

L 8 R 306/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 2795/16
Datum
20.12.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 R 306/18
Datum
25.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 20.12.2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte ein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung zusteht.

Der 1963 geborene Kläger ist gelernter Karosseriebauer und angelernter Lackierer und war zuletzt als Produktionshelfer und Lagerarbeiter bis zum 22.09.2015 versicherungspflichtig beschäftigt. Seit dem 23.09.2015 ist der Kläger arbeitslos. Mit Bescheid vom 07.10.2015 bewilligte die Beklagte dem Kläger eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form einer beruflichen Reintegrationsmaßnahme, welche der Kläger aus gesundheitlichen Gründen abbrach.

Am 28.01.2016 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Beklagte zog u. a. das Gutachten nach Aktenlage der Agentur für Arbeit (Dr. K.) vom 04.06.2014 sowie das im Verfahren SG Ulm (S 15 SB 1433/13) erstattete Sachverständigengutachten des Orthopäden D. vom 13.03.2015 bei.

Zudem veranlasste die Beklagte eine Begutachtung des Klägers durch Dr. M., Internist sowie Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie und Sozialmedizin. Dieser kam in seinem am 29.04.2016 erstellten Gutachten zum Ergebnis, dass der Kläger noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden arbeitstäglich und mehr ausüben könne. Dr. M. diagnostizierte einen Kniebinnenschaden rechts, zurzeit keine sozialmedizinisch relevante Einschränkung der Gehstrecke, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Cervikal- und Lumbalbeschwerden ohne neuromuskuläres Defizit sowie eine Periarthropathie der linken Schulter mit leichter Funktionsminderung nach Operationen 2013 und eine beginnende Arthrose im rechten Ellenbogengelenk.

Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 10.05.2016 ab, da die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien.

Gegen den Bescheid erhob der Kläger am 19.05.2016 Widerspruch.

Die Beklagte holte die sozialmedizinische Stellungnahme der OMR K. vom 21.06.2016 ein, die ausführte, dass bis auf den Verlust der Milz alle im Widerspruchsschreiben aufgeführten Diagnosen im Gutachten aufgeführt und berücksichtigt seien. Entsprechende Facharztbefunde würden dem Gutachten beiliegen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2016 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 04.09.2016 erhob der Kläger Klage zum SG Ulm und machte geltend, dass die gutachterliche Untersuchung nur eine Stunde gedauert habe und daher eine eingehende Befassung mit seinem Gesundheitszustand nicht möglich gewesen sei. Ergänzend legte er das Attest des Dr. D. vom 22.02.2017 (Blatt 32 SG-Akte) vor.

Das SG holte die sachverständigen Zeugenauskünfte des Facharztes für Psychiatrie Dr. A. vom 27.10.2016 (Blatt 18/19 SG-Akte -

Fußheberparese, Migräne mit Aura, Parese, zerebrale Gliose), des Facharztes für Neurologie Dr. R. vom 27.10.2016 (Blatt 20/27 SG-Akte - einmalige Vorstellung am 26.10.2016, hochgradig chronifiziertes Schmerzsyndrom mit Zervikal-syndrom und LWS-Syndrom, Kombinationskopfschmerz) und des Chirurgen Dr. T. vom 23.02.2017 (Blatt 29/30 SG-Akte - rezidivierende Lumboischialgie links ohne Bandscheibenvorfall, Innenmeniskopathie rechts, vollschichtige Arbeitsfähigkeit ab 01.02.2017) ein.

Nach Einreichung einer sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. S. vom 23.03.2017 (Blatt 39 SG-Akte) durch die Beklagte, holte das SG das neurologisch-psychiatrische Sachverständigengutachten des Dr. T. vom 31.07.2017 (Blatt 48/70 SG-Akte) ein. Dieser stellte eine leichtere psychische Erkrankung im Sinne einer Somatisierungsstörung oder Anpassungsstörung, kombinierte Kopfschmerzen und eine leichte Schwäche im linken Fuß fest und sah ein vollschichtiges Leistungsvermögen des Klägers ohne Einschränkungen der Wegefähigkeit.

Nachdem sich der Kläger auf die gerichtliche Verfügung vom 09.08.2017 sowie auf die Erinnerung vom 20.09.2017 zu dem Sachverständigengutachten nicht geäußert hatte, wies das SG, nach Anhörung der Beteiligten, die Klage mit Gerichtsbescheid vom 20.12.2017 ab und führte zur Begründung aus, dass die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen nur qualitative Leistungseinschränkungen bedingten, sodass es dem Kläger zumutbar sei, einer leidensgerechten Tätigkeit für sechs Stunden und mehr arbeitstäglich nachzukommen.

Gegen den am 22.12.2017 (Blatt 86a SG-Akte) zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 22.08.2018 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Er macht geltend, dass die Beklagte keine Verweisungstätigkeit benannt und das SG die vorliegenden Gesundheitsstörungen missachtet habe. Es sei zu beanstanden, dass das SG seine Entscheidung auf die Gutachten des Dr. T. und des Dr. M. gestützt habe. Dr. T. habe das Kopfschmerztagebuch bei der Untersuchung nicht einsehen wollen und er habe die über Tage andauernden Migräneanfälle nicht berücksichtigt. Ergänzend legt er den Entlassungsbericht des Klinikums Ansbach vom 15.06.2018 über die stationäre Behandlung vom 28.05.2018 bis 15.06.2018 vor.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 20.12.2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 10.05.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser, Erwerbsminderung ab dem 01.01.2016 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und legt ergänzend die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. Schüle vom 09.08.2018 (Blatt 52 Senatsakte) vor.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakte des SG Ulm beigezogen und zum Gegenstand des Verfahrens gemacht. Auf diese Unterlagen und auf die vor dem Senat angefallene Akte im Berufungsverfahren wird bezüglich weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Trotz Ausbleiben des Klägers und seiner Bevollmächtigten im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat der Senat verhandeln und entscheiden können, denn der ordnungsgemäß geladene Kläger war in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ([§ 116 Abs. 1 SGG](#)).

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 10.05.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2016 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger kann die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht beanspruchen. Der angefochtene Gerichtsbescheid ist nicht zu beanstanden.

Gemäß [§ 43 Absatz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (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 Absatz 2 Satz 2 SGB VI](#)). Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich - bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche - ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Absatz 1 und Absatz 2 SGB VI](#) vor. Dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Absatz 3 SGB VI](#)).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, da der Senat das Vorliegen von Gesundheitsstörungen, die das quantitative Leistungsvermögen auf unter sechs Stunden täglich einschränken, nicht feststellen, sondern sich davon überzeugen konnte, dass der Kläger noch in der Lage ist, jedenfalls leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten, sodass dieser nicht erwerbsgemindert ist.

Auf orthopädischem Fachgebiet konnte der Senat, gestützt auf das Sachverständigengutachten des Orthopäden D. vom 13.03.2015, feststellen, dass die Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule eingeschränkt demonstriert wurde bei deutlich erhöhtem Finger-Boden-Abstand von 40 cm. In der Vorneigung zeigte sich ein Muskelwulst links auf Höhe des thorakolumbalen Übergangs. Das Aufrichten geschah mit Abstützreaktion der Hände an den Oberschenkeln. Hinsichtlich der Beweglichkeit hat der Sachverständige D. für die HWS für

Vorneige/Rückneige 10-0-30°, für die Seitneigung rechts/links 5-0-10°, für die Drehung links/rechts 30-0-75° sowie einen Kinn-Jugulum-Abstand von 4/17 angegeben. Für die BWS wird eine Schulterdrehung gegen Becken links/rechts von 20-0-30° beschrieben, die Seitneigung rechts/links war mit 20-0-20° möglich, das Zeichen nach Ott lag bei 30/31. Die LWS - Beweglichkeit wird mit 30-0-30° angegeben, das Zeichen nach Schober mit 10/12. Bei der Untersuchung des Dr. M. vom 25.04.2016 war die Wirbelsäule nicht klopfschmerzhaft bei einem Finger-Boden-Abstand von 32 cm, das Zeichen nach Schober lag bei 10/13, das Zeichen nach Ott wird mit 30/32,5 angegeben, der Kopf als frei beweglich beschrieben. Dr. T. hat die Beweglichkeit des Kopfes im Bereich der Halswirbelsäule als in allen Bewegungsrichtungen nicht eingeschränkt beschrieben (Blatt 61 SG-Akte) und leichte Einschränkungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule beschrieben, wobei er Hinweise auf neurologische Ausfälle im Sinne einer radikulären Nervenschädigung oder Myelopathie verneint und darauf hinweist, dass die Kernspintomographien der Wirbelsäule nur leichte degenerative Veränderungen gezeigt haben. Die Befunde der Gutachter werden durch die Einschätzung des behandelnden Orthopäden Dr. T. gestützt, der die Einschränkungen der Wirbelsäule mit leicht bis mittelgradig beurteilt hat (sachverständige Zeugenauskunft vom 23.02.2017, Blatt 29/30 SG-Akte). Einer leichten Tätigkeit stehen die festzustellenden Bewegungseinschränkungen nicht entgegen.

Hinsichtlich der unteren Gliedmaßen entnimmt der Senat dem Sachverständigengutachten des Orthopäden D., dass die Hüftgelenke keine entzündliche Rötung, Schwellung oder Überwärmung zeigten, bei der Bewegungsprüfung erfolgte keine Schmerzangabe, die Beweglichkeit war nur endgradig eingeschränkt (Streckung/Beugung 0-0-120°; Innenrotation/Außenrotation 20-0-20° beidseits; Abduktion/Adduktion 40-0-20° beidseits). Die Beweglichkeit der Sprunggelenke war nicht eingeschränkt. Die aktive und passive Scharnierbeweglichkeit in den oberen Sprunggelenken war uneingeschränkt bei physiologischem Gleitverhalten der Achillessehne. Die aktiven und passiven Verwindungsbewegungen im Rückfuß werden als uneingeschränkt beschrieben. Die Kniegelenkskonturen waren beidseits klar erkennbar. Es bestand kein Erguss, keine Entzündungszeichen und kein Druckschmerz über dem inneren und äußeren Gelenkspalt. Das vordere Kreuzband war stabil. Beiderseits zeigte sich keine Menikussymptomatik und kein Bewegungsschmerz. Die Beweglichkeit wird für Beugung/Streckung mit 0-0-140° angegeben. Bei gegenüber dem Gutachter Dr. M. angegebenen Kniebeschwerden rechts konnte Dr. M. eine freie Beweglichkeit der großen Gelenke an den Beinen feststellen, die Umfangsmaße werden als seitengleich beschrieben. Dr. M. verweist zwar auf einen in 04/2016 diagnostizierten Kniebinnenschaden rechts, schließt aufgrund des erhobenen Befundes aber eine Beeinträchtigung der relevanten Gehstrecke aus und verweist auf die fehlende Muskelminderung am rechten Bein. Im Übrigen konnte der Senat, gestützt auf die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. T. vom 23.02.2017 (Blatt 29/30 SG-Akte), feststellen, dass es im Bereich des rechten Knies zu keiner dauerhaften Verschlechterung gekommen ist, die sich auf das zeitliche Leistungsvermögen des Klägers auswirken würde, vielmehr beschreibt Dr. T., im Hinblick auf nur leicht- bis mittelgradige Einschränkungen überzeugend, den Eintritt von Arbeitsfähigkeit ab dem 01.02.2017.

Zum Schulterbefund beschreibt der Sachverständige D. nach Arthroskopie eine passive Beweglichkeit der linken Schulter für Arm seitwärts/körperwärts heben von 95-0-30° (Norm 180-0-30°), für Arm rückwärts/vorwärts heben von 30-0-160° (Norm 40-0-160°). Dem Gutachten des Dr. M. entnimmt der Senat, dass der rechte Arm völlig frei beweglich war, der linke Arm konnte nach vorne bis 140° angehoben werden, passiv bis zur Senkrechten. Nacken- und Lendengriff war endgradig eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der leichten Funktionseinschränkungen sieht Dr. M. nachvollziehbar qualitative Einschränkungen dahingehend, dass Heben und Tragen von Lasten sowie Überkopfarbeiten vermieden werden sollten. Eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens ergibt sich hieraus nicht. Eine relevante Verschlechterung konnte der Senat nicht feststellen, insbesondere sind in der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. T. vom 23.02.2017 (Blatt 29/30 SG-Akte) Schulterbeschwerden nicht einmal beschrieben, bei gegenüber dem Sachverständigen Dr. T. angegebene Beschwerden nunmehr in der rechten Schulter konnte der Sachverständige in der Verhaltensbeobachtung keine Hinweise für relevante Schmerzen sehen.

Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet konnte der Senat, gestützt auf das Gutachten des Dr. M. vom 25.04.2016, feststellen, dass der Kläger zwar eine Vielzahl von Beschwerden schilderte, für die aber kein morphologische Korrelat bestand, sodass von somatoformen Beschwerdezufüssen auszugehen ist, die nicht das Ausmaß einer schweren psychischen Störung erreichen und daher das quantitative Leistungsvermögen nicht einschränken. Dr. M. beschreibt den Kläger als etwas missmutig und dysthym, die affektive Schwingungsbreite war jedoch erhalten und es zeigte sich keine Antriebsminderung und keine Affektlabilität. Ergänzend weist Dr. M. darauf hin, dass die angegebenen Kopfschmerzen zum Teil migräneartig geschildert worden sind, jedoch auch hierfür kein morphologisches Korrelat gesichert werden konnte. Dem Sachverständigengutachten des Dr. T. vom 31.07.2017 entnimmt der Senat, dass der Kläger bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten voll orientiert war, es zeigten sich keine auffälligen Störungen der Gedächtnisfunktionen, Merkfähigkeit, von Neugedächtnis- und Altgedächtnis. Konzentration und Aufmerksamkeit waren ungestört, insbesondere war der Kläger in der Lage, über eine Stunde Auskunft über Biographie und Krankheitsgeschichte zu geben. Formale oder inhaltliche Denkstörungen zeigten sich nicht, ebenso keine auffälligen Störungen der kognitiven Funktionen bzw. neuropsychologische Störungen. Wahrnehmungsstörungen oder Sinnestäuschungen bestanden nicht, die Affektlage war ausgeglichen und der Kläger nicht wesentlich depressiv. Die Schwingungsfähigkeit war nicht eingeschränkt, sodass der Sachverständige überzeugend depressive Beschwerden, kognitive Einschränkungen oder andere psychische Auffälligkeiten verneint und sich hieraus keine quantitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens ergeben. Dementsprechend konnte der Senat auch eine nachhaltige Behandlung des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht feststellen. Die sporadischen Vorstellungen bei Dr. A. (Vorstellungen am 27.08.2016 und 25.01.2016 – sachverständige Zeugenauskunft vom 27.10.2018, Blatt 18/19 SG-Akte) begründen eine solche nicht.

Bezüglich der Kopfschmerzsymptomatik konnte der Senat feststellen, dass bereits Dr. K. in seinem Befundbericht vom 19.10.2015 ausgeführt hat, dass es sich formell um einen Kombinationskopfschmerz mit Schwindel und Doppelbildern handelt, insgesamt aber eher das Bild einer funktionellen Störung, eventuell auch mit sekundären Krankheitsgewinn auf dem Hintergrund der aktuellen sozialmedizinischen Situation entsteht. Dementsprechend empfiehlt er eine Behandlung im Schmerzzentrum und weist darauf hin, dass das Gemisch von somatischen/psychologischen Angeboten und die Orientierung an den für den Kläger im Vordergrund stehenden körperlichen Beschwerden den therapeutischen Zugang erleichtern kann. Ebenso ergibt sich aus dem vorläufigen Entlassbericht des O.-Klinikums vom 18.02.2015, dass MR-tomographisch kein Korrelat für die Beschwerden gefunden wurde, sodass eine psychosomatische Betreuung empfohlen wird. Weshalb eine Psychotherapie entgegen der Empfehlungen der behandelnden Fachärzte nicht erfolversprechend sein sollte, wie der Kläger zur Berufungsbegründung geltend macht, ist nicht nachvollziehbar. Quantitative Leistungseinschränkungen lassen sich, in Übereinstimmung mit Dr. T., aus der geklagten Kopfschmerzsymptomatik nicht begründen. Letztlich hat Dr. T. überzeugend eine relevante Sehminderung ausgeschlossen, nachdem beide Pupillen isokor und mittelweit waren, sowie rund und prompt auf Licht reagierten. Die Konvergenz war erhalten und es ließen sich keine Einschränkungen des Gesichtsfeldes bei der Prüfung mit Fingerbewegungen feststellen. Die

Augenbewegungen waren nach allen Seiten frei und konjugiert, Doppelbilder wurden keine angegeben. Ein Nystagmus bestand nicht.

Die Einwände des Klägers gegen das Sachverständigengutachten des Dr. T. überzeugen nicht. Abgesehen davon, dass nicht nachvollziehbar ist, dass dem Kläger erst gut 7 Monate nach der Übersendung des Sachverständigengutachtens (zur Stellungnahme) durch das SG aufgefallen sein will, dass der Sachverständige Tatsachen falsch wiedergegeben haben soll, legt dieser auch in keiner Weise dar, welche Angaben er stattdessen gegenüber dem Sachverständigen gemacht haben will. Wenn der Kläger gegenüber dem Sachverständigen nur angegeben hätte, im Garten die Blumen zu gießen, erschließt sich nicht, weshalb der Sachverständige Aktivitäten wie Hecke schneiden, Bäume schneiden und rasenmähen hätte wiedergeben sollen. Nachdem die Aktivitäten des Bruders nicht Gegenstand der Begutachtung waren, hatte der Sachverständige keinen Anlass, diese zu erfragen oder zu dokumentieren. Um das Sachverständigengutachten in Zweifel zu ziehen reicht es daher nicht aus, die Ausführungen des Sachverständigen zu kommentieren, sondern es bedürfte konkreter Darlegungen, was gegenüber dem Sachverständigen tatsächlich angegeben worden sein soll. Hierauf kommt es indessen deshalb nicht entscheidungserheblich an, da der Sachverständige im medizinischen Befund bereits keine Befunde erheben konnte, die eine quantitative Leistungseinschränkung begründen, sodass aus dem Tagesablauf keine zusätzlichen Erkenntnisse zu gewinnen sind. Ein Leistungsvermögen für nur noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes impliziert, dass mittelschwere und schwere Tätigkeiten, wie beispielsweise schwere Gartenarbeiten, nicht mehr zumutbar sind.

Zwar trifft es zu, dass der Sachverständige Dr. T. eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den erhobenen Befunden festgestellt hat. Jedoch ist dieser Umstand sehr wohl hinterfragt und vom Sachverständigen dargelegt worden, dass hieraus auf eine psychische Beeinflussung der Beschwerden geschlossen werden kann, die diagnostisch als Somatisierungsstörung oder Anpassungsstörung eingeordnet werden kann. Ergänzend verweist er darauf, dass bereits Dr. M. eine psychische Beeinflussung der beklagten Beschwerden in Betracht gezogen hat. Für den Streitgegenstand entscheidend ist jedoch, dass der Sachverständige Dr. T. ausdrücklich und überzeugend eine quantitative Leistungseinschränkung aufgrund der psychischen Einschränkungen ausschließt. Entsprechendes ist bereits durch den Gutachter Dr. M. festgestellt worden, der eine schwere psychische Störung, die für sich schon das quantitative Leistungsvermögen ausschließt, verneint hat. Darauf, dass Dr. T. zur Absicherung der diagnostischen Einordnung eine Exploration im ambulanten Rahmen anrät und damit eine Therapieempfehlung abgibt, kommt es deshalb nicht entscheidungserheblich an, da es der Klassifikation der Erkrankungen nach einem Diagnosesystem für die gesetzliche Rentenversicherung nicht bedarf. Die Behauptung des Klägers, dass das SG eine Diskrepanz zwischen den Beschwerden des Klägers und den Ausführungen des Gutachters festgestellt habe, geht fehl. Das SG hat sich vielmehr den Feststellungen des Sachverständigen angeschlossen und nur davon abgesehen, die diagnostischen Konsequenzen, die der Sachverständige aus seiner Feststellung der Diskrepanz zieht, nochmals darzustellen.

Soweit der Kläger auf einen PKW-Unfall im Jahr 2014 verweist konnte der Senat, gestützt auf den Entlassungsbericht des D.-Klinikums S.-Hall vom 08.05.2014, feststellen, dass die am 06.05.2014 durchgeführte Computertomographie des Schädels und der HWS keinen Nachweis einer intrakraniellen Traumafolge, keine Blutung und keinen Nachweis einer Schädelfraktur erbracht hat. Die HWS kam unauffällig und ohne Nachweis einer Fraktur oder Bandverletzung zur Darstellung. Ein intraspinale Hämatom war ebenfalls nicht nachweisbar. Bei Entlassung waren die Pupillen isokor und beidseits prompt lichtreagibel, die grobe Kraftentwicklung war intakt, es bestanden keine Übelkeit, kein Erbrechen und keine Kopfschmerzen. Im vorläufigen Entlassbericht des O.-Klinikums A. vom 18.02.2015 zeigte sich in der neurologischen Untersuchung am Kopf kein pathologischer Befund, die Wirbelsäule wird als nicht klopf- oder druckdolent beschrieben. Verbliebene Folgen des PKW-Unfalls konnte der Senat daher nicht feststellen, Anhaltspunkte dafür, dass die diagnostizierte HWS-Distorsion zu bleibenden Schäden geführt hätte, ergeben sich aufgrund des unauffälligen CT-Befundes nicht.

Hinsichtlich der geklagten Fußheberparese konnte der Senat feststellen, dass diese erstmals im Befundbericht des O.-Klinikums A. vom 03.12.2009 beschrieben wurde, wobei die neurologische Untersuchung unauffällige Befunde für HWS, BWS und LWS ergab und die Symptomatik als derzeit unklar beschrieben wird. Die Liquordiagnostik ergab eine Zellzahl von 1/3 bei unauffälligem Borreliabefund und negativen oligoklonalen Banden. Hinweise auf eine Neuroborreliose im Liquor und eine Lyme-Borreliose im Serum bestanden keine, sodass sich Folgen des beschriebenen Zecken-Bisses nicht objektivieren ließen. Im Sachverständigengutachten des Orthopäden D. vom 13.05.2015 wird ausgeführt, dass das Gangbild in den Praxisräumen mit Schuhen und barfuß flüssig und unbehindert ohne Schmerz-, Schonungs- oder Verkürzungshinken war. Das Abrollverhalten der Füße wird als unauffällig beschrieben. Dr. M. hat ausgeführt, dass ein normales Gangbild bestand und sich keine Beeinträchtigung durch die leichte Fußheberschwäche zeigte, sodass er eine sozialmedizinisch relevante Einschränkung der Gehstrecke verneint. Dr. T. hat in seinem Sachverständigengutachten vom 31.07.2017 eine leichte Fußheberparese links (4/5) beschrieben, Paresen und Muskelatrophien jedoch verneint. Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich mittellebhaft auslösbar, der Romberg-Stehversuch war regelrecht, den Gang beschreibt er als etwas langsam und beschwerlich bei Angabe von Schmerzen im Knie. Beim Zehengang zeigte sich eine leichte Schwäche der Fußhebung beim Hackengang, ansonsten wurden die erschwerten Gangprüfungen gut durchgeführt. Dementsprechend sieht Dr. T. überzeugend keine Einschränkungen bei der beruflichen Tätigkeit durch die leichte Fußheberschwäche und verneint Einschränkungen der Wegefähigkeit.

Das Attest des Dr. D. vom 22.02.2017, welches offenbar im Hinblick auf das ärztliche Gutachten für die Rentenversicherung des Dr. M. erfolgt ist, überzeugt nicht. Soweit auf einen Kniebinnenschaden rechts mit "zwischenzeitlich" erforderlich gewordener operative Intervention verwiesen wird, lässt sich dem vorgelegten Befundbrief der Klinik Dinkelsbühl vom 23.05.2016 (Blatt 35 SG-Akte) nur entnehmen, dass eine Arthroskopie des rechten Kniegelenkes durchgeführt worden ist, hinsichtlich derer eine Wiedervorstellung zur Befundkontrolle und Ziehung der Drainage empfohlen worden ist. Ein rentenrechtlich relevanter Befund ergibt sich hieraus nicht. Demgegenüber kann der Senat der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. T. vom 23.02.2017 (Blatt 29/30 SG-Akte) entnehmen, dass dieser die Einschränkungen am rechten Kniegelenk nach der arthroskopischen Innen- und Außenmeniskusglättung am 10.10.2016 und am 26.01.2017 erfolgten Instillation von Cortison unter sterilen Bedingungen in das rechte Kniegelenk als leicht bis mittelgradig beurteilt und den Kläger ab dem 01.02.2017 wieder für vollschichtig arbeitsfähig erachtet hat. Die Ausführungen des Dr. D. werden daher durch die fachärztlichen Befunderhebungen nicht gestützt, eigene tragfähige Befunde werden nicht mitgeteilt. Aus dem Kernspintomographiebericht vom 03.05.2017 (Praxisklinik Radiologie, Dr. T., Blatt 46/47 SG-Akte) ergibt sich vielmehr, dass ein Status idem im Vergleich zu der Voraufnahme vom 05.09.2016 bestanden hat. Es bestand eine gleichbleibende kräftige degenerative Rissbildung im Hinterhorn bei mäßigem Reizzustand der mediodorsalen Gelenkkapsel sowie eine gleichbleibende mäßige Degeneration des vorderen Kreuzbandes, letztlich ein diskreter Erguss sowie eine diskrete Synovitis. Dementsprechend haben sich die Ausführungen des Dr. T. (Befundbericht vom 30.03.2017, Blatt 44/45 SG-Akte), dass kein Anhalt für eine gravierende Knorpelschädigung besteht, im MRT-Befund bestätigt.

Soweit Dr. D. ausführt, dass der Kläger aufgrund der Lungenfunktionsdiagnostik nur noch eingeschränkt belastbar sei, werden ebenfalls keine Befunde mitgeteilt und die Ausführungen stehen in Widerspruch zu den Feststellungen des Gutachters Dr. M. (ärztliches Gutachten für die Rentenversicherung vom 25.04.2016). Dieser hat eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt und eine Vitalkapazität von 91% erhoben und keine Restriktion bei normaler Vitalkapazität festgestellt. Die Sekundärkapazität und den Tiffenau-Index beschreibt der Gutachter ebenfalls als normal, sodass er eine relevante Ventilationsstörung ausschließt und nur eine grenzwertig obstruktive Ventilationsstörung ohne Rückwirkung auf den Gasaustausch beschreibt. Weshalb leichte bis mittelschwere Tätigkeiten deshalb nicht mehr zu verrichten sein sollten, ist nicht nachvollziehbar. Weshalb den Ausführungen des Dr. M. nicht zu folgen sein sollte, wie der Kläger zur Berufungsbegründung meint (Blatt 25 Senatsakte), lässt sich nicht nachvollziehen, auch hat der Kläger nicht ansatzweise dargelegt, dass eine weitergehende Behandlung im Hinblick auf Lungenfunktionsprobleme erfolgt wäre oder neue Befunde vorliegen würden. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. T. hat der Kläger weder Atembeschwerden noch Herzbeschwerden angegeben, eine entsprechende fachärztliche Behandlung ist weder ersichtlich noch geltend gemacht, eine Medikation nicht beschrieben worden. Vielmehr konnte der Senat dem Befundbericht der St. Anna V. Klinik vom 21.07.2015 entnehmen, dass das Langzeit-EKG und der Blutdruck unauffällig waren und sich im Herzecho und bei dem Carotisdoppler ebenfalls ein unauffälliger Befund ergab, sodass keine Anhaltspunkte für relevante Herzbeschwerden bestehen.

Ebenso bleibt offen, aufgrund welcher Befunde Dr. D. meint, dass durch die Diagnose Anpassungsstörung und somatoforme Beschwerdeeinflüsse eine berufliche Tätigkeit nicht mehr möglich sein sollte, der Hinweis, dass wegen eines Kombinationskopfschmerzes eine neurologische Mitbetreuung erforderlich geworden ist, lässt Rückschlüsse auf das quantitative Leistungsvermögen nicht zu, worauf auch Dr. T. hingewiesen hat. Entgegen der Auffassung des Klägers kommt es nicht darauf an, wie lange ein Arzt den Patienten kennt (Blatt 25 Senatsakte), sondern auf die von ihm erhobenen Befunde, solche hat Dr. D. jedoch gerade nicht mitgeteilt.

Letztlich stützt der vom Kläger vorgelegte Entlassungsbericht des Klinkums A ... vom 15.06.2018 die Beurteilung der Sachverständigen. Diesem entnimmt der Senat, dass der Kläger eine Ausdauerleistung von 15 bis 20 Minuten bei 25 Watt am Ergometer erreichte und regelmäßig an einem Ausdauertraining durch Teilnahme an einer Walking-Gruppe mindestens zweimal 30 Minuten die Woche teilnehmen konnte. Zwar werden eine Hypomobilität in HWS, BWS und LWS sowie muskuläre Defizite beschrieben, jedoch empfiehlt die Klinik ausdrücklich eine Gruppenanbindung, Qigong, Gerätetraining, Wirbelsäulengymnastik und Ergometerfahren. Als Ziel der Krankengymnastik wird die Verbesserung der Kniestabilität sowie die Verbesserung der Beweglichkeit und die Verminderung der Anspannung beschrieben.

Zum Verlauf ist ausgeführt, dass die Kopfschmerzen des Klägers im Verlauf der Behandlung durch Pfefferminzöl ausreichend gelindert werden konnten und es keines Rückgriffs auf Ibuprofen bedurfte, eine Migräneattacke trat während des dreiwöchigen stationären Aufenthaltes nicht auf, sodass sich hieraus, in Übereinstimmung mit dem Sachverständigengutachten des Dr. T., nicht auf ein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen schließen lässt. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Klinik sogar den Verdacht äußert, dass der Kopfschmerz gänzlich nur medikamenteninduziert sein könnte, passend hierzu wird die Befundbesserung unter Weglassen von Ibuprofen und Rückgriff auf Pfefferminzöl beschrieben. Die Ausführungen der Klinik und der Umstand, dass es während des Aufenthaltes zu keiner Migränesymptomatik gekommen ist, belegen darüber hinaus, dass es für die Leistungseinschätzung auf die subjektive Wahrnehmung des Klägers, die dieser in seinem "Schmerztagebuch" notiert hat, nicht entscheidungserheblich ankommen kann, sodass Dr. T. dieser keine Bedeutung beimessen musste und die diesbezüglichen Einwände des Klägers gegen das Gutachten ebenfalls nicht durchgreifend sind. Entscheidend für die Leistungsbeurteilung sind vielmehr objektivierte Befunde, an denen es vorliegend gerade fehlt.

Zusammenfassend wird in dem Entlassungsbericht dargelegt, dass der Kläger die Bedeutung der Entspannungs- und Achtsamkeitstechniken für die Schwindel- und Schmerzproblematik erkannt und diese erfolgreich angewandt hat. Weiterhin, dass der Kläger sich über seine wiedererlangte Beweglichkeit gefreut hat, angegeben hat, einen Minijob zur Stabilisierung seiner finanziellen Situation aufnehmen zu wollen und in Zukunft auch seine sportlichen Aktivitäten wieder aufnehmen zu wollen. Dementsprechend hat die Fachärztin für Chirurgie Dr. S. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 09.08.2018 (Blatt 52 Senatsakte) überzeugend dargelegt, dass sich weder neuerliche Gesundheitsstörungen noch eine Verschlechterung des Befundes ergeben, sondern im Gegenteil erste Erfolge hinsichtlich der Schmerzkrankung erzielt worden sind und weitere Therapiemaßnahmen im ambulanten Setting fortgeführt werden sollten.

Eine schwere spezifische Leistungseinschränkung oder eine Summierung von Leistungseinschränkungen liegt bei dem Kläger nicht vor, sodass es, entgegen der Auffassung des Klägers, der Benennung einer Verweisungstätigkeit nicht bedurfte. Vielmehr konnte der Senat, wie oben dargelegt, keine Gesundheitsstörungen des Klägers feststellen, die über qualitative Einschränkungen hinausgehen und einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entgegenstehen.

Aufgrund des vollschichtigen Leistungsvermögens des Klägers kommt auch eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nicht in Betracht. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)) scheidet schon aufgrund des Geburtsjahres des Klägers aus.

Nachdem der Senat die medizinischen Voraussetzungen für die begehrte Rente nicht feststellen konnte, kommt es darauf, dass das Versicherungskonto des Klägers den letzten Pflichtbeitrag im September 2015 enthält und daher die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seit Oktober 2017 nicht mehr erfüllt sein dürften, nicht entscheidungserheblich an.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-02-08