S 14 RJ 661/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 RJ 661/98
Datum	12.01.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 RJ 37/01
Datum	30.08.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 12. Januar 2001 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darÃ¼ber, ob der KlÃ¤ger Anspruch auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit hat.

Der am â¦ geborene KlÃ¤ger hat den Maurerberuf erlernt. Er ist LinkshÃ¤nder. Auf seinen Rentenantrag vom 03. Februar 1997 bewilligte ihm die Beklagte mit Bescheid vom 23. Juni 1998 Rente wegen BerufsunfÃ¤higkeit, den weitergehenden Antrag auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit hatte die Beklagte mit Bescheid vom 09. Dezember 1997 abgelehnt. Ihrer Entscheidung lagen die Entlassungsberichte der Klinik B â¦ K â¦ Ã¼ber die MaÃnahmen vom 20. November bis 18. Dezember 1996 und 17. Februar bis 31. MÃ¤rz 1998 und 02. April 1998, das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 06. Juni 1997, das Gutachten von Frau W â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, vom 26.

November 1997 und das Gutachten von Dipl.-Med. M â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r OrthopÃ¤die, vom 25. September 1998 vor.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. November 1998 zurÃ¼ck, soweit sie nicht den Widerspruch durch die Anerkennung von BerufsunfÃ¤higkeit abgeholfen hatte. ErwerbsunfÃ¤higkeit bestehe nicht.

Hiergegen hat der KlÃ¤ger das Sozialgericht Dresden (SG) angerufen. Dieses hat neben Befundberichten der behandelnden Ãrzte auch ein unfallchirurgisches SachverstÃ¤ndigengutachten vom Juni 1999, erstellt fÃ¼r die private Unfallversicherung, von Chefarzt Priv.-Doz. Dr. P â¦, Facharzt fÃ¼r Chirurgie/Unfallchirurgie des StÃ¤dtischen Krankenhauses D â¦, Klinik fÃ¼r Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, beigezogen, und Gutachten zum LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers von Frau Dipl.-Med. A â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r OrthopÃ¤die, vom 02. August 2000, und von Dr. B â¦ von der Psychiatrischen Klinik des StÃ¤dtischen Krankenhauses D â¦ vom 09. Oktober 2000 eingeholt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 12. Januar 2001 abgewiesen. Die eingeschrÃ¤nkte GebrauchsfÃ¤higkeit der rechten Hand des KlÃ¤gers, die WirbelsÃ¤ulenbeschwerden, der gelegentliche Drehschwindel sowie die geminderte Geh- und StehfÃ¤higkeit nach UnterschenkeltrÃ¼mmerfraktur lasse mittelschwere und schwere TÃ¤tigkeiten nicht zu. Mit dem verbliebenen LeistungsvermÃ¶gen fÃ¼r vollschichtig kÃ¶rperlich leichte Arbeiten in wechselnder Haltung ohne feinmotorische TÃ¤tigkeiten kÃ¶nne der KlÃ¤ger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig tÃ¤tig sein. Eine Summierung ungewÃ¶hnlicher LeistungseinschrÃ¤nkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liege nicht vor. Die rechte Hand sei zwar nicht fÃ¼r feinmotorische TÃ¤tigkeiten oder fÃ¼r kÃ¶rperlich belastende Arbeiten, aber fÃ¼r grobere Handhabungen einsetzbar; im Ãbrigen habe der KlÃ¤ger den Ausfall zum Teil durch den vermehrten Einsatz der linken Hand ausgeglichen. Der KlÃ¤ger sei auch wegefÃ¤hig.

Hiergegen richtet sich die Berufung, mit der der KlÃ¤ger vortragen lÃ¤sst, der Zustand habe sich seit der erstmaligen Antragstellung 1996 verschlechtert.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 12. Januar 2001 abzuÃ¤ndern und die Beklagte unter Ãnderung der Bescheide vom 09. Dezember 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 24. November 1998 zu verurteilen, dem KlÃ¤ger Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie nimmt auf das sozialgerichtliche Urteil Bezug.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung ist unbegrÃ¼ndet. Das SG und die Beklagte haben zu Recht entschieden, dass dem KlÃ¤ger keine Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit zusteht.

Nach Â§ 44 Abs. 2 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (a. F.) sind Versicherte erwerbsunfÃ¤hig, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, eine ErwerbstÃ¤tigkeit in gewisser RegelmÃ¤Ãigkeit auszuÃ¼ben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen BezugsgrÃ¶Ãe Ã¼bersteigt.

Das LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers ist nicht in diesem MaÃe eingeschrÃ¤nkt. Er kann noch vollschichtig leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeit in Ã¼berwiegend sitzender Arbeitshaltung, mit der MÃ¶glichkeit zum Ã¶fteren Haltungswechsel ohne Anforderungen an die Feinmotorik der rechten Hand, ohne Heben und Tragen von Lasten Ã¼ber drei Kilogramm, ohne Arbeiten im Knien oder Hocken, lÃ¤ngere Laufstrecken, hÃ¤ufiges Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und GerÃ¼sten und an rotierenden Maschinen verrichten. Dies haben Ã¼bereinstimmend die medizinischen Beurteilungen ergeben. Im Entlassungsbericht der Klinik B â¦ K â¦ vom 20. November 1996 bis 18. Dezember 1996 werden ein zerebellÃ¤rer Infarkt im Kleinhirnbereich rechts, ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom und HyperlipoproteinlÃ¤mie diagnostiziert. Sozialmedizinisch wird der KlÃ¤ger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als vollschichtig leistungsfÃ¤hig fÃ¼r leichte bis mittelschwere TÃ¤tigkeiten mit EinschrÃ¤nkungen in der feinkoordinativen GebrauchsfÃ¤higkeit der rechten Hand angesehen. Das ebenfalls zeitnah nach dem Kleinhirninfarkt erstellte Gutachten des MDK vom 06. Juni 1997 stellt darÃ¼ber hinaus lediglich fest, dass auch ein lumbales RÃ¼ckenschmerzsyndrom und erhebliche Schwindelerscheinungen mit Fallneigung besonders bei extremen oder ruckartigen Kopfbewegungen, bei Reklination des Kopfes, aber auch beim Blindgang bestÃ¼nden. Das lumbale RÃ¼ckenschmerzsyndrom hat damals noch zur Fortdauer der ArbeitsunfÃ¤higkeit gefÃ¼hrt. Es wurde nach Ablauf der ArbeitsunfÃ¤higkeit erwartet, dass der KlÃ¤ger fÃ¼r kÃ¶rperlich leichte bis mittelschwere TÃ¤tigkeiten ohne statisch belastende Zwangshaltungen bei begrenzter Feinmotorik und BelastungseinschrÃ¤nkungen der rechten Hand bzw. des rechten Armes und ohne Notwendigkeit des Ersteigens von Leitern oder GerÃ¼sten leistungsfÃ¤hig werde. Im Gutachten der FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie W â¦ wird aufgrund der Untersuchung vom 02. Oktober 1997 festgehalten, dass eine GebrauchseinschrÃ¤nkung des rechten Armes als Folgezustand des Kleinhirninfarktes bestand. Das akute neurologische Zustandsbild war durch stationÃ¤re und Anschlussheilbehandlung gebessert worden. Subjektiv angegebener Schwindel bei abrupten Kopfbewegungen, nachweisbare diskrete Fallneigung nach rechts sowie FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen des rechten Armes sowie feinmotorische StÃ¶rungen waren verblieben. Der Gang war unter optischer Kontrolle sicher. Der Nichtgebrauch des rechten Armes und dessen vÃ¶llige

Schonhaltung desselben waren in der Begutachtung aufgefallen, standen aber in Diskrepanz zum objektiven Befund. Aus nervenÃ¤rztlicher Sicht war der KlÃ¤ger noch in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne TÃ¤tigkeiten auf Leitern, GerÃ¼sten oder anderweitiger Absturzgefahr und ohne Anforderung an die Belastbarkeit des rechten Armes und die Feinmotorik vollschichtig auszuÃ¼ben.

Die UnterschenkeltrÃ¼mmerfraktur vom 23. Januar 1998 hat das LeistungsvermÃ¶gen zwar weiter beeintrÃ¤chtigt, es aber noch nicht auch auf unter vollschichtig fÃ¼r leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten absinken lassen. Im Entlassungsbericht der Klinik B â¦ K â¦ vom 07. April 1998 werden als Diagnosen proximale UnterschenkeltrÃ¼mmerfraktur sowie Osteosynthese am 23. Januar 1998 sowie Zustand nach zerebellÃ¤rem Apoplex (Oktober 1996) festgehalten. Wenn die sozialmedizinische Beurteilung dahin geht, dass der KlÃ¤ger leichte Arbeiten zeitweise im Stehen, Gehen und Sitzen in Tagesschicht ohne schweres Heben und Tragen, ohne Arbeiten in Zwangshaltung oder in kniender oder hockender Haltung, zumindest halb bis unter vollschichtig, wenn nicht gar vollschichtig leisten kÃ¶nne, ist diese nicht eindeutige Festlegung auf vollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen der Tatsache geschuldet, dass die UnterschenkeltrÃ¼mmerfraktur aufgrund der ZeitnÃ¤he der Beurteilung eine eindeutige Festlegung noch nicht zulieÃ. Eine solche Festlegung war jedoch auch hinsichtlich des orthopÃ¤dischen Status im September 1998 ermÃ¶glicht. Zu diesem Zeitpunkt ergab das Gutachten der GutachterÃ¤rztin Dipl.-med. M â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r OrthopÃ¤die, dass eine geminderte Geh- und StehfÃ¤higkeit nach operativ versorgter UnterschenkeltrÃ¼mmerfraktur sowie eine GebrauchseinschrÃ¤nkung des rechten Arms als Folgezustand nach Kleinhirninfarkt im Oktober 1996 bestand. Im Vergleich zum Vorgutachten hatte sich die FunktionsbeeintrÃ¤chtigung des rechten Armes weitgehend zurÃ¼ckgebildet. Der KlÃ¤ger hatte angegeben, Ã¶ffentliche Verkehrsmittel wieder zu benutzen und auch das Autofahren sei wieder mÃ¶glich, nachdem er eine VerÃ¤nderung an der Kupplung habe vornehmen lassen. Links war ein deutlich hinkendes Gangbild festgestellt worden, die Beweglichkeit des linken Kniegelenks war gemindert. Die orthopÃ¤dischen BeeintrÃ¤chtigungen fÃ¼hren nachvollziehbar dazu, dass eine nur vorwiegend sitzende TÃ¤tigkeit vollschichtig fÃ¼r mÃ¶glich gehalten wurde, wobei Unterbrechungen der Sitzhaltung mÃ¶glich sein mÃ¼ssen. Auch Frau Dipl.-Med. A â¦ kommt in ihrem Gutachten vom 02. August 2000 zu dem Ergebnis, dass beim KlÃ¤ger ein Zustand nach Kleinhirninfarkt, ein chronisch rezidivierendes vertebragenes zervikobrachiales pseudoradikulÃ¤res Schmerzsyndrom rechts, ein chronisch rezidivierendes vertibragenes lumbales lokales Schmerzsyndrom bei persistierender Fehlstatik sowie posttraumatische Gonarthrose links bei Status nach operativ versorgter TibiatrÃ¼mmerfraktur bestand. Sie gelangt zu dem Ergebnis, dass leichte kÃ¶rperliche Arbeiten in wechselnder KÃ¶rperhaltung vollschichtig mÃ¶glich ist. Ãffentliche Verkehrsmittel kÃ¶nnen genutzt werden. Der KlÃ¤ger kann zwar nicht mehr mittelschwere und schwere Arbeiten mit lÃ¤ngeren Laufstrecken, hÃ¤ufigem Treppensteigen, Arbeiten im Knien oder Hocken, Arbeiten auf Leitern oder GerÃ¼sten, Heben oder Tragen von Lasten Ã¼ber 3 Kilogramm und Einsatz an rotierenden Maschinen verrichten. Er ist jedoch noch in der Lage, leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeit im Wechsel von Stehen, Sitzen und Laufen auszuÃ¼ben.

Nach dem Gutachten von Dr. B â¦ auf nervenÃ¤rztlichem Fachgebiet hat sich die Auswirkung des Kleinhirninfarkts jedenfalls gegenÃ¼ber den Vorgutachten nicht verschlechtert. Die Feinmotorik im Bereich der rechten Hand sowie KoordinationsstÃ¶rungen im Bereich der rechten oberen ExtremitÃ¤t sind zwar feststellbar. Eine Kraftminderung im Bereich der rechten oberen ExtremitÃ¤t lÃ¤sst sich aber nicht objektivieren. Auch lassen sich â wie bei verminderter GebrauchsfÃ¤higkeit des rechten Armes und der rechten Hand zu erwarten gewesen wÃ¤re â keine atrophischen Prozesse im Bereich der oberen ExtremitÃ¤t finden. Die Schonhaltung des rechten Arms ist durch die neurologischen Befunde nicht zu erklÃ¤ren. Eine Wurzelreizung im HalswirbelsÃ¤ulenbereich, wie im Abschlussbericht der Klinik B â¦ K â¦ vom Dezember 1996 vermutet bzw. als Ergebnis eines rechtsseitigen Karpaltunnelsyndroms gedeutet (Dr. P â¦, Befundbericht vom 21. Mai 1999) werden nachvollziehbar ausgeschlossen. Auch unter BerÃ¼cksichtigung des neurologisch-psychiatrischen Sachgebiets ist der KlÃ¤ger noch vollschichtig in der Lage, leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeit ohne Arbeiten vorwiegend im Gehen und Stehen und ohne hÃ¤ufiges Heben und Tragen von Lasten Ã¼ber fÃ¼nf Kilogramm, hÃ¤ufiges Treppensteigen, ohne Arbeit auf Leitern und GerÃ¼sten oder am FlieÃband zu verrichten. Eine EinschrÃ¤nkung der FÃ¤higkeit viermal tÃ¤glich eine Wegstrecke von 500 m in zumutbarem Zeitaufwand zurÃ¼ckzulegen, wird durch Dr. B â¦ nicht gesehen. Auch Dipl.-Med. A â¦gelangte zu der Auffassung, dass aus orthopÃ¤discher Sicht zwar eine EinschrÃ¤nkung der Gehstrecke und eine Ausdehnung der Wegezeit fÃ¼r 500 m nachvollziehbar sei, jedoch fÃ¼r eine Strecke von 500 m 20 Minuten benÃ¶tigt wÃ¼rden. Dies bedingt noch keine WegeunfÃ¤higkeit, zumal der KlÃ¤ger sein Kraftfahrzeug nutzen kann. Soweit die Gutachterin A â¦ wegen der geschilderten Schwindelproblematik die Einengung des KlÃ¤gers zum FÃ¼hren eines Kraftfahrzeuges im StraÃenverkehr fÃ¼r eingeschrÃ¤nkt hÃ¤lt, ist dies nicht nachvollziehbar. Zuvor hat auch Dr. M â¦ anamnestisch von zeitweise Kopfschmerzen und SchwindelgefÃ¼hl berichtet. Sowohl Dr. A â¦ als auch Dr. M â¦ sind jedoch OrthopÃ¤den und hatten die Schwindelneigung nicht mit orthopÃ¤dischen Leiden verifiziert. Dr. B â¦ hat in seinem Gutachten weder anamnestisch noch in der Befunderhebung Schwindelerscheinungen erwÃ¤hnt.

Bei einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung wÃ¤re jedoch zu erwarten gewesen, dass zum einen entsprechende Befunde â soweit vorhanden -erhoben wÃ¼rden und zum anderen entsprechende Angaben von Probandenseite gemacht werden, zumal sich entsprechende anamnestische Angaben in den anderen Gutachten finden. Angesichts dessen ist eine durchgehende Schwindelneigung des KlÃ¤gers nicht nachgewiesen. Die Zweifel an der FÃ¤higkeit zur Kraftfahrzeugnutzung werden durch die tatsÃ¤chliche Nutzung des Kraftfahrzeuges (ohne dass es hierbei zu Problemen im StraÃenverkehr gekommen wÃ¤re) durch den KlÃ¤ger widerlegt. Der KlÃ¤ger kann jedenfalls kÃ¼rzere Strecken bis zu einer Stunde Fahrt bewÃ¤ltigen, wie sich insbesondere aus seinem eigenen Hinweis anlÃ¤sslich der neurologischen Begutachtung ergibt, wonach ihm bei lÃ¤ngerem Sitzen das linke Bein bis zum Knie einschlafe, und er bei einer Autofahrt nach Berlin schon nach einer Stunde Fahrt Pause machen mÃ¼sse. Zur Begutachtung ist der KlÃ¤ger von seinem Dresdner Wohnsitz auch durch den Dresdner StraÃenverkehr gefahren, ohne dass insoweit Probleme geschildert worden waren.

Die dargestellten EinschrÃ¤nkungen begrÃ¼nden noch keine Summierung ungewÃ¶hnlicher Leistungseinschrï¿½nkungen und auch keine schwere spezifische Leistungsbehinderung (vgl. BSG SozR 2200 Â§ 1246 RVO Nr. 137). Die rechte Hand des KlÃ¤gers ist zwar nicht fÃ¼r feinmotorische TÃ¤tigkeiten oder fÃ¼r kÃ¶rperlich belastende Arbeiten, aber fÃ¼r grobere Handhabungen noch einsetzbar; zum anderen ist der KlÃ¤ger LinkshÃ¤nder. In jedem Fall kÃ¶nnte der KlÃ¤ger aber als PfÃ¶rtner an einer Nebenpforte eingesetzt werden. GegenÃ¼ber der TÃ¤tigkeit eines PfÃ¶rtners an der Hauptpforte hat der PfÃ¶rtner an der Nebenpforte (lediglich) insbesondere bekannte Fahrzeuge und Mitarbeiter der Firma passieren zu lassen, so dass Publikumsverkehr und Schreibarbeiten nicht so hÃ¤ufig anfallen (vgl. BSG im Urteil vom 22. Oktober 1996 â 13 RJ 35/95 -). Bei der TÃ¤tigkeit des PfÃ¶rtners handelt es sich generell um kÃ¶rperlich leichte TÃ¤tigkeit, die MÃ¶glichkeit zum Haltungswechsel gibt und bei welcher die LeistungseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers sich nicht auswirken. Dies ergibt sich insbesondere aus dem dem BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers und der Beklagten bekannten berufskundlichen Gutachten von Frau S â¦ H â¦ vom 07. Januar 2000, das in einem anderen Verfahren vor dem SÃ¤chsischen Landessozialgericht erstellt wurde.

Soweit die BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers vorgetragen haben, wegen des lebenslangen Bierkonsums kÃ¶nnten auch Polyneuropathien beim KlÃ¤ger vorliegen, fÃ¼hrt dies zu keiner anderen Sichtweise. Keiner der Befundberichte und auch keine der vielfÃ¤ltigen Untersuchungen hat diesen Verdacht des KlÃ¤gers erhÃ¤rtet. Selbst wenn beginnende Polyneuropathien vorlÃ¤gen, so wÃ¼rden diese lediglich dazu fÃ¼hren, dass dem KlÃ¤ger eher sitzende TÃ¤tigkeiten zutrÃ¤glich wÃ¤ren; sie wÃ¼rden zu keinen weiteren EinschrÃ¤nkungen des Leistungsbildes fÃ¼hren. Polyneuropathien wÃ¤ren allenfalls im Stadium 0 (keine klinischen Symptome und bis zwei Abweichungen im neurologischen Befund) oder Stadium 1 (ohne subjektive Symptome aber zwei oder mehr objektive Symptome) vorhanden (vgl. "Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", 5. Auflage, S. 449). Soweit dem KlÃ¤ger das Merkzeichen "G" im Schwerbehindertenrecht zuerkannt wurde, ist dies rentenrechtlich nicht beachtlich. Die Voraussetzungen fÃ¼r das Merkzeichen "G" ist die nicht mehr vorhandene FÃ¤higkeit, 1000 m innerhalb einer halben Stunde zurÃ¼ckzulegen.

Die Anwendung des Â§ 44 SGB VI a. F. beruht auf der Rentenantragstellung im Februar 1997, Â§ 300 Abs. 2 SGB VI.

Da nach Â§ 43 SGB VI in der ab dem 01. Januar 2001 geltenden Fassung fÃ¼r die Rente wegen voller Erwerbsminderung eine hÃ¶chstens dreistÃ¼ndige Arbeitsleistung zumutbar sein muss, ist angesichts des vollschichtigen LeistungsvermÃ¶gens auch fÃ¼r eine solche Rente kein Anspruch des KlÃ¤gers gegeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision, Â§ 160 Abs. 2 SGG, liegen nicht vor.

Erstellt am: 14.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024