

L 13 R 5477/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 23 R 621/07
Datum
25.10.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 5477/10
Datum
28.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. Oktober 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Bewilligung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI).

Der 1958 geborene Kläger hat keinen Beruf erlernt. Nach Übersiedelung in die Bundesrepublik im Jahre 1979 war er ab 7. Januar 1980 bis einschließlich 30. November 2005 bei der Firma R.-F. als Maschinenarbeiter an einer Metallstanzmaschine versicherungspflichtig beschäftigt. Das Beschäftigungsverhältnis endete durch Eigenkündigung des Klägers. Ab dem 1. Dezember 2005 bezog der Kläger durchgehend Sozialleistungen, zuletzt nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Den am 17. Februar 2006 gestellten Antrag auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente begründete er damit, er halte sich seit ca. 1993/1994 für erwerbsgemindert, insbesondere infolge des Teilverlustes des Magens, eines Zwölffingerdarmgeschwürleidens, Verwachsungsbeschwerden nach einer Bauchoperation, Depression, Tinnitus und Migräne. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine internistische Begutachtung durch Dr. La ... Dieser kam in seinem Gutachten vom 21. März 2006, beruhend auf einer Untersuchung am 17. März 2006 zu folgenden Diagnosen: • Muskuläre Verspannungen insbesondere im HWS-Bereich mit Bewegungseinschränkung und Belastungsminderung • Zustand nach Zweidrittel-Magen-Operation wegen Zwölffingerdarmgeschwür bei erneuter Gastritis und Ösophagitis • Bandscheibenschaden im HWS-Bereich ohne neurologische Symptomatik • Ohrgeräusche, keine Schwerhörigkeit • Herpes Genitales, dadurch psychische Belastung, Prostatavergrößerung. Dr. La. kam zum Ergebnis eines vollschichtigen Leistungsvermögens sowohl für die letzte berufliche Tätigkeit wie auch für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

In seinem, gleichfalls auf Veranlassung der Beklagten erstellten, neurologisch-psychiatrischen Fachgutachten vom 12. April 2006 kam Dr. Schü. u.a. auf Grundlage einer am selben Tag stattgehabten Untersuchung des Klägers auf nervenärztlichem Fachgebiet zur Diagnose einer leichten Persönlichkeitsvariante mit affektiven Steuerungsschwierigkeiten bei depressiv-ängstlichen Zügen und Regressionstendenzen. Man könne bei dem Kläger von einer Persönlichkeitsvariante mit depressiven Zügen, leichten affektiven Steuerungsschwierigkeiten sowie relativ ausgeprägten und nicht allzu bewusstseinsfern wirkenden Ausgleichswünschen bei als sehr ungünstig erlebter Biographie ausgehen. Der Kläger könne sowohl seine letzte berufliche Tätigkeit als auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig ausüben.

Gegen den Bescheid vom 20. April 2006, mit dem die Beklagte daraufhin den Antrag des Klägers ablehnte, erhob dieser am 10. Mai 2006 Widerspruch. In der Zeit vom 13. September 2006 bis 3. November 2006 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der SINOVA-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Im Entlassbericht vom 29. November 2006 wurden auf nervenärztlichem Fachgebiet folgende Diagnosen gestellt: • Posttraumatische Belastungsstörung • mittelgradige depressive Episode • Somatisierungsstörung • Zwangsgedanken und -handlungen gemischt • Kombinierte Persönlichkeitsstörung Man entlasse den Kläger psychisch stabilisiert, aber in einem insgesamt nur wenig gebesserten Zustand. Sein Rentenbegehren sei sicherlich im Zusammenhang mit den intensiven regressiven Wünschen nach einer positiven Nachbeurteilung zu sehen. Man sehe die Erwerbsfähigkeit des Klägers dauerhaft gefährdet. Mit Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 2007 wies die Beklagte dann den Widerspruch des Klägers mangels einer Erwerbsminderung zurück.

Der Kläger hat daraufhin am 23. Januar 2007 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Das SG hat zunächst die den Kläger

behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der behandelnde Orthopäde Dr. Lu. hat unter dem 7. Mai 2007 beim Kläger ein rezidivierendes Cervicobrachialsyndrom, fragliche Wurzelreizerscheinungen, chronisches Schmerzsyndrom sowie Bandscheibenprotrusionen diagnostiziert. Bei Fehlen wesentlicher Einschränkungen im Bereich der HWS sowie fehlenden neurologischen Ausfallserscheinungen hat Dr. Lu. den Kläger für imstande erachtet, wenigstens sechs Stunden täglich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Der Hausarzt Dr. Il. hat in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2007 die Erwerbsfähigkeit des Klägers durch die physisch instabile Situation wie auch durch die psychische Situation in erheblichem Ausmaß für gemindert angesehen. Dr. Sa., Facharzt für Psychiatrie, hat in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2007 mitgeteilt, neben einer Persönlichkeitsvariante läge sicherlich auch ein depressives Zustandsbild vor. Er stimme mit den im Gutachten von Dr. Schü. beschriebenen bewussteinernen Ausgleichswünschen überein. Der Internist Dr. Fo. hat den Kläger in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2007 aufgrund der klinischen Befunde für vollschichtig arbeitsfähig angesehen. Die für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeiten maßgeblichen Leiden lägen im Bereich der Psychiatrie. Bezüglich des genauen Inhalts der Stellungnahmen der sachverständigen Zeugen wird auf Bl. 25 ff. der SG-Akte verwiesen.

Das SG hat weiterhin von Amts wegen ein nervenfachärztliches Gutachten bei Dr. He. eingeholt. In seinem Gutachten vom 10. Dezember 2007, beruhend u.a. auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 7. November 2007 hat der Sachverständige beim Kläger auf psychiatrischem Fachgebiet eine leichte depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, reizbaren und erregbaren und teilweise auch zwanghaften Anteilen diagnostiziert. Die vorliegenden Erkrankungen würden auf nervenfachärztlichem Gebiet qualitative Leistungseinschränkungen in gewissem Umfang bedingen. So müsse eine Überforderung durch Akkordarbeit, Wechselschicht oder Nachtarbeit vermieden werden. Das Gleiche gelte für Tätigkeiten mit einer das normale Maß deutlich überanspruchenden Verantwortung. Demnach sei der Kläger noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich auszuüben.

In der Zeit vom 20. April 2008 bis 4. Juni 2008 hat sich der Kläger zur Behandlung insbesondere der Tinnitus-Problematik im Wege der medizinischen Rehabilitation auf Kosten der Beklagten in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad A. aufgehalten. Dem Entlassungsbericht vom 17. Juni 2008 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: • Tinnitus Aurium • Migräne ohne Aura • Verdacht auf Lärmschädigungen des Innenohrs • Mittelgradige depressive Episode • Somatisierungsstörung Der Kläger könne sowohl in seiner letzten beruflichen Tätigkeit als auch bezüglich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig eingesetzt werden. Aufgrund der bestehenden Tinnitus-symptomatik sollten allerdings keine Arbeiten unter Lärm ohne entsprechenden Gehörschutz durchgeführt werden.

Das SG hat des Weiteren bei Dr. Zo., Klinikum S., ein internistisch-gastroenterologisches Fachgutachten eingeholt. In seinem Gutachten vom 3. April 2010, beruhend auch auf einer Untersuchung am 23. Februar 2010, hat der Sachverständige beim Kläger eine Vielzahl von Diagnosen gestellt. Auf internistischem Gebiet finden sich demnach rezidivierende Ulcusblutungen nach einer Reihe von Magendarm-Operationen, Bruchpfortenverschlüssen sowie zuletzt operativer Magenentfernung mit Anlage einer Ösophagojejunostomie am 21. August 2008 sowie ein Zustand nach Entfernung von Gallenblasensteinen. Aus internistisch-gastroenterologischer Sicht falle vor allem die Ulcuskrankheit mit den Komplikationen der hieraus bedingten Folgeoperationen ins Gewicht. Bei einer Reihe von qualitativen Einschränkungen (Ausschluss von Akkordarbeiten, Arbeiten in Wechselschicht, Nachtarbeiten, besonderem Zeitdruck, Fließbandarbeiten, Heben, Tragen, Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel, häufiges Bücken) sei der Kläger demnach aus internistisch-gastroenterologischer Sicht noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an fünf Tagen die Woche für mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 28. Juli 2010 hat der Sachverständige ausgeführt, dass es sich bezüglich der Nahrungsaufnahme wegen der beim Kläger zuletzt stattgehabten vollständigen Magenresektion empfehle, nur noch kleine Mahlzeiten zu sich zu nehmen und die Nahrungsmenge auf sechs bis zehn kleine Portionen über den Tag zu verteilen. Zu den Mahlzeiten sollten keine Getränke eingenommen werden, um ein vorzeitiges Sättigungsgefühl und möglicherweise abdominale Beschwerden zu vermeiden. Der Kläger benötige demnach innerhalb von sechs Stunden Arbeitszeit zwei bis drei Pausen zur Aufnahme fester Nahrung, die zwischen 15 und 20 Minuten dauern sollten.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 25. Oktober 2010 aufgrund der mündlichen Verhandlung vom selben Tag abgewiesen. Der Kläger sei nicht erwerbsgemindert. Hinsichtlich der Beurteilung der orthopädischen Leiden hat sich das SG der Leistungseinschätzung des den Kläger behandelnden Orthopäden in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 7. Mai 2007 angeschlossen, wonach die vorhandenen orthopädischen Beeinträchtigungen keine nachteiligen Auswirkungen auf leichte Tätigkeiten hätten. Gestützt auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. He. vom 10. Dezember 2007 hat das SG weiterhin eine quantitative Leistungsminderung auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet verneint. Die vom Sachverständigen Dr. He. vorgenommene Leistungseinschätzung dahingehend, dass beim Kläger lediglich qualitative Einschränkungen vorliegen, sei schlüssig und nachvollziehbar und werde durch das im Verwaltungsverfahren erstellte Gutachten von Dr. Schü. gestützt. Zuletzt hat das SG unter Bezugnahme auf die aus seiner Sicht überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. Zo. vom 3. April 2010 auch eine quantitative Leistungseinschränkung auf internistischem Fachgebiet verneint. Zur Überzeugung des SG führten die internistischen Beeinträchtigungen beim Kläger auch nicht dazu, dass dieser nur noch unter betriebsunüblichen Bedingungen tätig sein könne. Im Hinblick auf die vom Sachverständigen Dr. Zo. genannten ca. zwei bis drei Pausen von 15 bis 20 Minuten während sechs Stunden Arbeit ist das SG der Auffassung, der Kläger könne die erforderlichen Pausen im Rahmen der persönlichen Verteilzeit nehmen. Im Übrigen sei die vom Kläger ausgeübte Beschäftigung als Maschinenarbeiter an einer Metallstanzmaschine der Tätigkeit eines ungelernten Arbeiters zuzuordnen, weshalb der Kläger nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verwiesen werden könne, ohne dass es der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedürfe.

Gegen das ihm laut Postzustellungsurkunde am 18. November 2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 26. November 2010 Berufung eingelegt. Er sei aufgrund seines psychischen Gesundheitszustandes und seines Magenleidens nicht in der Lage, Tätigkeiten irgendwelcher Art auszuführen. Soweit die Verwaltungs- und Gerichtssachverständigen auf nervenfachärztlichem Gebiet zum Ergebnis kämen, er sei erwerbsfähig, könne daran schon allein deswegen nicht festgehalten werden, da die Gutachten drei bzw. vier Jahre zurücklägen und sich seit dem Jahr 2007 eine zunehmende Verschlechterung eingestellt habe. Im Übrigen leide der Kläger permanent unter Verdauungsstörungen und müsse mehrfach täglich kleinere Mahlzeiten zu sich nehmen. Nach Einnahme der Nahrung müsse er jeweils mindestens eine halbe Stunde ausruhen. Entgegen der Auffassung des SG würde eine 15-minütige Pause nicht reichen, um genügend Nahrung aufzunehmen, da der Kläger sehr langsam essen und nach jeder Mahlzeit mindestens für eine kurze Zeit ausruhen müsse.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. Oktober 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20. April 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2007 zu verurteilen, dem Kläger eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Februar 2006 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Gericht hat von Amts wegen den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ma. mit der Erstattung eines nervenfachärztlichen Gutachtens beauftragt. Der Sachverständige hat beim Kläger folgende Diagnosen gestellt (Gutachten vom 31. Juli 2011): • Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung • Dysthymia im Sinne einer anhaltenden leichteren depressiven Störung, die nicht eindeutig die Kriterien depressiver Episoden erfüllt • Diagnostisch nicht sicher einzuordnende rezidivierende Kopfschmerzsymptomatik • Vom Kläger angegebene Nackenschmerzen ohne radiologischen, klinischen wie elektrophysiologischen Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression oder Nervenwurzelirritation. Bezüglich aller genannten psychischen Störungen blieben diagnostische Unsicherheiten. So hätten insgesamt sehr deutliche Hinweise auf eine negative Antwortverzerrung ganz erheblich das Stellen psychiatrischer Diagnosen beim Kläger erschwert und würden die Verwertbarkeit seiner Angaben zu den vorhandenen Beschwerden, wie auch zu seinem Alltag ganz erheblich einschränken. Zwei testpsychologische Untersuchungen hätten bezüglich kognitiver Defizite eindeutig eine Simulation so dezidiert nicht vorhandener Defizite aufgezeigt. Auffallend sei auch der Kontrast zwischen Beschwerdeschilderung und beobachtbarem Verhalten gewesen. Der Kläger könne sowohl die konkrete, zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Stanzer für leichte Metallteile wie auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden an fünf Tagen die Woche ausüben. Eine wesentliche Änderung der Leistungsfähigkeit des Klägers sei seit Antragstellung nicht eingetreten.

In der Zeit vom 28. September 2011 bis 25. Oktober 2011 hat sich der Kläger einer stationären Rehabilitation im Rehazentrum Klinik Ta. unterzogen. Im Entlassbericht vom 1. Dezember 2011 wird berichtet, Bauchbeschwerden mit leichtem Völlegefühl habe der Kläger nur gelegentlich angegeben. Der Kläger habe den Ernährungszustand konstant halten können. Beschwerden im Sinne eines Dumpingsyndroms habe der Kläger nicht angegeben. Im Rahmen der Leistungsbeurteilung wird von einem Leistungsvermögen des Klägers von mindestens sechs Stunden täglich an fünf Tagen die Woche sowohl in seinem letzten Beruf wie auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ausgegangen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten (für das Rentenverfahren und für Rehabilitation) sowie auf die Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung ist zulässig; sie ist unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#)) eingelegt worden. Die Berufung ist jedoch unbegründet; das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der den Rentenanspruch des Klägers vom 17. Februar 2006 ablehnende Bescheid vom 20. April 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 2007. Dieser erweist sich als rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung. Denn der Kläger ist auch zur vollen Überzeugung des Senats noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Er ist weder erwerbsgemindert noch berufsunfähig und hat deshalb keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung.

Dass beim Kläger eine quantitative Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens auf ein unter sechsstündiges Maß nicht gegeben ist, hat das SG in nicht zu beanstandender Würdigung der umfassend erhobenen Beweise zutreffend insbesondere aus den im Verwaltungsverfahren erstellten Gutachten von Dr. La. und Dr. Schü., den vom SG eingeholten Gutachten von Dr. He. und Dr. Zo. sowie dem Reha-Entlassungsbericht der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad A. geschlussfolgert. Der Senat schließt sich deshalb zunächst den Entscheidungsgründen des mit der Berufung angefochtenen Urteils vom 25. Oktober 2010, insbesondere der dort vorgenommenen Beweismwürdigung an, macht sich diese aufgrund eigener Überzeugungsbildung vollinhaltlich zu eigen und sieht deshalb insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen des Klägers zur Begründung der Berufung und die im Verlauf des Berufungsverfahrens durchgeführte Beweisaufnahme rechtfertigen keine abweichende Beurteilung:

Soweit der Schwerpunkt der vom Kläger beklagten Leistungseinschränkungen auf dem nervenärztlichen Fachgebiet liegt, hat das vom Senat eingeholte Gutachten des Nervenfacharztes Dr. Meyer vom 31. Juli 2011 die Bewertungen und Leistungseinschätzungen der beiden Vorgutachter auf nervenfachärztlichem Gebiet weitgehend bestätigt: Zwar gelangt Dr. Meyer abweichend von den beiden Vorgutachtern lediglich noch zu einem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (wobei er mit großer Wahrscheinlichkeit von deren Vorliegen ausgeht). Aber auch die beiden Vorgutachter gingen allenfalls von einer leichten Persönlichkeitsstörung, verbunden insbesondere mit einer Störung der Impulskontrolle aus, der auch nach ihrer Einschätzung mit bestimmten qualitativen Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit begegnet werden kann. So sollten dem Kläger insbesondere keine Tätigkeiten zugemutet werden, die mit einem sehr hohen Konfliktpotential, wie beispielsweise an einer Annahmestelle für Beschwerden oder Reklamationen verbunden sind. Eine quantitative Leistungseinschränkung ist damit jedenfalls nicht verbunden. Gleiches gilt für die vom Kläger beklagten rezidivierenden Kopfschmerzen. Diese konnte der Sachverständige Dr. Ma. nicht eindeutig diagnostisch insbesondere im Sinne einer Migräne einordnen. Die Angaben des Klägers zur Schmerzcharakteristik sind hinsichtlich der Lokalisation wie auch dem Fehlen sonstiger Begleitsymptome untypisch für eine

Migräne. Im Übrigen sprechen die Kopfschmerzen nach Darstellung des Klägers selbst sehr gut auf eine bedarfsweise medikamentöse Behandlung an. Den Nackenbeschwerden kann durch eine qualitative Einschränkung dergestalt, dass ständige Überkopfarbeiten vermieden werden sollten, ausreichend Rechnung getragen werden.

Während Dr. Schü. in seinem Gutachten 2006 lediglich von depressiv-ängstlichen Zügen ausgegangen ist, hat der Sachverständige Dr. He. im Dezember 2007 eine leichte depressive Episode vorgefunden. Dr. Meyer gelangt nun - für den Senat schlüssig und nachvollziehbar begründet - zu einer Dysthymia im Sinne einer leichten depressiven Störung und verneint eine depressive Episode. So steht die sehr dramatische Darstellung des Klägers, was seine körperlichen und seelischen Leiden angeht, im Widerspruch mit dem klinischen Eindruck. Durch sämtliche Stellungnahmen zieht sich der Eindruck einer erheblichen negativen Antwortverzerrung in dem Sinne, dass der Kläger seine körperlichen Beschwerden und Stimmungen rückblickend erheblich negativer einschätzt, als dies tatsächlich der Fall gewesen sein dürfte. Darüber hinaus musste der Sachverständige testpsychologisch feststellen, dass der Kläger in erheblichem Umfang kognitive Störungen simuliert. Auch dürfen an dieser Stelle die zahlreichen Hinweise der Sachverständigen, aber auch der behandelnden Ärzte, insbesondere auch im Rahmen von Reha-Aufenthalten, auf ausgeprägte und bewusstseinsnahe Ausgleichswünsche in Gestalt eines Rentenbegehrens (vgl. Gutachten von Dr. Schü., sachverständige Stellungnahme des behandelnden Nervenfacharztes Dr. Sa., Befundbericht der Münsterklinik Zwiefalten vom 10. Juli 2006, Reha-Entlassungsbericht der SINOVA-Klinik Zwiefalten vom 29. November 2006, zuletzt Gutachten von Dr. Ma.) nicht außer Acht gelassen werden. Möglicherweise gelangen aufgrund einer Verkennung dieser aggravatorischen und simulatorischen Tendenzen des Klägers die behandelnden Ärzte im Reha-Entlassbericht der Einrichtung Bad A. vom 17. Juni 2008 zu der Einschätzung einer mittelgradigen depressiven Episode, die so von keinem der drei Gutachtern auf nervenfachärztlichem Gebiet geteilt wird.

Vor diesem Hintergrund kommt einer Objektivierung der Leistungsbeeinträchtigungen des Klägers um so größeres Gewicht zu: In diesem Zusammenhang ist zunächst zu beachten, dass sich weder in den Gutachten noch den übrigen Befundberichten und Reha-Entlassungsberichten Hinweise auf Störungen der Konzentration, Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit finden, obgleich dies vom Kläger regelmäßig vorgetragen wird (vergleiche beispielsweise Reha-Entlassbericht Bad A. vom 17. Juni 2008). Bereits der frühere Behandler auf nervenfachärztlichem Gebiet Dr. Sa. hat in seiner Stellungnahme an das SG auf den Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Compliance hingewiesen. Eine depressive Erkrankung, die so erheblich ist, dass sie die Leistungsfähigkeit in quantitativer Hinsicht einschränkt, wird demnach regelmäßig mit einem so ausgeprägten Leistungsdruck einhergehen, dass die Compliance für die Behandlung mit den verschriebenen Medikamenten und ambulanter bzw. stationärer Psychotherapie besteht. Im Zusammenspiel mit dem von Dr. Sa. mit seiner Stellungnahme vorgelegten Laborbluttest, ausweislich dessen das vom sachverständigen Zeugen rezeptierte antidepressive Medikament völlig ungenügend eingenommen wurde, wird die fehlende Compliance mit den gebotenen Rückschlüssen auf den Leistungsdruck jedenfalls zum damaligen Behandlungszeitpunkt deutlich. Zwar konnte der Sachverständige Dr. Meyer im Rahmen der Untersuchung am 12. Juli 2011 mittels Serumspiegelbestimmung das aktuell rezeptierte antidepressive Medikament im niedrigen therapeutischen Bereich nachweisen; allerdings in einer solchen Dosis, von der in der Regel keine Besserung der depressiven Stimmung erwartet werden kann. Soweit sich der Kläger andererseits mittlerweile in psychotherapeutische Behandlung begeben hat, ist festzuhalten, dass die Therapiesitzungen nur monatlich stattfinden. Auch diese sehr niederfrequente Psychotherapie lässt Rückschlüsse auf den Leidensdruck zu: Wie der Sachverständige Dr. Meyer ausführt, zeugt dies entweder von einer eingeschränkten Behandlungsmotivation seitens des Klägers oder von einer von vornherein bestehenden entsprechenden Einschätzung der Psychotherapeutin. Auch im Reha-Entlassungsbericht über den Reha-Aufenthalt in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad A. findet sich die fehlende Motivation des Klägers dokumentiert. Danach zeigte sich der Kläger "immer wieder vermeidend, indem er verschiedene Anwendungen und Übungen immer wieder abbrach und sich wenig motiviert zeigte". Zusammenfassend stehen die wortreichen Bemühungen des Klägers um Leidensverdeutlichung in deutlichem Widerspruch zu dem bei ihm objektivierbaren Leidensdruck. Auch der Senat vermochte sich deshalb nicht vom Vorliegen einer psychischen Störung solchen Ausmaßes beim Kläger zu überzeugen, infolge derer eine quantitative Leistungseinschränkung gegeben wäre.

Von einer solchen quantitativen Leistungseinschränkung konnte sich der Senat auch nicht im Hinblick auf die internistisch-gastroenterologischen Leiden des Klägers überzeugen. Zwar hat der Kläger mittlerweile sieben Operationen im Bereich des Magens bzw. des Magen-Darm-Traktes durchlitten, in deren Gefolge er in qualitativer Hinsicht gewissen Leistungseinschränkungen unterworfen ist. Insbesondere die im Jahr 2008 stattgehabte vollständige Magenresektion geht mit solchen qualitativen Einschränkungen einher. So sollten schwere und möglichst auch mittelschwere Arbeiten, Akkordarbeit, Wechselschicht oder Nachtarbeit, Arbeiten unter besonderem Zeitdruck und Fließbandarbeiten sowie das Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel sowie Arbeiten mit häufigem Bücken vermieden werden. Weder sieht aber der Sachverständige Dr. Zo. in seinem Gutachten vom 3. April 2010 den Kläger bei einem unter vollschichtigen Leistungsvermögen, noch lässt sich ein solches den Stellungnahmen des behandelnden Internisten Dr. Fo. sowie dem Reha-Entlassungsbericht der Klinik Ta. vom 1. Dezember 2011 entnehmen.

Eine Erwerbsminderung kommt vorliegend auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsminderung in Betracht. Allerdings kann auch bei vollschichtiger Erwerbsfähigkeit der Arbeitsmarkt ausnahmsweise als verschlossen gelten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf die verbliebene Erwerbsfähigkeit nur möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten (BSG vom 30. November 1983 - [5a RKn 28/82](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 110](#) - juris Rdnr. 28 f.). Die Rente wegen teilweiser EM schlägt dann regelmäßig in eine Rente wegen voller Erwerbsminderung durch. Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsminderung kann nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für an sich mögliche Vollzeitstätigkeiten eine ausreichende Anzahl von Arbeitsplätzen gibt; in diesem Fall bedarf es grundsätzlich der Benennung zumindest einer konkreten Verweisungstätigkeit (BSG vom 6. Juni 1986 - [5b RJ 42/85](#) = [SozR 2200 § 1246 Nr. 136](#) - juris Rdnr. 16 f.). Benötigt der Versicherte zusätzliche Arbeitspausen, die im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) nicht vorgesehen sind, ist deshalb zu prüfen, ob Arbeitnehmer unter solchen Bedingungen eingestellt werden. Bei zusätzlichen Pausen von zweimal 15 Minuten bestanden nach älterer Rechtsprechung des BSG ernste Zweifel, ob Arbeitsplätze vorhanden sind; erforderlich sei dann die Benennung zumindest einer zugänglichen Verweisungstätigkeit (BSG a.a.O., juris Rdnr. 18). Zu berücksichtigen sind bei Anwendung dieser Rechtsprechung aber die zwischenzeitlich geltende Fassung des ArbZG und der Umstand, dass auf dem Arbeitsmarkt üblicherweise nicht arbeitszeitverkürzenden Unterbrechungsmöglichkeiten zugestanden werden (KassKomm, SGB VI [§ 43](#) Rdnr. 40). Nach [§ 4 ArbZG](#) ist die Arbeit durch im Voraus feststehende Ruhepausen von mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis neun Stunden insgesamt zu unterbrechen. Die Ruhepausen können in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. [§ 7 ArbZG](#) gestattet die Aufteilung auch in kleinere Zeitabschnitte durch Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrags in einer Betriebs- oder

Dienstvereinbarung. Zu berücksichtigen ist zusätzlich die Möglichkeit der Inanspruchnahme von sog. persönlichen "Verteilzeiten"; hierbei handelt es sich um Zeiten, die nicht für den Arbeitsprozess selbst verwendet werden, aber dennoch als Arbeitszeit gerechnet werden. Persönliche Verteilzeiten sind solche Zeiten, in denen persönliche Belange wahrgenommen werden. Hierbei gelten beispielsweise Kurzpausen von weniger als 15 Minuten alle zwei Stunden im Bereich des öffentlichen Dienstes nicht als Arbeitszeit verkürzende Pausen (LSG Baden-Württemberg vom 20. März 2007 - [L 11 R 684/06](#) - juris Rdnr. 34 m.w.N.).

Damit sind vorliegend keine betriebsunüblichen Pausen erforderlich. Zwar spricht der Sachverständige Dr. Zo. im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme gegenüber dem SG von zwei bis drei Pausen mit zwischen 15 und 20 Minuten. Allerdings bezieht er sich dabei auf generell gehaltene Empfehlungen bei dem vorliegenden Krankheitsbild. Der Sachverständige selbst führt aber aus, dass die Ausprägung der Ernährungsprobleme bei einer vollständigen Magenresektion deutlichen individuellen Schwankungen unterliegt und zumeist mit zunehmendem Abstand zur Operation abnimmt. Die demnach gebotene individuelle Beurteilung der konkreten Situation beim Kläger kann der Senat aber auch der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen nicht entnehmen. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. Ma. beklagt der Kläger, er könne keinen Tee trinken und "nichts essen, überhaupt gar nichts". Bereits der kleinste Schluck Tee werde erbrochen. Zutreffend weist Dr. Ma. diesbezüglich darauf hin, dass diese Angaben des Klägers schwerlich zutreffend sein könnten, weil andernfalls die festgestellte Aufrechterhaltung des Gewichts in den letzten beiden Jahren nicht denkbar wäre. Die völlige Unverträglichkeit jedweder Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme wäre wohl auch kaum mit der Feststellung eines nur leicht reduzierten Allgemein- und Ernährungszustandes im Reha-Entlassbericht der Klinik Ta. vom 1. Dezember 2011 vereinbar. Entscheidend für den Senat ist aber die Mitteilung im genannten Reha-Entlassbericht, wonach der Kläger selbst nicht über Bauchbeschwerden zum Aufnahmezeitpunkt berichtet und auch keine Regurgitation von Nahrung bzw. Schluckbeschwerden beklagt habe. Während des Reha-Aufenthalts hat der Kläger ausweislich des Entlassungsberichts nur gelegentlich über Bauchbeschwerden mit leichtem Völlegefühl geklagt. Beschwerden im Sinne eines Dumpingsyndroms, einer im Zuge einer Magenresektion häufig auftretenden Sturzentleerung der Nahrung in den Darm mit vielfältigen Beschwerden - letztendlich maßgebliche Indikation für das Gebot einer über den Tag verteilten kleinportionierten Nahrungsaufnahme - finden sich gleichfalls nicht. Wenn der Kläger aber tatsächlich auf gleichsam jede Flüssigkeits- bzw. Nahrungszufuhr mit Übelkeit, Erbrechen und Ruhepausen reagieren würde, so wäre dies im Rahmen des fast einmonatigen Reha-Aufenthalts vom 28. September 2011 bis 25. Oktober 2011 im Hinblick auf die engmaschige ärztliche Kontrolle, die üblicherweise in den Rehabilitationseinrichtungen stattfindet, festgestellt worden und hätte entsprechend Eingang in den Entlassungsbericht gefunden. Er spricht daher einiges dafür, dass auch insoweit die Neigung des Klägers zu einer übertriebenen Beschwerdeschilderung manifest geworden ist. Angesichts der im Reha-Bericht dokumentierten Beschwerden im Verdauungsbereich ist bei dem Kläger viel eher von einer schwächer ausgeprägten Problematik bezüglich der Nahrungsaufnahme auszugehen, sodass jedenfalls zwei Pausen mit jeweils 15 Minuten für die Aufnahme fester Nahrung ausreichend sind (vgl. LSG Baden-Württemberg a.a.O., welches bei einem deutlich ungünstigeren Verlauf des Postgastrektomiesyndroms mit Frühdumping sogar Pausen von nur zweimal zehn Minuten während der mehr als sechsständigen Arbeitszeit für ausreichend erachtet hat). Damit ist der Kläger für die gebotene Nahrungsaufnahme noch nicht einmal auf die Inanspruchnahme der persönlichen Verteilzeiten angewiesen, die ihm damit für andere Verrichtungen, wie beispielsweise der mit zeitlichem Abstand zur Nahrungsaufnahme gebotene Flüssigkeitsaufnahme zur Verfügung stehen.

Auch die Gewährung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit scheidet aus. Das SG hat zutreffend auf die breite Verweisbarkeit des Klägers, der als ungelernter Arbeiter einzustufen ist, hingewiesen. Dieser kann demnach in zumutbarer Weise auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden. Deshalb bedarf es keiner Benennung einer Verweisungstätigkeit. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei war für den Senat im Rahmen des ihm eingeräumten Ermessens ausschlaggebend, dass die Beklagte keinen berechtigten Anlass zur Klageerhebung gegeben hat und die Rechtsverfolgung insgesamt ohne Erfolg geblieben ist.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-02