

## S 14 R 478/11

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Darmstadt (HES)  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
14  
1. Instanz  
SG Darmstadt (HES)  
Aktenzeichen  
S 14 R 478/11  
Datum  
28.01.2015  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 2 R 117/15  
Datum  
10.10.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 13 R 355/17 B  
Datum  
21.12.2017  
Kategorie  
Urteil  
Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Erwerbsminderungsrente.

Der 1958 geborene Kläger ist ausgebildeter Maschinenschlosser (27. August 1973 bis 1977). Er arbeitete zunächst in seinem erlernten Beruf (1977/1979 bis 1981) sowie anschließend als Schweißer (1982 bis 1985), als Maschinenschlosser bzw. Schweißer (1987 bis 1989), als Baggerführer (1990 bis 1991) und erneut als Maschinenschlosser bzw. Schweißer (1992 bis 1993). Zuletzt war der Kläger mit PC-Tätigkeiten beschäftigt (2004 bis 2006). Seit dem Jahr 2006 ist er arbeitslos.

Nachdem sein erster Rentenantrag vom 21. Dezember 1997 erfolglos geblieben war, stellte der Kläger am 13. November 2009 den hier streitigen Rentenantrag, den er damit begründete, sich seit dem Jahr 2006 wegen ständiger Schmerzen in der Wirbelsäule, in der Hüfte, in den Schultergelenken sowie ständiger Atemnot (Asthma, KHK, Gefäßverengungen), Schleimbildung in der Lunge und Kopfschmerzen für erwerbsgemindert zu halten. Zur Stütze seines Rentenbegehrens legte er einen ärztlichen Befundbericht des Facharztes für Orthopädie C. vom 26. April 2010 vor.

In seinem Rentengutachten vom 10. August 2010 diagnostizierte der Sozialmediziner D. von der ärztlichen Untersuchungsstelle der Beklagten in Darmstadt im Anschluss an eine ambulante Untersuchung vom selben Tag beim Kläger eine Somatisierungsstörung, eine generalisierte Arteriosklerose sowie eine Stenose an den Beckenarterien beidseits und eine geringgradige ACI-Stenose der Karotis links, zurzeit ohne medizinische Indikation zu einem Eingriff. Damit sei der Kläger noch in der Lage, sowohl auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch im zuletzt ausgeübten Beruf als Sachbearbeiter am PC arbeitstäglich sechs Stunden und mehr leichte Arbeiten mit Einschränkungen (ohne Nachtschicht, ohne besondere Anforderungen an die nervliche Belastung) zu verrichten.

Darauf gestützt lehnte die Beklagte den Rentenantrag des Klägers mit Bescheid vom 23. Dezember 2010 ab und wies den hiergegen erhobenen Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2011 als unbegründet zurück. Der Widerspruchsbescheid ging seinen Bevollmächtigten am 9. Juni 2011 zu.

Am 11. Juli 2011, einem Montag, hat der Kläger Klage erhoben.

Zur Begründung reicht er eine Vielzahl medizinischer und ärztlicher Unterlagen zur Akte und trägt im Wesentlichen vor, dass er nicht mehr in der Lage sei, täglich verwertbare Arbeit von mindestens drei Stunden zu leisten. Hiervon gehe auch der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit aus (Gutachten von Dr. E. vom 11. September 2007, von Dr. F. vom 7. Mai 2009 und von Dr. G. vom 8. September 2011). Er leide an weiteren Erkrankungen, welche die Beklagte bislang nicht berücksichtigt habe. Dem Ergebnis der Beweisaufnahme im Klageverfahren schließe er sich nicht an. Die von Amts wegen eingeholten Sachverständigengutachten seien allesamt unbrauchbar, weil sie seinen tatsächlichen Gesundheitszustand nicht oder nur unzureichend berücksichtigt hätten.

Der Kläger beantragt,  
die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 23. Dezember 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2011 zu

verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bzw. teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab dem 1. November 2009 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden und trägt ergänzend vor, dass insbesondere die im Gutachten von Dr. G. vom 8. September 2011 in Bezug genommenen hausärztlichen Mitteilungen durchaus bedeutende internistische Erkrankungen dokumentierten, hieraus jedoch die Leistungsrelevanz nicht mit der nötigen Sicherheit abgelesen werden könne (Stellungnahme von Dr. med. H. vom 4. September 2012).

Zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts hat das Gericht zunächst die bei dem Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit geführten medizinischen Unterlagen betreffend den Kläger beigezogen.

Sodann hat das Gericht von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens bei Dr. med. J. - Lungenarzt, Internist - vom 13. November 2012.

Der Sachverständige Dr. med. J. hat im Anschluss an eine ambulante Untersuchung am 7. November 2012 bei dem Kläger eine chronische, teils produktive Sinu-Bronchitis (ohne objektivierbare Lungenfunktionsstörung ventilatorisch oder respiratorisch, ohne Hinweis für eine exogen allergische Ursache, im Rahmen des früheren, jetzt unterbrochenen inhalativen Tabakrauchens, im Rahmen des medikamentös behandelten Refluxes), eine kardiovaskuläre Erkrankung (koronare Zweigefäßerkrankung mit 50 % Stenosen (Fremdbefund), asymptomatische Halsschlagaderstenose, Stenose Beckenschlagader mit Verminderung der freien Wegstrecke, konservative Therapie) sowie Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet (Tendinosen Schultergelenk rechts und Hüftgelenk rechts, Wirbelsäulensyndrom, mögliche Teilursache für eingeschränkte freie Gehstrecke) diagnostiziert. Damit sei der Kläger noch in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden arbeitstäglich mit Einschränkungen (in wechselnder Körperhaltung, ohne Zwangshaltung, ohne regelmäßige Exposition gegenüber Witterungseinflüssen, überwiegend in geschlossenen, temperierten, staubfreien Räumen) zu verrichten. An dieser Leistungseinschätzung hat der Sachverständige Dr. med. J. in seiner ergänzenden Stellungnahme ohne Datumsangabe, eingegangen bei Gericht am 15. Mai 2014, festgehalten.

Weiterhin hat das Gericht von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens bei Dr. med. K. - Internist, Kardiologe, Hämatologe - vom 31. Mai 2013, der im Anschluss an eine ambulante Untersuchung am 11. April 2013 bei dem Kläger eine koronare Ein-Gefäßerkrankung (LHK 2007, aktuelle Ergometrie bis 125 Watt ohne signifikanten Ischämienachweis), eine normale linksventrikuläre Funktion, eine arterielle Hypertonie mit diskreter hypertensiver Herzschädigung, eine Hypercholesterinämie, anamnestisch eine Borreliose, eine leichtgradige hämodynamisch nicht relevante Lumeneinengung am Arteria carotis interna Abgang links, anamnestisch beidseitige leichtgradige Abgangsstenosierungen der Arteria iliaca communis beidseits sowie - jeweils anamnestisch - den Ausschluss einer relevanten Lungen ventilationsstörung (Vorgutachten 13. November 2012), eine Refluxösophagitis, eine Somatisierungsstörung, eine axilliale Hiatusgleithernie (11.1979), sporadisch Palpitationen und einen Nikotinabusus (bis 2012) diagnostiziert hat. Damit sei der Kläger noch in der Lage, eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mehr als sechs Stunden arbeitstäglich mit Einschränkungen (in geschlossenen, beheizten Räumen, in wechselnder Körperhaltung, keine einseitigen Tätigkeiten, keine Überkopparbeiten, ohne regelmäßige Hebe- und Bückarbeiten, keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten) zu verrichten.

Anschließend hat das Gericht von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens bei Dr. med. L. - Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie - vom 14. Januar 2014, der im Anschluss an eine ambulante Untersuchung am 10. Januar 2014 bei dem Kläger auf orthopädischem Fachgebiet eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung der Halswirbelsäule mit endgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallsymptomatik, eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung der Lendenwirbelsäule mit endgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfallsymptomatik, eine Tendinitis calcarea rechts mit endgradiger Funktionseinschränkung des Schultergelenks, eine koronare Herzerkrankung und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert hat. Damit sei der Kläger noch in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr mit Einschränkungen (in wechselnder Körperhaltung, ohne Zwangshaltung wie ständiges Bücken oder Knien, ohne Tragen und Heben von Lasten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, keine permanenten Überkopparbeiten, keine permanenten Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, keine Arbeiten in ständigem Gehen und Stehen oder mit ständigem Treppensteigen, keine permanenten Arbeiten im Freien oder Arbeiten unter ständiger Exposition von Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft und Temperaturschwankungen, ohne Nachtschicht) zu verrichten. An dieser Leistungseinschätzung hat der Sachverständige Dr. med. L. auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. August 2014 festgehalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Gerichtsakte und auf die von der Beklagten vorgelegte Rentenakte betreffend den Kläger Bezug genommen. Deren Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die vom Kläger erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 i. V. m. 56 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist zulässig, aber unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung. Der dies ablehnende Bescheid der Beklagten vom 23. Dezember 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2011 (§ 95 SGG) ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 SGG.

Gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind gemäß [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) 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. Voll erwerbsgemindert sind gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) demgegenüber 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. Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) auch

1. Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und
2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Erwerbsgemindert ist der Vorschrift des [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) zufolge nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, weil er weder teilweise erwerbsgemindert noch voll erwerbsgemindert im Sinne der vorstehenden gesetzlichen Bestimmungen ist. Er kann unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich einer geregelten Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Fähigkeit des Klägers, durch erlaubte Erwerbstätigkeit ein Arbeitsentgelt in nicht ganz unerheblichem Umfang zu erzielen (Erwerbsfähigkeit), ist im vorliegenden Fall zwar durch verschiedene Gesundheitseinschränkungen - vor allem auf pneumologischem, kardiologischem und orthopädischem Fachgebiet - beeinträchtigt. Zur Überzeugung der Kammer steht aber fest, dass der Kläger jedenfalls noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Einschränkungen (in wechselnder Körperhaltung, keine einseitigen Tätigkeiten, ohne Zwangshaltung wie ständiges Bücken oder Knien, ohne Tragen und Heben von Lasten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, keine permanenten Überkopfarbeiten, keine permanenten Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, keine Arbeiten in ständigem Gehen und Stehen oder mit ständigem Treppensteigen, keine permanenten Arbeiten im Freien oder Arbeiten unter ständiger Exposition von Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft und Temperaturschwankungen, überwiegend in geschlossenen, temperierten, staubfreien Räumen, ohne Nachtschicht) in einem zeitlichen Umfang von zumindest sechs Stunden arbeitstäglich verrichten kann. Diese Beurteilung des Leistungsvermögens ergibt sich unter Berücksichtigung aller Einzelumstände des vorliegenden Falles aus einer Gesamtschau der über den Gesundheitszustand des Klägers vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen und medizinischen Gutachten.

Nach dem Ergebnis der im Klageverfahren durchgeführten Beweisaufnahme ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers gesundheitsbedingt eingeschränkt. Dies führt jedoch nur zu einer qualitativen und nicht auch quantitativen, also zeitlichen Minderung seines Leistungsvermögens. Eine Rentenberechtigung lässt sich aus diesen Einschränkungen nicht ableiten.

Gegenüber dem Sachverständigen Dr. med. J. klagte der Kläger neben Gelenk- und Wirbelsäulenschmerzen insbesondere über Atemnot und rasche Erschöpfung schon bei leichter körperlicher Anstrengung, z.B. beim normalen und etwas schnellerem Gehen sowie über eine Belastungsatemnot beim Steigen von 16 Treppenstufen zu seiner Wohnung. Klinisch diagnostizierte der Sachverständige Dr. med. J. seitengleich belüftete Lungen ohne Nebengeräusche, einen regelrechten Auskultationsbefund des Herzens und der Halsschlagader bei einem allerdings fraglich seitendifferenzierten Puls. Eine manifeste kardiopulmonale Insuffizienz zeigte sich ebenso wenig wie periphere Ödeme sichtbar waren. Röntgendiagnostisch wiesen die Lungenfelder des Klägers eine seitengleiche regelrechte Transparenz und Gefäßzeichnung bei einer fraglich rundlichen Struktur oberhalb des Zwergfells rechts als Substrat der im August 2011 erlittenen Emphysebullae auf. Eine Infiltration der Lunge oder ein Anhalt für ein Bronchialkarzinom ergab sich nicht. Abgesehen von dem diskreten Hinweis für ein mögliches Lungenemphysem erwies sich der Thoraxbefund als insgesamt regelgerecht.

Bei der vom Sachverständigen Dr. med. J. durchgeführten Lungenfunktionsdiagnostik zeigten sich normale dynamische und statische Lungenfunktionsparameter sowie ein normaler Atemwegwiderstand, keine Obstruktion, keine Restriktion und kein Emphysem. Der Transfer von Kohlenmonoxid durch die Lungen war mit 76,9 % grenzwertig eingeschränkt und volumenkorrigiert mit 80,9 % an der unteren Normgrenze. Eine signifikante Diffusionsstörung ließ sich jedoch nicht feststellen, ebenso wie eine relevante Einschränkung der Atempumpenkapazität oder eine Ventilationsstörung. Bei der Blutgasanalyse zeigte sich in Ruhe eine leichtgradige manifeste respiratorische Partialinsuffizienz, die sich nach Belastung über ein Stockwerk vollreversibel im Sinne einer Verteilungsstörung bei normaler Kreislaufreaktion erwies. Hypertrophiezeichen oder Endstreckenveränderungen traten hierbei nicht auf. Die Lungenfunktion nach Belastung ergab im Vergleich zu derjenigen vor Belastung keinerlei Änderungen. Ein Belastungsasthma konnte ausgeschlossen werden.

In seiner zusammenfassenden Beurteilung verneint der Sachverständige Dr. med. J. eine objektivierbare Einschränkung der Lungenfunktion, auch nicht im Sinne eines klinisch relevanten Lungenemphysems (lungenfachärztlich: chronisch produktive Bronchopathie und Sinupathie ohne Lungenfunktionsstörung und deswegen ohne atemwegwirksame Therapie). Für die hausärztlich gestellte Diagnose eines Asthmas bronchiale ergibt sich mangels asthmatischer Veränderungen der Lungenfunktion kein Anhalt. Ein Belastungsasthma kann ebenfalls ausgeschlossen werden. Darüber hinaus erscheint die vom Kläger angegebene Einschränkung der freien Gehstrecke mit nur 20 bis 100 Meter weder klinisch noch anamnestisch nachvollziehbar. Vor allem die geklagte Atemnot nach bereits 16 Treppenstufen hat sich im durchgeführten Belastungstest nicht bestätigt. Weder im Zeitpunkt der Untersuchung noch für Zeiten davor ist auf lungenfachärztlichem Fachgebiet eine Einschränkung feststellbar, was sich anhand der chronologisch tabellarischen Zusammenstellung der Lungenfunktionswerte des Klägers im August 2010, Januar 2011 und November 2012 mit jeweils Normalwerten ventilatorisch und aktuell auch respiratorisch bestätigen lässt. Im August 2010 war der Kläger zudem mit bis zu 125 Watt sowie im Zeitpunkt der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. med. J. immerhin über ein Stockwerk (entsprechend 2 x 12 Stufen) belastbar.

In seiner bei Gericht am 15. Mai 2014 eingegangenen ergänzenden Stellungnahme führt der Sachverständige Dr. med. J. vertiefend aus, dass die Lungenfunktionsprüfung Werte an der unteren Normgrenze ergab und sich somit keine Diffusionsstörung zeigte. Werte innerhalb des Referenzbereichs haben keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit. Würden demgegenüber bei dem Kläger eine relevante Diffusionsstörung und ein relevantes Lungenemphysem vorliegen, käme es nach Belastung nicht zu einer Normalisierung der Blutgase, sondern zu einer weiteren Verschlechterung. Dies ist beim Kläger nach Belastung über ein Stockwerk nicht der Fall gewesen. Die Normalisierung der Blutgase spricht vielmehr für einen ungehinderten pulmonalen Gasaustausch.

Gegenüber dem Sachverständigen Dr. med. K. gab der Kläger neben den Schmerzen in der Wirbelsäule, in der rechten Schulter, in der Achselhöhle sowie in den anderen großen Gelenken eine Kraftlosigkeit, vermehrt Dyspnoe, gelegentliches Zittern, Ein- und Durchschlafstörungen, gelegentliche Phasen von Übelkeit sowie ein Ohrrauschen und pfeifen an. Er beklagte, dass vor allem seine Belastbarkeit im Laufe der Jahre kontinuierlich abgenommen habe. Insgesamt fiel auf, dass der Kläger seine körperlichen Beschwerden einerseits sehr detailliert beschrieb, andererseits aber Rückfragen nur sehr knapp beantwortete. Seine Schwingungsfähigkeit wirkte dabei eingeschränkt.

Der Sachverständige Dr. med. K. konnte anlässlich seiner Untersuchung bei dem Kläger keine kardiopulmonalen Dekompensationszeichen feststellen. Haut und sichtbare Schleimhäute zeigten sich gut durchblutet, Herz und Lunge waren auskultatorisch und perkulatorisch unauffällig. Das Atemgeräusch war vesikulär und die Herzaktion rhythmisch ohne pathologische Herzgeräusche. Während am Hals und dem Abdomen keine arteriellen Strömungsgeräusche auskultierbar waren, traten leise Strömungsgeräusche über der Leiste beidseits auf. Die Fußpulse waren allerdings allseits palpabel, ohne dass sich eine relevante Varikosis oder periphere Ödeme zeigten. In der durchgeführten Fahrradergometrie war der Kläger für eine Dauer von 6:18 Minuten mit 50 bis 125 Watt belastbar. Die Herzfrequenz stieg dabei auf 130/Minute und der Blutdruck von 124/80 mmHg auf 185/88 mmHg an. Wegen muskulärer Erschöpfung und Dyspnoe musste die Ergometrie schließlich abgebrochen werden, ohne dass sich Hinweise auf eine Angina pectoris ergaben. In der anschließenden Erholungsphase kam es zu einem regel- und zeitgerechten Frequenzabfall, wobei vier Minuten nach dem Belastungsende ein Blutdruck von 115/75 mmHg gemessen wurde. Blutdruck- und Frequenzverläufe waren somit unauffällig. Zudem zeigten sich im EKG-Verlauf allenfalls diskrete, sicher weit weniger als 0,1 mV messende horizontale (AVF) und diskret deszendierende (III) ST-Streckensenkungen ohne Auffälligkeiten der Brustwandableitungen, mithin allenfalls diskrete EKG-Veränderungen. Rhythmusstörungen ließen sich durch die Belastung nicht provozieren. Die Sauerstoffsättigung betrug in Ruhe 98 % und am Belastungsende 96 %, bevor sie sich in der Erholungsphase wieder auf 97 % erhöhte.

In Anbetracht dessen stellt der Sachverständige Dr. med. K. zusammenfassend fest, dass sich die Arteriosklerose des Klägers durch leichtgradige degenerative Veränderungen am Hals mit einer 40 %-igen Lumeneinengung am Abgang der Arteria carotis interna links bei zusätzlich anamnetisch bekannten leichtgradigen Stenosierungen an der Aortenbifurkation mit einer Einengung der Arteria iliaca communis beidseits manifestiert. Bei der durchgeführten Ergometrie mit einer Belastung bis 125 Watt war der Blutdruck des Klägers in Ruhe und bei Belastung gut reguliert, ohne dass relevante kardinale Beschwerden provoziert werden konnte oder sich ein auffälliger Abfall der Sauerstoffsättigung zeigte. Insgesamt wurde bei der Ergometrie ein zufriedenstellendes Ergebnis mit einer für einen Untrainierten noch ausreichenden Belastungsdauer erreicht. Ischämietypische signifikante EKG-Veränderungen oder Rhythmusstörungen wurden ebenfalls nicht sicher provoziert. In Folge der arteriellen Hypertonie sind eine diskrete Septumhypertrophie und eine minimale Einschränkung der diastolischen linksventrikulären Funktion eingetreten, wobei eine klinisch relevante Herzinsuffizienz aber sicher nicht besteht. Auch der BNP Wert von 12 pg/ml ist sicher unauffällig. Klinische Hinweise für eine hämodynamisch relevante periphere arterielle Verschlusskrankheit wurden bei Belastung auch auf Nachfragen nicht provoziert.

Gegenüber dem Sachverständigen Dr. med. L. gab der Kläger - auch auf Nachfrage - lediglich an, maximal ein bis eineinhalb Kilometer in 45 Minuten gehen und höchstens eine Stunde sitzen zu können. Über weitere Beschwerden klagte er nicht, gab jedoch bei der subjektiven Schmerzeinschätzung eine durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten vier Wochen von acht der maximal zehn möglichen Punkte an. Gleichwohl hatte der Sachverständige Dr. med. L. zuvor beobachten können, dass der Kläger mit zügigem, raumgreifendem und flüssigem Gangbild das Untersuchungszimmer betrat. Während der Untersuchung gelang ihm das Aufrichten aus dem Langsitz ohne Probleme. Beim Entkleiden ließ sich zwar eine ungestörte Motorik der Hände beobachten, allerdings war die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks geringgradig in der Armseitwärtsbewegung eingeschränkt. Eine Bewegungseinschränkung auch des linken Schultergelenks zeigte sich hingegen nicht. Röntgenologisch ließen sich im Bereich des rechten Schultergelenks keine degenerativen Verschleißerkrankungen des Schultergelenks nachweisen. Es zeigte sich jedoch eine ovale Verkalkung am Ansatz der Sehnen des musculus supraspinatus. Weitere Verkalkungen im Bereich der Muskulatur waren nicht nachweisbar.

Zusammenfassend gelangt der Sachverständige Dr. med. L. zu dem Ergebnis, dass beim Kläger im Bereich der Halswirbelsäule eine endgradige Funktionseinschränkung ohne Druckschmerzhaftigkeit und ohne radikuläre Ausfallsymptomatik besteht, während sich im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule eine leichte Druckschmerzhaftigkeit sowie eine endgradige Funktionseinschränkung ergibt. Eine Ausfallsymptomatik lässt sich hier ebenfalls nicht nachweisen. Die vorgelegten Fremdaufnahmen zeigen insoweit eine beginnende degenerative Verschleißerkrankung jeweils der Hals- und Lendenwirbelsäule. Beide Hüft- als auch Kniegelenke sind ohne auffälligen Befund und ohne Nachweise für eine Druckschmerzhaftigkeit oder Funktionsbeeinträchtigung. Im Bereich der Sprunggelenke und Füße trat dagegen ein leichter Druckschmerz an beiden Fersen auf, ohne dass sich hieraus eine Funktionsbeeinträchtigung nachweisen lässt. Im Bereich der Schultergelenke war beidseits keine Druckschmerzhaftigkeit bei einer nur endgradigen Funktionseinschränkung der Armseitwärtsbewegung rechts feststellbar. Die Befunde bezüglich der Ellenbogengelenke, Handgelenke und Hände sind ebenfalls ohne Nachweis einer Druckschmerzhaftigkeit oder Funktionsbeeinträchtigung geblieben. Komplexgriffe wie der Spitz- und Schlüsselgriff sowie der Faustschluss kann der Kläger beidseits problemlos ausführen. Trotz der als gravierend beschriebenen Schmerzen kann beim Kläger nur von einer Schmerztherapie der Stufe 1 die Rede sein (tägliche Einnahme von Novalgin).

Die beim Kläger diagnostizierten Erkrankungen sind - auch in ihrer Gesamtheit betrachtet nicht derart ausgeprägt und schwerwiegend, als damit sein Leistungsvermögen in quantitativer Hinsicht eingeschränkt sein könnte. Es ist zwar ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Kläger mit Blick auf die vorstehend beschriebenen Erkrankungen auf pneumologischem, kardiologischem und orthopädischen Fachgebiet in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Diese Einschränkungen sind jedoch nur qualitativer Art, da die diagnostizierten Erkrankungen trotz ihrer Vielzahl gleichwohl nicht als schwerwiegend bezeichnet werden können. Die Lungenfunktion des Klägers ist nicht objektivierbar eingeschränkt, auch nicht im Sinne eines klinisch relevanten Lungenemphysems. Es erscheint daher durchaus plausibel, wenn der Sachverständige Dr. med. J. den Kläger wegen seines Lungenleidens nur noch in der Lage sieht, Arbeiten überwiegend in geschlossenen, temperierten und vor allem staubfreien Räumen zu verrichten, darüber hinaus jedoch keine weiteren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen annimmt. Die Belastbarkeit des Klägers in Folge seiner kardiologischen Erkrankungen ist ebenfalls nicht wesentlich herabgesetzt. Der Kläger war anlässlich der Untersuchung bei dem Sachverständigen Dr. med. K. immerhin mit bis zu 125 Watt belastbar, ohne dass hierbei relevante kardinale Beschwerden auftraten. Insgesamt zeigte sich ein zufriedenstellendes Belastungsergebnis bei einer für einen Untrainierten - wie den Kläger - noch ausreichenden Belastungsdauer und unauffälligen Erholungswerten. Wegen seiner kardiologischen Leiden sollte der Kläger daher verständlicherweise Tätigkeiten nur im Innendienst und möglichst in Tagesschicht ausüben.

Aber auch die orthopädischen Leiden des Klägers rechtfertigen letztlich nicht die Annahme einer rentenrelevanten Einschränkung seines Leistungsvermögens. Die beginnenden degenerativen Verschleißerkrankungen sowohl der Hals- als auch der Lendenwirbelsäule bedingen lediglich geringgradige Funktionseinschränkungen ohne radikale Ausfallerscheinungen. Die rechte Schulter des Klägers ist ebenfalls nur endgradig in ihrer Funktion - nämlich in der Armseitwärtsbewegung - eingeschränkt. Es ist daher einleuchtend, dass dem Kläger wegen seiner orthopädischen Leiden nur noch Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung und ohne Zwangshaltungen wie ständiges Bücken oder Knien abverlangt werden können. Speziell wegen seines Lendenwirbelsäulenleidens kann es ihm auch nicht mehr zugemutet werden, Lasten von über 10 kg ohne Hilfsmittel zu tragen oder zu heben. Das gleiche gilt für permanente Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, in ständigem Gehen und Stehen, mit ständigem Treppensteigen, im Freien oder unter ständiger Exposition von Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft und Temperaturschwankungen. Mit Blick auf das Halswirbelsäulen- und das Schultergelenksleiden können dem Kläger schließlich auch keine permanenten Überkopparbeiten mehr zugemutet werden.

Weitergehende Leistungseinschränkungen - noch dazu in rentenrelevantem Maße - ergeben sich bei dem Kläger nicht. Aufgrund der im Klageverfahren durchgeführten Beweisaufnahme sind keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass bislang Befunde mit erwerbsmindernder Bedeutung unberücksichtigt geblieben sein könnten. Die Kammer ist deshalb der Überzeugung, dass das gesundheitliche Leistungsvermögen des Klägers insbesondere aufgrund der im Klageverfahren eingeholten Sachverständigengutachten bei Dr. med. J., Dr. med. K. und Dr. med. L. umfassend geklärt ist. Alle drei Sachverständigen gelangen mit einleuchtender und überzeugender Begründung übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das Leistungsvermögen des Klägers in zeitlicher Hinsicht nicht eingeschränkt ist.

Die vom Kläger erhobenen Einwände gegen die gutachtlichen Feststellungen greifen allesamt nicht durch.

Soweit der Kläger dem Sachverständigen Dr. med. J. vorwirft, dass allein er die Diagnose eines Lungenemphysems in seinem Gutachten in Frage gestellt habe, ist dies so nicht zutreffend. Dies ergibt sich nicht zuletzt aus der ergänzenden Stellungnahme, mit der der Sachverständige Dr. med. J. - nochmals - ausgeführt hat, dass eine Röntgenaufnahme des Thorax den Hinweis auf ein Lungenemphysem ergab, das auch in der Lungenfunktionsprüfung bestätigt werden konnte. Vor diesem Hintergrund kann keine Rede davon sein, dass der Sachverständige Dr. med. J. bei seiner Leistungsbeurteilung das Vorhandensein eines Lungenemphysems übersehen haben könnte. Entscheidend ist aber letztlich nur, welche Auswirkungen sich hieraus für das qualitative und quantitative Leistungsvermögen des Klägers ableiten lassen. Diese Auswirkungen hat der Sachverständige Dr. med. J. plausibel dargestellt und dabei eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens verneint. Nichts anderes gilt für die von ihm ebenfalls festgestellte grenzwertig eingeschränkte Lungenfunktion. Auch sie wirkt sich zwar auf die Erwerbsminderung des Klägers aus, allerdings nicht in quantitativer, sondern lediglich in qualitativer Hinsicht. Nicht zwingend ist außerdem die weitere Annahme des Klägers, dass die leichtgradige, manifeste respiratorische Partialinsuffizienz in Ruhe eine Veränderung der Blutgaswerte bedinge. Aus diesem Grund hat der Sachverständige Dr. med. J. auch empfohlen, die Blutgaswerte des Klägers erneut zu bestimmen. Dieser Empfehlung kam der Sachverständige Dr. med. K. anlässlich seiner kardiologischen Untersuchung nach, allerdings mit einem im Sinne des Rentenbegehrens für den Kläger negativen Ergebnis, weil sich die Blutgaswerte nach der Belastung wieder normalisierten. Schließlich geht auch der Einwand des Klägers ins Leere, wonach sein behandelnder Kardiologe Dr. med. M. eine erhebliche ST-Endstreckensenkung als Zeichen einer Durchblutungsstörung des Herzens festgestellt habe (Arztbrief vom 19. Januar 2014). Denn diese Feststellung traf Dr. med. M., nachdem er den Kläger mit 175 Watt belastet hatte. Schon wegen der wesentlich höheren körperlichen Belastung kann eine normale kardiopulmonale Leistungsfähigkeit des Klägers unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes hierdurch nicht widerlegt werden. Eine den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechende Belastung löst beim Kläger keine kardiovaskulären Probleme aus.

Demgemäß kann der Kläger auch nicht mit Erfolg anführen, dass Dr. med. M. zu einer anderen EKG-Beurteilung gekommen sei als der Sachverständige Dr. med. K. Hierbei ist vor allem zu beachten, dass die Belastung des Klägers mit 175 Watt wegen Erreichens der Zielfrequenz abgebrochen wurde. Eine derart hohe Belastung kann dabei durchaus auch als Hinweis darauf verstanden werden, dass der Kläger körperlich tatsächlich noch leistungsfähiger ist als die Untersuchung bei dem Sachverständigen Dr. med. K. ergeben hatte. Hierfür spricht im Übrigen auch die von Dr. med. M. attestierte gleichbleibende Sauerstoffsättigung, die in Ruhe sowie unter Belastung bei unverändert 98 % lag. Des Weiteren steht die Feststellung des Sachverständigen Dr. med. K., dass durch die Belastungen keine Beschwerden oder Rhythmusstörungen provoziert wurden, nicht im Widerspruch zu seiner weiteren Feststellung, dass der Kläger die Ergometrie wegen muskulärer Erschöpfung und Dyspnoe abbrechen musste. Maßgeblich für die Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers ist vielmehr, dass er bei der Ergometrie mit einer Belastung mit 125 Watt ein zufriedenstellendes Ergebnis erreichte und hierbei die Belastungsdauer für einen Untrainierten noch ausreichend war. Aber auch mit dem Einwand, dass sein behandelnder Internist Dr. med. N. eine Durchblutungsstörung der Beine festgestellt habe (Arztbrief vom 7. Februar 2014), kann der Kläger letztlich nicht gehört werden. Denn Dr. med. N. bescheinigte eine Durchblutungsstörung im Anschluss an eine Laufstrecke mit einem 12 %-igen Anstieg bei einer Geschwindigkeit von 3,5 km/h und somit nicht bei ebenerdigen Laufen. Einer Durchblutungsstörung kann somit durch die Beachtung qualitativer Einschränkungen hinreichend Rechnung getragen werden. Schließlich kann dem Sachverständigen Dr. med. K. nicht vorgeworfen werden, dass er eine 70 %-ige Stenosierung eines der hirnversorgenden Gefäße übersehen habe. Denn ungeachtet dessen, dass der Radiologe Dr. med. O. eine "etwa" 70 %-ige Stenosierung beschreibt (Arztbrief vom 2. September 2013), geht auch der den Kläger behandelnde Internist Dr. med. N. nur von einer maximal 50 %-igen Stenosierung aus. Eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem von dem Sachverständigen Dr. med. K. und den behandelnden Ärzten angenommenen Grad der Stenosierung vermag die Kammer deshalb nicht zu erkennen.

Das Vorbringen des Klägers gegen die vom Sachverständigen Dr. med. L. getroffenen Feststellungen überzeugen ebenfalls nicht. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. August 2014 hat der Sachverständige Dr. med. L. ausdrücklich erklärt, dass der Kläger auf der Untersuchungsfläche untersucht worden war, wozu er zwangsläufig - wenn auch möglicherweise unbewusst - die Position im Langsitz einnehmen musste. Ferner haben die vom Kläger geklagten Schmerzen sehr wohl Eingang in dem Gutachten des Sachverständigen Dr. med. L. gefunden, der dort beschreibt, dass sich der Kläger einer Schmerztherapie der Stufe 1 unterzieht. Inwiefern die sicht- und tastbaren Myogelosen weitere als die von dem Sachverständigen Dr. med. L. dargelegten Leistungseinschränkungen bedingen könnten, hat der Kläger nicht - substantiiert - vorgebracht und ist auch sonst nicht ersichtlich. Zudem übersieht der Kläger, dass auch der Sachverständige Dr. med. L. einen kernspintomografisch nachgewiesenen Meniskusschaden nicht in Abrede stellt. Allerdings muss ein solcher Meniskusschaden nicht unbedingt auch klinische Symptome zeigen oder sich zwangsläufig auf das Leistungsvermögen auswirken. Demnach begegnet es keinen Bedenken, dass der Sachverständige Dr. med. L. keine Minderbeweglichkeit der Kniegelenke hat feststellen können. Aus der Behauptung des Klägers, ihm seien Kniebeugen nur unter größter Anstrengung und mit erheblichen Schmerzen möglich, lässt sich im Übrigen nur eine

qualitative Einschränkung ableiten, indem dem Kläger insbesondere keine Tätigkeiten mehr im Knien abverlangt werden. Zuletzt rechtfertigt auch der Vorwurf des Klägers, dass der Sachverständige Dr. med. L. weder den eingengten Subtrachrominalraum noch die Verkalkung der Schulter erkannt habe, keine andere Sicht der Dinge. Denn jenem Vorwurf ist der Sachverständige Dr. med. L. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. August 2014 eindrucksvoll entgegengetreten. Abgesehen davon macht selbst der Kläger eine weitergehende als die vom Sachverständigen Dr. med. L. beschriebene Einschränkung hinsichtlich des rechten Schultergelenks nicht geltend. Allein hierauf und nicht etwa auf die bildgebende Diagnostik kommt es aber maßgeblich an.

Vor diesem Hintergrund können an der Richtigkeit der gutachtlichen Feststellungen der in der Begutachtung von Rentenbewerbern langjährig erfahrenen Sachverständigen Dr. med. J., Dr. med. K. und Dr. med. L. keine begründeten Zweifel bestehen.

Demgegenüber sind die Gutachten von Dr. E. vom 11. September 2007, von Dr. F. vom 7. Mai 2009 sowie von Dr. G. vom 8. September 2011 vom Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit nicht geeignet, den Nachweis einer rentenrelevanten Minderung des Leistungsvermögens des Klägers aufzuzeigen. Alle drei Gutachten enthalten im Vergleich zu den im Klageverfahren eingeholten Sachverständigengutachten keine weiteren Befunde, welche die Annahme eines geminderten oder gar aufgehobenen Leistungsvermögens rechtfertigen könnten. Anhand der aufgeführten Befunde lässt sich eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers aber nicht nachvollziehbar begründen. Die Gutachten leiden zudem an dem Mangel, dass die vom Kläger geschilderten Beschwerden - auch gegenüber seinen behandelnden Ärzten - ungeprüft und unkritisch übernommen und somit keiner Konsistenzprüfung unterzogen werden. Damit wird offenkundig maßgeblich auf die subjektive Einschätzung des Klägers zu seinem Leistungsvermögen abgestellt, auf die sich die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente jedoch niemals alleine stützen lässt. Den drei Gutachten fehlt es demnach an einer tragfähigen Grundlage.

Unter Berücksichtigung seines noch vorhandenen Leistungsvermögens ist der Kläger nicht erwerbsgemindert, weil er noch mindestens sechs Stunden täglich unter den in Betrieben üblichen Arbeitsbedingungen erwerbstätig sein kann und sich zur Verwertung seines Restleistungsvermögens auf sämtliche - ihm in gesundheitlicher Hinsicht objektiv zumutbaren - Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes der Bundesrepublik Deutschland verweisen lassen muss. Der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedarf es in diesen Fällen grundsätzlich nicht. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass es in der Regel auch für Versicherte, deren Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, noch Einsatzmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in nennenswertem Umfang gibt, da dort eine Vielzahl von ungelerten Tätigkeiten existiert, die nur mit leichten körperlichen und geistigen Anforderungen verbunden sind. Im Rahmen der - bezüglich des hier streitigen Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung allein maßgeblichen - Frage nach dem Bestehen realer Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsfeld bedarf es zwar einer besonders eingehenden Prüfung, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine spezifische Leistungsbehinderung festgestellt ist (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 1. März 1984, [4 RJ 43/83](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 17](#) mit Hinweis auf BSG, Urteil vom 30. November 1982, [4 RJ 1/82](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 104](#)) oder wenn der Rentenbewerber wegen eines besonders gearteten Berufslebens deutlich aus dem Kreis vergleichbarer Versicherter heraus fällt (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 18. Februar 1981, [1 RJ 124/79](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 75](#); BSG, Urteil vom 27. April 1982, [1 RJ 132/80](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 90](#)). Derart gravierende Einschränkungen liegen bei dem Kläger nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme aber nicht vor.

Ob die betreffenden Arbeitsplätze frei waren oder besetzt, ist für die Gewährung von Erwerbsminderungsrenten unerheblich, denn die Erwerbsfähigkeit von Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nicht nachweislich auf weniger als sechs Stunden arbeitstätig gesunken ist, hängt nicht davon ab, ob das Vorhandensein von für sie offenen Arbeitsplätzen für die in Betracht kommenden Erwerbstätigkeiten konkret festgestellt werden kann oder nicht. Der im Sinne der so genannten konkreten Betrachtungsweise auf die tatsächliche Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit abstellende Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember 1976 (Az. [GS 2/75](#), [GS 3/75](#), [GS 4/75](#), [GS 3/76](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 13](#)) kann bei noch im zeitlichem Umfang von zumindest sechs Stunden arbeitstätig einsatzfähigen Versicherten grundsätzlich nicht herangezogen werden. Das hat der Gesetzgeber in [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nochmals ausdrücklich mit dem Hinweis darauf klargestellt, dass nicht erwerbsgemindert ist, wer - ungeachtet der jeweiligen Arbeitsmarktlage - unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Ausnahmen können allenfalls dann in Betracht kommen, wenn ein Versicherter nach seinem Gesundheitszustand nicht in der Lage ist, die an sich zumutbaren Arbeiten unter den in der Regel in den Betrieben üblichen Bedingungen zu verrichten, oder wenn er außerstande ist, Arbeitsplätze dieser Art von seiner Wohnung aus aufzusuchen (vgl. BSG, Urteil vom 27. Februar 1980, [1 RJ 32/79](#) - veröffentlicht in juris). Beides trifft auf den Kläger nicht zu. Es ist insbesondere nicht nachgewiesen, dass seine Wegefähigkeit rentenrelevant eingeschränkt sein könnte. Dem steht schon die Feststellung des Sachverständigen Dr. med. K. entgegen, der das Vorliegen einer für die Erwerbsfähigkeit relevanten Einschränkung der Gehstrecke ausdrücklich verneint. Soweit der Kläger meint, dass die Angaben des Sachverständigen Dr. med. K. widersprüchlich seien und Dr. med. N. eine Laufstrecke von nur 260 Meter festgestellt habe, kann dem nicht gefolgt werden. Denn die von Dr. med. N. bescheinigte Laufstrecke bezog sich auf eine 12 %-ige Steigung bei einer Geschwindigkeit von 3,5 km/h. Zudem hat der Kläger gegenüber dem Sachverständigen Dr. med. L. angegeben, einen bis eineinhalb Kilometer in 45 Minuten zurücklegen zu können. Mit Blick darauf kann die Richtigkeit der Einschätzung, dass beim Kläger keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen, die sich auf die Wegefähigkeit negativ auswirken könnten, nicht ernsthaft bezweifelt werden. Die Annahme einer rentenrelevanten Einschränkung der Wegefähigkeit verbietet sich im Übrigen auch deshalb, weil der Kläger einen Führerschein besitzt und selbst Auto fährt.

Nach alledem ist der Kläger weder teilweise noch voll erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 Abs. 1](#) und 2 SGB VI.

Der heute 56-jährige Kläger hat des Weiteren auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Die Voraussetzungen des [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) liegen nicht vor, weil nicht nachgewiesen ist, dass der Kläger berufsunfähig ist. Dabei kann offen bleiben, ob - wie die Beklagte im Anschluss an das Rentengutachten des Sozialmediziners D. vom 10. August 2010 meint - der Kläger der zuletzt von ihm ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiter am PC noch mindestens sechs Stunden arbeitstätig nachgehen kann. Denn selbst wenn das nicht der Fall wäre, ist der Kläger mit dem vorstehend beschriebenen gesundheitlichen Restleistungsvermögen nicht berufsunfähig, weil er aufgrund seines beruflichen Werdeganges allenfalls dem unteren Bereich der Gruppe der angelernten Arbeiter zuzuordnen ist und er damit subjektiv zumutbar auf das gesamte allgemeine Arbeitsfeld verwiesen werden kann. Der Kläger genießt somit keinen besonderen Berufsschutz, so dass sich in seinem Falle die Benennung eines konkreten Berufs zur Abwendung von Berufsunfähigkeit erübrigt. Der Kläger kann daher sozial zumutbar auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden, die er gesundheitlich noch in der Lage ist zu verrichten. Damit ist vorliegend eine Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) offenkundig

nicht gegen.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und orientiert sich am Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-01-30