

L 13 R 3491/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 3711/11
Datum
10.07.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 3491/12
Datum
14.05.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 10. Juli 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Der 1970 geborene Kläger schloss eine Ausbildung zum Fräser und Hobler ab; zuletzt war er bis 30. Juni 2002 als Einrichter versicherungspflichtig beschäftigt.

Vom 30. März bis zum 20. April 2004 gewährte die Beklagte dem Kläger eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik Ob. in B.M., aus der der Kläger arbeitsunfähig entlassen wurde. Ein erster Rentenantrag des Klägers vom 27. April 2004 wurde durch die Beklagte mit Bescheid vom 27. Mai 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. August 2004 abgelehnt. Im sich anschließenden gerichtlichen Verfahrens (Az. S 1 R 2600/04) vor dem Sozialgericht Ulm (SG) gab die Beklagte ein Teil-Anerkenntnis ab und gewährte dem Kläger mit Bescheid vom 4. Januar 2006 Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 1. Dezember 2003 bis zum 31. August 2006. Grundlage für die Rentengewährung war ein Gutachten der Oberstabsärzte Dr. Kur. und Dr. Eis. vom 14. September 2005. Die Gutachter waren zu der Einschätzung gelangt, der Kläger sei aufgrund einer Colitis ulcerosa Erkrankung weniger als drei Stunden täglich leistungsfähig. Es sei zunächst abzuwarten, ob der Krankheitsverlauf unter der Azathioprin-Medikation stabil in Remission gehalten werden könne. Nach einem Jahr stabiler Remission sei von einem über sechsstündigen Leistungsvermögen auszugehen.

Am 25. April 2006 stellte der Kläger einen Antrag auf Fortzahlung der Rente über den 31. August 2006 hinaus. Die Beklagte gewährte dem Kläger vom 15. August bis zum 5. September 2006 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik Am. in B.K., aus der der Kläger für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als arbeitsunfähig entlassen wurde. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten unter Vermeidung von Arbeiten in knieender und hockender Position. Mit Bescheid vom 14. September 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Februar 2007 wurde der Weitergewährungsantrag des Klägers abgelehnt.

Eine durch die Beklagte gewährte Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form einer beruflichen Integrationsmaßnahme wurde am 9. März 2007 aufgrund von Arbeitsunfähigkeit des Klägers abgebrochen; der Kläger bezog ab dem 4. März 2008 Krankengeld. Mit Bescheid vom 20. Juni 2008 gewährte die Beklagte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach.

Mit Bescheid vom 11. Juni 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. November 2008 lehnte die Beklagte nach Einholung eines internistischen Gutachtens bei Dr. Mel. vom 30. Mai 2008 sowie eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. Ab. vom 12. August 2008 einen erneuten Rentenantrag des Klägers vom 16. April 2008 ab. Im sich anschließenden Klageverfahren vor dem SG (Az. S 3 R 4238/08) wurde eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung durch Dr. Dit. durchgeführt, der den Kläger am 18. August 2009 untersuchte und auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine Anpassungsstörung im Sinne einer länger dauernden depressiven Reaktion sowie einen Zustand nach Neuronitis vestibularis links angab. Besondere Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit seien zu meiden. Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien sechs Stunden und mehr möglich. Wegen der bestehenden Colitis ulcerosa sollte es dem Kläger ermöglicht werden, in relativ kurzer Zeit eine Toilette zu erreichen. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 16. September 2010 nahm der Kläger die Klage zurück.

Am 24. September 2010 stellte der Kläger einen Antrag auf Überprüfung des Bescheids vom 11. Juni 2008 und beantragte zugleich erneut die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung seines Antrages gab er an, im Vordergrund stehe eine psychische Erkrankung, die eine erhebliche Einschränkung für den Arbeitsmarkt bedeute. Diese Einschätzung teilten der behandelnde Facharzt Dr. Mai. und die behandelnde Dipl.-Psych. Dr. Meu., deren Stellungnahme vom 4. Mai 2011 der Kläger einreichte. Die Beklagte holte hierauf eine Stellungnahme bei Dr. Mai. ein, der unter dem 1. Mai 2011 angab, bei dem Kläger bestehe eine mittelgradige depressive Episode. Die behandelnde Dipl.-Psych. Dr. Meu. sehe darüber hinaus Anteile einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens veranlasste die Beklagte eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung durch Dr. Hum ... Dieser gab aufgrund der Begutachtung am 16. Mai 2011 an, es bestehe bei dem Kläger der Verdacht auf Anpassungsstörungen, differenzialdiagnostisch käme eine Dysthymie in Betracht; hinzu kämen Spannungskopfschmerzen, Wirbelsäulenbeschwerden (zum Untersuchungszeitpunkt ohne radikuläre Symptomatik), der Zustand nach Neuritis vestibularis sowie Achillessehnenbeschwerden links mit Hypotrophie der linken Wade. Zusammenfassend sei der Kläger in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden und mehr ohne Nachtschicht, ohne erhöhten Zeitdruck und ohne Ersteigen zu verrichten. Zum Untersuchungszeitpunkt bestehe keine posttraumatische Belastungsstörung mit Relevanz für das Leistungsvermögen. Bei Angabe früherer Traumata bestehe keine Dissoziation, keine Verhaltensänderung und keine Anteilnahme.

Mit Bescheid vom 25. Mai 2011 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab und verwies zur Begründung im Wesentlichen auf die von Dr. Hum. festgestellten Erkrankungen. Die sich aus den bei dem Kläger vorliegenden Krankheiten oder Behinderungen ergebenden Einschränkungen führten nicht zu einem Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung. Nach der medizinischen Beurteilung könne der Kläger unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch sechs Stunden erwerbstätig sein. Der Bescheid enthielt den Hinweis: "Dieser Bescheid ergeht aufgrund des am 24. September 2010 gestellten Überprüfungsantrags gegen den Bescheid vom 11. Juni 2008".

Zur Begründung seines am 7. Juni 2011 erhobenen Widerspruchs legte der Kläger eine weitere Stellungnahme der Dipl.-Psych. Dr. Meu. vom 9. Juli 2011 vor, die ausführte, Dr. Hum. setze sich über ihre ausführliche Exploration hinweg und verkenne die schwere psychische Gesamtstörung des Klägers völlig. Nach Einholung einer ergänzenden sozialmedizinischen Stellungnahme durch Dr. Mel. wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 3. November 2011 unter Verweis auf ein vollschichtiges Leistungsvermögen und die Feststellungen von Dr. Hum. zurück. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, ohne Nachschicht und ohne häufiges Klettern und Steigen seien dem Kläger sechs Stunden und mehr zumutbar.

Hiergegen hat der Kläger am 10. November 2011 Klage beim SG erhoben und zur Begründung vorgetragen, bei ihm lägen schwerwiegende und komplexe körperliche und psychiatrische Leiden vor. Neben einer nicht heilbaren Colitis ulcerosa, bezüglich derer aktuell ein Krankheitsschub vorliege, lägen erhebliche psychiatrische Leiden vor, u. a. eine schwere depressive Störung und eine Anpassungsstörung nach Traumatisierung. Zudem leide er an Wirbelsäulenbeschwerden, Kniebeschwerden beidseits, einem Achillessehnenriss links und einer Hypotrophie der linken Wade. Diese erheblichen Einschränkungen führten zu einer Einschränkung der Fähigkeit, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Erwerb zu verschaffen.

Das SG hat zunächst Beweis erhoben durch Befragung der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Die Dipl.-Psych. Dr. Meu. hat unter dem 23. Dezember 2011 angegeben, der Kläger befinde sich seit dem 25. Januar 2011 bei ihr in verhaltenstherapeutischer Behandlung. Sie habe eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom und eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Der Kläger sei gegenwärtig nicht in der Lage, eine leichte berufliche Tätigkeit auszuüben. Aus ihrem Bereich beeinträchtigten insbesondere die emotionale Hilflosigkeit sowie die damit verbundenen dysfunktionalen Kognitionen und das Wiedererleben traumaassoziierter Erlebenszustände und die damit einhergehende umfangreiche körperliche Symptomatik die berufliche Leistungsfähigkeit massiv. Aufgrund mehrfach missglückter operativer Eingriffe im linken Knie nach Kreuzbandplastik sei die Gehfähigkeit eingeschränkt. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Mai. hat am 13. Januar 2012 ausgeführt, diagnostisch liege eine rezidivierende depressive Störung vor; laut der behandelnden Verhaltenstherapeutin Dr. Meu. bestehe zudem eine posttraumatische Belastungsstörung. Der Kläger sei unter drei Stunden täglich für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt belastbar. Durch die Fachärztin für Innere Medizin Dr. Merg. sind Befundberichte vorgelegt worden (Bl. 27/34 der SG-Akte). Das SG hat dann den Neurologen und Psychiater Dr. Kr. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Der Gutachter hat den Kläger am 22. Februar 2012 untersucht und angegeben, der Kläger leide unter einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion; ferner bestehe der Verdacht auf eine leichte diabetische Polyneuropathie. Nach den diagnostischen Leitlinien sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gerechtfertigt. Während der zweistündigen Exploration hätten sich keine Hinweise auf psychische Störungen, die nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten sein sollten, ergeben. Leichte Tätigkeiten seien dem Kläger ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit mit Einschränkungen bezüglich der geistig/psychischen Belastbarkeit und des Bewegungs- und Haltungsapparates noch möglich. Die Tätigkeiten sollten überwiegend im Sitzen durchgeführt werden. Schwere Tätigkeiten und Schichtarbeit sollten vermieden werden. Zu beachten seien außerdem ein eingeschränktes Umstellungsvermögen und Anpassungsvermögen, Publikumsverkehr sowie Tätigkeiten, die mit der Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge verbunden seien. Vermieden werden sollten außerdem häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Zwangshaltungen und Arbeiten, die überwiegend im Gehen durchgeführt werden müssten. Die noch möglichen leichten Tätigkeiten könnten noch mindestens sechs Stunden pro Tag ausgeübt werden. Die Gehfähigkeit des Klägers sei schmerzbedingt durch die Schädigung der linken Achillessehne leicht beeinträchtigt. Der Kläger sei jedoch in der Lage, mindestens vier Mal täglich mehr als 500 Meter zu Fuß zurückzulegen. Das Gutachten trägt auf dem Deckblatt das Datum 21. Februar 2012, unterschrieben wurde es durch Dr. Kr. am 23. Februar 2012.

Die Klägervertreterin hat mit Schriftsatz vom 22. März 2012 Einwände gegen das Gutachten vorgebracht, so sei u. a. nicht ersichtlich, wann der Gutachter den in der persönlichen Untersuchung gewonnenen persönlichen Eindruck und die Testergebnisse medizinisch verarbeitet und schriftlich niedergelegt habe. Das persönliche Gespräch habe lediglich 20 Minuten gedauert, was zu kurz sei, um plausibel zu begründende Aussagen zur Erwerbsfähigkeit zu treffen. Nachdem der Gutachter Teil der Neurologischen Praxis He. sei, sei zu hinterfragen, wie dessen Erfahrungen auf psychiatrischem Fachgebiet seien und in welchem Umfang er in seinem Praxisalltag tatsächlich intensiv psychiatrisch tätig sei.

Aufgrund eines richterlichen Hinweises, wonach über den Überprüfungsantrag des Klägers mit Bescheid vom 25. Mai 2011 nicht entscheiden

worden sei, hat sich die Beklagte im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 10. Juli 2012 verpflichtet, den Überprüfungsantrags des Klägers vom 22. September 2010 hinsichtlich des Bescheides vom 11. Juni 2008 rechtsmittelfähig zu verbescheiden.

Mit Urteil vom 10. Juli 2012 hat das SG die Klage, die auf die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung beginnend zum 1. Oktober 2010 beschränkt wurde, abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung lägen nicht vor. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stehe fest, dass der Kläger noch in der Lage sei, sechs Stunden am Tag zumindest leichte Tätigkeiten unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen auszuüben. Mit diesem Leistungsvermögen sei er weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Zur Begründung wird im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr. Hum. und von Dr. Kr. Bezug genommen. Die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen bedingten zwar eine Beschränkung des Leistungsvermögens auf nur noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, nicht aber gleichzeitig eine Beschränkung in zeitlicher Hinsicht. Die hiervon abweichenden Feststellungen, insbesondere der Dipl.-Psych. Dr. Meu., wonach der Kläger an einer mittelgradigen depressiven Episode und an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide, überzeugten nicht. Insoweit werde auf die Gutachten von Dr. Kr. und Dr. Hum. Bezug genommen. Den Einwänden hinsichtlich der Befangenheit des Gutachters Dr. Kr. könne nicht gefolgt werden. Dieser sei Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, weshalb dessen Fachkompetenz auch für die Erstellung eines Gutachtens auf psychiatrischem Fachgebiet nicht in Frage gestellt werde. Der Behauptung, der Gutachter habe das Gutachten vorab erstellt, könne ebenfalls nicht gefolgt werden. Zwar trage das Deckblatt das Datum 21. Februar 2012 und damit den Tag vor der Untersuchung, Gegenstand des Gutachtens sei jedoch auch das Erfassen und Festhalten der bisherigen Aktenlage, was der Gutachter nachvollziehbar vor dem Untersuchungstermin vornehmen müsse. Das Gutachten trage auf der letzten Seite das Datum 23. Februar 2012, woraus sich ergebe, dass das Gutachten nach der persönlichen Untersuchung des Klägers am 22. Februar 2012 abschließend abgefasst worden sei. Nicht nachvollziehbar sei aufgrund der umfangreichen Anamneseerhebung der Einwand, das persönliche Gespräch habe nur 20 Minuten gedauert.

Gegen das der Klägerevertreterin am 17. Juli 2012 zugestellte Urteil hat diese am 14. August 2012 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung wird auf den Vortrag aus Widerspruchs- und Klageverfahren verwiesen. Darüber hinaus werden die im Klageverfahren vorgetragenen Einwände gegen das Gutachten des Dr. Kr. vom 21. Februar 2012 wiederholt. Bei dem Kläger lägen schwerwiegende und komplexe körperliche und psychiatrische Leiden vor. Er leide unter nicht heilbarer Colitis ulcerosa, Neuronitis vestibulares, zahlreichen Wirbelsäulen- und Kniebeschwerden beidseits, einem Achillessehnenriss links und einer Hypotrophie der linken Wade. Bislang sei zu wenig auf die Multimorbidität des Klägers im Sinne einer Wechselwirkung zwischen psychiatrischer und körperlicher Seite eingegangen worden. Vorgelegt wird ferner eine Stellungnahme von Dr. Mai. vom 17. Juli 2012, die an das SG adressiert war. Er teilt darin mit, nachdem bislang seine Diagnosen mit denjenigen von Dipl.-Psych. Dr. Meu. nicht im Detail übereingestimmt hätten, könne er inzwischen die von ihr festgestellten posttraumatischen Anteile nachvollziehen und bestätigen. Dipl.-Psych. Dr. Meu., die den Kläger wesentlich häufiger sehe und eingehende Gespräche mit diesem führen könne, sei in der Lage gewesen, nähere biographische Details herauszuarbeiten. Zuletzt ist ein Bericht über einen stationären Aufenthalt des Klägers in der Klinik für Neurologie der Kliniken Landkreis He. gGmbH vom 21. bis 23. November 2012 vorgelegt worden. Der Kläger war bei Verdacht auf eine transitorische ischämische Attacke (TIA) auf die dortige stroke unit aufgenommen worden. Die diskrete Hemiparese war zum Zeitpunkt der Entlassung eher rückläufig; es kam zu keinen neuen Wortfindungsstörungen mehr und zu keiner Aphasie. Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 10. Juli 2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25. Mai 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. November 2011 zu verurteilen, ihm ab 1. Oktober 2010 Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Dauer zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und verweist auf eine Stellungnahme ihres sozialmedizinischen Dienstes durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Lorch (Bl. 33/34 der Berufungsakte).

Der Senat hat im Rahmen der Beweisaufnahme zunächst eine ergänzende Stellungnahme bei dem Gutachter Dr. Kr. sowie eine sachverständige Zeugenaussage bei dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Mai. eingeholt, anschließend den Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik I, Psychiatrisches Zentrum N. Dr. Schw. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dr. Kr. hat unter dem 19. September 2012 angegeben, der Kläger habe sich nachweislich über vier Stunden in der Praxis befunden. Die Behauptung, das persönliche Gespräch habe lediglich 20 Minuten gedauert, sei unwahr. Schätzungsweise habe das persönliche Gespräch ca. zwei Stunden gedauert. Am 21. Februar 2012 habe er bereits die wesentlichen Daten zusammengestellt. Versehentlich sei dieses Datum bei der endgültigen Fertigstellung des Gutachtens am 23. Februar 2012 nicht geändert worden. Erst an diesem Tag und nach Befunderhebung sei das Gutachten erstellt worden. Im Ergebnis hielt der Gutachter an seiner bisherigen Auffassung fest. Wegen der Einzelheiten seiner Aussage wird auf Bl. 25 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. Mai. hat unter dem 8. Oktober 2012 ausgeführt, eine Leistungsfähigkeit des Klägers hinsichtlich Konstanz und Kontinuität sei bei immer wiederkehrenden Triggern von traumatischen Erlebniszuständen mit einhergehender psychischer und körperlicher Dekompensation nicht gegeben. Unabhängig von den Einschränkungen, die auf anderen Fachgebieten vorhanden seien, halte er die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers auf psychiatrischem Gebiet für erheblich beeinträchtigt. Der Kläger sei lediglich in der Lage, eine Tätigkeit unter drei Stunden täglich zu verrichten.

Dr. Schw. hat nach der Begutachtung des Klägers am 15. März 2013 in seinem Gutachten vom 2. April 2013 angegeben, der Kläger leide unter einer dysthymen Störung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert. Ferner bestehe ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor. Berufliche Tätigkeiten, die mit erhöhter Stressbelastung einhergingen, etwa durch erhöhten Zeitdruck (z.B. Akkord- oder Fließbandarbeit) oder durch unphysiologische psychovegetative Belastung (z.B. Nacharbeit), kämen für den Kläger nicht in Frage. Auch Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Sachwerte kämen aufgrund der damit einhergehenden Stressbelastung nicht in Betracht. Andauernde Überforderung in Bezug auf die Stresskompensationsfähigkeit würde mit dem nicht unerheblichen Risiko des Wiederauftretens gravierender depressiver Verstimmungen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung einhergehen. Dysthymiebedingt seien die sozialen Kompetenzen des Klägers gemindert. Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die Gestaltung interpersoneller Kontakte und die Konfliktfähigkeit stellten, kämen für den Kläger nicht in Frage. Aufgrund des Benzodiazepinkonsums kämen Tätigkeiten nicht in Betracht, die erhöhte Anforderungen

an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung stellten oder durchschnittliche Anforderungen im komplexen Bereich (etwa Steuerungsmaßnahmen an gefährlichen Maschinen mit der Notwendigkeit unmittelbaren Eingreifens im Störfall etc.). Die körperliche Arbeitsschwere sei durch die Gesundheitsstörung auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet nicht beeinträchtigt. Vor dem Hintergrund der multiplen vorbekannten orthopädischen und internistischen Leiden kämen am ehesten noch anhaltend leichte bis maximal vorübergehend mittelschwere Tätigkeiten in Frage. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass dem Kläger grundsätzlich ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit überschaubare, eher unkomplexe, wenig stressbelastende, körperlich überwiegend leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung von besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen noch abverlangt werden könnten. Unter Beachtung der qualitativen Leistungsdefizite sei der Kläger dazu in der Lage, berufliche Tätigkeiten in vollschichtigem Umfang, d.h. bis zu acht Stunden an fünf Tagen pro Woche zu verrichten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der SG-Akte sowie der Senatsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 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 (vgl. Bundessozialgericht [BSG] [SozR 3-2600 § 44 Nr. 7](#)) ist der den Rentenanspruch des Klägers vom 24. September 2010 ablehnende Bescheid vom 25. Mai 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. November 2011. Dieser erweist sich als rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Gemäß [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind (Satz 1 Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Satz 1 Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1 Nr. 3). Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (Satz 2). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben - bei im Übrigen identischen Tatbestandsvoraussetzungen - Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Gemäß [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit kommt schon deswegen nicht in Betracht, weil der Kläger nicht vor dem 2. Januar 1961 geboren ist ([§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)).

Maßstab für die Beurteilung des Leistungsvermögens sind vorliegend allein leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dass bei dem Kläger ein berufliches Leistungsvermögen jedenfalls für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Umfang von sechs Stunden täglich gegeben ist, hat das SG in nicht zu beanstandender Würdigung der umfassend erhobenen Beweise festgestellt. Der Senat schließt sich daher den Entscheidungsgründen des mit der Berufung angefochtenen Urteils vom 10. Juli 2012, insbesondere auch der dort vorgenommenen Beweismwürdigung an, macht sich diese aufgrund eigener Überzeugungsbildung vollinhaltlich zu eigen und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe weitgehend ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Der Kläger ist zur Überzeugung des Senats in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Auch die im Berufungsverfahren vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen von Dr. Mai. und Dipl.-Psych. Dr. Meu. sind nicht geeignet, eine auch quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens zu begründen. Das erstinstanzliche Urteil und die ihm zugrunde liegenden Gutachten von Dr. Hum. und Dr. Kr. werden vielmehr durch die seitens des Senats durchgeführte Beweiserhebung, insbesondere das Gutachten von Dr. Schw., bestätigt. Auf psychiatrischem Gebiet besteht im Wesentlichen eine dysthyme Störung, eine rezidivierende depressive Störung sowie ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen. Diese Erkrankungen sind behandlungsbedürftig, führen aber nicht zu einer andauernden wesentlichen qualitativen oder quantitativen Einschränkung des Leistungsvermögens in rentenrelevantem Umfang. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem Sachverständigengutachten von Dr. Schw. ... Der Gutachter führt insoweit nachvollziehbar unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden Befunde der behandelnden Ärzte sowie der Vorgutachter und der eigenanamnestischen Angaben des Klägers aus, dass in den zurückliegenden Jahren wohl vorübergehend gravierende depressive Störungen bis hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode vorlagen. Diese Störungen waren aber nach Einschätzung des Gutachters erkennbar nicht dauerhaft und zum Zeitpunkt der Begutachtung überhaupt nicht feststellbar. Aufgrund des rezidivierenden Auftretens gravierender Verstimmungen diagnostiziert Dr. Schw. nachvollziehbar noch eine rezidivierende depressive Störung, die aber gegenwärtig remittiert ist. Die von ihm diagnostizierte "double-depression"-Symptomatik, bei der es einerseits zu einem mehrjährigen (mehr als zweijährigen) Vorliegen einer leichtgradig depressiv-dysthymen Symptomatik kommt, auf die sich, üblicherweise ausgelöst durch psychosoziale Belastungsmomente, vorübergehende Phasen gravierender Depressivität auflagern, ist für den Senat auch anhand der vorliegenden psychiatrischen Gutachten von Dr. Dillmann, Dr. Hum. und Dr. Kr. und den darin mitgeteilten Befunden nachvollziehbar. Im Anschluss an das Gutachten von Dr. Schw. ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die depressive Störung gegenwärtig remittiert ist. Der Gutachter leitet die erhobenen Diagnosen und hieraus die Leistungsbeurteilung schlüssig und nachvollziehbar aus dem von ihm erhobenen psychischen Befund ab. Danach war der Kläger bei der Untersuchung wach, bewussteinklar und zu allen Qualitäten orientiert. Es bestanden keine manifesten formalen Denkstörungen, insbesondere keine Hemmung oder Verlangsamung des Denkens, kein perseverierendes oder ideenflüchtiges Denken. Hinweise auf klinisch relevante mnestiche Funktionsdefizite in Bezug auf das Kurzzeit- oder Langzeitgedächtnis ergaben sich nicht; Auffassungs- und Konzentrationsvermögen waren durchschnittlich ausgeprägt. Vermehrt ausgeprägte kognitive Ermüdungszeichen waren nicht erkennbar. Der Antrieb wird als situationsadäquat beschrieben. Hinweise auf eine suizidale Gefährdung bestanden nicht. Mit der durch den Gutachter diagnostizierten Dysthymie lässt sich die subdepressiv herabgeminderte Stimmungslage in Einklang bringen. Auch war der Affekt

überwiegend missgestimmt und dysphorisch. Bei den Fragebogenuntersuchungen haben sich depressive Symptome und zusätzlich einige körperliche Beschwerden und subjektive kognitive Beeinträchtigungen gezeigt. Hinweise für unmittelbare simulative oder aggravierende Verhaltenstendenzen ergaben sich nicht. Aus diesen Gründen hat der Senat keinen Zweifel an der Leistungsbeurteilung des Dr. Schw. ... Dessen Einschätzung ist auch im Hinblick auf den gegenüber dem Gutachter angegebenen Tagesablauf nachvollziehbar. Der Kläger hat angegeben, keinen "typischen Tagesablauf" zu haben. Er stehe zwischen 6.00 Uhr und 7.00 Uhr auf, kümmere sich um die eigene Perserkatze im Haus und um freilaufende Katzen draußen. Nach dem Frühstück widme er sich der Hausarbeit, putze, sauge Staub, kümmere sich um die Wäsche. Mittags nehme er seine Hauptmahlzeit ein, die er selbst koche. Am Nachmittag kaufe er ein, koche und arbeite am Auto. Er erledige auch häufig für Nachbarn handwerkliche Arbeiten oder repariere Haushaltsgeräte. Zwischen 19.00 Uhr und 21.00 Uhr esse er zu Abend; anschließend maile er oder sei auf Facebook aktiv. Der Tagesablauf ist strukturiert und ausgefüllt, er zeigt, dass der Kläger durchaus in der Lage ist, Tätigkeiten nachzugehen. Auch sind bei dem Kläger keine wesentlichen sozialen Rückzugstendenzen erkennbar. Er hat gegenüber Dr. Schw. angegeben, Kontakt mit Nachbarn zu haben, diesen bei Reparaturen behilflich zu sein und insgesamt "zu helfen, wo er könne". Auch hat der Kläger zwei gute Bekannte und unternimmt Urlaubsreisen mit Bekannten. Die von Dr. Schw. erhobenen Befunde sprechen daher gegen das Vorliegen einer schwerwiegenden, das Leistungsvermögen beeinträchtigenden psychiatrischen Erkrankung. Aufgrund des gegenüber Dr. Schw. mitgeteilten Konsums von Benzodiazepinen ist für den Senat auch der durch den Gutachter diagnostizierte schädliche Gebrauch von Benzodiazepinen nachvollziehbar, die aber nach Einschätzung des Gutachters nicht zu einer Leistungseinschränkung führt. Nicht zu überzeugen vermochte sich der Senat vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie durch die behandelnde Psychotherapeutin Dipl.-Psych. Dr. Meu. und zuletzt auch durch den behandelnden Psychiater Dr. Mai. diagnostiziert worden war. Dr. Schw. prüft in seinem Gutachten sorgfältig die nach ICD-10 für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung heranzuziehenden Kriterien. Nach den überzeugenden Ausführungen des Gutachters stellen die durch den Kläger geschilderten Erlebnisse (Erfahrungen während des Militärdienstes in der DDR von Mai 1989 bis Ende April 1990, Befragung durch Geheimdienste bei Übertritt von Ost- nach Westdeutschland Anfang 1990, Urlaubserfahrungen im Kongo im April 2004) zwar erhebliche Belastungen dar, sind aber Ereignisse, die nicht dem A- oder Trauma-Kriterium nach ICD-10 genügen. Dr. Schw. weist in diesem Zusammenhang überzeugend darauf hin, dass die durch den behandelnden Psychiater angegebenen Schwierigkeiten durch Trennung von den primären Bezugspersonen und Belastung der Beziehung zu diesen durch verschiedene Umstände und persönliche Eigentümlichkeiten der Eltern, zu Faktoren werden können, die die gesundheitliche Entwicklung beeinträchtigen, aber keineswegs Ereignisse darstellen, die dem Trauma-Kriterium nach ICD-10 genügen. Daneben ist auch das B- oder Wiedererinnerungs-Kriterium nicht erfüllt. Die durch den Kläger geschilderten Vermeidungsverhaltensweisen stellen nach der Auffassung des Gutachters keine psychopathologischen, wie etwa phobische Vermeidungstendenzen dar, so dass auch das C- oder Vermeidungs-Kriterium nicht als erfüllt anzusehen ist. Als erfüllt anzusehen ist zwar das D- oder Hypersensitivitäts-Kriterium, nicht aber das E- oder Zeit-Kriterium, wonach das Wiedererinnerungs-, Vermeidungs- und Hypersensitivitäts-Kriterium innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende der Belastungsperiode aufgetreten sein muss.

Nachdem nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. Schw. die von Dr. Mai. und Dipl.-Psych. Dr. Meu. diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung nicht vorliegt, vermochte der Senat sich auch von deren Leistungseinschätzung insgesamt nicht zu überzeugen. Die von den behandelnden Ärzten angenommene Leistungseinschränkung auf unter drei Stunden arbeitstäglich wird mit den mitgeteilten Befunden nicht suffizient begründet.

Keine bleibenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen hat zur Überzeugung des Senats die im November 2012 ausweislich des Berichts der Klinik für Neurologie des Klinikums He. erlittene transitorisch ischämische Attacke mit Schwindel und Sehstörung. Der Senat folgt auch insoweit den Ausführungen von Dr. Schw., der darauf hinweist, dass der damalige neurologische Befund sehr dezent auffällig gewesen ist und sich auf ein Schweregefühl im rechten Arm und Bein sowie Unsicherheit beim Romberg- und Seiltänzer-Gang mit Fallneigung nach rechts beschränkt hat. Bereits im Rahmen der stationären Behandlung waren die Befunde "eher rückläufig". Bei der Begutachtung durch Dr. Schw. ergaben sich keine Hinweise auf ein relevantes persistierendes neurologisches Defizit, so waren beispielsweise der Seiltänzer- sowie der Seiltänzerblindgang regelgerecht möglich. Der Senat folgt daher der Einschätzung des Dr. Schw., wonach aufgrund der vorübergehenden Gehirnminderdurchblutung das qualitative oder quantitative Leistungsvermögen des Klägers nicht beeinträchtigt ist.

Auf internistischem Fachgebiet steht für den Senat fest, dass der Kläger unter Colitis ulcerosa (Erstdiagnose im Februar 2003) und Hypertonie leidet. Hinsichtlich dieser Gesundheitsstörungen hat sich seit dem Gutachten von Dr. Mel. vom 30. Mai 2008, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden kann, keine Verschlechterung ergeben. Die Colitis ulcerosa ist nach Einschätzung von Dr. Schw. gut eingestellt; durch den Kläger wurden ihm gegenüber auch keine schwerwiegenden Schübe mitgeteilt. Eine weitgehende Remission der Colitis ulcerosa ergibt sich auch aus den dem Gutachten von Dr. Mel. beigefügten Berichten des Universitätsklinikums Ulm vom 16. Januar 2007 sowie des Bundeswehrkrankenhauses Ulm vom 6. November 2006. Zuletzt wurde durch den Befundbericht des Universitätsklinikums Ulm, Zentrum für Innere Medizin, vom 24. Februar 2011 (Bl. 29 der SG-Akte) aktuelle Beschwerdefreiheit dokumentiert. Die Leistungseinschätzung der Gutachterin, wonach der Kläger zumindest leichte Tätigkeiten ohne einseitige Körperhaltung, Klettern und Steigen mehr als sechs Stunden täglich verrichten kann, hat daher weiterhin Gültigkeit. Soweit die Gutachterin aufgrund einer Schwindelsymptomatik Tätigkeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung ausschließt, greift dies nicht mehr. Der Kläger hat gegenüber Dr. Schw. selbst angegeben, nicht mehr unter Schwindel zu leiden. Im Vergleich zu dem Gutachten von Dr. Mel. ist insofern eine Änderung eingetreten als bei dem Kläger zwischenzeitlich ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert wurde. Hieraus ergeben sich nach den Ausführungen von Dr. Schw. keine weitergehenden Einschränkungen. Er ist durch orale Antidiabetika eingestellt; Auswirkungen auf den Arbeitsalltag sind nicht ersichtlich.

Für den Senat steht daher fest, dass der Kläger auf psychiatrischem Fachgebiet unter einer dysthymen Störung, einer derzeit remittierten rezidivierenden depressiven Störung sowie einem schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen und auf internistischem Fachgebiet unter Colitis ulcerosa, derzeit remittiert, Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 leidet. Hinzu kommt auf orthopädischem Fachgebiet eine Zustand nach Achillessehnenriss mit Hypotrophie der linken Wade. Aus diesen Gesundheitsstörungen folgt keine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens, was sich ebenfalls aus den von Dr. Schw. mitgeteilten Befunden ergibt; der Gutachter konnte im Rahmen seiner Untersuchung keine Hinweise auf eine Störung der basalen Motivations- oder Antriebsfunktionen feststellen. Der Antrieb war regulär, das Ausdrucksverhalten affektkongruent und lebhaft. Weder in kognitiver noch in motorischer Hinsicht ergaben sich während der mehrstündigen Begutachtungssitzung verstärkt ausgeprägte Ermüdungszeichen. Eine zeitliche Einschränkung resultiert auch nicht aus den orthopädischen und internistischen Erkrankungen. Bei einer Erwerbstätigkeit sind aus psychiatrischer Sicht Tätigkeiten, die mit erhöhter Stressbelastung

einhergehen, etwa durch erhöhten Zeitdruck, z. B. durch Akkord- oder Fließbandarbeit, oder durch unphysiologische psychovegetative Belastung, wie z. B. Nacharbeit, zu vermeiden. Auch Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Sachwerte sind zu vermeiden. Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die Gestaltung interpersoneller Kontakte und die Konfliktfähigkeit stellen, kommen nicht in Betracht. Aufgrund des Benzodiazepin-Konsums sind außerdem Tätigkeiten zu meiden, die erhöhte Anforderungen an die Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsleistung oder durchschnittliche Anforderungen im komplexeren Bereich (etwa Steuerungsmaßnahmen an gefährlichen Maschinen mit der Notwendigkeit unmittelbaren Eingreifens im Störfall etc.) stellen. Aus den internistischen und orthopädischen Gesundheitsstörungen folgt, dass Tätigkeiten, die eine einseitige Körperhaltung, Klettern und Steigen erfordern, zu meiden sind.

Die vorliegenden Einschränkungen können damit zwar das Spektrum der für den Kläger in Betracht kommenden Tätigkeiten einschränken, sie begründen aber keine Zweifel an der normalen betrieblichen Einsatzfähigkeit für leichtere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Aus den genannten qualitativen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit ergeben sich weder schwere spezifische Leistungsbehinderungen noch stellen die qualitativen Leistungseinschränkungen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen (vgl. dazu BSG Urteil vom 11. Mai 1999 - [B 13 RJ 71/97 R](#) = [SozR 3-2600 § 43 Nr. 21](#) - Juris Rdnr. 18 ff.) dar. Insbesondere konnte der Senat sich von einer Einschränkung der Wegefähigkeit nicht überzeugen. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit des Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die dem Versicherten dies nicht erlaubt, stellt eine derart schwere Leistungseinschränkung dar, dass der Arbeitsmarkt trotz eines vorhandenen vollschichtigen Leistungsvermögens als verschlossen anzusehen ist (BSG Großer Senat vom 19.12.1996 - [GS 2/95](#) - Juris). Diese Kriterien hat das BSG zum Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit entwickelt, wie ihn § 1247 RVO und [§ 44 SGB VI](#) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (a.F.) umschrieben hatten (vgl. BSG Urteil vom 17. Dezember - [13/5 RJ 73/90](#) - Juris). Diese Maßstäbe gelten für den Versicherungsfall der vollen Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)) unverändert fort (vgl. BSG Urteil vom 28. August 2002 - [B 5 RJ 12/02 R](#) - Juris). Konkret gilt: Hat der Versicherte keinen Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm möglich sein müssen, - auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs - nach einem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel sowie vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege absolvieren muss. Eine (volle) Erwerbsminderung setzt danach grundsätzlich voraus, dass der Versicherte nicht vier Mal am Tag Wegstrecken von über 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (also jeweils innerhalb von 20 Minuten) zu Fuß bewältigen und ferner zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z. B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen (vgl. BSG Urteil vom 17. Dezember 1991 - [13/5 RJ 73/90](#) - Juris). Dazu gehört z. B. auch die zumutbare Benutzung eines eigenen Kfz (zur Wegefähigkeit vgl. zuletzt BSG Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 79/11 R](#) - Juris). Die Schädigung der linken Achillessehne führt zwar aufgrund der dadurch bedingten Schmerzen zu einer Beeinträchtigung der Gehfähigkeit, nicht aber in einem rentenrelevanten Ausmaß. Gegenüber dem Gutachter Dr. Schw. hat der Kläger selbst angegeben, "im Spaziergangstempo" etwa eine halbe Stunde gehen zu können. Die Einschätzung von Dipl.-Psych. Dr. Meu., wonach die Gehfähigkeit massiv eingeschränkt sei, ist daher in keiner Weise nachvollziehbar.

Der Kläger hat daher keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei war für den Senat im Rahmen des ihm eingeräumten Ermessens ausschlaggebend, dass die Klage insgesamt ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen berechtigten Anlass zur Klageerhebung gegeben hat.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-05-22