

L 4 R 401/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 868/07
Datum
21.07.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 401/11
Datum
19.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Juli 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 1964 geborene Kläger brach nach seinen Angaben eine Ausbildung zum Dachdecker ab. Zwischen dem 4. September 1979 und 14. Juni 2006 übte er - unterbrochen durch Zeiten des Bezugs von Sozialleistungen, zuletzt vom 10. August 2004 bis 9. Februar 2005 und anschließenden Bezugs von Arbeitslosengeld bis 26. April 2005 sowie des Bezugs von Arbeitslosengeld vom 1. Januar bis 5. Februar 2006 und sich anschließenden Übergangsgeldes bis 28. Februar 2006 im Zusammenhang mit einer Reintegrationsmaßnahme - zwischen 1985 und 1988 eine versicherungspflichtige Beschäftigung als Friedhofsarbeiter und im Übrigen als Dachdeckerhelfer aus. Im Anschluss daran bezog er nach Beendigung der Lohnfortzahlung ab 27. Juli 2006 zunächst Krankengeld, sodann Arbeitslosengeld. Seit 20. August 2007 erhält er, unterbrochen durch den Bezug von Übergangsgeld in der Zeit vom 25. März bis 15. April 2009 Arbeitslosengeld II. Sein Grad der Behinderung beträgt 80 seit 15. Dezember 2004.

Vom 19. Januar bis 9. Februar 2005 absolvierte der Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Rehaklinik o. d. T. (odT) in B. M ... Prof. Dr. T. diagnostizierte in seinem Reha-Entlassungsbericht vom 1. März 2005 einen Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose 2003) - peripher sensible Polyneuropathie, eine arterielle Hypertonie - Fundus hypertonicus Grad I (April 2004), eine Hyperlipidämie, eine Adipositas und ein obstruktives Schlafapnoesyndrom bei Continuous positive airway pressure (CPAP)-Incompliance. Der Kläger wurde arbeitsfähig und mit einem Leistungsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Dachdecker von unter drei Stunden täglich und mit einem Leistungsvermögen von über sechs Stunden täglich für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Tagesschicht überwiegend im Stehen und zeitweise im Gehen und Sitzen entlassen.

Am 13. August 2006 stellte der Kläger einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung führte er aus, er halte sich schon länger wegen vieler verschiedener Gesundheitsstörungen z.B. Diabetes, Schlafapnoe, Rückenbeschwerden, Knie-Armbeschwerden, Herz-Lungenbeschwerden, Gelenkverschleiß, psychischen Problemen, Füßen und Lymphbahnen für erwerbsgemindert. Facharzt für Innere Medizin, Sportmedizin und Betriebsmedizin Dr. B. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 15. September 2006 - unter Berücksichtigung eines von Dr. O., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg, am 4. März 2005 erstatteten sozialmedizinischen Gutachtens (leichte Tätigkeiten mit Funktionseinschränkungen vollschichtig), Unterlagen des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit H., insbesondere eines Gutachtens nach Aktenlage, das Dr. W. am 16. März 2005 erstattete (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig) und eines Arztbriefes der Dr. I., Rehaklinik odT, vom 1. Februar 2005 - ein komplettes metabolisches Syndrom mit Adipositas II. Grades, einen Diabetes mellitus IIb mit Polyneuro- und Nephropathie, Hypertonie, Hyperlipoproteinämie Typ IIb, zusätzlich Homozysteinämie, positive Familienanamnese und Nikotinabusus, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Incompliance, den Verdacht auf koronare Herzkrankheit, eine rezidivierende Angina pectoris, eine statische Lumbalgie, einen Verdacht auf Periarthritis humero-scapularis (PHS) links und auf Epocondylitis ulnaris links sowie Senkspreizfüße beidseits. Aus internistischer Sicht sei das Leistungsvermögen des Klägers deutlich eingeschränkt. Ihm sollten dauerhaft keine Tätigkeiten mit Wechsel- oder Nachtschicht, besonderem Zeitdruck, besonderer intellektueller Anforderung, überwiegend einseitiger Körperhaltung sowie Absturzgefahr abverlangt werden. Unter Berücksichtigung dessen sei er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten sechs Stunden und mehr täglich einsetzbar. Seine zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit als Dachdeckerhelfer könne er dauerhaft nicht mehr mindestens dreistündig verrichten.

Mit Bescheid vom 22. September 2006 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab. Der Kläger erhob Widerspruch und begründete diesen damit, dass er wegen seiner Krankheiten nicht mehr arbeiten könne. Die Beklagte zog die Arztbriefe des Prof. Dr. K., Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums H., Abteilung Innere Medizin III, vom 13. September 2006 (Diagnosen auf kardiologischem Fachgebiet: Koronare Herzerkrankung ohne höhergradige Stenosen, leicht eingeschränkte LV (linker Ventrikel)-Pumpfunktion, hypertensive Herzerkrankung mit erhöhten enddiastolischen Drucken) und des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Hi. vom 19. Oktober 2006 (Diagnosen: Schlafapnoesyndrom, CPAP-Intoleranz, Adipositas, Diabetes mellitus) bei und hörte hierzu Arzt für Chirurgie Dr. G., der bei der Beurteilung des bisherigen Leistungsvermögens verblieb (Stellungnahme vom 23. November 2006). Mit Widerspruchsbescheid vom 1. Februar 2007 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Klägers zurück. Der sozialmedizinische Dienst habe sämtliche Unterlagen überprüft und komme nach Würdigung aller Umstände zu dem Ergebnis, dass dem Kläger, auch unter Berücksichtigung der festgestellten Erkrankungen oder Behinderungen, leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend im Stehen bzw. Gehen, ständig im Sitzen, ohne Nachtschicht, Wechselschicht, besonderen Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) und besondere intellektuelle Anforderungen, nicht in überwiegend einseitiger Körperhaltung und ohne Absturzgefahr mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien. Die Beurteilung dieses Leistungsvermögens durch den sozialmedizinischen Dienst sei für ihn, den Widerspruchsausschuss, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb er sich dieser anschließe. Ein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bestehe daher nicht. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) komme beim Kläger nicht in Betracht, da er nach dem 1. Januar 1961 geboren sei. Der Widerspruchsbescheid, der mit einfacher Post versandt wurde, wurde ausweislich des Vermerks in der Verwaltungsakte am 2. Februar 2007 an den Kläger zur Post gegeben und ging dem Kläger nach seinen Angaben am 5. oder 6. Februar 2007 zu.

Mit Schreiben vom 28. Februar 2007, das ausweislich zweier auf dem Briefumschlag angebrachten Poststempel am 3. bzw. 4. März 2007 per Einschreiben zur Post gegeben wurde und am 7. März 2007 beim Sozialgericht Mannheim (SG) einging, erhob der Kläger Klage. Er trug vor, seine frühere Tätigkeit als Dachdeckerhelfer solle und dürfe er nicht mehr ausüben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er keine für ihn geeignete Arbeit finden. Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Diplompsychologin Dr. Sc. verneine in ihrem Gutachten vom 24. Januar 2008 (hierzu im Folgenden) fälschlicherweise das Vorliegen einer vollen, jedenfalls aber einer teilweisen Erwerbsminderung. Sie habe weder die nicht ihrem Fachgebiet entspringenden, in ihrer Gesamtheit seine Leistungsfähigkeit aber erheblich beeinträchtigenden Erkrankungen, noch die auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet existenten Erkrankungen hinreichend gewürdigt. Er leide unter einer schweren Form der Dysthymie und unter einer schweren Somatisierungsstörung. Ergänzend trug der Kläger vor, dass er am 4. März 2009 einen transmuralen Myokardinfarkt erlitten habe. Auch sei eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte LV-Pumpfunktion diagnostiziert worden. Er fügte den Arztbrief des Dr. Ab., Universitätsklinikum H., Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin III, vom 10. März 2009 über seinen stationären Aufenthalt vom 4. bis 10. März 2009 (Diagnosen auf kardiologischem Fachgebiet: aktuell: Transmurales Myokardinfarkt am 4. März 2009, Ein-Gefäß-koronare Herzkrankheit, leicht bis mittelgradig eingeschränkte LV-Pumpfunktion, erfolgreiche Rekanalisation und Stentimplantation (dreifach) der LAD (Ramus interventricularis anterior) und Ramus diagonalis am 4. März 2009) bei und reichte den vorläufigen Arztbrief der Assistenzärzte Dr. V. und Z., Universitätsklinikum H., Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin III, vom 30. Juni 2009, in dem über seinen stationären Aufenthalt vom 29. Juni bis 1. Juli 2009 berichtet wird (Diagnosen auf kardiologischem Fachgebiet: Instabile Angina pectoris, koronare Drei-Gefäßerkrankung mit höhergradigen Stenosen der RCA (rechte Koronararterie) und der kleinen LCX (Ramus circumflexus), gutes Ergebnis nach PTCA (perkutane transluminale koronare Angioplastie)/Stentimplantation der LAD, erfolgreiche PTCA/Xience-Stentimplantation der RCA, leichtgradig eingeschränkte LV-Pumpfunktion) nach.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte die ärztliche Stellungnahme der Ärztin für Psychiatrie, Sozialmedizin Dr. Ho. vom 22. Mai 2009 vor, die die Auffassung vertrat, dass die differenzierten gutachterlichen Ausführungen von Dr. Sc. nachvollziehbar seien. Die von dem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Hu. (hierzu im Folgenden) angenommene quantitative Leistungsminderung überzeuge nicht. Bestätigt werde die Diagnose einer Dysthymie und einer somatoformen Schmerzstörung auch durch die Informationen aus dem Entlassungsbericht der Rehaklinik H.-K. vom 15. April 2009 (hierzu im Folgenden). Lungenarzt, Sozialmedizin Dr. Ho. führte in einer weiteren Stellungnahme vom 27. November 2009 aus, dass von derselben Leistungsbeurteilung auszugehen sei.

Das SG hörte die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Orthopäde Dr. Kl. führte aus (Auskunft vom 3. Mai 2007), die Beschwerden des Klägers hätten kontinuierlich zugenommen. Auf orthopädischem Fachgebiet lägen beim Kläger ein chronisch rezidivierendes Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulensyndrom, ein chronisch rezidivierendes Supraspinatussehnnensyndrom links, ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom, eine beginnende Acromioclaviculare (AC)-Gelenksarthrose im Bereich der linken Schulter, eine beginnende Arthrose beider oberer Sprunggelenke, eine Coxalgie links und eine diabetische Polyneuropathie vor. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich seien dem Kläger möglich. Schwere körperliche Tätigkeiten, verbunden mit Heben und Tragen von Lasten über zehn bis 15 kg, Besteigen von Treppen und Leitern sowie Arbeiten in Zwangshaltungen sollten vermieden werden. Neben den orthopädischen Erkrankungen fänden sich beim Kläger ein schwerer Diabetes mellitus sowie eine koronare Herzerkrankung und eine diabetische Polyneuropathie. Daher könne die orthopädische Einschätzung der Leistungsfähigkeit lediglich einen Teilaspekt darstellen. Er fügte Arztbriefe des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Se. vom 30. Dezember 2004 (Diagnosen: Diabetische Polyneuropathie, Schlafapnoesyndrom, Halswirbelsäulensyndrom, nervöser Spannungskopfschmerz) und des Internisten Dr. He. vom 18. März 2005 (Diagnosen: Ausschluss einer Stamm- und Leitveniensuffizienz des rechten Beines bei persistierender Schwellneigung des rechten Unterschenkels; Ausschluss einer arteriellen Verschlusskrankheit bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus II und Adipositas; Zustand nach Bursektomie des rechten (Ellenbogens) Juli 2004, Zustand nach Prellung, Quetschung und Hämatomen im Sprunggelenksbereich 1999) bei. Internist Dr. Er. teilte unter dem 9. Mai 2007 mit, dass sich die Leiden des Klägers in den letzten Jahren verschlimmert hätten und verwies insoweit auf die beigelegten Fachbefunde. Die Frage, ob der Kläger leichte Arbeiten für mindestens sechs Stunden täglich verrichten könne, verneinte er. Er fügte seine Karteikarte seit 29. Dezember 1995 und Arztbriefe der den Kläger behandelnden Fachärzte aus den Jahren 2006 und 2007 bei. Fachärztin für Psychiatrie St. berichtete unter dem 22. Oktober 2007, dass sie den Kläger seit 20. Dezember 2006 in Abständen von etwa vier Wochen, zuletzt am 18. Oktober 2007, behandle. Beim Kläger liege auf psychiatrischem Fachgebiet auf dem Boden eines einfachen Intellekts mit dem Verdacht auf Grenzbegabung eine asthenische Grundhaltung mit dysthymer Dauerverstimmung vor. Das Unvermögen, wohl künftig dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen, habe der Kläger in konkretistisch, selbstüberzeugter Weise verinnerlicht und verfestigt. Unter Berücksichtigung dieser Gesundheitsstörungen könne der Kläger leichte Arbeiten (mittelschwere) für mindestens sechs Stunden täglich sicherlich nicht verrichten.

Sodann erstattete Dr. Sc. das Gutachten vom 24. Januar 2008. Die Sachverständige führte aus, der Kläger, der seit September 2007 in Trennung von seiner Frau und seinen Kindern lebe, habe ihr gegenüber angegeben, dass er in der Regel um 7.00 Uhr, manchmal aber auch

erst um 9.00 Uhr aufstehe. Er spritze dann sein Insulin, esse ein Brot und schaue der Katze zu. Er habe Kontakt zu Mutter und Schwester, die im gleichen Haus wohnen und mit denen er donnerstags zum Einkaufen gehe. Manchmal gehe er zu Fuß zu seinem Kumpel. Er koche ca. drei Mal pro Woche, Kleinigkeiten im Haushalt erledige er selbst, im Übrigen würden seine Mutter und seine Schwester den Haushalt machen. Nachmittags liege er auf dem Sofa, sehe fern oder lese. Einmal am Tag gehe er raus, ab und zu gehe er auch in den Ort, bummle durch die Geschäfte oder fahre mit dem Auto in der Gegend herum. Da er sich immer müde fühle, schlafe er eigentlich immer dann, wenn er sich hinsetze, ein. Zwischen 22.00 und 24.00 Uhr gehe er ins Bett. Dr. Sc. diagnostizierte eine Dysthymie, eine Somatisierungsstörung, eine diabetische Polyneuropathie, ein Schlafapnoesyndrom, ein Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom jeweils ohne neurologische Ausfälle, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, links mehr als rechts, einen analgetikainduzierten Spannungskopfschmerz und den Verdacht auf eine Analgetikaabhängigkeit. Beeinträchtigt würden hierdurch die Hebe-, Trage- und Haltefunktionen, das Anpassungs- und Umstellungsvermögen und die psychische Belastbarkeit sowie Aufmerksamkeit. Möglich seien dem Kläger leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zehn kg, im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen oder überwiegend sitzend, ohne ständige Zwangshaltungen, häufiges Bücken, häufiges Treppensteigen, Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten und unter besonderem Zeitdruck, Akkord-, Schicht- oder Nachtarbeit sowie Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an Konzentration, Merkfähigkeit, Anpassungs- und Umstellungsvermögen erforderten und mit erhöhter Verantwortung für Personen und/oder Maschinen einhergingen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen bestehe ein vollschichtiges Leistungsvermögen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. Hu. das Gutachten vom 16. April 2009 auf der Grundlage am 8. und 22. Oktober 2008 durchgeführten Untersuchungen. Der Sachverständige führte aus, der Kläger habe die vereinbarten Untersuchungstermine jeweils pünktlich wahrgenommen. Zum zweiten Untersuchungstermin sei er deutlich müde und insgesamt verlangsamt erschienen und während einer kurzen Wartezeit im Wartezimmer eingeschlafen und habe geweckt werden müssen. Nach einer kurzen Zeit der mangelnden Konzentration sei er auch während der zweiten Untersuchung ohne Hinweise auf weitergehende mnestiche Funktionsstörungen gewesen. Seine Konzentrationsfähigkeit sei während der zweiten Untersuchung aber weniger gut ausgeprägt gewesen als während der ersten Untersuchung. Seinen Tagesablauf habe der Kläger der Gestalt geschildert, dass er auf der Couch im Wohnzimmer schlafe, zu Bett gehe er nicht. Er schaue abends fern und schlafe dabei ein. Dies sei unter Tag so und in der Nacht. Je öfter er in der Nacht aufwache, um so zorniger und böse werde er, weil er nicht durchschlafen könne. Um 6:00 oder 7:00 Uhr morgens sei er wach. Er messe sich dann als erstes den Zucker, spritze sich und frühstücke anschließend. Er sei schlapp und müde, kaputt und lustlos durch das viele Aufwachen nachts. Wenn er gefrühstückt habe, dann wasche er sich am Waschbecken oder dusche. Wenn er keinen Bock habe, sitze er herum und dusche nachmittags. In der Wohnung müsse er mal saugen oder etwas abwischen. Raus gehe er selten. Beim Spülen und Stehen bekomme er Schmerzen im Rücken und in den Hüften. Zwischen 12:00 und 13:00 Uhr esse er etwas. Entweder koche seine im Haus lebende Mutter oder die im Haus lebende Schwester. Er brauche nur einen Stock höher zu gehen. Er erzähle dann ein bisschen und gehe anschließend zurück in seine Wohnung, lege sich hin und schlafe gleich ein. Nach etwa zwei Stunden Schlaf, mache er etwas in der Wohnung. Je nachdem, wie lange er schlafe, esse er zwischen 18.00 und 20.00 Uhr zu Abend, vorher messe er den Zucker und spritze Insulin. Abends esse er ein Brot oder mal ein paar Rühreier. Dr. Hu. diagnostizierte beim Kläger eine rezidivierende depressive Störung mittel- bis schwergradig mit ausgeprägter Somatisierung bei Verdacht auf beginnende hirnorganische Mitbeteiligung, eine abhängige Persönlichkeitsentwicklung mit eingeschränkten Konfliktbewältigungsstrategien bei sehr einfacher Persönlichkeit und eine somatoforme Schmerzstörung. Auch einfache und leichte körperliche Tätigkeiten im Bewegungswechsel mit Einschränkungen im Heben und Tragen und unter Vermeidung von Tätigkeiten, die mit einem erhöhten Gefährdungsmoment (Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten) einhergingen, die ein erhöhtes Maß an die Dauerbelastbarkeit und an die Aufmerksamkeit richteten (Akkord-, Fließbandarbeiten) oder mit unphysiologischen Arbeitszeiten (Nachtarbeit), mit Einwirkung von Staub, Gasen oder Dämpfen, vorwiegend in Nässe, mit besonderer Beanspruchung an ein rasches Umstellungsvermögen und mit einer erhöhten Verantwortung für Sachwerte oder für Personal verbunden seien, könne der Kläger nur noch weniger als drei Stunden täglich verrichten. Der festgestellte Gesundheitszustand bestehe seit Antragstellung.

Nach dem am 4. März 2009 erlittenen akuten Vorderwandinfarkt absolvierte der Kläger in der Zeit vom 25. März bis 15. April 2009 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Rehaklinik H.-K ... Prof. Dr. B. diagnostizierte in seinem Entlassungsbericht vom 15. April 2009 einen akuten Vorderwandinfarkt bei koronarer Ein-Gefäßkrankung mit PTCA und zweifach-DES-Implantation der LAD und BMS-Implantation des RD am 4. März 2009, eine leichtgradig eingeschränkte LV-Pumpfunktion, ein metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ II (insulinbehandelt), arterieller Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Adipositas und einem fortgesetzten Nikotinabusus, ein depressives Syndrom, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, nasale CPAP-Therapie wird nicht toleriert, ein Wirbelsäulensyndrom und eine Gonarthrose beidseits. Während der Rehabilitationsmaßnahme konnte der Kläger nach dem Entlassungsbericht beim Belastungs-EKG bis 100 Watt belastet werden. Der Abbruch erfolgte wegen allgemeiner körperlicher Ermüdung ohne Angina pectoris-Symptomatik. Im Verlauf des Aufenthalts sei es, wenn auch zögerlich, zu einer deutlichen Besserung der Blutzuckerwerte gekommen, vor der Entlassung hätten grenzgradig gute Blutzuckerwerte vorgelegen. Psychisch sei der Kläger stabil gewesen. Eine psychologische Einzelbetreuung sei deshalb nicht erforderlich gewesen. Der Kläger wurde zur weiteren Rekonvaleszenz bis Anfang Juni 2009 arbeitsunfähig entlassen. Danach sei der Kläger leistungsfähig für eine leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Belastung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, jedoch wohl aufgrund des unbehandelten Schlafapnoesyndroms sowie des Diabetes mellitus nicht mehr als Dachdecker mit einer potentiellen Absturzgefahr.

Das SG hörte noch Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H.-F. und erneut Psychiaterin St ... Dr. H.-F., der die Praxis des Dr. Er. seit 1. Oktober 2007 übernommen hatte, teilte unter dem 29. Juli 2009 mit, dass sich beim Kläger ein sogenanntes metabolisches Syndrom entwickelt und er im März 2009 darüber hinaus einen ausgedehnten Vorderwandinfarkt erlitten habe. Derzeit und im Moment nicht absehbar könnten auch leichte Arbeiten von mindestens sechs Stunden am Tag nicht verrichtet werden. Ob in Zukunft leichte Arbeiten von sechs Stunden wieder erbracht werden könnten, bleibe abzuwarten. Er fügte den Arztbrief des Prof. Dr. Na., Universitätsklinikum H., Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin 1 und Klinische Chemie, vom 24. März 2009 über die ambulante Vorstellung des Klägers am 22. Januar 2009 und des Internisten und Kardiologen Dr. Ha. vom 30. Juli 2009 bei (u.a. Belastungs-EKG bis 75 Watt, LV-Funktion diskret eingeschränkt, keine hämodynamisch relevanten Stenosen mehr; im erlernten Beruf als Dachdecker in der Tat berufsunfähig, eine Erwerbsunfähigkeit dürfte nach seiner, des Arztes, Auffassung schwer durchzusetzen sein). Unter dem 1. Juni 2010 teilte Dr. H.-F. auf erneute Nachfrage des SG unter Beifügung von Arztbriefen u.a. des Dr. Kl. vom 16. Dezember 2009, der Ärzte für Neurologie und Psychiatrie Drs. Si. vom 17. Dezember 2009, der Psychiaterin St. vom 11. Februar 2010 und des Prof. Dr. Na. vom 24. Februar und 8. sowie 11. März 2010 (stationärer Aufenthalt des Klägers vom 26. Februar bis 8. März 2010) mit, dass die Gesamtverfassung des Klägers mindestens gleichbleibend schlecht, keinesfalls gebessert sei. Die Tendenz zur Verschlechterung ergebe sich aus der depressiven Komponente. Am 23. Februar 2010 habe er den Kläger stationär ins Krankenhaus eingewiesen, da die desolante Blutzuckereinstellung mit ihm ambulant nicht in den Griff zu kriegen gewesen sei.

Ärztin St. berichtete unter dem 29. Oktober 2009, dass ein nahezu gleicher Befund wie am 22. Oktober 2007 beschrieben, bestehe. Der nun tatsächlich eingetretene kardiale Schaden habe neben dieser organischen Verschlechterung die Überzeugung des Klägers dauerhaft und ernstlich krank zu sein, bekräftigt.

Mit Urteil vom 21. Juli 2010 wies das SG die Klage ab. Aufgrund der Ergebnisse der medizinischen Ermittlungen sei zu seiner Überzeugung nachgewiesen, dass beim Kläger eine volle Erwerbsminderung und auch eine teilweise Erwerbsminderung nicht vorlägen. Auch die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit seien nicht erfüllt. Es stütze seine Überzeugung, wonach der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der bei ihm bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen leichte Arbeiten mit gelegentlich mittelschwerer körperlicher Belastung, im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen oder überwiegend sitzend, ohne ständige Zwangshaltungen, häufiges Bücken und Treppensteigen und Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie unter Vermeidung von Tätigkeiten mit Absturz- und Verletzungsgefahr, verbunden mit Belastungen durch besonderen Zeitdruck, Akkord-, Schicht- oder Nacharbeit, mit besonderen Anforderungen an Konzentration, Merkfähigkeit und Anpassungsvermögen und mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Maschinen regelmäßig vollschichtig (sechs Stunden und mehr) ausüben könne, auf die ausführliche medizinische Befunddokumentation im Laufe des Verfahrens, die sozialmedizinischen Beurteilungen in den Entlassungsberichten über die stationären Heilmaßnahmen vom 1. März 2005 und 15. April 2009 und die von Dr. B. sowie Dr. Sc. erstatteten Gutachten vom 15. September 2006 und 24. April 2008. Diese Beurteilungen seien schlüssig, stünden im Einklang mit den objektivierten medizinischen Befunden und berücksichtigten auch die im Laufe des Verfahrens eingetretenen Änderungen im Gesundheitszustand des Klägers, insbesondere den am 4. März 2009 aufgetretenen Vorderwandinfarkt. Unter Berücksichtigung dieser fachärztlichen Einschätzungen vermöge es sich der Auffassung der behandelnden Hausärzte des Klägers Dr. Er. und Dr. H.-F., dass der Kläger nicht leistungsfähig sei, nicht anzuschließen. Das Gutachten des Dr. Hu. sei nicht überzeugend. Durch das Gutachten sei ein überzeugender Nachweis einer stärker ausgeprägten Erkrankung nicht erbracht.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 28. Dezember 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27. Januar 2011 Berufung eingelegt. Er hält daran fest, dass er aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit außerstande sei, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Keinesfalls könne er mindestens sechs Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Unrichtig sei, wenn das SG ohne Einschränkung die seit Antragstellung angeblich stets fehlende Pathologie von ergometrischen Belastungseinschränkungen annehme. Bei der Untersuchung durch Dr. B. am 15. September 2006 habe beispielsweise das Belastungs-EKG bei 100 Watt wegen zunehmender Angina pectoris und Schwindel abgebrochen werden müssen. Unter Berücksichtigung einer ausreichenden Genesungszeit habe ihm jedenfalls für den Zeitraum ab Antragstellung bis ca. Mitte 2009 wegen des im März 2009 erlittenen Vorderwandinfarkts eine Rente gewährt werden müssen. Dies folge auch aus der Kumulation der koronaren Herzerkrankung mit den weiteren Erkrankungen auf anderen Fachgebieten, insbesondere des obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Im Übrigen trage das von Dr. Hu. erstattete Gutachten sein Klagebegehren. Dr. Hu. habe ihn an zwei Tagen gesehen und untersucht und habe sich mit Sicherheit ein besseres Bild seines gesundheitlichen Zustands machen können als Dr. Sc. ... Abgesehen davon sei sein Gutachten jüngerer Datums. Die auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen habe das SG überhaupt nicht genannt und mit dem Schlafapnoesyndrom und der daraus folgenden Tagesmüdigkeit habe es sich nicht ausreichend auseinandergesetzt. Ferner habe sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert. Er leide unter Belastungsapnoe und sein Zuckerhaushalt entgleise immer wieder. Am 25. Februar 2011 habe eine angiologische Abklärung stattgefunden, im Rahmen derer eine diffuse Arteriosklerose der Aorta abdominalis und der Becken- und Extremitätenarterien diagnostiziert worden sei und die Unterschenkelarterien eine beginnende Mediasklerose aufgewiesen hätten. Im Juni 2011 habe eine PTCA und eine DE-Stentimplantation (mit Medikamenten beschichteter Stent) der LCX durchgeführt werden müssen. Die Gutachten des Internisten Dr. Su. und des Orthopäden Dr. He. (hierzu im Folgenden) seien in mehreren Punkten zu beanstanden. Sie setzten sich nicht ausreichend mit dem bei ihm vorliegenden Schlafapnoesyndrom auseinander. Die bei ihm aufgrund des Schlafapnoesyndroms tatsächlich bestehende Tagesmüdigkeit beeinträchtige ihn sehr. Sie führe dazu, dass er immer wieder für längere Phasen einschlafe, was eine Erwerbstätigkeit unmöglich mache. Dies gelte jedenfalls im Zusammenhang dieser Erkrankung mit den vielen anderen vorliegenden Erkrankungen und Einschränkungen. Die Tatsache, dass er weiterhin Auto fahre, sei für die Frage der Erwerbsfähigkeit nicht entscheidungserheblich. Dies sei notwendig, da er in einer kleinen Stadt lebe, die nicht über die notwendige Infrastruktur verfüge. Aufgrund seiner vielschichtigen Erkrankungen sei er auch nicht in der Lage, notwendige Verrichtungen zu Fuß zu erledigen. Nicht ausreichend ermittelt habe Dr. Su. auch die bei ihm vorliegende chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Zu den bei ihm vorliegenden orthopädischen Erkrankungen enthalte das Gutachten des Dr. Su. keinerlei Ausführungen und mit den Erkrankungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet habe sich weder Dr. Su. noch Dr. He. auseinandergesetzt. Nicht zutreffend sei auch, dass Dr. Su. aus dem bei ihm vorliegenden metabolischen Syndrom keine zusätzlichen Einschränkungen abgeleitet habe. Seine, des Sachverständigen Dr. Su., Einschätzung zu seinen Einschränkungen aufgrund des bei ihm vorherrschenden insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II sei fehlerhaft. Bei ihm liege eine massive Insulinresistenz vor. Erschwert werde die Behandlung der Diabeteserkrankung dadurch, dass er von seinem behandelnden Orthopäden immer wieder Kortisonspritzen erhalte. Dr. He. verweise bezüglich der internistischen Gesundheitsstörungen auf das von Dr. Su. erstattete Gutachten, das substantiiert angegriffen werde. Es müssten alle Erkrankungen einer Gesamtbetrachtung zugeführt werden. Eine Einzelbetrachtung seiner Erkrankungen werde seinem tatsächlichen Gesundheitszustand nicht gerecht. Letztlich liege bei ihm auch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen bzw. eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor. Zur Untermauerung seines Vortrags hat der Kläger u.a. folgende Arztbriefe bzw. Atteste vorgelegt: • des Arztes Hin.-P. vom 21. Oktober 2010 und 21. Februar 2011 wegen Belastungsdyspnoe bzw. Maskenleckage, • des Prof. Dr. Her., Thoraxklinik H., vom 26. November 2010, in dem über den stationären Aufenthalt des Klägers im Schlaflabor vom 23. bis 26. November 2010 berichtet wird (schwierige Einleitung einer nBiPAP-Therapie (Biphasic Positive Airway Pressure) nach Therapieversagen CPAP) und vom 22. März 2011 (suffiziente Therapie), • der Internistin und Angiologin Dr. Bra. vom 25. Februar 2011 (diffuse echoreiche Arteriosklerose der Aorta abdominalis, Becken- und Extremitätenarterien, beginnende Mediasklerose der Unterschenkelarterie), • der Internistin und Diabetologin Dr. Sch. vom 14. März 2011 (Neudosierung Insulin), • des Dr. Kl. vom 28. März 2011 mit Blick auf die Merkmale G und RF, • der Assistenzärztin Kos., Universitätsklinikum H., Medizinische Klinik, Innere Medizin III, vom 9. Juni 2011, über die stationäre Behandlung des Klägers vom 8. bis 9. Juni 2011 (erfolgreiche PTCA und DE-Stentimplantation der LCX bei verbleibender ca. 50%iger LCX-Abgangsstenose), • des Prof. Dr. Zug., Universitätsklinikum H., Abteilung Innere Medizin III, vom 26. Juli 2011 (positive pharmakologische Stress-Echokardiographie, Belastungs-EKG unauffällig), • der Assistenzärztin J. L., Universitätsklinikum H., Abteilung Innere Medizin III, vom 4. August 2011 (erfolgreiche PTCA/2-fach DE-Stentimplantation des Ramus intermedius und LCX-Abgang mit final Kissing, koronare Drei-Gefäßerkrankung, leichtgradig eingeschränkte LV-Funktion), • des Assistenzarztes Duf., Universitätsklinikum H., Abteilung Innere Medizin III, vom 17. November 2011 (Verdacht auf instabile Angina pectoris), • des Assistenzarztes Dr. Va., Universitätsklinikum H., Abteilung Innere Medizin III, vom 16. Dezember 2011 (mäßige Restenose der LCX, koronare Drei-Gefäßerkrankung

mit leichtgradig eingeschränkter Pumpfunktion), • des Dr. H.-F. vom 19. Dezember 2011 (leichte Tätigkeiten von ein bis zwei Stunden pro Tag), • der Psychiaterin St. vom 12. Januar 2012 ("Verfestigung von Symptomen"), • des Prof. Dr. Na. vom 25. Juli 2012 (HbA1c-Wert aktuell 11 %), • des Assistenzarztes Dr. Gr., Universitätsklinikum H., Abteilung Innere Medizin I und Klinische Chemie vom 27. Juli 2012 über den stationären Aufenthalt vom 24. bis 27. Juli 2012 (Diabetes mellitus Typ II mit ausgeprägter Insulinresistenz, Rückgang der Blutzuckerwerte in den Normbereich, im Verlaufe Wiederaufnahme der regelmäßigen Ernährung mit neu angepasster intensivierter konventioneller Insulintherapie), • des Prof. Dr. Hör., Universitäts-HNO-Klinik M. vom 12. September 2012 über den Aufenthalt im Schlafmedizinischen Zentrum vom 6. bis 7. September 2012 (Initiierung einer Auto-CPAP-Anpassung).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21. Juli 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 22. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Februar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger ab 1. August 2006 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu zahlen, weiter hilfsweise die Einholung eines Gutachtens eines medizinischen Sachverständigen auf allergologischem und pulmologischem Gebiet, weiter hilfsweise die Einholung eines Gutachtens eines medizinischen Sachverständigen, der eine Gesamteinschätzung des positiven und negativen Leistungsvermögens unter Berücksichtigung aller bekannter Erkrankungen, aller vorliegenden Unterlagen und aller Erkenntnisse aller gehörter Fachdisziplinen (Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologie, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin, Orthopädie, Schmerzmedizin, Neurologie/Psychiatrie) vorzunehmen hat, weiter hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat weitere Stellungnahmen des Dr. Ho. vom 6. Februar 2012 und 9. Januar 2013 vorgelegt, der das Leistungsvermögen wie bisher beurteilt.

Auf Veranlassung des Senats hat Dr. Su. das Gutachten vom 15. Oktober 2011 erstattet. Der Sachverständige hat aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 15. September 2011 und unter Berücksichtigung eines Befundberichts des Arztes für Bronchialheilkunde Dr. v. Bod. vom 16. September 2011, in dem über eine Ergospirometrie mit dem Laufband berichtet wird, ausgeführt, die Analyse der Laborwerte habe ergeben, dass die Substanz Citalobram (Antidepressivum), die der Kläger nach seinem Vortrag morgendlich einnehme, nicht einmal in Spuren im Blutserum nachweisbar gewesen sei. Die bei bekannter koronarer Herzerkrankung bestimmten Brain Natriuretic Peptide (BNP) hätten beim Kläger mit 13,3 pg/ml im Normbereich gelegen, sodass eine relevante Pumpfunktionsstörung der linken Herzkammer nicht habe nachgewiesen werden können. Der HbA1c-Wert sei mit 8,5% im überhöhten Bereich im Sinne eines nicht befriedigend eingestellten Diabetes mellitus gewesen. Die Belastungselektrokardiographie mit dem Fahrradergometer (sitzend) sei lediglich bis zur Belastung von 25 Watt toleriert worden. Der Abbruch sei aus nicht kardialen Gründen erfolgt. Bei der Ergospirometrie habe eine Belastung bis 60 Watt durchgeführt werden können, der Abbruch sei wegen Angabe von Unwohlsein erfolgt. Dr. Su. hat beim Kläger eine koronare Drei-Gefäßerkrankung, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus, eine Hypertonie, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine ausgeprägte Adipositas, Überhöhungen von Cholesterin und Triglyzeriden im Blutserum und eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung bei fortgesetztem inhalativem Zigarettenrauchen diagnostiziert. Bezüglich der Herzerkrankung hätten beim Kläger keine Befunde objektiviert werden können, die ihn daran hinderten, unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen zumindest leichte körperliche Arbeiten vollschichtig zu verrichten. Einschränkungen bestünden bezüglich mittelschwerer und schwerer körperlicher Arbeiten, Tätigkeiten im Akkord, am Fließband, mit Schicht- und Nacharbeit und unter erhöhtem Zeitdruck. Wegen des Diabetes mellitus seien dem Kläger keine Wechselschichten, Arbeiten mit beruflicher Personenbeförderung oder dem Transport gefährlicher Güter, mit Waffengebrauch, Überwachungsfunktionen mit alleiniger Verantwortung für das Leben anderer, mit Absturzgefahr oder an anderen gefährlichen Arbeitsplätzen und an gefährlichen Maschinen möglich. Die Atemwegserkrankung stehe Arbeiten unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen, Kälte und Nässe entgegen. Unter Berücksichtigung dessen könne der Kläger leichte körperliche Arbeiten im Bewegungswechsel, möglichst im Sitzen, in geschlossenen Räumen ausüben. In der ergänzenden Stellungnahme vom 27. Oktober 2011 hat Dr. Su. mitgeteilt, dass der Kläger solche Arbeiten noch sechs Stunden und mehr ausüben könne. Er hat seinem Gutachten u.a. die Arztbriefe des Dr. Kl. vom 19. Oktober 2010 und 28. April 2011, des Prof. Dr. Na. vom 29. Juni 2011 (Blutzuckereinstellung bei entgleistem Diabetes mellitus, Insulinresistenz) und vom 3. Juli 2011 (Blutzuckerkontrolle) beigefügt.

Sodann hat Dr. He. das Gutachten vom 14. Mai 2012 erstattet. Dr. He. hat ausgeführt, der Kläger habe einen Gehstock rechts benutzt, im Untersuchungsraum sei er auch ohne Gehhilfe einige Schritte gegangen. Das sichere und relativ flotte Gangbild ohne eindeutiges Hinken habe sich dadurch nicht geändert. Der Sachverständige hat beim Kläger eine schmerzhafte Funktionsstörung der gesamten Wirbelsäule bei mäßiggradigen Verschleißerscheinungen in der Lendenwirbelsäule ohne Zeichen einer wirbelsäulenbedingten Nervenwurzelbeschädigung, diffuse Gefühlsstörungen in der rechten oberen Gliedmaße i.V.m. variablen Muskelschwächen ohne Hinweis auf eine eindeutige somatische Ursache, chronische Empfindungsstörungen in beiden unteren Gliedmaßen i.V.m. einer Stand- und Gangunsicherheit bei objektiven Zeichen einer fortschreitenden Polyneuropathie und ein metabolisches Syndrom mit koronarer Herzerkrankung diagnostiziert. Aus orthopädischer Sicht ergäben sich nur geringfügigere Einschränkungen. Im Hinblick auf die Strukturschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule sollte der Kläger nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten in unterschiedlichen Körperhaltungen verrichten. Gelegentliches, kurzfristiges Heben und Tragen von Lasten bis 20 kg wäre aus orthopädischer Sicht unbedenklich. Langes Verharren in Zwangshaltungen der Wirbelsäule sollte vermieden werden, gelegentliches, kurzfristiges Bücken sei aber möglich. Das Arbeiten auf vibrierenden Maschinen sei hinsichtlich der Wirbelsäulenschäden ungünstig. Im Hinblick auf die beginnenden arthrotischen Veränderungen im rechten Ellenbogen sollten mit der rechten Hand keine körperlich besonders belastenden handwerklichen Tätigkeiten regelmäßig über einen längeren Zeitraum abverlangt werden. Nicht mehr zumuten würde er dem Kläger auch Arbeiten auf sehr unebenem oder rutschigem Gelände aufgrund der angegebenen Empfindungsstörungen in den unteren Gliedmaßen. Die Körperhaltung sollte wenigstens einmal stündlich verändert werden können. Mit geeigneter Schutzkleidung wäre der Kläger in der Lage, unter Einfluss von Nässe, Kälte und Zugluft zu arbeiten. Durch die zusätzlichen orthopädischen Leiden werde das von Dr. Su. entwickelte Restleistungsvermögen des Klägers nicht weiter eingeschränkt. Aus orthopädischer Sicht sei die Belastbarkeit des Klägers noch etwas höher als aus internistischer Sicht. Der Kläger könne eine leichte Tätigkeit sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche ausüben.

Ergänzend hat der Senat eine sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H.-F. eingeholt, der unter dem 14. Dezember 2012 berichtet hat, dass der Kläger mit der neuen Maske mit Blick auf die Schlafapnoe zurechtkomme, eine wesentliche Änderung des Beschwerdebildes aber nicht eingetreten sei. Es bestehe weiterhin Tagesmüdigkeit, der Kläger fahre aber Auto. Beim Verlassen der Wohnung benutze er immer einen Handstock, bei längeren Strecken außerhalb der Wohnung sowie bei Schwäche innerhalb der Wohnung einen Rollator. Ansonsten werde in der Wohnung keine Gehhilfe benötigt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 22. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Februar 2007 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung und wegen teilweiser Erwerbsminderung.

1. Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung vom 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007 ([BGBl. I, 554](#))), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungs-minderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. 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 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Nach diesen Maßstäben ist der Kläger, wie das SG zutreffend entschieden hat, weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren sowie der vom SG und vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat entnimmt dies wie das SG insbesondere den Gutachten des Dr. B. vom 15. September 2006, der Dr. Sc. vom 24. April 2009, des Dr. Su. vom 15. Oktober 2011 und des Dr. He. vom 14. Mai 2012, den Reha-Entlassungsberichten der Rehaklinik odT in B. M. vom 1. März 2005 und der Rehaklinik H.-K. vom 15. April 2009, den Gutachten des Dr. O. vom 4. März 2005 und des Dr. W. vom 16. März 2005, den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. Kl. vom 3. Mai 2007 und des Dr. H.-F. vom 14. Dezember 2012 sowie dem Arztbrief des Internisten Dr. Ha. vom 30. Juli 2009 und den vom Kläger vorgelegten Arztbriefen.

a) Der Kläger leidet vorrangig unter Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet. Es besteht bei ihm eine koronare Drei-Gefäßerkrankung. Am 4. März 2009 erlitt er einen Vorderwandinfarkt, wobei allerdings Dr. Ha. in seinem Arztbrief vom 30. Juli 2009 ausführte, wegen der rechtzeitigen Koronarintervention sei es nicht zur Ausbildung eines Vorderwandinfarkt gekommen. Bei der sich dem wegen des Infarkts erforderlichen Krankenhausaufenthalt anschließenden Reha-Maßnahme konnte der Kläger zwei Minuten über 100 Watt belastet werden, der Abbruch erfolgte wegen allgemeiner körperlicher Ermüdung ohne Angina pectoris-Symptomatik. Im EKG zeigten sich keine Herzrhythmusstörungen oder Ischämiezeichen, die Ruhephase war unauffällig (Entlassungsbericht des Prof. Dr. B. vom 15. April 2009). Wegen Stenosen von Herzkranzgefäßen erfolgten Implantationen von Stents, zuletzt im August 2011. Die LV-Pumpfunktion ist leichtgradig eingeschränkt. Die am 16. Dezember 2011 durchgeführte Stressechokardiographie war negativ. Bei negativen Ischämienachweis wurde keine weitere Koronarintervention durchgeführt (Arztbrief des Dr. Va. vom 16. Dezember 2011). Bei der nach der letzten Stentimplantation am 15. September 2011 durchgeführten Untersuchung anlässlich der Begutachtung durch Dr. Su. konnte der Kläger bis 25 Watt belastet werden, wobei der Abbruch wegen Angabe von starken Rückenschmerzen sowie Schmerzen in den Beinen erfolgte. Endstreckenveränderungen oder Rhythmusstörungen traten nicht auf. Der von Dr. Su. ermittelte BNP lag im Normbereich (Gutachten des Dr. Su. vom 15. Oktober 2011). Im Rahmen der Ergospirometrie bei Dr. v. Bod. konnte der Kläger am 16. September 2011 sechs Minuten über 60 Watt belastet werden. Dabei verliefen die kardiorespiratorischen Parameter im Normbereich. Die anaerobe Schwelle wurde nicht überschritten (Arztbrief des Dr. v. Bod. vom 16. September 2011). Des Weiteren besteht beim Kläger ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, wobei die Stoffwechselsituation instabil ist. Hyperglykämien sind jedoch noch nie aufgetreten. Anlässlich des stationären Aufenthalts des Klägers in der Universitätsklinik H., Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin 1 und Klinische Chemie, im Juli 2012 zeigte sich unter einer Therapie mit einem Actrapidperfusor ein Rückgang der Blutzuckerwerte in den Normbereich. Im Verlauf der Wiederaufnahme der regelmäßigen Ernährung mit neu angepasster intensivierter konventioneller Insulintherapie konnte der Kläger in gutem Zustand entlassen werden (Arztbrief des Dr. Grö. vom 27. Juli 2012). Zuletzt bestanden beim Kläger weiterhin Blutzuckerwerte zwischen 200 mg/dl morgens bis zum Teil deutlich über 400 mg/dl im Tagesverlauf (sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H.-F. vom 14. Dezember 2012). Daneben besteht beim Kläger auf internistischem Fachgebiet eine Überhöhung von Cholesterin und Triglyceriden sowie eine medikamentös eingestellte Hypertonie. Dr. Su. maß einen Blutdruck in Ruhe von 144/79 mmHg und während der ergometrischen Belastung von 117/82 mmHg (Gutachten des Dr. Su. vom 15. Oktober 2011).

Zusätzlich zu diesen Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet liegt beim Kläger ein Schlafapnoesyndrom, das mittlerweile mit einer Auto CPAP-Anpassung versorgt ist, und womit der Kläger zurecht kommt, vor. Er klagt jedoch weiterhin über Tagesmüdigkeit, was ihn jedoch nicht daran hindert, Auto zu fahren (Arztbrief des Prof. Dr. Hörmann vom 12. September 2012, sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H.-F. vom 14. Dezember 2012). Außerdem besteht beim Kläger eine Sensibilitätsstörung im Bereich der Beine und auf orthopädischem

Fachgebiet eine Funktionsstörung der Wirbelsäule und diffuse Gefühlsstörungen in der rechten oberen Gliedmaße (Gutachten des Dr. He. vom 14. Mai 2012, Arztbrief Dr. Bra. vom 25. Februar 2011). Schließlich leidet der Kläger an einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung (Gutachten des Dr. Su. vom 15. Oktober 2011) und einer Dysthymie (sachverständige Zeugenauskünfte der Psychiaterin St. vom 22. Oktober 2007 und 29. Oktober 2009, Gutachten der Dr. Sc. vom 24. Januar 2008, Entlassungsbericht des Prof. Dr. B. vom 15. April 2009). Das Vorliegen einer Gonarthrose vermag der Senat nicht festzustellen. Zwar wird eine solche von Prof. Dr. B. in seinem Entlassungsbericht vom 15. April 2009 erwähnt. Ein Befund wird diesbezüglich jedoch nicht beschrieben. In den weiteren ärztlichen Unterlagen, insbesondere im Gutachten des Dr. He. vom 14. Mai 2012 und in der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Kl. vom 3. Mai 2007 findet diese Diagnose keine Stütze. Ebenso verhält es sich mit der allein von Dr. Kl. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft genannten Coxalgie links. Schließlich vermag der Senat auch nicht die von Dr. Hu. gestellte Diagnose einer mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung festzustellen. Eine solche ergibt sich nicht aus den vorliegenden medizinischen Befunden. Weder Neurologe und Psychiater Dr. Si. in seinen Arztbrief vom 30. September 2004 noch Arzt für Neurologie und Psychiatrie Antoni in seinem Arztbrief vom 3. August 2006 nennen eine depressive Erkrankung und auch Psychiaterin St., bei der sich der Kläger seit Dezember 2006 in Behandlung befindet, spricht lediglich von einer dysthymen Verstimmung.

b) Aus den beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Der Kläger kann keine schweren Tätigkeiten mehr verrichten. Ausgeschlossen sind weiter Tätigkeiten, die im Akkord, am Fließband oder mit Schicht- und Nachtarbeit zu verrichten sind. Nicht möglich sind dem Kläger weitere Arbeiten unter erhöhtem Zeitdruck, mit Wechselschichten, mit beruflicher Personenbeförderung oder dem Transport gefährlicher Güter, mit Waffengebrauch, Überwachungsfunktion mit alleiniger Verantwortung für das Leben Anderer, Arbeiten mit Absturzgefahr oder an anderen gefährlichen Arbeitsplätzen und Arbeiten an gefährlichen Maschinen sowie unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen, Kälte und Nässe. Weitere Einschränkungen ergeben sich dadurch, dass der Kläger Arbeiten nur noch in unterschiedlichen Körperhaltungen verrichten sollte, nur noch gelegentlich kurzfristig Lasten bis 20 kg heben und tragen kann, langes Verharren in Zwangshaltungen der Wirbelsäule vermieden werden sollte und Arbeiten auf vibrierenden Maschinen ungünstig sind. Mit der rechten Hand sollten keine körperlich besonders belastenden handwerklichen Tätigkeiten regelmäßig über einen längeren Zeitraum abverlangt werden und nicht mehr zuzumuten ist dem Kläger auch Arbeiten auf sehr unebenem oder rutschigem Gelände und solche, die besondere Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen sowie die Aufmerksamkeit stellen. Dies ergibt sich aus den für den Senat schlüssigen und überzeugenden Gutachten des Dr. Su. und Dr. He. ... Nahezu dieselben qualitativen Einschränkungen nennen in ihren Gutachten auch Dr. Sc. und Dr. B. sowie Dr. Hu. ... Im Einklang damit stehen auch die im Entlassungsbericht des Prof. Dr. B. vom 15. April 2009 genannten Einschränkungen.

c) Die beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats zu keiner Einschränkung des Leistungsvermögens ins quantitative Hinsicht. Der Kläger ist noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt sich auf die im Verwaltungsverfahren bzw. erstinstanzlich eingeholten Gutachten des Dr. B. und Dr. Sc. sowie die nunmehr im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. Su. und Dr. He., den Entlassungsbericht des Prof. Dr. B. und die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. Kl. und die von Dr. Ha. in seinem Arztbrief vom 30. Juli 2009 geäußerte Einschätzung.

Die wegen der Herzerkrankung des Klägers im August 2011 durchgeführte letzte Stentimplantation hatte beim Kläger ein gutes Ergebnis. Bei der am 16. Dezember 2011 durchgeführten Untersuchung zeigte sich nur eine leichtgradig eingeschränkte Pumpfunktion bei einer mäßigen LCX-Restenose. Bei der Begutachtung durch Dr. Su. am 15. September 2011 lag der BNP im Normbereich, womit sich eine relevante Pumpfunktionsstörung der linken Herzkammer nicht nachweisen ließ. In der Vergangenheit konnte der Kläger wiederholt bis 75 Watt, unmittelbar nach dem Herzinfarkt anlässlich der Reha-Maßnahme sogar bis 100 Watt, belastet werden, ohne dass im Rahmen dieser Belastungsuntersuchungen stenokardische Beschwerden oder Endstreckenveränderungen hätten objektiviert werden können. Im Rahmen der Ergospirometrie bei Dr. v. Bod. konnte der Kläger sechs Minuten bis 60 Watt belastet werden, ohne dass die kardiopulmonalen Leistungsreserven ausgeschöpft waren. Der Abbruch der Belastung bei Dr. Su. bereits bei 25 Watt erfolgte nicht wegen kardiologischer Beschwerden, sondern wurde mit Rückenschmerzen und Schmerzen in den Beinen begründet. Hieraus schließt der Senat, nachdem auch Dr. H.-F. in seiner letzten sachverständigen Zeugenauskunft vom 14. Dezember 2012 insoweit über keine Verschlechterung berichtete, dass die Herzerkrankung des Klägers stabil ist und einer mindestens sechsstündigen leichten Tätigkeit unter Beachtung der weiter genannten Einschränkungen nicht entgegensteht.

Bezüglich des beim Kläger vorliegenden Diabetes mellitus Typ II verkennt der Senat nicht, dass die Stoffwechsellage des Klägers instabil ist. Hyperglykämien, die mit Bewusstlosigkeitseintrübungen einhergegangen sind, sind beim Kläger bisher jedoch noch nicht aufgetreten, weshalb der Senat der Überzeugung ist, dass sich auf den Diabetes mellitus eine quantitative Leistungseinschränkung nicht stützen lässt. Denn - worauf auch Dr. Ho. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 9. Januar 2013 hingewiesen hat - die Compliance des Klägers bezüglich der Ernährung ist nicht optimal, nachdem eine bessere Einstellung des Diabetes mellitus unter kontrollierten Bedingungen (Reha 2009, Universitätsklinik H. Juli 2012) möglich war.

Das Schlafapnoesyndrom des Klägers mit der hieraus resultierenden Tagesmüdigkeit kann ebenfalls keine quantitative Leistungseinschränkung bedingen. Zwar kam der Kläger in der Vergangenheit mit der Therapie des Schlafapnoesyndroms mit Hilfe einer CPAP-Beatmung bzw. BiPAP-Beatmung zunächst nicht zurecht, die im September 2012 eingeleitete erneute CPAP-Beatmung wird vom Kläger nunmehr jedoch gut toleriert, was nicht nur aus dem Arztbrief des Prof. Dr. Hör. vom 12. September 2012, sondern auch der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. H.-F. vom 14. Dezember 2012 hervorgeht. Die in der Vergangenheit und auch heute noch vom Kläger behauptete Tagesmüdigkeit führt nach dem Vortrag des Klägers und wie sich auch beim Warten in der Praxis des Dr. Hu. zeigte, dazu, dass er im Sitzen auch tagsüber leicht einschläft. Dieses Einschlafen im Sitzen tritt jedoch nach seinem eigenem Vortrag nur dann auf, wenn er während des Sitzens nicht beschäftigt wird. Wenn er sich - wie etwa beim Autofahren - konzentrieren muss, schläft er auch im Sitzen nicht ein. Die Tagesmüdigkeit hinderte den Kläger deshalb zu keiner Zeit, Auto zu fahren. Dr. He. gegenüber gab der Kläger an, dass er sich noch selbstständiges Autofahren ohne Pause drei bis vier Stunden zutraue, woraus ersichtlich wird, dass die Tagesmüdigkeit des Klägers nicht so gravierend sein kann, dass sie zu einer quantitativen Leistungseinschränkung des Klägers führen würde. Eine Tätigkeit im Sitzen ohne jegliche Beschäftigung wird dem Kläger nicht abverlangt.

Die Gesundheitsstörungen des Klägers auf orthopädischem Fachgebiet führen ebenfalls nicht zu einem Absinken des tatsächlichen Restleistungsvermögens des Klägers auf ein unter sechsstündiges Maß. Die Wirbelsäulenschäden führen nur zu geringfügigeren

Einschränkungen, die Beeinträchtigungen der rechten oberen Gliedmaße sind geringgradig, weshalb der Kläger wegen dieser Gesundheitsstörungen noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten mit den genannten Funktionseinschränkungen sechs Stunden täglich zu verrichten.

Ebenso verhält es sich mit Blick auf die vom Kläger angegebenen Empfindungsstörungen in den unteren Gliedmaßen, denen damit begegnet werden kann, dass er keine Arbeiten auf sehr unebenen oder rutschigem Gelände oder verbunden mit Besteigen von Leitern und Gerüsten durchführt.

Die beim Kläger vorliegende Dysthymie ist mit keinem völligen Rückzug des Klägers verbunden. Der Kläger hat nach wie vor zumindest Kontakt zu seiner Schwester und deren Mann sowie seiner Mutter. Die mit Ausnahme des Aufstehens und Essens im Grunde aufgehobene Tagesstrukturierung, hat - was insbesondere daraus erkennbar wird, dass der Kläger morgens aufsteht und ihm nicht die Kraft fehlt, aufzustehen - seine Ursache darin, dass der Kläger keine Aufgabe hat und wenig Motivation zeigt. Ursächlich hierfür ist nicht eine ausgeprägte depressive Erkrankung des Klägers. Die Behandlung bei der Psychiaterin St. musste in der Vergangenheit auch nicht intensiviert werden, während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik H.-K., die unmittelbar nach dem Herzinfarkt stattfand, war der Kläger psychisch unauffällig. Insgesamt ist der Befund aufgrund der Dysthymie deshalb nicht der Gestalt, dass das Leistungsvermögen des Klägers deshalb auf weniger als sechs Stunden täglich abgesunken ist.

Eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich auch nicht auf die durch das fortgesetzte Zigarettenrauchen verursachte chronisch obstruktive Atemwegserkrankung stützen. Ebenso verhält es sich mit Blick auf den Bluthochdruck, der medikamentös behandelt wird und befriedigend eingestellt ist. Die überhöhten Werte für Cholesterin und Triglycerin im Blutserum bedingen ebenfalls keine quantitative Leistungseinschränkung.

Die Einschätzung von Dr. Hu. in seinem Gutachten vom 16. April 2009, wonach bei dem Kläger nur noch ein Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich besteht, vermag die übereinstimmende Einschätzung von Dr. B., Dr. Sc. und nunmehr Dr. Su. und Dr. He. sowie des Prof. Dr. B. in seinem Entlassungsbericht vom 15. April 2009 nicht zu widerlegen. Abgesehen davon, dass das Gutachten von Dr. Hu. ein halbes Jahr nach der persönlichen Untersuchung erstattet wurde, was seine Ausführungen fraglich erscheinen lässt, ist seine Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung und die hieraus folgende Leistungsbeurteilung nicht nachvollziehbar. Aus seinem Gutachten geht das Vorliegen einer depressiven Erkrankung in der Vergangenheit nicht hervor. Eine solche ergibt sich - wie dargelegt - auch nicht aus den weiter vorliegenden medizinischen Befunden.

Widerlegt wird die übereinstimmende Einschätzung der Gutachter sowie von Prof. Dr. B. und Dr. Kl. auch nicht durch die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H.-F. vom 14. Dezember 2012 und sein Attest vom 19. Dezember 2011. Dr. H.-F. erwähnt keine über die von den Gutachtern hinaus festgestellten Gesundheitsstörungen. Im Übrigen hat er keine Befunde beschrieben, die seine abweichende Einschätzung stützen würden. Ebenso verhält es sich auch mit Blick auf die Atteste und sachverständigen Zeugenauskünfte der Psychiaterin St ... Allein die Tatsache, dass der Kläger davon überzeugt ist, dass er nicht mehr erwerbsfähig ist, bedingt noch keine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens.

d) Ob dem Kläger ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Maßgebend ist, ob der Kläger mit dem ihm verbliebenen Restleistungsvermögen - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, er also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. Oktober 2010 - [B 13 R 78/09 R](#) - in juris). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

Eine konkrete Verweisungstätigkeit müsste dem Kläger nur benannt werden, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG a.a.O.). In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsstündigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten. Dies ist nicht der Fall. Beim Kläger liegen zwar - wie dargelegt - einige qualitative Leistungseinschränkungen vor, diese sind jedoch nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Wegen der damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren soll etwa jegliche Belastung durch Heben, Tragen oder Bewegen von schwereren Lasten von vornherein vermieden oder zumindest stark eingeschränkt sein. Ebenso verhält es sich mit Blick auf Tätigkeiten, die unter Zeitdruck und zu wechselnden Zeiten zu verrichten sind, und solchen, die mit besonderer Verantwortung verbunden sind. Darin ist weder eine schwere spezifischen Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen zu sehen. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können - unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände - beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 [B 5 R 68/11 R](#) - in juris m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen ist beim Kläger vorhanden.

2. Eine Beweiserhebung durch weitere Sachverständigengutachten war nicht erforderlich. Der Senat sieht den Sachverhalt durch die eingeholten Gutachten als geklärt an.

Weder aus dem Vortrag des Klägers noch aus den zahlreichen zu den Akten gelangten Arztbriefen ergeben sich Anhaltspunkte für eine Gesundheitsstörung im allergologischen Bereich. Allein dass der Sachverständige Dr. Su. einen erhöhten IgE-Wert feststellte, erfordert keine gutachterliche Abklärung, zumal der Sachverständige Dr. Su. aus diesem erhöhten Wert keine Leistungseinschränkungen ableitete. Hinsichtlich des pneumologischen Gebiets hat der Sachverständige Dr. Su. die erforderlichen Untersuchungen durchgeführt und eine chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit den daraus sich ergebenden qualitativen Einschränkungen für Arbeiten unter Einwirkung reizender inhalativer Substanzen sowie Kälte und Nässe festgestellt.

Soweit der Kläger unter Verweis auf den Beschluss des BSG vom 12. Februar 2009 ([B 5 R 48/08 B](#), in juris) meint, im Hinblick auf sein

Leistungsvermögen sei eine "Gesamtbegutachtung" erforderlich, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Der Schwerpunkt der beim Kläger als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen liegt auf internistischem Gebiet, welches umfassend durch das Gutachten des Sachverständigen Dr. Su. abgeklärt ist. Diese Gesundheitsstörungen überschneiden sich auch nicht mit denen anderer Gebiete. Damit ist nicht erkennbar, welche weiteren neuen Tatsachen das vom Kläger beantragte Sachverständigengutachten feststellen soll. Der Kläger wendet sich allein gegen die von den Sachverständigen, die das SG und der Senat von Amts wegen beauftragt hat, festgestellte Leistungsbeurteilung und verfolgt mit seinem Beweisantrag letztlich das Ziel, ein "Obergutachten" einzuholen. Einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung von Sachverständigengutachtens durch ein "Obergutachten" sehen die Prozessordnungen - auch das SGG - nicht vor (BSG, Beschlüsse vom 17. November 2003 - [B 3 P 23/03 B](#) - und 19. November 2007 - B [5a/5 R 382/06 B](#) -, beide in juris; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 103 Rdnr. 11b).

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-25