S 12 R 1995/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	7.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 R 1995/17
Datum	20.05.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 R 1827/19
Datum	16.12.2021

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 20.Â Mai 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Â

<u>Tatbestand</u>

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des KlÃ¤gers auf Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Der am 16. November 1970 geborene KlÃ¤ger hat den Beruf des Kfz-Elektrikers erlernt und anschlieÃ□end eine entsprechende Meisterqualifikation erworben. Von 1998 bis 2005 war er im elterlichen Kfz-Betrieb selbstÃ¤ndig tÃ¤tig. Seit 2006 war er in einem Kfz-Betrieb versicherungspflichtig beschÃ¤ftigt und gab die TÃ¤tigkeit im Jahr 2007 aus gesundheitlichen GrÃ¼nden auf. Wegen verschiedener gesundheitlicher EinschrÃ¤nkungen im internistischen Bereich bewilligte ihm die Beklagte bereits in den Jahren 2008 bzw. 2010 Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben in Gestalt von Umschulungen zum Automobilkaufmann bzw. Einzelhandelskaufmann. Beide MaÃnahmen wurden seitens der Beklagten aufgrund krankheitsbedingter Fehlzeiten des KlÃ¤gers abgebrochen. In den Jahren 2007 und 2011 nahm er jeweils an von der Beklagten getragenen medizinischen RehabilitationsmaÃnahmen auf internistischem Fachgebiet teil (Reha-Klinik H. bzw. R.klinik). Im Anschluss war er arbeitsunfÃ¤hig erkrankt bzw. arbeitslos.

Einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung vom 13. August 2012 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25. September 2012 und Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2013 ab.

Dagegen erhob der KlÃ¤ger Klage zum Sozialgericht Mannheim (S 6 R 687/13). Nach Befragung der behandelnden ÃrzteÃ als sachverstÃ¤ndige Zeugen lieÃ das SG den KlÃ¤ger zunÃ¤chst durch den Internisten Burkhardt begutachten. Nach Einholung einer lungenfachÃ¤rztlichen Zusatzuntersuchung bei Dr. T. am 19. Dezember 2013 stellte der Gutachter im Gutachten vom 31. Januar 2014 folgende Diagnosen:

1. Zustand nach Aorten- und Mitralklappenersatz, rezidivierende supraventrikulÃ¤re Tachykardien, Dauerantikoagulation mit Marcumar, arterielle Hypertonie,
2. Leichte kombinierte LungenventilationsstÃ¶rung,
3. Chronische Diarrhoe, Zustand nach gastrointestinaler Blutung 2006,
4. Chronisch-rezidivierendes LWS-Syndrom,
5. Rezidivierende Nephrolithiasis, Zustand nach akutem Nierenversagen,
6. Zustand nach mehrmaliger Halbseitensymptomatik, rezidivierende SchwindelanfÃ¤lle,
7. ÃngstlichÃ-depressive AnpassungsstÃ¶rung mit Somatisierungstendenz und Hyperventilationsneigung.

Seitens der GesundheitsstÃ¶rungen auf internistischem Fachgebiet sei die LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers insoweit eingeschrÃ¤nkt, als ihm keine schweren und keine durchgehend mittelschweren kÃ¶rperlichen Arbeiten mehr zugemutet werden kÃ¶nnten, insbesondere kein Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten, des Weiteren keine TÃ¤tigkeiten unter erhÃ¶htem Zeitdruck oder sonstiger Ã¼berdurchschnittlicher Stressbelastung (z.B. Akkordarbeit, Wechselschicht oder Nachtdienst) und wegen der Dauerantikoagulation keine Arbeiten mit erhÃ¶hter UnfallgefÃ¤hrdung. Ebenfalls nicht mehr zumutbar seien Arbeiten, die mit regelmÃ¤ÃigemÃ Einwirken von widrigen KlimaeinflÃ¼ssen (KÃ¤lte, NÃ¤sse, Zugluft) oder Lungenreizstoffen (Staub, DÃ¤mpfe, Gase) verbunden sind, des Weiteren keine TÃ¤tigkeiten mit hÃ¤ufigem, regelmÃ¤ÃigemÃ BÃ¼cken und Knien und wegen der rezidivierenden SchwindelanfÃ¤lle auch keine Arbeiten mit Absturzgefahr (z.B. auf DÃ¤chern, Leitern und GerÃ¼sten). Am Arbeitsplatz mÃ¼sse sich eine Toilette jederzeit in erreichbarer NÃ¤he befinden. Unter BerÃ¼cksichtigung der genannten EinschrÃ¤nkungen kÃ¶nnten leichte und gelegentlich auch mittelschwere kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten noch vollschichtig (sechs Stunden und mehr) ausgeÃ¼bt werden. BeschrÃ¤nkungen des Arbeitsweges bestÃ¼nden nicht.

Des Weiteren holte das SG bei dem Facharzt fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. S. ein psychiatrisches Gutachten ein. Im Gutachten vom 22. September 2014 stellte der Gutachter folgende Diagnosen:

1. Leichte depressive StÃ¶rung,
2. Generalisierte AngststÃ¶rung mit phobischen ZÃ¼gen,
3. SomatisierungsstÃ¶rung.

Nach eigenanamnestischen Angaben und aktenkundigen Vorbefunden seien zusÃ¤tzlich ein Tinnitus aurium sowie ein Zustand nach transitorisch ischÃ¤mischer Attacke 06/2011 zu diagnostizieren. Diese GesundheitsstÃ¶rungen fÃ¼hrten zu BeeintrÃ¤chtigungen der psychovegetativen Stressbelastbarkeit, der kognitiven Spitzen- und AusdauerleistungsfÃ¤higkeit. Unter BerÃ¼cksichtigung der weiterhin vorliegenden kÃ¶rperlichen GesundheitsstÃ¶rungen ergÃ¤ben sich weitere FunktionsstÃ¶rungen in Bezug auf die KoordinierungsfÃ¤higkeit, die ableistbare Arbeitsschwere sowie die Exposition gegenÃ¼ber weiteren situativen Belastungs- und GefÃ¤hrdungsmomenten. Die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet vorliegenden GesundheitsstÃ¶rungen sowie die vordiagnostizierten somatischen GesundheitsstÃ¶rungen fÃ¼hrten zu diversen qualitativen Leistungsdefiziten. Die AusdauerleistungsfÃ¤higkeit sei hierdurch jedoch nicht beeintrÃ¤chtigt. Der KlÃ¤ger selber habe eine weitgehende Ausdauerleistungsdefizienz beschrieben, die so jedoch nicht zu objektivieren gewesen sei. Auch vor dem Hintergrund des vom KlÃ¤ger im Rahmen der mehrstÃ¼ndigen Untersuchungssitzung gezeigten LeistungsvermÃ¶gens sei er dazu in der Lage, berufliche TÃ¤tigkeiten, die den qualitativen Leistungsdefiziten Rechnung trÃ¼gen, vollschichtig, d.h. bis zu acht Stunden an fÃ¼nf Tagen pro Woche abzuleisten. Diese Leistungsbeurteilung entspreche eben nicht der leistungsbezogenen SelbsteinschÃ¤tzung des KlÃ¤gers, der sich jedoch nicht realistisch selbst beschreibe. Es hÃ¤tten sich, auch unter BerÃ¼cksichtigung der aktenkundigen Vorbefunde, keine Hinweise auf KrankheitsgrÃ¼nde, die gegen die BewÃ¤ltigung Ã¼blicher Strecken zu und von ArbeitsplÃ¤tzen zu FuÃ sprechen wÃ¼rden, ergeben. WÃ¤hrend die vom KlÃ¤ger angegebene Vermeidung des Fahrens eines Pkw auf lÃ¤ngeren Strecken krankheitsbedingt nachvollziehbar sei, spreche jedoch nichts gegen ein strukturiertes Benutzen von Ã¶ffentlichen Verkehrsmitteln, gegebenenfalls unter vorangegangenem systematischem Expositionstraining.

Mit Urteil vom 5. Dezember 2014 wies das SG die Klage ab. Im anschlieÃenden Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg (LÂ 4Â RÂ 5294/14) schlossen die Beteiligten einen Vergleich, in dessen Rahmen sich die Beklagte zur GewÃ¤hrung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach verpflichtete.

Am 16. November 2015 begann der KlÃ¤ger mit einer bis 18. Dezember 2015 dauernden MaÃnahme zur AbklÃ¤rung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung im BerufsfÃ¶rderungswerk B. , an der er jedoch wegen erneuter ArbeitsunfÃ¤higkeit nur bis 25. November 2015 teilnahm. Nach dem Ergebnisbericht vom 7. Januar 2016 wurde ausgefÃ¼hrt, in Anbetracht der

Gesamtergebnisse sei die Ãberprüfung der Erfüllung der Voraussetzungen einer (Teilâ)Erwerbsminderungsrente zu erwÃ¤gen, um den KlÃ¤ger gesundheitlich und kÃ¶rperlich wieder zu krÃ¤ftigen. AuÃerdem werde eine weitergehende begleitende psychische Stabilisierung als indiziert angesehen, welche durch eine psychosomatische RehabilitationsmaÃnahme und/oder eine psychotherapeutische Begleitung realisiert werden kÃ¶nnte. Aufgrund des aktuellen gesundheitlichen Zustandes bleibe gegebenenfalls eine Stabilisierung abzuwarten, bevor eine Ãberprüfung der MÃ¶glichkeiten für die Wiederaufnahme einer ErwerbstÃ¤tigkeit erneut durchgeführt werden kÃ¶nne.

Am 17. Februar 2016 stellte der KlÃ¤ger bei der Beklagten erneut einen Antrag auf die GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Nach Beiziehung und Auswertung von medizinischen Befundunterlagen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 6. Oktober 2016 den Antrag ab. Den im Wesentlichen auf den Ergebnisbericht des BerufsfÃ¶rderungswerks B. Â gestÃ¼tzten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. Mai 2017 zurÃ¼ck.

Am 30. Juni 2017 hat der KlÃ¤ger Klage zum SG erhoben. Zur BegrÃ¼ndung beruft er sich weiterhin auf die AusfÃ¼hrungen im Bericht des BerufsfÃ¶rderungswerk B. Â vom 7. Januar 2016, wonach Anlass fÃ¼r eine erneute weitergehende SachverhaltsaufklÃ¤rung bestanden habe. Aufgrund der bei ihm bestehenden massiven MultimorbiditÃ¤t bei nicht nur schwer eingeschrÃ¤nkter kÃ¶rperlicher, sondern auch schwer eingeschrÃ¤nkter psychischer Belastbarkeit, sei sein LeistungsvermÃ¶gen selbst fÃ¼r leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auf jedenfalls unter sechs Stunden tÃ¤glich reduziert.

Das SG hat die behandelnden Ãrzte des KlÃ¤gers schriftlich als sachverstÃ¤ndige Zeugen befragt. Der Hausarzt des KlÃ¤gers Dipl.-Med. H. hat unter dem 7. November 2017 mitgeteilt, es bestehe eine EinschrÃ¤nkung der allgemeinen kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit durch die kardiale Problematik mit Herzinsuffizienz NYHA II sowie depressiver Fehlentwicklung und zusÃ¤tzlich jetzt auch von orthopÃ¤discher Seite chronisch rezidivierende Lumboischialgien.

Der KlÃ¤ger hat medizinische Berichte aus den Jahren 2016 und 2017 (Bl. 36/121 SG-Akten) vorgelegt, u.a. das vom Landgericht Mosbach (2 OH 9/15) eingeholte Gutachten des Dr. S. vom 28. November 2016.

Ferner hat das SG ein internistisches Gutachten bei dem Facharzt fÃ¼r Innere Medizin Dr. B. eingeholt. Dieser hat im Gutachten vom 3. September 2018 (Bl. 142/213 SG-Akten) folgende Diagnosen gestellt:

1. Folgezustand nach Aorten- und Mitralklappenersatz durch mechanische DoppelflÃ¼gelprothesen nach Staphylokokkus aureus-Sepsis mit Endokyokarditis; rÃ¼ckfÃ¤llige AV-Knoten-Reentry-Tachykardien; orale Dauerantikoagulation mit Phenprocoumon (Marcumar) und Selbstkontrolle; arterielle Hypertonie; Ausschluss einer hypertensiven Herzkrankheit bei ausreichender linksventrikulÃ¤rer Pumpfunktion,

2. Leichtgradige, derzeit klinisch nicht relevante hypochrome mikrozitÃ¤re AnÃ¤mie mit einem HÃ¤moglobinwert von 12,6 g/dl bei vordergrÃ¼ndigem Eisenmangel und nachrangiger HÃ¤molyseaktivitÃ¤t an den mechanischen Klappenprothesen,
3. Folgenloser Zustand nach dreimaliger sensibler Halbseitensymptomatik, differentialdiagnostisch auch Hyperventilationseffekt; rÃ¼ckfÃ¤llig SchwindelzustÃ¤nde,
4. Periphere Atemflusslimitierung ohne relevante obstruktive oder restriktive VentilationsstÃ¶rung,
5. Folge nach Yersiniose, oberer und unterer Gastrointestinalblutung mit anamnestisch seither permanenten, hochfrequenten wÃ¤ssrigen DurchfÃ¤llen ohne Ã¼ber Eisenmangel hinausgehende Mangelerscheinungen,
6. Folgenloser Zustand nach Hanta-Virusinfektion mit akutem Nierenversagen, abgegangenes linksseitiges Harnleiterkonkrement ohne Hinweis auf fortbestehende Nephrolithiasis oder NierenfunktionsstÃ¶rung,
7. RÃ¼ckfÃ¤lliges pseudoradikulÃ¤res LendenwirbelsÃ¤ulensyndrom bei gegenwÃ¤rtig kleinem, medialem Bandscheibenprolaps L 4/5 und beidseitigen mittelgradigen Spondylarthrosen ohne Spinalkanalstenose,
8. Autonome somatoforme StÃ¶rung mit AnpassungsstÃ¶rung, SomatisierungsstÃ¶rung und Hyperventilationsneigung.

Es bestehe ein eingeschrÃ¤nktes LeistungsvermÃ¶gen. Dieses sei jedoch ausreichend fÃ¼r leichte bis kurzzeitig mittelschwere MÃ¤nnerarbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in ausgeglichener KÃ¶rperhaltung fortgesetzt im Gehen, Stehen und Sitzen. Diese TÃ¤tigkeiten beinhalteten keine unmittelbare GefÃ¤hrdung fÃ¼r die Gesundheit. EinschrÃ¤nkungen ergÃ¤ben sich hinsichtlich der geistig-psychischen Belastbarkeit, insbesondere seien erhÃ¶hter Zeitdruck (FlieÃband- und Akkordarbeit), Wechselschicht und Nachtschicht der Gesundheit des KlÃ¤gers abtrÃ¤glich. AuszuschlieÃen seien auch erhÃ¶hte Anforderungen an das Auffassungs- und KonzentrationsvermÃ¶gen wie etwa TÃ¤tigkeiten an laufenden Maschinen sowie TÃ¤tigkeiten mit erhÃ¶hter Verantwortung fÃ¼r Personen oder Sachwerte. Weitere Ausschlusskriterien seien LÃ¤rmeinwirkung, besondere Anforderungen an das GehÃ¶r, Vibrationen, besondere Anforderungen an das Umstellungs- und AnpassungsvermÃ¶gen. Nicht zumutbar seien auch dauerhaftes oder stÃ¤ndiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten Ã¼ber zehn Kilogramm Gesamtgewicht sowie einseitige KÃ¶rperhaltungen und WirbelsÃ¤ulenzwangshaltungen, hÃ¤ufiges Treppensteigen, Knien oder BÃ¼cken, TÃ¤tigkeiten mit unsicherem Stand, auf Leitern und GerÃ¼sten, mit erhÃ¶hter Unfallâ Â und Absturzgefahr und TÃ¤tigkeiten mit erhÃ¶hter Infektionsgefahr. Besondere Arbeitsbedingungen seien dahingehend unerlÃ¤sslich, dass im Hinblick auf die reklamierten, aber nicht konsistent nachvollziehbaren DurchfÃ¤lle die VerfÃ¼gbarkeit einer schnell erreichbaren Toilette gewÃ¤hrleistet sein sollte. WegefÃ¤higkeit sei gegeben.

Auf Einwendungen des KlÃ¤gers gegen das Gutachten hat Dr. B. unter dem 6. Dezember 2018 (Bl. 220/222 SG-Akten) erneut Stellung genommen.

Mit Gerichtsbescheid vom 20. Mai 2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Der KlÃ¤ger habe zwar bereits in relativ jungen Jahren erhebliche Erkrankungen, insbesondere im Bereich des Herzens, durchgemacht. Die objektivierbaren dauerhaft verbliebenen Folgen schrÃ¤nkten das berufliche LeistungsvermÃ¶gen aber nur hinsichtlich der Art der noch mÃ¶glichen Arbeiten ein. Zu dieser EinschÃ¤tzung sei das Gericht insbesondere aufgrund des Ã¼berzeugenden Gutachtens des erfahrenen SachverstÃ¤ndigen Dr. B. gelangt. Dieser habe die Aktenlage und Krankheitsvorgeschichte umfassend ausgewertet und sodann aufgrund sorgfÃ¤ltiger Anamnese und Befunderhebung eine schlÃ¼ssige Leistungsbeurteilung abgegeben. Insbesondere zeige die unauffÃ¤llige Belastungsreaktion bei alters- und konstitutionsentsprechend ausreichender ergometrischer Belastbarkeit bis zur unvollendeten 125-Watt-Stufe ohne Hinweis auf MyokardischÃ¤mie, hypertensive Entgleisung oder HerzrhythmusstÃ¶rungen, dass keine gravierende krankheitsbedingte EinschrÃ¤nkung der HerzleistungsfÃ¤higkeit bestehe. Auch die zur weiteren AbklÃ¤rung auf Veranlassung von Dr. B. durch den Lungenfacharzt S. durchgefÃ¼hrte Bodyplethysmographie habe bestÃ¤tigt, dass die Hyperventilationen des KlÃ¤gers auch keine objektiv feststellbare Ursache im Bereich der Atemwege hÃ¤tten. Die wesentliche Ursache fÃ¼r die Begrenzung der LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers sei damit eine Hyperventilation, die ebenso wie die beklagten DurchfÃ¤lle auf keine eindeutige kÃ¶rperliche ErklÃ¤rung zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. Ein Ausschluss jeglicher BerufstÃ¤tigkeit im Umfang von sechs Stunden tÃ¤glich lasse sich daraus nicht ableiten. Wesentliche weitergehende Erkenntnisse ergÃ¤ben sich nicht aus der Auskunft des Hausarztes H. vom 7. November 2017 und auch nicht aus der Begutachtung im Zivilprozess vor dem Landgericht Mosbach. Auch dort sei aufgefallen, dass die beklagten gesundheitlichen EinschrÃ¤nkungen objektiv nicht vollstÃ¤ndig erklÃ¤rbar gewesen seien. Einer erneuten psychiatrischen Begutachtung habe es nicht bedurft, nachdem sich aus der gesamten medizinischen SachverhaltsaufklÃ¤rung keine wesentlichen Anhaltspunkte fÃ¼r richtungsweisende VerÃ¤nderungen seit der gutachtlichen Untersuchung durch den Psychiater Prof. Dr. S. im Verfahren S 6 R 687/13 am 1. August 2014 ergeben hÃ¤tten. Dieser habe seinerzeit den Gesundheitszustand des KlÃ¤gers auf seinem Fachgebiet ausfÃ¼hrlich begutachtet und eine generalisierte AngststÃ¶rung sowie eine leichte depressive StÃ¶rung herausgearbeitet, die mit den bereits berÃ¼cksichtigten EinschrÃ¤nkungen hinsichtlich der Art der noch mÃ¶glichen Arbeiten, nicht aber mit einer EinschrÃ¤nkung des sogenannten qualitativen LeistungsvermÃ¶gens verbunden seien.

Am 3. Juni 2019 hat der KlÃ¤ger Berufung beim LSG Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt. Auf die Einwendungen des KlÃ¤gers, dass der Gutachter Dr. B. die Belastung bereits nach 30 Sekunden abgebrochen habe, sei das Gericht nicht eingegangen und auch die schwere AnÃ¤mie des KlÃ¤gers, die aus dem Gutachten des Dr. S., der im Rahmen eines Rechtsstreits vor dem Landgericht Mosbach ein Gutachten Ã¼ber den KlÃ¤ger erstattet hat, hervorgehe, sei nicht ausreichend berÃ¼cksichtigt worden. Ferner beruft er sich erneut auf die AusfÃ¼hrungen im Bericht des BerufsfÃ¶rderungswerks B. . Auch mit der WegefÃ¤higkeit des KlÃ¤gers habe sich das SG nicht ausreichend auseinandergesetzt. Bei ihm lÃ¤gen zahlreiche EinschrÃ¤nkungen insbesondere auf internistischen Fachgebiet vor, so dass eine

Summierung von LeistungseinschrÃ¤nkungen vorliege.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 20. Mai 2019 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 6. Oktober 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Mai 2017 zu verurteilen, dem KlÃ¤ger eine Rente wegen voller hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Februar 2016 zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt den angefochtenen Gerichtsbescheid fÃ¼r zutreffend.

Der Senat hat den Hausarzt des KlÃ¤gers H. sowie den Kardiologen Dr. M. schriftlich als sachverstÃ¤ndige Zeugen befragt. Dr. M. hat im Wesentlichen auf seine Arztbriefe verwiesen (Bl. 28/47 Senatsakten). Dipl.-Med. H. hat unter dem 14. Oktober 2019 (Bl.Â 50/52 Senatsakten) mitgeteilt, vorrangig bestehe eine persistierende, sich allmÃ¤hlich verschlechternde kardiale Belastbarkeit durch die Herzerkrankung bei Zustand nach Implantation einer Aorten- und Mitralklappe, es bestÃ¼nden wiederkehrende AnÃ¤mien durch eine mechanische Irritation der Erythrozyten. Es bestÃ¼nden VersorgungsÃ¤ngste sowie Ãngste vor apoplektischem Insult bei rezidivierenden transitorisch ischÃ¤mischen Attacken und sekundÃ¤rer depressiver Fehlentwicklung. Erschwerend seien jetzt zusÃ¤tzlich rezidivierende Lumboischialgien bei degenerativen LWS-VerÃ¤nderungen. Der sachverstÃ¤ndige Zeuge hat eine Vielzahl von Arztbriefen seit 2006 vorgelegt (Bl. 57/298 Senatsakten).

Der KlÃ¤ger hat hinsichtlich einer stationÃ¤ren Behandlung vom 22. bis 23. Dezember 2019 den Entlassbrief der N.-Klinik (vorlÃ¤ufig vom 23. Dezember 2019 bzw. endgÃ¼ltig vom 27. Dezember 2019; Bl. 312/316, 329/332 Senatsakten), den vorlÃ¤ufigen Entlassbrief Ã¼ber den stationÃ¤ren Aufenthalt vom 22. Januar 2020 (Bl. 321/321 Senatsakten) sowie den Bericht des UniversitÃ¤tsklinikum H. vom 29. Januar 2020 (Bl. 333/338 Senatsakten) Ã¼ber eine erfolgreiche Slow-Pathway-Ablation am 28. Januar 2020 vorgelegt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die Gerichtsakten im Verfahren S 6 R 687/13 sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig, insbesondere statthaft (Â§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG), aber unbegrÃ¼ndet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 6. Oktober 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Mai 2017 (Â§ 95 SGG), mit dem die Beklagte die GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der KlÃ¤ger statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (Â§Â§ 54 Abs. 1 und 4, 56 SGG), mit der er die GewÃ¤hrung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Februar 2016 geltend macht. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei BerufsunfÃ¤higkeit macht der KlÃ¤ger zu Recht nicht geltend, weil er nicht vor dem 2. Januar 1961 geboren ist und damit von vornherein nicht zum Kreis der Anspruchsberechtigten dieser Rente gehÃ¶rt (Â§ 240 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch [SGB VI]).

Die Berufung des KlÃ¤gers hat in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat einen Anspruch des KlÃ¤gers auf GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung zutreffend verneint. Der Bescheid der Beklagten vom 26. Oktober 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Mai 2017 stellt sich als rechtmÃ¤Ãig dar und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten.

Nach Â§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGBÂ VI in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung (Gesetz vom 20.Â AprilÂ 2007, BGBl. I, S. 554) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr.Â 1), in den letzten fÃ¼nf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre PflichtbeitrÃ¤ge fÃ¼r eine versicherte BeschÃ¤ftigung oder TÃ¤tigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfÃ¼llt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃer Stande sind, unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein (Â§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte nach Â§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tÃ¤tig sein kÃ¶nnen, und Versicherte, die bereits vor ErfÃ¼llung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (Â§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI). Versicherte haben nach Â§ 43 Abs. 1 SatzÂ 1 SGB VI bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn neben den oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃer Stande sind, unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein (Â§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen (Â§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Die Tatsachengerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben von Amts wegen (Â§ 103 SGG) mit Hilfe (medizinischer) SachverstÃ¤ndiger (Â§ 106 Abs. 3 Nr. 5 SGG) zu ermitteln und festzustellen, a) Art, AusprÃ¤gung und voraussichtliche Dauer der Krankheit(en) oder Behinderung(en), an denen der Versicherte leidet, b) Art,

Umfang und voraussichtliche Dauer der quantitativen und qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen (Minderbelastbarkeiten, FunktionsstÃ¶rungen und -einbuÃen)Â sowie den c) Ursachenzusammenhang (â wegenâ) zwischen a) und b) (z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 9.Â Mai 2012 â B 5 R 68/11 R â juris Rdnr. 13).

Der KlÃ¤ger hat die allgemeine Wartezeit von fÃ¼nf Jahren sowie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenantragstellung erfÃ¼llt, was auch zwischen den Beteiligten unstreitig ist. Der Senat ist jedoch nicht davon Ã¼berzeugt, dass der KlÃ¤ger erwerbsgemindert ist. Das SG hat zutreffend dargelegt, dass bei dem KlÃ¤ger GesundheitsstÃ¶rungen auf kardiologischem Fachgebiet im Vordergrund stehen, die daraus folgenden BeeintrÃ¤chtigungen lediglich zu einer qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkung, nicht jedoch zu einer zeitlichen LeistungseinschrÃ¤nkung auf weniger als sechs Stunden arbeitstÃ¤glich fÃ¼hren. Der Senat weist die Berufung insoweit aus den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck (Â§ 153 Abs. 2 SGG).

Etwas anderes folgt nicht aus dem Vorbringen des KlÃ¤gers im Berufungsverfahren.

Soweit der KlÃ¤ger behauptet, der Gutachter Dr. B. habe die Belastung bereits nach 30Â Sekunden abgebrochen, ist dies durch die AusfÃ¼hrungen des Gutachters in der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 6. Dezember 2018 widerlegt, worauf schon das SG im angefochtenen Gerichtsbescheid hingewiesen hat. An den vom Gutachter beschriebenen Befunden bestehen aufgrund der vorliegenden Fahrrad-Ergometrie-Dokumentation (Bl. 200 SG-Akten) keinerlei Zweifel.

Auch auf den Ergebnisbericht des BerufsfÃ¶rderungswerkes B. Â vom 7. Januar 2016 kann der KlÃ¤ger einen Anspruch auf die begehrte Rente wegen Erwerbsminderung nicht stÃ¼tzen. Der Bericht enthÃ¤lt keine medizinischen Befunde, die eine zeitlich eingeschrÃ¤nkte LeistungsfÃ¤higkeit fÃ¼r qualitativ den LeistungseinschrÃ¤nkungen des KlÃ¤gers entsprechende TÃ¤tigkeiten begrÃ¼nden. Vielmehr ist durch das Gutachten von Dr. B. und auch das im vorangegangenen Klageverfahren S 6 R 687/13 von Prof. Dr. S. erstattete Gutachten belegt, dass die vom KlÃ¤ger beklagten Beschwerden nicht in einem solchen Umfang objektiviert werden kÃ¶nnen, dass von einer zeitlichen LeistungseinschrÃ¤nkung selbst fÃ¼r kÃ¶rperlich leichte TÃ¤tigkeiten ausgegangen werden kÃ¶nnte. In psychiatrischer Hinsicht konnte Prof. Dr. S. ein gravierendes depressives Syndrom im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung nicht feststellen. Zwar zeigte sich die Stimmungslage als herabgemindert und die emotionale SchwingungsfÃ¤higkeit als eingeengt, auch wurden StÃ¶rungen der VitalgefÃ¼hle und ein Insuffizienzerleben festgesteilt. Hingegen fanden sich keinerlei StÃ¶rungen von Antrieb, Ausdrucksverhalten, auch keine formalgedanklichen oder kognitiven StÃ¶rungen. Symptome, wie sie sich bei schwerstgradiger Depression finden â etwa Ich-StÃ¶rung, Wahnerleben oder WahrnehmungsstÃ¶rung â waren klar auszuschlieÃen. Der KlÃ¤ger beschrieb zwar im Beckâ Depressionsinventar ein schwer ausgeprÃ¤gtes depressives Erleben. Bei strukturierter Fremdbeurteilung mittels der Hamilton-Depression-Scale

ergab sich hingegen das Bild eines leichtgradigen depressiven Syndroms. Gegen eine schwere depressive StÃ¶rung sprachen auch die erhobenen klinischen Befunde und die durchgefÃ¼hrten Behandlungen. Das breite Spektrum von kÃ¶rperlichen Beschwerden, dass bei der Begutachtung durch Prof. Dr. S. eigenanamnestisch zur Darstellung kam, lieÃ sich nach seinen schlÃ¼ssigen AusfÃ¼hrungen so mit den auch aktenkundig vordokumentierten kÃ¶rperlichen Erkrankungen nicht bzw. nicht ausreichend erklÃ¤ren. Der Gutachter hat danach eine leichte depressive StÃ¶rung sowie eine SomatisierungsstÃ¶rung, darÃ¼ber hinaus eine generalisierte AngststÃ¶rung mit phobischen ZÃ¼gen diagnostiziert, woraus sich nachvollziehbar BeeintrÃ¤chtigungen der psychovegetativen Stressbelastbarkeit, der kognitiven Spitzen- und AusdauerleistungsfÃ¤higkeit, in Bezug auf die KoordinierungsfÃ¤higkeit, die ableistbare Arbeitsschwere sowie die Exposition gegenÃ¼ber weiteren situativen Belastungs- und GefÃ¤hrdungsmomenten ergeben. Die AusdauerleistungsfÃ¤higkeit war nach den Feststellungen von Dr. S. jedoch nicht beeintrÃ¤chtigt. Insbesondere ergaben sich im Rahmen der Untersuchung keine Hinweise auf eine StÃ¶rung basaler Motivations- oder Antriebsfunktionen, wie sie sich etwa in primÃ¤r gemindertem Antrieb oder substanziell erhÃ¶hter ErmÃ¼dbarkeit hÃ¤tten zeigen mÃ¼ssen. Auch sind die diagnostizierten GesundheitsstÃ¶rungen nach Art und AusprÃ¤gung nicht so markant, dass grundsÃ¤tzlich eine qualitative Leistungsminderung begrÃ¼ndbar wÃ¤re. Der KlÃ¤ger beschrieb selbst eine weitgehende Ausdauerleistungsdefizienz, die so jedoch nicht zu objektivieren war. Der Gutachter gelangte danach auch vor dem Hintergrund des vom KlÃ¤ger im Rahmen der mehrstÃ¼ndigen Untersuchungssitzung gezeigten LeistungsvermÃ¶gens Ã¼berzeugend zu der EinschÃ¤tzung, dass dieser dazu in der Lage ist, berufliche TÃ¤tigkeiten, die den qualitativen Leistungsdefiziten Rechnung tragen, vollschichtig abzuleisten. Dass sich der Gesundheitszustand des KlÃ¤gers seit der Begutachtung durch Prof. Dr. S. in nervenÃ¤rztlicher Hinsicht wesentlich verschlechtert hÃ¤tte, ist nicht ersichtlich. Insbesondere die von dem sachverstÃ¤ndigen Zeugen Dipl.-Med. H. angegebene sekundÃ¤re depressive Fehlentwicklung, wiederholt auftretende AngstzustÃ¤nde und bestehende VersagensÃ¤ngste sprechen nicht fÃ¼r eine Verschlimmerung, sondern fÃ¼r das schlichte Fortbestehen der von Prof. Dr. S. festgestellten GesundheitsstÃ¶rungen und daraus resultierenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen. Es ist auch nicht ersichtlich, dass sich der KlÃ¤ger in psychiatrischer Behandlung befÃ¤nde. Auch Dr. B. hat im Rahmen seiner Begutachtung ein nur leicht eingeschrÃ¤nktes Affektverhalten bei etwas gedrÃ¼ckter Stimmung, ausreichenden Antrieb, keine erkennbaren mnestischen, gnostischen oder praktischen Leistungsdefizite sowie ein unauffÃ¤lliges Kurz- und LangzeitgedÃ¤chtnis beschrieben. In kÃ¶rperlicher Hinsicht hat der Gutachter Dr. B. den Umfang der LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers anhand der erhobenen Untersuchungsbefunde Ã¼berzeugend auf mindestens sechs Stunden eingeschÃ¤tzt, wobei die Beschwerdesymptomatik des KlÃ¤gers derjenigen in den diversen Vorgutachten entsprach und neue Beschwerden vom KlÃ¤ger nicht vorgebracht worden waren. Insbesondere die EinschrÃ¤nkung der allgemeinen kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit liegt danach nicht in dem vom KlÃ¤ger beklagten AusmaÃ vor. Schwerwiegende FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen infolge der bestehenden GesundheitsstÃ¶rungen hat Dr. B. nicht festgestellt. Im Rahmen des durchgefÃ¼hrten Belastungs-EKG zeigte sich eine unauffÃ¤llige Belastungsreaktion

bei alters- und konstitutionsentsprechend ausreichender ergometrischer Belastbarkeit bis zur unvollendeten 125 Watt-Stufe, ohne Hinweis auf eine MyokardischÃ¤mie, hypertensive Entgleisung oder auf HerzrhythmusstÃ¶rungen. Der Belastungsabbruch erfolgte wegen peripherer MuskelerschÃ¶pfung und Hyperventilation. Die oxymetrische Sauerstoffspannung war vor, wÃ¤hrend und nach der Belastung mit konstant 99 % unauffÃ¤llig. Lungenfunktionell war die periphere Atemflusslimitation ohne Hinweis auf eine relevante obstruktive oder restriktive VentilationsstÃ¶rung. Echokardiographisch fand sich ein normal groÃer, nicht wandverdickter linker Ventrikel mit einer linksventrikulÃ¤ren Pumpfunktion im Bereich der unteren Normgrenze. Ein Hinweis auf regionÃ¤re WandbewegungsstÃ¶rungen fand sich nicht. Die Funktion der Mitralâ€Â und Aortenklappenprothese war einwandfrei. Es zeigten sich eine Trikuspidalinsuffizienz I.Â Grades, ein vergrÃ¶Ãerter linker Vorhof, unauffÃ¤llige RechtsherzverhÃ¤ltnisse und kein Perikarderguss. Die Farbduplexsonographie der extrakraniellen Hirnarterien zweigte die zufÃ¼hrenden Kopfarterien ohne fassbare StrÃ¶mungsbehinderung, keine degenerativen EndothelverÃ¤nderungen, keine Plaques und keine GefÃ¤Ãengen. Als wesentliche Ursache fÃ¼r die begrenzte LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers hat Dr. B. die erhebliche Hyperventilation ausgemacht, welche sich â€ nach seinen Worten â€ wie ein roter Faden durch die gesamten umfangreichen Akten zieht. Dr. B. hat jedoch aufgezeigt, dass die Neigung zur Hyperventilation durch verbale Intervention zumindest zum Teil beeinflussbar ist, wodurch im Rahmen seiner Untersuchung eine wesentlich bessere Leistung zu erzielen war als bei den Vorbegutachtungen durch Dr. T., den SachverstÃ¤ndigen Burkhardt und Prof. Dr. S. vom UniversitÃ¤tsklinikum WÃ¼rzburg.

Soweit der KlÃ¤ger eine unzureichende BerÃ¼cksichtigung der AnÃ¤mie, wie sie insbesondere aus dem Gutachten von Prof. Dr. S. hervorgehe, reklamiert, ist darauf zu verweisen, dass nach den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen von Dr. B. insoweit die HÃ¤molyseaktivitÃ¤t an den mechanischen Klappenprothesen, die auch von Prof. Dr. S. als mitursÃ¤chlich bewertet worden ist, nachrangig ist, wofÃ¼r der normale Gesamt-Bilirubinspiegel, insbesondere das normwertige direkte, konjugierte Bilirubin spricht. Im Vordergrund steht vielmehr der Eisenmangel. Die Eisenmangelsituation ist jedoch abhÃ¤ngig von der adÃ¤quaten, subjektiv steuerbaren oralen Zufuhr von beispielsweise Eisen-II-Sulfat. In der Vergangenheit, so Dr. B., sei von oraler auf perenterale Eisensubstitution Ã¼bergegangen worden, nachdem der Eindruck entstanden war, der KlÃ¤ger komme der oralen Eisenzufuhr nicht in ausreichendem MaÃe nach. Dr. B. hat sodann auch einen HÃ¤moglobinwert von 12,6 g/dl ermittelt, der demgegenÃ¼ber den AusfÃ¼hrungen von Prof.Â Dr. S. im Gutachten vom 28. November 2016 (Bl. 74/92 SG-Akten) von diesem nur mit 9,8 g/dl gemessen worden war.

SchlieÃlich ergibt sich aus den Angaben der sachverstÃ¤ndigen Zeugen und den im Berufungsverfahren beigezogenen Befundunterlagen keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des KlÃ¤gers seit der Begutachtung durch Dr. B.. Von dem sachverstÃ¤ndigen Zeugen Dipl.-Med. H. wurden keine Befunde mitgeteilt. Die von ihm neben den internistischen GesundheitsstÃ¶rungen angegebenen WirbelsÃ¤ulenprobleme des KlÃ¤gers waren bereits bei der

Begutachtung durch Dr. B., der den KlÃ¤ger am 27. Juni 2018 untersucht hat, bekannt und wurden von diesem berÃ¼cksichtigt. So ergab nach dem Bericht der Radiologen Dr. H. vom 16. MÃ¤rz 2017 (Bl. 285 Senatsakten) ein CT der LendenwirbelsÃ¤ule eine Bandscheibenprotrusion L5/S1 mit disko- und osteogener S1â□□Recessusstenose beidseits und chronischer Wurzelirritation. Ein CT vom 9.Â MÃ¤rz 2018 (Bl. 291/292 Senatsakten) ergab eine Kompression der L4-Strecken im lateralen Recessus beidseits bei Bandscheibenprotrusion im Segment L4/L5, jedoch keine Neuroforamenstenose. Nach einem MRT der LendenwirbelsÃ¤ule vom 4.Â Juni 2018 (Bl. 201 SG-Akten) fanden sich ein kleiner medialer etwas nach kranial sequestrierter NPP in HÃ¶he L4/5, mittelgradige Spondylarthrosen L3-S1 beidseitig, aber keine knÃ¶cherne Spinalkanalstenose. Daraus ergeben sich jedoch keine FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen, die der mindestens sechsstÃ¼ndigen Verrichtung kÃ¶rperlich leichter, qualitativ angepasster Arbeiten, insbesondere ohne WirbelsÃ¤ulenzwangshaltungen, ohne hÃ¤ufiges bzw. regelmÃ¤Ã□iges BÃ¼cken oder Knien, entgegenstehen wÃ¼rden. Nach den von Dr. B. dokumentierten Untersuchungsbefunden besteht eine ausreichende Beweglichkeit im WirbelsÃ¤ulenbereich. Die RÃ¼ckenmuskulatur ist krÃ¤ftig und prinzipiell nicht tonusgesteigert mit Ausnahme einer leicht verspannten Lumbalmuskulatur. Den Finger-Boden-Abstand hat Dr. B. mit 20 cm erhoben. Kopf und HalswirbelsÃ¤ule sind frei beweglich. Nach dem Bericht des WirbelsÃ¤ulenzentrums WÃ¼rzburg vom 9. Juli 2018 (Bl. 296 Senatsakten), wonach der KlÃ¤ger am 3. Juli 2018, somit wenige Tage nach der Untersuchung durch Dr. B., wegen einer seit acht Wochen bestehenden ausgeprÃ¤gten Lumbago vorstellig war, wurde ein kleiner medialer Bandscheibenvorfall L4/5, jedoch ohne radikulÃ¤re Kompressionswirkung bestÃ¤tigt. Wegen des festgestellten ISG-Syndroms wurde manuelle Therapie und WÃ¤rmetherapie empfohlen. Weitergehende FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen als nach dem Gutachten von Dr. B. ergeben sich aus dem Bericht nicht. Eine richtungsweisende Verschlimmerung der WirbelsÃ¤ulenschÃ¤den ist nicht ersichtlich. insbesondere ist nach den Angaben des KlÃ¤gers im ErÃ¶rterungstermin am 23.Â JanuarÂ 2020 hinsichtlich der neuerlich aufgetretenen Beschwerden weiterhin nur eine konservative Therapie empfohlen worden.

In kardiologischer Hinsicht ergeben sich aus dem Bericht von Dr. M. vom 23. September 2019 kaum Unterschiede zu dem Bericht vom 25. Juni 2018, insbesondere keine hÃ¶hergradige BeeintrÃ¤chtigung der Herzfunktion, worauf auch Dr. Lucas in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 9. Oktober 2019 hingewiesen hat. Eine relevante VerÃ¤nderung gegenÃ¼ber den Feststellungen von Dr. B. kann daher daraus nicht hergeleitet werden. Gleiches gilt fÃ¼r die Berichte der N.-Kliniken Ã¼ber die stationÃ¤ren Aufenthalte vom 22. bis 23.Â Dezember 2019 und vom 22. Januar 2020. Danach war es zu einem Rezidiv bereits bekannter AV-Knoten-Reentry-Tachykardien gekommen. Ausweislich des Berichts des Uniklinikums H. vom 29. Januar 2020 wurde insoweit jedoch eine erfolgreiche Slow-Pathway-Ablation vorgenommen. Im Ã□brigen ergeben sich aus dem Bericht hinsichtlich einer Echokardiographie vom 29. Januar 2020 keine wesentliche BefundÃ¤nderung im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 21. Februar 2008 und keine auffÃ¤lligen Ergebnisse einer LungenfunktionsprÃ¼fung.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens steht zur Ã□berzeugung des Senats fest,

dass der KlÃ¤ger in der Lage ist, noch mindestens sechs Stunden tÃ¤glich jedenfalls eine kÃ¶rperlich leichte TÃ¤tigkeit mit Ausnahme von FlieÃ□band- und Akkordarbeit, TÃ¤tigkeiten in Wechsel- und Nachtschicht, mit erhÃ¶hten Anforderungen an das Auffassungs- und KonzentrationsvermÃ¶gen sowie TÃ¤tigkeiten mit erhÃ¶hter Verantwortung fÃ¼r Personen oder Sachwerte, ebenso TÃ¤tigkeiten unter besonderer LÃ¤rmeinwirkung, Vibrationen oder mit besonderen Anforderungen an das Umstellungs- und AnpassungsvermÃ¶gen oder das GehÃ¶r, von TÃ¤tigkeiten mit hÃ¤ufigem Heben, Tragen und Bewegen von Lasten Ã¼ber zehn Kilogramm Gesamtgewicht, in einseitigen KÃ¶rperhaltungen, WirbelsÃ¤ulenzwangshaltungen, mit hÃ¤ufigem BÃ¼cken oder Knie, hÃ¤ufigem Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und GerÃ¼sten sowie mit erhÃ¶hter Unfall- und Absturzgefahr sowie unter Exposition gegenÃ¼ber Hitze, NÃ¤sse, KÃ¤lte, Zugluft, inhalativen Belastungen und extremen Temperaturschwankungen zu verrichten.

Steht das krankheits- bzw. behinderungsbedingte (Rest-)LeistungsvermÃ¶gen fest, ist im nÃ¤chsten PrÃ¼fungsschritt die Rechtsfrage zu klÃ¤ren, ob der Versicherte damit auÃ□erstande ist, â□□unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktsâ□□ tÃ¤tig zu sein (dazu BSG, Urteil vom 9.Â MaiÂ 2012Â â□□ B 5 R 68/11 RÂ â□□ juris Rdnr. 17 ff. m.w.N.). Diese Frage ist hier zu verneinen. â□□Bedingungenâ□□ sind dabei alle Faktoren, die wesentliche Grundlage des ArbeitsverhÃ¤ltnisses sind. Hierzu gehÃ¶rt vor allem der rechtliche Normrahmen, wie etwa Dauer und Verteilung der Arbeitszeit, Pausen- und Urlaubsregelungen, Beachtung von Arbeitsschutzvorschriften sowie gesetzliche Bestimmungen und tarifvertragliche Vereinbarungen. Die Bedingungen sind â□□Ã¼blichâ□□, wenn sie nicht nur in Einzel- oder AusnahmefÃ¤llen anzutreffen sind, sondern in nennenswertem Umfang und in beachtlicher Zahl. Der Arbeitsmarktbegriff erfasst alle denkbaren TÃ¤tigkeiten, fÃ¼r die es faktisch â□□Angebotâ□□ und â□□Nachfrageâ□□ gibt. Das Adjektiv â□□allgemeinâ□□ grenzt den ersten vom zweiten â□□ Ã¶ffentlich gefÃ¶rderten â□□ Arbeitsmarkt, zu dem regelmÃ¤Ã□ig nur LeistungsempfÃ¤nger nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ II) und dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ III) Zugang haben, sowie von Sonderbereichen ab, wie beispielsweise WerkstÃ¤tten fÃ¼r behinderte Menschen und andere geschÃ¼tzte Einrichtungen.

Der KlÃ¤ger kann â□□ wie dargelegt â□□ an fÃ¼nf Tagen in der Woche mindestens sechs Stunden arbeiten. Sieht man davon ab, dass ihm Schichtarbeiten krankheitsbedingt nicht mehr zugemutet werden dÃ¼rfen, benÃ¶tigt er im Hinblick auf Dauer und Verteilung der Arbeitszeit keine Sonderbehandlung, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unÃ¼blich wÃ¤re. Er hat auch keinen erhÃ¶hten, betriebsunÃ¼blichen Pausen- oder Urlaubsbedarf und ist in einem Betrieb, also auÃ□erhalb geschÃ¼tzter Einrichtungen, einsetzbar. Dabei ist der Senat der Auffassung, dass der KlÃ¤gerin Ã¼ber die fÃ¼r die AusÃ¼bung einer ErwerbstÃ¤tigkeit notwendigen kognitiven GrundfÃ¤higkeiten verfÃ¼gt. Nach der Rechtsprechung des BSG werden unter den Begriff der Ã¼blichen Bedingungen â□□auch tatsÃ¤chliche UmstÃ¤ndeâ□□ verstanden, wie z.B. die fÃ¼r die AusÃ¼bung einer VerweisungstÃ¤tigkeit allgemein vorausgesetzten Mindestanforderungen an KonzentrationsvermÃ¶gen, geistige Beweglichkeit,

StressvertrÃ¤glichkeit und Frustrationstoleranz, mithin ausschlieÃlich kognitive GrundfÃ¤higkeiten (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011 â B 13 R 78/09 R â juris Rdnr. 29). Wie dargelegt, liegt bei dem KlÃ¤ger kein Leiden vor, das leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausschlieÃt. Die angesprochenen kognitiven GrundfÃ¤higkeiten sind nicht betroffen, sondern allenfalls qualitative LeistungsausschlÃ¼sse fÃ¼r geistig und emotional besonders anspruchsvolle TÃ¤tigkeiten.

Die gesundheitlichen EinschrÃ¤nkungen sind weder in ihrer Art noch in ihrer Summe geeignet, die Gefahr der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes zu begrÃ¼nden (dazu BSG, a.a.O. Rdnr. 24 ff.). Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass ein Versicherter, der nach seinem verbliebenen RestleistungsvermÃ¶gen noch in der Lage ist, kÃ¶rperlich leichte und geistige einfache TÃ¤tigkeiten â wenn auch mit qualitativen EinschrÃ¤nkungen â mindestens sechs Stunden tÃ¤glich zu verrichten, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen Ã¼blichen Bedingungen erwerbstÃ¤tig sein kann. Denn dem Versicherten ist es mit diesem LeistungsvermÃ¶gen in der Regel mÃ¶glich, diejenigen Verrichtungen auszufÃ¼hren, die in ungelernten TÃ¤tigkeiten regelmÃ¤ÃIig gefordert werden, wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw. (stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG, vgl. zuletzt Urteil vom 19. Oktober 2011 â B 13 R 79/09 R â BSGE 109, 189 -; Urteil vom 11.Â DezemberÂ 2019 âÂ B 13 R 7/18 R â juris Rdnr.Â 27). Der Senat ist der ÃberzeugUng, dass das RestleistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers es diesem erlaubt, die oben genannten Verrichtungen oder TÃ¤tigkeiten, die in ungelernten TÃ¤tigkeiten Ã¼blicherweise gefordert werden, auszuÃ¼ben. Es liegt weder eine spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewÃ¶hnlicher LeistungseinschrÃ¤nkungen vor. Der Senat ist weiter davon Ã¼berzeugt, dass bei dem KlÃ¤ger die erforderliche WegefÃ¤higkeit vorliegt (beispielsweise BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011 âÂ BÂ 13Â R 79/11 R â BSGE 110, 1). Der KlÃ¤ger ist nach der EinschÃ¤tzung aller Gutachter noch in der Lage viermal tÃ¤glich eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern in weniger als 20 Minuten zurÃ¼ckzulegen und Ã¶ffentliche Verkehrsmittel wÃ¤hrend der Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Es ist auch nicht ersichtlich, dass die WegefÃ¤higkeit durch die vom KlÃ¤ger insbesondere im Rahmen von Begutachtungen angegebene Durchfallproblematik beeintrÃ¤chtigt wÃ¤re. Dr. B. hat im Hinblick auf die feststellbare Gewichtszunahme entgegen des bei jahrelangem Bestehen einer Durchfallerkrankung im vom KlÃ¤ger angegebenen AusmaÃ mit 20 bis 40 StuhlgÃ¤ngen pro Tag zu erwartenden Gewichtsverlusts nachvollziehbar Zweifel jedenfalls am behaupteten AusmaÃ dargelegt. Im Rahmen der mehrstÃ¼ndigen gutachterlichen Untersuchung war diesbezÃ¼glich auch keine Unterbrechung erforderlich. Ebenso sind in den Ã¼brigen Gutachten keine Unterbrechungen wegen der Notwendigkeit des Aufsuchens einer Toilette dokumentiert.

Mit dem festgestellten LeistungsvermÃ¶gen ist der KlÃ¤ger weder teilweise noch voll erwerbsgemindert im Sinne des Â§Â 43 SGBÂ VI. Somit hat die Berufung keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision (Â§Â 160 Abs.Â 2 Nr.Â 1 und 2) liegen nicht vor

Erstellt am: 29.05.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024