
S 4 Ar 63/95

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Diabetiker des Typs IIb ohne hierdurch bedingte Minderung Erwerbsfähigkeit Basis-Bolus-Therapie betriebsübliche Arbeitspausen relativ freie Gestaltung der Insulinverabreichungen
Leitsätze	Die in den letzten Jahren verbesserte intensivierete Insulintherapie (Basis-Bolus-Therapie) erlaubt eine Aufteilung des Insulins auf mehrere Injektionen. Dabei wird, angenähert an die physiologische Insulinsekretion, jeweils zum Essen ein schnell wirkendes Insulin injiziert und unabhängig davon ein sehr lang wirkendes Insulin verabreicht, das einen gewissen Basisspiegel ermöglicht. Deshalb kann sich auch ein Diabetiker des Typs IIb in den üblichen Betriebsablauf mit seinen normalen Arbeitspausen einfügen und ist insoweit nicht in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert.
Normenkette	SGB VI § 43 SGB VI § 44
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 4 Ar 63/95
Datum	03.05.1995
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 16 RJ 523/95
Datum	20.05.1998
3. Instanz	

Datum

-

- I. Auf die Berufung der Beklagten hin wird das Urteil des Sozialgerichts M¹/₄nchen vom 3. Mai 1995 insoweit aufgehoben, als die Beklagte zur Rentengew¹/₄hrung verurteilt wird. Die Klage gegen den Bescheid vom 27. August 1992 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 1993 wird auch insoweit abgewiesen.
- II. Au¹/₄gerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 14.1945 im ehemaligen Jugoslawien geborene Kl¹/₄ger lebt seit Juni 1970 in der Bundesrepublik Deutschland. Er hat keinen Beruf erlernt und war in der Bundesrepublik Deutschland als Fabrikarbeiter, Lagerarbeiter, Maschinenarbeiter, Spinner und Maschinenarbeiter/Staplerfahrer besch¹/₄ftigt. Dabei war er die meiste Zeit, n¹/₄mlich vom 02.04.1973 bis 31.10.1988 bei der Firma ¹/₄ AG als Maschinenarbeiter und zuletzt als Gabelstaplerfahrer t¹/₄tig. Die zuletzt genannten T¹/₄tigkeiten h¹/₄tten nach Auskunft der Firma ¹/₄ AG auch von ungelerten Arbeitern nach kurzer Einarbeitungszeit verrichtet werden k¹/₄nnen. Der Kl¹/₄ger ist seither arbeitslos gemeldet und lebt derzeit von Sozialhilfe. Der Kl¹/₄ger hat am 06.11.1991 die Gew¹/₄hrung einer Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunf¹/₄higkeit beantragt. Der Kl¹/₄ger wurde daraufhin nach Beiziehung ¹/₄rtzlicher Unterlagen aus dem Zeitraum seit Anfang 1981 seitens der LVA Oberbayern untersucht. Der Nervenarzt Dr ¹/₄ hat in seinem Gutachten vom 21.01.1992 folgende Diagnosen gestellt: 1. Diabetische Polyneuropathie. 2. Schulter-Arm-Syndrom rechts mit nicht eindeutiger Wurzelreizsymptomatik C 8. Die Orthop¹/₄din Dr ¹/₄ hat in ihrem Gutachten vom 21.01.1992 aus orthop¹/₄discher Sicht keine wesentliche Leistungseinbu¹/₄en feststellen k¹/₄nnen. Des weiteren wurde noch ein internistisches Gutachten des Zentralkrankenhauses Gauting (Dr ¹/₄) vom 23.01.1992 eingeholt, wo folgende Diagnosen gestellt wurden: 1. Dringender Verdacht auf k¹/₄rzlich stumm abgelaufenen, intramuralen Vorderwandinfarkt. 2. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit diabetischer Polyneuropathie und peripheren Zirkulationsst¹/₄rungen. 3. Schulter-Arm-Syndrom rechts mit nicht eindeutiger Wurzelreizsymptomatik. 4. Dezenste, posttuberkul¹/₄se Lungenver¹/₄nderungen ohne Funktionsbeeintr¹/₄chtigung. 5. Anamnestisch Leberzirrhose, Zustand nach Hepatitis B ohne Ver¹/₄nderung der leberspezifischen Enzyme. Aus internistisch-pneumologischer Sicht sei die Belastbarkeit derzeit erheblich reduziert. Dem Versicherten k¹/₄nnnten leichte Arbeiten, teilweise im Sitzen, derzeit nur halb- bis untermittelschichtig zugemutet werden. Es wurde ein Heilverfahren empfohlen. Dieses fand vom 24.06.1992 bis 22.07.1992 in der Klinik Regina in Bad Kissingen statt. Dort wurde bei der Entlassung festgestellt, da¹/₄ der Kl¹/₄ger f¹/₄r die zuletzt ausge¹/₄bte T¹/₄tigkeit arbeitsunf¹/₄hig sei, aber noch leichte k¹/₄rperliche Arbeiten ohne h¹/₄ufiges Klettern oder Steigen im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen vollschichtig verrichten k¹/₄nnne.

Der Antrag des Kl¹/₄gers wurde daraufhin mit Bescheid vom 27.08.1992 abgelehnt. Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 18.09.1992. Die Beklagte hat zum

einen eine Auskunft des letzten Arbeitgebers des KlÄxgers, der Firma â, eingeholt. Des weiteren wurden aktuelle Äxrtliche Unterlagen bei dem Hausarzt Dr â; eingeholt. Die daraufhin eingeschaltete Internistin und Sozialmedizinerin Dr â; hat in ihrer Stellungnahme vom 18.01.1993 keine Änderung der bisherigen Beurteilung des LeistungsvermÄgens festgestellt. Der Widerspruch wurde daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 10.02.1993 zurÄckgewiesen. Hiergegen richtet sich die Klage vom 18.02.1993. Die gegebenen gesundheitlichen LeistungseinschrÄnkungen wÄrden zumindest die GewÄhrung einer Rente wegen Berufs- bzw. ErwerbsunfÄhigkeit auf Zeit rechtfertigen. Es werde eine weitere AufklÄrung des medizinischen Sachverhaltes fÄr notwendig erachtet. Die Beklagte hat die Unterlagen des sozialmedizinischen Dienstes der AOK, einen aktuellen Befundbericht des Hausarztes Dr â; sowie nochmals eine Arbeitgeberauskunft bei der Firma â; AG eingeholt. Der zum SachverstÄndigen ernannte Dr â; hat folgende Diagnosen gestellt: 1. Diabetes mellitus Typ II b. 2. Fortgeschrittene Polyneuropathie mit distaler aktiver Denervierung. 3. Hepatitis B ohne Anhalt fÄr hohe akute entzÄndliche AktivitÄt. 4. Kompensierte grobknotige Leberzirrhose und Zustand nach Alkoholabusus. 5. Arterielle Hypertonie mit konzentrischer Linksherzhypertrophie. 6. HyperlipoproteinÄmie Typ II B. 7. Zustand nach Vorderwandinfarkt 1992 bei koronarer Herzerkrankung. 8. Zustand nach Lungenspitzen tuberkulose 1986, derzeit ohne Anhalt fÄr AktivitÄt. 9. Geringe respiratorische Partialinsuffizienz. 10. Lipomatose des Pankreas. Die LeistungsfÄhigkeit des KlÄgers habe sich mit Manifestation der koronaren Herzerkrankung durch den kleinen Infarkt sowie der Dokumentation der nicht-transmuralem Infarzierung im LAD-Bereich deutlich verschlechtert. Mittelschwere und schwere Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Der KlÄger kÄnne danach noch leichte Arbeiten vollschichtig verrichten. Es seien zusÄtzliche Unterbrechungen zur Einnahme von Zwischenmahlzeiten wegen der Blutzuckererkrankung erforderlich und zwar maximal alle drei Stunden. Zur Erhaltung der ErwerbsfÄhigkeit des KlÄgers sei die DurchfÄhrung von HeilmaÄnahmen dahingehend sinnvoll, daÄ unbedingt eine konsequente Blutzuckereinstellung anzustreben sei. Der KlÄger hat vom 18.10.1994 bis 15.11.1994 abermals ein Heilverfahren in der Klinik Regina in Bad Kissingen durchgefÄhrt. Der KlÄger wurde dort als arbeitsunfÄhig fÄr die zuletzt verrichtete TÄtigkeit als Staplerfahrer entlassen, er kÄnne aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch leichte Arbeiten vollschichtig verrichten.

Im Verhandlungstermin vor dem Sozialgericht MÄnchen (SG) hat der KlÄger angegeben, daÄ er vier bis fÄnfmal tÄglich Insulin spritzen mÄsse und zwar um 07.00, 08.00, 12.00, 17.00 und 22.00 Uhr.

Mit Urteil vom 03.05.1995 hat das SG die Beklagte verurteilt, dem KlÄger eine ErwerbsunfÄhigkeitsrente auf Dauer bei einem Versicherungsfall am 15.11.1994 (Tag der Entlassung aus der Klinik Regina) zu gewÄhren. Im Äbrigen wurde die Klage abgewiesen. Der KlÄger sei zwar noch in der Lage, leichte Arbeiten mit bestimmten qualitativen EinschrÄnkungen vollschichtig zu verrichten. Der KlÄger kÄnne aber diese VollzeitTÄtigkeiten nicht mehr unter den allgemein betriebsÄblichen Arbeitsbedingungen verrichten. Das Bundessozialgericht habe eine rechtserhebliche EinschrÄnkung darin gesehen, daÄ ein Versicherter neben den in der Arbeitszeitordnung (AZO) vorgesehenen Pausen zusÄtzliche

Arbeitsunterbrechungen von zweimal 15 Minuten benötigt. Lege man als Regelfall eine halbstündige Pause nach etwa der Hälfte der Arbeitszeit zugrunde, so benötigt der Kläger bei einem täglichen Arbeitsbeginn um 07.00 Uhr zwei zusätzliche Pausen im Sinne der o.g. Rechtsprechung. Sowohl um 07.00 Uhr bei Arbeitsbeginn als auch um 08.00 Uhr musste er sich aus dem Produktionsprozess zurückziehen, um den Blutzuckerspiegel zu bestimmen und die erforderliche Menge Insulin zu spritzen. Im übrigen sei zweifelhaft, ob die um 12.00 Uhr erforderliche Insulinspritze mit der halbstündigen Arbeitszeitunterbrechung einherginge oder eine zusätzliche dritte Pause erfordere. Daher stehe fest, dass der Kläger, der anders als die Mehrzahl der Diabetiker nicht mit kleinen Zwischenmahlzeiten auskomme, nicht mehr zu üblichen Arbeitsbedingungen tätig sein könne. Der Versicherungsfall sei erst mit der Entlassung aus der Klinik Regina am 15.11.1994 eingetreten. Vor diesem Zeitraum sei der Diabetes des Klägers nicht ausreichend eingestellt gewesen. Erst aufgrund des Klinikaufenthaltes sei der Blutzuckerspiegel des Klägers therapeutisch so eingestellt worden, dass ein fünfmaliges Bestimmen des Blutzuckerspiegels mit anschließendem Spritzen des Medikaments erforderlich geworden sei.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 05.10.1995. Die medizinischerseits für notwendig erachtete Einnahme kurzer zusätzlicher Zwischenmahlzeiten bedinge bei Diabetikern keine spezifische Leistungseinschränkung im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Den Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung, wonach er fünfmal täglich Insulin intravenös spritzen müsse und gegebenenfalls zuvor den Blutzuckerspiegel zu bestimmen habe, sei zu widersprechen. Die Entlassung aus dem Heilverfahren am 15.11.1994 sei mit der Empfehlung festgelegter Dosen (zu vier Zeiten am Tag) erfolgt, so dass nicht jedesmal davor der Blutzucker zu messen sei. Auch erfolge die Verabreichung des Insulins mittels Pen, so dass das Aufziehen des Insulins mit Nadel und Spritze aus einer Ampulle entfalle. Unter der Annahme, dass dieses Behandlungsschema noch zum Zeitpunkt der Urteilsverkündung am 03.05.1995 Gültigkeit habe, sei die Urteilsbegründung sachlich nicht richtig. Das SG gehe auch zu Unrecht davon aus, dass der Kläger, anders als die Mehrzahl der Diabetiker, nicht mit kleinen Zwischenmahlzeiten auskomme. Gerade wegen seines starken Übergewichtes sollte der Kläger keine großen Zwischenmahlzeiten, sondern sehr wohl nur kleine Zwischenmahlzeiten einnehmen. Es sei schließlich auch nicht richtig, dass die Einnahme von Zwischenmahlzeiten beispielsweise exakt um 07.00 Uhr erfolgen müsse. Der Kläger könne sich zu Hause vor dem Frühstück sowohl das rasch wie auch das verzögernd wirkende Insulin verabreichen und frühstücken. Insgesamt sei festzustellen, dass die Behandlungsanforderungen der Blutzuckerkrankheit mit den Anforderungen eines 8-Stunden-Arbeitstages voll im Einklang zu bringen seien.

Mit Beschluss vom 15.11.1995 hat der Senat antragsgemäß die Vollstreckung aus dem Urteil des SG vom 03.05.1995 bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Berufungsinstanz ausgesetzt. Der zum Gutachter ernannte Dr. hat in dem Gutachten nach Aktenlage vom 18.03.1996 folgende Diagnosen gestellt: 1. Diabetes mellitus Typ II b unter Insulintherapie mit fortgeschrittener Polyneuropathie und diabetischer Retinopathie mit beginnender Makulopathie

rechts. 2. Kompensierte grobknotige Leberzirrhose bei Zustand nach Alkoholabusus und Hepatitis B. 3. Arterielle Hypertonie. 4. Koronare Herzerkrankung, Zustand nach Vorderwandinfarkt. 5. Hyperlipidproteinämie. 6. Zustand nach Lungenspitzentuberkulose ohne wesentliche Funktionseinschränkungen. Beim Kläger sei während der Arbeit lediglich eine Insulininjektion entsprechend dem Therapieregime einer Basis-Bolus-Therapie notwendig und zwar die Insulininjektion vor dem Mittagessen, die in etwa eine Viertelstunde bis eine halbe Stunde vor dem Mittagessen zu erfolgen habe. Neben dieser Injektion müsste zu diesem Zeitpunkt bzw. direkt vor der Injektion zumindest in den ersten Wochen der aufgenommenen Beschäftigung eine Blutzuckerselbstbestimmung durchgeführt werden, die bei Geübten einen Zeitaufwand von etwa fünf Minuten erfordere. Darüber hinaus sei noch eine Pause zwischen Arbeitsbeginn und Mittagspause nötig, um die Zwischenmahlzeit einzunehmen. Die Zwischenmahlzeit am Nachmittag könne auf die Zeit nach 15.30 Uhr gelegt werden. Im übrigen würden die qualitativen Einschränkungen gelten, wie sie im Gutachten von Dr. Dr. genannt worden seien. Dr. könne nur insofern nicht zugestimmt werden, als er von einer fixen Unterbrechung und Einnahme von Zwischenmahlzeiten maximal alle drei Stunden ausgehe. Dies entspreche nicht der ausführenden Basis-Bolus-Therapie.

Mit Schreiben vom 14.08.1996 haben die Klägervertreter den Entlassungsbericht des Klinikums Ingolstadt über einen dortigen Aufenthalt des Klägers vom 10.04.1996 bis 08.05.1996 sowie einem Entlassungsbericht der Regina-Klinik vom 20.06.1996 übersandt. Der daraufhin gemäß [§ 109 SGG](#) zum Gutachter bestellte Internist Dr. hat folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: 1. Diabetes mellitus (insulinpflichtig) mit Folgekomplikationen an Augen, Nerven und Herzkranzgefäßen bei zusätzlichen Risikofaktoren wie arterieller Hochdruck und Stoffwechselstörungen. 2. Kompensierte koronare Herzerkrankung nach Infarkt bei 1-Gefäß-KHK. 3. Chronisch persistierende Leberzirrhose nach Hepatitis B ohne Hinweis auf ein Karzinom. Der Kläger sei auch unter Würdigung der koronaren Herzerkrankung und einer aktiver Leberzirrhose durchaus als arbeitsfähig einzustufen. Die Beeinträchtigung der täglichen Lebensführung und Berufsausübung durch diätetische Restriktionen und die Notwendigkeit mehrfacher Insulininjektionen ständen nicht mehr im Vordergrund. Die intensiviertere Insulintherapie mit mehrfach täglichen Insulininjektionen nach Maßgabe der mehrfach täglichen Selbstkontrollergebnisse ermögliche ganz im Gegenteil eine normnahe Lebensführung und Berufsausübung, was von vielen zigtausend Diabetikern dokumentiert und auch vom Kläger inzwischen bejaht werde. Der Kläger könne noch leichte Tätigkeiten wie die eines einfachen Pförtners, als Sortierer und Verpacker leichter Gegenstände, als Mitarbeiter in Poststellen von Betrieben oder ähnliche Tätigkeiten vollschichtig verrichten. Dr. hat noch ein augenärztliches Gutachten angeregt. Der daraufhin zum Gutachter ernannte Augenarzt Prof. Dr. hat in seinem Gutachten vom 17.03.1998 als Diagnosen diabetesbedingte krankhafte Netzhautveränderungen mit rechtsseitiger Beteiligung der Stelle des schärfsten Sehens, einen Zustand nach abgeschlossener Laserbehandlung der Netzhaut, eine Linsentrübung, eine Weit-, Stab- und Alterssichtigkeit sowie eine latente Außenschielstellung im Nahbereich und ein eingeschränktes räumliches Sehen festgestellt. Aus ophthalmologischer

Sicht sei der Kläger unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses auf dem allgemeine Arbeitsmarkt noch in der Lage, leichte und mittelschwere Arbeiten vollschichtig zu verrichten.

Die Beklagte stellt den Antrag, das Urteil des SG vom 03.05.1995 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Berufungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und in vollem Umfang auch begründet. Entsprechend ist das Urteil des SG vom 03.05.1995 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 27.08.1992 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.02.1993 auch bezüglich des Zeitraumes ab 15.11.1994 abzuweisen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit. Gemäß [ 43 Abs.2 SGB VI](#) sind berufsunfähig Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder wegen Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfaßt alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufes oder der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Berufsunfahig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Beim Kläger liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Der Sachverhalt ist in medizinischer Hinsicht aufgrund der im Wege des Urkundenbeweises zu berücksichtigenden Sachverständigengutachten der Beklagten (internistisches Gutachten von Dr. â; vom 11.12.1991, neurologisches Gutachten des Nervenarztes Dr. â; vom 21.01.1992, orthopedisches Gutachten der Orthopedin Dr. â; vom 21.01.1992 und stationeres internistisches Gutachten des Zentralkrankenhauses Gauting â; Dr. â;- vom 23.01.1992) und insbesondere durch das im Klageverfahren eingeholte internistische Gutachten von Dr. â; vom 19.10.1993 und die im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Internisten Dr. â; vom 18.03.1996, des Internisten Dr. â; vom 28.07.1997 und des Augenarztes Prof. Dr. â; vom 17.03.1998 sowie die beigezogenen ärztlichen Berichte hinreichend geklärt. Danach wird die Erwerbsfähigkeit des Klägers zwar durch die festgestellten Gesundheitsstörungen eingeschränkt, jedoch noch nicht in einem solchen Maße, daß er seit November 1994 bis jetzt nicht mehr fähig wäre, zumindest die Hälfte des Lohnes eines vergleichsweise in Betracht kommenden gesunden Versicherten zu erzielen.

Beim Kläger liegen im wesentlichen folgende Gesundheitsstörungen vor: 1. Diabetes mellitus Typ II b unter Insulintherapie mit fortgeschrittener Polyneuropathie und diabetischer Retinopathie mit beginnender Makulopathie rechts. 2. Kompensierte grobknotige Leberzirrhose bei Zustand nach Alkoholabusus und Hepatitis B. 3. Arterielle Hypertonie. 4. Koronare Herzerkrankung, Zustand nach Vorderwandinfarkt. 5. Hyperlipidproteinemie. 6. Zustand nach Lungenspitzen tuberkulose ohne wesentliche Funktionseinschränkungen.

Im Vordergrund der Erkrankungen des Klägers steht die Diabetes-mellitus-Erkrankung. Der beim Kläger vorliegende Diabetes Typ II ist charakterisiert durch zu hohe Blutzuckerwerte und eine gleichzeitig vorliegende Insulinresistenz, d.h., daß im Gegensatz zum Typ I-Diabetiker noch eigenes Insulin produziert wird, die peripheren Zellen aber ungenügend auf das vorhandene Insulin reagieren. Der bergewichtige Typ-II-Diabetiker wird zusätzlich als Typ-II b bezeichnet. Für die sozialmedizinische Beurteilung maßgeblich ist, daß der Kläger aus der Reha-Klinik Regina am 15.11.1994 mit einer sogenannten Basis-Bolus-Therapie entlassen wurde und diese Therapie bis zum heutigen Tag weiter angewendet wird. Dieses Therapieschema hat zum Prinzip, daß eine Aufteilung des Insulins auf mehrere Injektionen stattfindet. Dabei wird anher an die physiologische Insulinsekretion jeweils zum Essen ein schnell wirkendes Insulin injiziert und unabhängig davon ein sehr lang wirkendes Insulin verabreicht, das einen gewissen Basisspiegel ermöglicht. Der Vorteil dieser Therapie besteht darin, daß zum einen die Dosis je nach Lebensumständen, Essensaufnahme und körperlicher Belastung etwas variabel zu gestalten ist und daß die Zeitabstände für die Zwischenmahlzeiten nicht exakt eingehalten werden müssen. Es ist sogar möglich, bei dieser Art von Therapie eine der Zwischenmahlzeiten einmal auszulassen. Korrigiert wird dies dann mit einer veränderten Insulindosis bei der nächsten Mahlzeit. Eine zeitliche Vorgabe, d.h. Injektionen zu bestimmten Tageszeiten, wie sie vom Kläger während der Verhandlung vor dem SG mündlich dargelegt wurden, sind mit dem Prinzip einer Basis-Bolus-Therapie nicht vereinbar. Unter Zugrundelegung dieser Basis-Bolus-Therapie ist beim Kläger während der Arbeitszeit lediglich eine Insulininjektion nötig und zwar etwa eine Viertelstunde bis eine halbe Stunde vor dem Mittagessen. Neben dieser Injektion mte zu diesem Zeitpunkt bzw. direkt vor der Injektion zumindest in den ersten Wochen der aufgenommenen Beschäftigung eine Blutzuckerselbstbestimmung durchgeführt werden, die für Geübte einen Zeitaufwand von etwa fünf Minuten erfordert. Darüber hinaus ist noch eine Pause zwischen Arbeitsbeginn und Mittagspause nötig, um die Zwischenmahlzeit einzunehmen. Die Zwischenmahlzeit am Nachmittag kann auf die Zeit nach 15.30 Uhr gelegt werden. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, daß über die in Betrieben üblichen Pausen hinaus keine weiteren, durch die Blutzuckererkrankung bedingten Pausen notwendig sind. Die in den letzten Jahren verbesserte intensiviertere Insulintherapie mit mehrfach täglichen Insulininjektionen nach Maßgabe der mehrfach täglichen Selbstkontrollergebnisse ermöglicht eine normgerechte Berufsausübung, was von vielen zigtausend Diabetikern dokumentiert und mittlerweile auch vom Kläger bejaht wird. Die für das Urteil des SG maßgebenden Angaben des Klägers, wonach er sich vier- bis fünfmal täglich Insulin spritzen müsse, nämlich genau um 07.00 Uhr, 08.00 Uhr, 12.00 Uhr,

17.00 Uhr und 22.00 Uhr, entsprechen somit nicht der beim KlÄxger seit November 1994 angewendeten Basis-Bolus-Therapie. Die weiteren beim KlÄxger vorliegenden GesundheitsstÄ¶rungen schrÄ¶nken die ErwerbsfÄ¶higkeit des KlÄxgers lediglich auf leichte vollschichtige TÄ¶tigkeiten ein, nicht aber auf untermittelschichtige TÄ¶tigkeiten. DiesbezÄ¶glich ist zum einen die koronare Herzerkrankung i.V.m. mit dem Zustand nach Vorderwandinfarkt zu nennen. Hier konnte durch die Ballondilatation der 95 %igen LAD-Stenose auf eine Reststenose von ca. 40 % die kardiale Situation weitgehend stabilisiert werden, wie sich aus dem Belastungs-EKG und dem 24-Stunden-EKG ergibt. Zum anderen bestehen als Folgen des Diabetes mellitus eine sensible diabetische Neuropathie, die im November 1996 zwar zu einem VorfuÄ¶ngangrÄ¶n gefÄ¶hrt hat, das jetzt aber unter entsprechender Schuhversorgung stabil ist, und eine diabetische Retinopathie, die mehrfach laserbehandelt wurde. Aus rein augenÄ¶rztlicher Sicht wÄ¶re der KlÄxger aber sogar noch fÄ¶r leichte und mittelschwere Arbeiten einsetzbar.

Des Weiteren besteht beim KlÄxger seit 1981 eine histologisch und serologisch gesicherte Leberzirrhose auf dem Boden einer Hepatitis-B-Infektion, die aber nur eine mÄ¶Ä¶ige AktivitÄ¶t zeigt. Die im Jahre 1986 durchgemachte Lungentuberkulose ergibt im inaktiven Narbenstadium keine BeeintrÄ¶chtigung. Die Beschwerden des geklagten Bandscheibenleidens stehen im Hintergrund.

Insgesamt kann der KlÄxger mit den vorliegenden GesundheitsstÄ¶rungen zwar nicht mehr die zuletzt ausgeÄ¶bte TÄ¶tigkeit als Staplerfahrer verrichten, aber jedenfalls noch leichte TÄ¶tigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig ausfÄ¶hren. Ob der KlÄxger unter diesen UmstÄ¶nden berufsunfÄ¶hig ist, beurteilt sich danach, welche (objektiv) seinen KrÄ¶ften und FÄ¶higkeiten entsprechende TÄ¶tigkeit ihm (subjektiv) unter BerÄ¶cksichtigung der Dauer und des Umfangs seiner Ausbildung sowie seines bisherigen Berufes und der besonderen Anforderungen seiner bisherigen BerufstÄ¶tigkeit zugemutet werden kann ([Ä§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Im Rahmen des hierzu vom BSG entwickelten Mehrstufenschemas, das die Arbeiter in verschiedene Leitberufe untergliedert, nÄ¶mlich denjenigen des Vorarbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hoch qualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters, des "angelernten" und schlieÄ¶lich des ungelerten Arbeiters, ist der KlÄxger allenfalls der Gruppe mit dem Leitberuf des einfach angelernten Arbeiters zuzuordnen. Der KlÄxger hat keinen Beruf erlernt und war in der Bundesrepublik Deutschland als Fabrikarbeiter, Lagerarbeiter, Maschinenarbeiter, Spinner und Staplerfahrer beschÄ¶ftigt, wobei fÄ¶r diese TÄ¶tigkeiten, insbesondere auch fÄ¶r die zuletzt ausgeÄ¶bte TÄ¶tigkeit als Gabelstaplerfahrer, jeweils eine Einarbeitungszeit von wenigen Wochen ausreichend war. Der KlÄxger ist daher auf alle TÄ¶tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar, wo er noch leichte TÄ¶tigkeiten mit qualitativen EinschrÄ¶nkungen ausfÄ¶hren kann. Der konkreten Benennung eines Verweisungsberufes bedarf es nicht, denn bei vollschichtiger EinsatzfÄ¶higkeit obliegt das Arbeitsplatzrisiko der Arbeitslosenversicherung bzw. dem Versicherten, nicht der Rentenversicherung. Beim KlÄxger liegen auch keine einzelne schwere Behinderung oder eine Summierung ungewÄ¶hnlicher LeistungseinschrÄ¶nkungen vor, die die FÄ¶higkeit des KlÄxgers, kÄ¶rperlich leichte Arbeiten vollschichtig zu verrichten, zusÄ¶tzlich zu den genannten qualitativen EinschrÄ¶nkungen noch in

erheblichen Umfang weiter einschränken.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 15.03.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024