehmen. Das Ergebnis wird letztlich auch bestätigt durch ein MDK-Gutachten vom November 2002 zur fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers: Darin hieß es, trotz deutlicher Aggravation auf Seiten des Klägers sei von einer dauerhaften schweren Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes auszugehen; eine Erwerbstätigkeit scheine dann möglich, wenn schwere Tätigkeiten ausgeschlossen seien und der Gebrauch des rechten Armes nicht regelmäßig erforderlich sei; soweit auch häufiges Bücken und anhaltende Zwangshaltungen wegen der Wirbelsäulenbeschwerden vermeidbar seien, bestehe vollschichtige Einsatzfähigkeit.

Der Senat stimmt diesem Ergebnis nach weiteren Ermittlungen im Berufungsverfahren zu. Dabei kann das von Amts wegen eingeholte knappe Gutachten des Dr.H. vom 30.01.2006 weitgehend außer Betracht bleiben, da aufgrund der Verweigerungshaltung des Klägers bei der Untersuchung, möglicherweise auch aufgrund mangelnder Verständigung zwischen dem Kläger und dem Gutachter, nicht alle Beweisfragen des Senats beantwortet werden konnten und sich keine wesentlichen neuen bzw. anderen Erkenntnisse daraus ergeben. Die Sachverständigen Prof.Dr.G. und P. beschreiben in ihrem gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten orthopädischen Gutachten vom 15.07.2006 nach gründlicher Untersuchung des Klägers und Auswertung der vorhandenen ärztlichen Unterlagen vor allem die Gesundheitsstörungen der Hals- und Lendenwirbelsäule wesentlich genauer als bisher; erstmals wird ein Wirbelgleiten bei LWK 4 und LWK 5 erwähnt. Hinzugekommen ist zudem eine im Jahr 2004 aufgetretene Verletzung auch der linken Rotatorenmanschette infolge eines Sturzes mit nachfolgender Bewegungseinschränkung. Die Gutachter kommen zusammenfassend zu einer zunächst etwas gewunden wirkenden, eine deutliche zeitliche Aussage vermeidenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, die nach Auffassung des Senats dahin zu verstehen ist, dass nur mehr leichte körperliche Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen möglich sind, diese aber durchaus sechs Stunden täglich und mehr. An qualitativen Einschränkungen ergeben sich darüber hinaus nach den Darlegungen der Gutachter die Notwendigkeit einer wechselnden Körperposition oder wenigstens einer ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung im Falle überwiegenden Sitzens, im Übrigen sind nur mehr Tätigkeiten mit überwiegendem Gebrauch des linken Armes bzw. überwachende Tätigkeiten möglich. Der Arbeitsraum für Tätigkeiten mit dem rechten Arm sei auf den Bereich unterhalb der Brusthöhe reduziert, Gegenstände könnten nicht höher angehoben werden; Heben und Tragen von Lasten, feinmechanische Arbeiten, längere Arbeiten mit der Maus am PC seien nicht mehr möglich, auch das Führen eines Pkw mit häufigen Schaltbewegungen mit dem rechten Arm sei nicht mehr zumutbar.

Bei näherer Betrachtung dieser Aussagen ergibt sich letztlich - wie auch vom Ärztlichen Dienst der Beklagten festgestellt - keine wesentliche Änderung gegenüber den bisherigen Leistungsbewertungen auf orthopädischem Gebiet. Eine zeitliche Einschränkung etwa bei Tätigkeiten mit teilweisem Benutzen einer Maus am PC oder die Notwendigkeit erforderlicher Pausen bei verstärktem Anfall von Schreibtisch Tätigkeiten erscheint nicht unbedingt schlüssig. Der die Maus am PC bewegende Arm könnte auf einem Arbeitstisch ruhig liegen, einer höheren Anhebung bedarf es nicht. Den Funktionseinschränkungen von Seiten der Lendenwirbelsäule wird mit der Annahme des notwendigen gelegentlichen Wechsels der Körperposition voll Rechnung getragen.

Insgesamt ist bei Berücksichtigung der Aussagen der Gutachter Prof.Dr.G./Dr.P. von einem verbliebenen Leistungsvermögen des Klägers seit Antragstellung für leichte und fallweise mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperposition, zu ebener Erde und in Tischhöhe, ohne längere Zwangshaltungen und häufiges Bücken, ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne ständigen Gebrauch der rechten Hand und ohne besondere Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit (letzteres im Hinblick auf früher erwähnten hohen Blutdruck und Tinnitus) auszugehen. Damit besteht beim Kläger weder teilweise noch volle Erwerbsminderung im Sinne von [§ 43 Abs.1](#) und [2 SGB VI](#). Insoweit hat der Gesetzgeber in [§ 43 Abs.3 SGB VI](#) ausdrücklich klargestellt, dass erwerbsgemindert nicht ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist. Zwar ist im Hinblick auf die Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes von einer schweren spezifischen Leistungseinschränkung auszugehen, die wegen der Befürchtung der Verschllossenheit des Arbeitsmarktes nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Benennung einer konkreten noch in Betracht kommenden Verweisungstätigkeit nötig macht. Insoweit kommt nach Auffassung des Senats für den Kläger die Tätigkeit eines einfachen Pförtners in Betracht. Es handelt sich um eine leichte körperliche Tätigkeit, die zwar mit überwiegendem Sitzen verbunden ist, nicht jedoch mit rein statischem überwiegendem Sitzen, welches laut Prof. Dr.G. nur bei ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung möglich wäre. Vielmehr ist auch selbst bestimmtes jederzeitiges Aufstehen und Umhergehen möglich. Auch die verbliebene Funktionsfähigkeit der rechten Hand als Beihand reicht dafür aus: Soweit im Einzelfall PC-Benutzung erforderlich ist, wäre dafür in ausreichendem Umfang mit der rechten Hand gelegentliche Mausbedienung möglich, darüber hinaus könnte die Mausbedienung ohne Zweifel auch mit der linken Hand erfolgen. Ausreichende Hörfähigkeit ist beim Kläger noch gegeben. Zwar wird im Gutachten von Prof.Dr.G. eine Hörminderung von 20 % erwähnt, Umgangssprache wurde aber in allen Untersuchungssituationen problemlos verstanden. Auch im normalen Umfang erforderliche nervliche Belastbarkeit dürfte noch gegeben sein. Eine besondere Belastbarkeit, die beim Kläger nicht mehr gegeben ist, setzt normale einfache Pförtnerfähigkeit nicht voraus.

Bei dieser Sachlage konnte die Berufung keinen Erfolg haben. Auch der von der Klägerseite zuletzt noch angeregten Rückfrage bei den Gutachtern Prof.Dr.G./Dr.P. bedurfte es nicht mehr.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-09-06