

L 2 R 1479/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 22 R 3452/12

Datum

17.03.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 2 R 1479/14

Datum

16.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts F. vom 17. März 2014 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung vom 1. Mai 2014 bis 30. April 2017 zu gewähren.

Die Beklagte erstattet dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge.

Die Kosten der Begutachtung durch Dr. B. werden auf die Staatskasse übernommen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der Kläger, italienischer Staatsangehöriger, hat den Beruf des Industriemechanikers erlernt. Zuletzt (seit 2007) war er bis zur Kündigung wegen seit Februar 2009 dauernder Arbeitsunfähigkeit nach einer Krebserkrankung in der Schweiz bis 31.8.2011 in diesem Beruf tätig. Seither hat er nach seinen Angaben gelegentlich geringfügige Tätigkeiten ausgeübt.

Die schweizerische Ausgleichskasse SAK übersandte der Beklagten den in der Schweiz gestellten Rentenantrag vom 25.8.2009. Der Kläger bezieht in der Schweiz seit 1.2.2010 eine Invalidenrente (ab 1.5.2010 Dreiviertelrente - CHF 144,00, Bl. 171 VA). Nach Auswertung der übersandten ärztlichen Befundunterlagen veranlasste die Beklagte die Begutachtung des Klägers durch Dr. T ... Im Gutachten vom 21./25.11.2011 diagnostizierte sie:

- Bösartiger Tumor der Gallengänge der Leber mit Zustand nach erweiterter Hemihepatektomie links mit biliodegistiver Anastomose sowie Chemotherapie, derzeit kein Anhalt für Lokalrezidiv, fast vollständig regredienter indeterminierter Knoten im Oberlappensegment links
- Rezidivierende Lumbalgien bei Bandscheibenvorfall L4/5 ohne Funktionsdefizit und ohne Wurzelreizsymptomatik
- Bruch des linken Ellenbogens in der Kindheit mit leichtem Beugedefizit

Die beklagte Erschöpfung habe sich nicht bestätigt. Der Kläger habe sehr vital gewirkt, die Stimmungslage sei ausgesprochen ausgeglichen und er sehr gut schwingungsfähig gewesen, ein Hinweis auf Antriebsstörung habe bei gut strukturiertem Tagesablauf nicht bestanden. Aufgrund der Erkrankungen seien dem Kläger Tätigkeiten mit mittelschwerem und schwerem Heben und Tragen nicht mehr zumutbar, eine Toilette sollte aufgrund von wässrigen Durchfällen erreichbar sein. Regelmäßige Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie übermäßiges häufiges Bücken und Schichtarbeit seien nicht zumutbar. Unter Berücksichtigung dessen seien leichte Tätigkeiten in vollem zeitlichen Umfang zu verrichten. Die letzte Tätigkeit als Betriebsmechaniker sei nicht dem Leistungsbild entsprechend.

Mit Bescheid vom 18.1.2012 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab, weil der Kläger die medizinischen Voraussetzungen nicht erfülle (Bl. 649 VA). Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und legte den Bescheid des Landratsamts W. vom 13.3.2012 über die Zuerkennung des Grad der Behinderung von 100 seit 14.2.2012 unter Berücksichtigung der Heilungsbewährung vor. (Anm.: Der GdB wurde nach den Angaben des Klägers gegenüber Gutachter Dr. W. später auf 20 oder 30 herabgesetzt). Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 2.7.2012 zurückgewiesen.

Dagegen hat der Kläger am 12.7.2012 Klage zum Sozialgericht F. (SG) erhoben und sein Begehren auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung unter Berufung auf die Folgen seiner Krebserkrankung sowie der Einschätzung der schweizerischen Invalidenversicherung weiter verfolgt.

Das SG hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich befragt. Dr. S., Klinik für Onkologie Z. berichtete über die Behandlung der Krebserkrankung von April 2009 bis Dezember 2011 mit ausgedehnter Operation (erweiterte Leberresektion) und Chemotherapie von Mai bis November 2009. Bis Dezember 2011 hätten sich keine klinischen Anzeichen für ein Tumorrezidiv ergeben. Während der Behandlungsperiode habe der Kläger aufgrund der Behandlungen eine Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit festgestellt, insbesondere Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Konzentrationsstörungen. Für 2012 könne er keine Aussage treffen. Bei weiterer Rezidivfreiheit müsste sich die Arbeitsfähigkeit im Laufe der letzten Monate verbessert haben. Aus onkologischer Sicht könne die dauerhaft eingeschränkte Leistungsfähigkeit nicht mehr erklärt werden (Schreiben vom 4.12.2012).

Die Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie W. berichtete unter dem 10.12.2012, den Kläger vom 12.3. bis 21.5.2012 in 5 probatorischen psychotherapeutischen Sitzungen behandelt zu haben. Sie habe bei geklagten Beschwerden von Übelkeit, Reizdarmsyndrom, ausgeprägte Tagesmüdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit, Morgentief, Grübelzwang, Gedankenkreisen und Gefühl der Nutz- und Wertlosigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine Panikstörung diagnostiziert. Eine aktuelle Leistungseinschätzung nach der eingeleiteten medikamentösen Therapie konnte sie nicht abgeben. Dr. B., Facharzt für Allgemeinmedizin teilte mit, den Kläger regelmäßig zu behandeln. Eine Besserung der Beschwerden sei nicht eingetreten. Arbeiten wie zuvor könne der Kläger nicht mehr (Schreiben vom 11.12.2012). Der Facharzt für Onkologie H. teilte unter dem 14.11.2013 (gemeint 2012) mit, den Kläger mehrfach in der Nachsorge behandelt zu haben. Dieser klagte über Unwohlsein, Übelkeit und Durchfälle. Leichte Tätigkeiten könne der Kläger in einem Umfang von mindestens 6 Stunden verrichten. Bei immer wieder einmal auftretenden Durchfällen müsse die Erreichbarkeit einer Toilette gewährleistet sein.

Weiter hat das SG Prof. Dr. A., Evangelisches Diakoniekrankenhaus F., Zentrum u.a. für Onkologie mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. Im Gutachten vom 3.7.2013 nach ambulanter und 2-tägiger stationärer Untersuchung diagnostizierte Prof. Dr. A.:

• Cholangiozelluläres Carcinom Klatskin IV, Erstdiagnose 2/09, • Z.n. Cholezystektomie, erweiterter Hemihepatektomie links mit biliodigestiver Anastomose 7.4.2009, • Z.n. adjuvanter Chemotherapie 5/09-11/09-11/12 keine Anzeichen für ein Tumorrezidiv, • Z.n. Post-ERC-Pankreatitis 2009, Status nach akuter Pankreatitis 6/10, aktuell Lipaseerhöhung ohne klinisches Korrelat, • mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, Panikstörung, • Bandscheibenprotrusion L4/5 rechts mediolateral, • H.p.-negative Gastritis, unauffällige Ileocoloskopie mit Ausschluss mikroskopischer Colitis.

Postoperativ sei es nach Besserung des Leistungsbildes zum Stagnieren der Leistungsfähigkeit seit etwa 2011 gekommen. Die im Vordergrund stehenden Beschwerden würden von Seiten des Klägers mit vermehrter Müdigkeit, Konzentrationsstörung und täglichen wässrigen Durchfällen sowie intermittierend auftretender Übelkeit angegeben. Von Seiten der malignen Grunderkrankung habe sich bisher kein Hinweis auf ein Rezidiv ergeben. Arbeiten mit leichter Belastung, Heben und Tragen bis 10 kg, ohne übermäßig häufiges Bücken oder auf Gerüsten und nicht in Schichtarbeit könnten aus internistisch-gastroenterologischer Sicht mindestens 6 Stunden täglich ausgeübt werden. Außer guter Erreichbarkeit der Toilette aufgrund der vermehrten Stuhlfrequenz seien keine weiteren besonderen Arbeitsbedingungen erforderlich. Eine psychiatrische Begutachtung sei erforderlich. Ergänzend teilte Prof. Dr. A. mit, dass während der Chemotherapie die Leistungsfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten auf max. 3 Stunden täglich herabgesunken gewesen sei. Erst danach gehe er von einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit mit einem Leistungsumfang von mindestens 6 Stunden leichter körperlicher Arbeit aus. Hinsichtlich der erhöhten Stuhlfrequenz gehe er von 2 Stuhlgängen pro 6-stündigem Arbeitstag aus, bei denen bei fehlenden Handicaps von einer durchschnittlichen Dauer ausgegangen werden könne (Ergänzung vom 25.7.2013).

Das psychiatrische Gutachten (vom 5.11.2013) holte das SG bei Prof. Dr. E., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum F. ein. Bei der Untersuchung am 16.10.2013 schilderte der Gutachter den psychischen Befund dahingehend, dass die Auffassungsgabe verlangsamt war, die Konzentrationsfähigkeit auch im Gespräch reduziert, Störungen von Merkfähigkeit und Gedächtnis waren nicht nachweisbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit war aufgehoben mit einem deprimierten Affekt. Der Antrieb war vermindert mit Energie- und Lustlosigkeit. Es bestand eine psychomotorische Hemmung mit Verlangsamung. Eine Pharmakotherapie oder psychiatrische Therapie finde nach vorausgehender nur kurzer Behandlung derzeit nicht statt, was die Einschätzung erschwere. Der Kläger leide unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit einer Antriebsstörung, die dem Energieniveau Grenzen setze, zu vornehmlicher Erschöpfbarkeit und zum Abbruch von Tätigkeiten führe. Simulation und Aggravation seien nicht nachweisbar. Derzeit könne der Kläger nur 2 - 4 Stunden einfachste Tätigkeiten durchführen. Von einer dauerhaften Leistungseinschränkung könne bei guten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgegangen werden. Bei üblichem Verlauf könne in weniger als 6 Monaten mit einer nachhaltigen Verbesserung gerechnet werden.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 17.3.2014 hat der Kläger auf Nachfrage angegeben, den kompletten 4 Personen Haushalt (berufstätige Ehefrau, Kinder 13 und 20 Jahre alt) bis auf das Wäschewaschen zu versorgen. Als Hobby spiele er Klavier, gehe hin und wieder spazieren, fahre öfter Fahrrad, betreibe aber nicht regelmäßig Sport. Er könne sich noch vorstellen eine berufliche Tätigkeit auszuüben, jedoch nicht vollschichtig. In Psychotherapie befinde er sich nicht, weil er nicht aufgrund einer Depression nicht arbeiten könne, sondern umgekehrt er eine Depression habe, weil er keine Arbeitsstelle habe.

Mit Urteil vom 17.3.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass eine Erwerbsminderung unter Würdigung der benannten Leiden auf psychiatrischem und internistischem Fachgebiet gestützt auf die Gutachten Prof. Dr. A. und Prof. Dr. E. nicht belegt sei. Zwar habe Prof. Dr. E. aktuell eine Leistungsfähigkeit zwischen 3 und unter 6 Stunden bestätigt, dies begründe aber keine Erwerbsminderung, weil dadurch bei bestehender Behandlungsmöglichkeit mit der Aussicht auf Besserung binnen 6 Monaten ein Dauerzustand nicht vorliege. Aus onkologischer Sicht sei durch das Gutachten des Prof. Dr. A. eine quantitative Leistungsminderung nicht belegt. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liege unter Berücksichtigung der vermehrten Frequenz der Toilettengänge nicht vor.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers mit Postzustellungsurkunde am 28.3.2014 zugestellte Urteil hat er am 31.3.2014 schriftlich beim Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt und das Begehren weiter verfolgt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 17. März 2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. Januar 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juli 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Rente wegen voller

Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Senat das Gutachten der Dr. B., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie vom 6.3.2015 eingeholt. Die Gutachterin diagnostizierte fachbezogen eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, dauerhafte Tumor-Fatigue mit Leistungsminderung und Minderung der kognitiven Leistung seit 2009, klinische Zeichen einer leichten Polyneuropathie der Beine, wiederholte Lumboischialgie bei kernspintomographischen Zeichen degenerativer Veränderungen der Bandscheibe und Wirbelgelenke sowie Bandscheibenvorfall L4/5 rechts - ohne motorische oder sensible Ausfälle. Der Kläger sei im Rahmen einer offenen Studie der Chemotherapie unterzogen worden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass es wenig bis keine Ergebnisse zu Langzeitfolgen speziell dieser Substanz gebe. Es gebe jedoch Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Patienten nach Chemotherapie eine kognitive Dysfunktion erleiden. (sog. Chemo-Brain). Simulation und Aggravation seien beim Kläger nicht nachweisbar bei kongruenten Befunden zum klinischen Eindruck. Auch leichte Tätigkeiten könne der Kläger weniger als 3 Stunden an 5 Tagen in der Woche ausüben. Die Fatigue bestehe seit 1.3.2010, die depressive Episode seit März 2012. Eine etablierte medikamentöse Behandlung der Fatigue gebe es derzeit nicht. Die diesbezügliche Leistungsminderung müsse deshalb als dauerhaft angesehen werden. Die auf die depressive Erkrankung zurückzuführenden Leistungseinschränkungen könnten unter dem Einsatz der üblichen Behandlungsschemata der Depression mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung innerhalb von 12 Monaten teilweise wegfallen.

Weiter hat der Senat das neurologisch-psychiatrische Gutachten des Dr. W. vom 30.11.2015 eingeholt. Der Gutachter benannte als Diagnosen eine depressive Anpassungsstörung bei maligner Systemerkrankung (ICD F43.2), pseudoneurasthenisches Syndrom nach Chemotherapie (ICD F06.6). Ganz im Vordergrund habe eine vermehrte Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit gestanden. Daraus resultierten dann auch Probleme mit Stimmung und Antrieb, wobei eine eindeutige Libido-Reduktion nicht erkennbar gewesen sei. In psychischer Hinsicht sei der Kläger matt, müde, in diesem Rahmen in gedrückter Stimmung und vermindert schwingungsfähig gewesen, Aufmerksamkeit und Konzentration seien leichtgradig reduziert. Es hätten sich zwar Hinweise für Verdeutlichungstendenzen ergeben, die auch im strukturierten Fragebogen simulierter Symptome nachweisbar waren. Zeichen einer Simulation oder bewusstseinsnahen Aggravation hätten sich jedoch - belegt durch die unauffälligen Ergebnisse im Trail-Making-Test B und im Mini-Mental-Status - nicht gezeigt. In der Zung-Depressionsskala habe sich der Befund einer allenfalls grenzwertigen bzw. leichten depressiven Verstimmung ergeben. Im Vordergrund stünde damit ein so genanntes pseudoneurasthenisches Syndrom, wie dies häufig nach Chemotherapie zu beobachten sei, mit vom Probanden glaubhaft geschilderter vermehrter Irritierbarkeit, insbesondere aber vermehrter Ermüdbarkeit bzw. Erschöpfbarkeit. Diese sei entweder als Nebenwirkung der Chemotherapie oder aber im Sinne einer Fehlverarbeitung der malignen Grunderkrankung zu werten. Die Beurteilung von Fatigue-Syndromen sei in der gutachterlichen Praxis nur sehr schwer möglich. Während der gesamten Untersuchung sei keine Diskrepanz zwischen den Angaben des Klägers und dem, was üblicherweise in Lehrbüchern zur Fatigue-Symptomatik geschildert werde, zu beobachten gewesen. Auch hätten seine Angaben zum psychopathologischen Befund korrespondiert, der Kläger sei bei der Untersuchung müde, matt, erschöpft, in diesem Rahmen dann auch reduziert in Antrieb, Psychomotorik, Aufmerksamkeit und Konzentration gewesen, was darauf beruhen könne, dass er schon 3 - 4 Stunden im Auto, gefahren von seinem Schwager verbracht habe. Letztendlich könne die Fatigue-Symptomatik erst im Rahmen einer länger dauernden stationären Behandlungserprobung validiert werden. Bei Beachtung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen - ohne Zeitdruck, Schichtbetrieb, hohen Anspruch an Daueraufmerksamkeit und Konzentration - seien leichte Arbeiten 6 Stunden und mehr werktäglich zu verrichten. Allerdings sei die Fatigue-Symptomatik zu berücksichtigen, die mit großer Wahrscheinlichkeit dazu führe, dass der Kläger alle 2 Stunden eine Pause von 30 - 45 Minuten benötige, um sich soweit erholen zu können, dass die Arbeit wieder aufgenommen werden könne. Eine genaue Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei jedoch erst nach einer ausführlichen stationären Belastungserprobung möglich. Darüber hinaus müsse der Kläger jederzeit rasch eine Toilette aufsuchen können. Die Leistungseinschränkung bestehe seit Antragstellung.

Die Beklagte ist dem Gutachten mit der Stellungnahme von Dr. N. vom 16.12.2015 entgegengetreten, der einen Dauerzustand für ein quantitativ leistungsminderndes Krankheitsbild nicht zweifelsfrei abzuleiten vermochte.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Schriftsatz des Klägersvertreters vom 9.3.2016 und des Beklagten vom 23.2.2016).

Die Beklagte hat noch eine Wartezeitaufstellung vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung (vgl. [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Berufung des Klägers hat Erfolg.

Die gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung ist zulässig; sie ist unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden. Die Berufung ist auch begründet. Der Kläger hat Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, weil er nur noch eingeschränkt mit betriebsunüblichen Pausen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig sein kann.

Streitgegenstand ist der Bescheid vom 18.1.2012, mit dem die Beklagte die Gewährung der beantragten Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt hat, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2.7.2012, gegen den der Kläger zutreffend mit der kombinierten Anfechtungs-

und Leistungsklage vorgeht.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch ist [§ 43 SGB VI](#). Nach [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1).

Voll erwerbsgemindert sind gem. [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) 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. Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) auch Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind gem. [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) 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.

Gem. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist jedoch 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.

Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt der Kläger unter Einbeziehung der schweizerischen Zeiten (Art 11 Abs. 1 Deutsch-Schweizerisches Sozialversicherungs-Abkommen (DSSVA); vgl. Gesamtkontospiegel der Beklagten vom 22.5.2012 (Bl 727 VA) und Wartezeitaufstellung vom 14.3.2016), insbesondere hinsichtlich der notwendigen Pflichtbeiträge und der Wartezeit bezogen auf den Eintritt des Versicherungsfalles am 16.10.2013 (Untersuchung durch Prof. Dr. E.). Der Kläger ist auch im Sinne der obigen gesetzlichen Regelung ab diesem Zeitpunkt erwerbsgemindert.

Ein Rentenanspruch des Klägers nach deutschem Recht folgt jedoch nicht bereits daraus, dass dem Kläger in der Schweiz eine Invalidenrente zuerkannt worden ist. Die Leistungen knüpfen an unterschiedliche Voraussetzungen an. Nach deutschem Rentenversicherungsrecht erfolgt eine Abstufung der Versicherungsfälle je nach dem Ausmaß der Erwerbsfähigkeit. Dies ist eine spezifische Regelung des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Im ausländischen Recht ist im allgemeinen lediglich ein einheitlicher - wenn auch in seinen Voraussetzungen wiederum von Land zu Land unterschiedlich geregelter - Versicherungsfall der Invalidität vorgesehen (BSG, Urteil vom 14. Dezember 1998 - [B 5 RJ 60/97 R](#) -, SozR 3-6855 Art 11 Nr. 1, [BSGE 83, 192-200](#), [SozR 3-2600 § 43 Nr. 20](#), juris Rn. 16). Verbindlichkeit erlangen die Entscheidungen anderer Staaten bezüglich der Invalidität nur, wenn dies gem. [Art. 46 Abs. 3 EG VO](#) Nr. 883/2004 in Anhang VII festgelegt ist. Die Übereinstimmungserklärung der Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII hat Deutschland aber nicht erklärt - unabhängig von der Frage der Anwendbarkeit der VO auf die Schweiz. Die Festlegung der (medizinischen) Voraussetzungen für einen Rentenanspruch verbleibt in der Zuständigkeit des nationalen Gesetzgebers (in Bezug auf EU-Recht: Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 30. Januar 2013 - [L 13 R 155/11](#) -, juris Rn. 51; vgl. Senatsentscheidung vom 20.8.2014 - [L 2 R 2562/13](#)).

Der Senat schöpft seine Überzeugung für das Vorliegen der Voraussetzungen für die Rentengewährung nach deutschem Recht aus dem im SG-Verfahren eingeholten Gutachten des Prof. Dr. E. vom 5.11.2013 und den im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten der Dres. B. vom 6.3.2015 und W. vom 30.11.2015. Anhand der dort im Wesentlichen übereinstimmend geschilderten Befunde ist zur Überzeugung des Senats nachgewiesen, dass der Kläger nicht mehr unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes 6 Stunden und mehr auch nur leichte Tätigkeiten arbeitstäglich verrichten kann und er deshalb erwerbsgemindert ist.

Eindeutig im Vordergrund und leistungsbestimmend sind die Folgen der 2009 festgestellten Krebserkrankung des Klägers, von der die Gallenwege und die Leber betroffen waren. In der Folge wurde der Kläger umfassend operiert und erhielt im Anschluss von Mai bis November 2009 eine adjuvante Chemotherapie, nach den Ausführungen von Dr. B. im Rahmen einer offenen Studie. Ein Tumorrezidiv ist zwar seither nicht aufgetreten. Der Kläger leidet aber mit zunehmender Tendenz im Wesentlichen unter vermehrter Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit, die von den nervenärztlichen Gutachtern Dres. B. und W. einer Fatigue-Symptomatik zugeordnet wurden. Dazu kommen Konzentrationsschwäche, verminderter Antrieb, Freudverlust und an vegetativen Störungen Durchschlafstörungen mit Früherwachen, ohne Erholungswert, zum Teil Appetit- und sexuelle Störungen, Reizbarkeit und sozialer Rückzug und ausgeprägte Einschränkungen im Alltag. Der Kläger wurde in der Untersuchungssituation von allen drei nervenärztlichen Gutachtern übereinstimmend und glaubwürdig als matt, müde, in gedrückter Stimmung und vermindert schwingungsfähig bzw. gar nicht schwingungsfähig beschrieben. Dr. W. hat auf die Schwierigkeiten der Beurteilung der Fatigue-Symptomatik hingewiesen, die sich weitgehend auf die Angaben des zu Untersuchenden stützen muss. Jedoch haben alle drei nervenärztlichen Gutachter den Beschwerdeschilderungen des Klägers Glauben geschenkt und keinen Anlass am Vorliegen der Empfindungen zu zweifeln gehabt. Hinweise für Aggravation haben die Gutachter übereinstimmend nicht gefunden. Auch Dr. W. hat eine leichte Simulationstendenz des Klägers nicht in diesem Sinne werten wollen, nachdem die Schilderung des Klägers konsistent erfolgte und durch den objektivierbaren psychopathologischen Befund untermauert war sowie eine ausreichende Anstrengungsbereitschaft in den testpsychologischen Leistungstests wie Mini-Mental-Status und Trail-Making-Test B erkennbar war. Alle drei Gutachter haben die Fatigue-Symptomatik - auch wenn Prof. Dr. E. die Erkrankung als depressive Episode mit somatischem Syndrom bezeichnet hat - als eine organische Folgeerkrankung der Chemotherapie eingeordnet. Dies überzeugt den Senat auch vor dem Hintergrund, dass die Deutsche Fatigue Gesellschaft Entsprechendes mitteilt. Danach kann auch lange nach intensiven Tumorthapien noch ein chronisches Fatigue-Syndrom bestehen, über deren Ursachen (neuropsychologische Störung, gestörte Krankheitsverarbeitung, Stoffwechselstörung, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Störung in der Regulation der immunologischen Botenstoffe u.a.), jedoch keine sicheren Erkenntnisse vorliegen (vgl.

<http://www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de /oeffentlich/040200 fatigue.html>).

Da bei dem Kläger das Fatigue-Syndrom und nicht etwa eine psychische Erkrankung für die Leistungsfähigkeit ausschlaggebend ist, spielt es für die Beurteilung keine Rolle, dass eine aktuelle Pharmakotherapie und psychiatrische Therapie nicht stattfinden, worauf jedoch Dr. N. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme abgehoben hat. Nach den übereinstimmenden Auskünften von Dres. B. und W. ist dieser wesentliche Teilbereich der Erkrankung - unabhängig davon, ob noch eine psychische Erkrankung, die allerdings anders als bei Dr. B. von Dr. W. nicht mehr festgestellt werden konnte, hinzukommt oder nicht - einer kurativen Behandlung nicht zugänglich. Insoweit überzeugt die Einschätzung von Prof. Dr. E., der eine Verbesserungsmöglichkeit innerhalb von 6 Monaten durch eine psychische Behandlung sieht, den Senat nicht. Für unerheblich hält der Senat auf Grund des Krankheitsbildes auch, dass der Kläger noch einen Tagesablauf hat wie jemand, der von allen Pflichten entbunden ist, worauf Dr. N. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme abhebt. Dies wäre ein Kriterium zur Beurteilung der Auswirkung einer psychischen Erkrankung, die hier aber nicht führend ist.

Nachgewiesen ist durch die Ausführungen des Dr. W. zur Überzeugung des Senats, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf Grund des Fatigue-Syndroms zumindest soweit herabgemindert ist, dass er zwar noch 6 Stunden leichte Arbeiten mit den genannten qualitativen Einschränkungen verrichten kann aber jeweils nach 2 Stunden Arbeitsleistung eine verlängerte Pause von 30 bis 45 Minuten einlegen muss, bevor er seine Arbeitstätigkeit fortsetzen kann. Gegen diese Einschätzung spricht vorliegend auch nicht, dass der Kläger nach seinen Schilderungen mehrfach geringfügige Beschäftigungen ausgeübt hat und nach seinen Angaben gegenüber Dr. W. bei einem Kollegen über einen Zeitraum von 8 Monaten Satreceiver geprüft hat. Die Arbeit musste er wegen zunehmender Müdigkeit am Ende aufgeben. Diese Arbeitstätigkeiten fügen sich in das vorher vom Kläger gewonnene Bild ein, der trotz Versuchs - ebenso wie beim Wiedereingliederungsversuch bei seiner letzten Arbeitsstelle in der Schweiz - zwar noch gerne arbeiten würde, aber nicht mehr unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts kann. Bei einem derart ausgiebigen Pausenbedarf ist davon auszugehen, dass dem Kläger der Arbeitsmarkt verschlossen ist. Grundsätzlich gilt: Besteht noch eine Leistungsfähigkeit für vollschichtig leichte körperliche Tätigkeiten, wenn auch nur mit bestimmten Einschränkungen, ist die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit nur erforderlich, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt. Eine Prüfung im Einzelfall erübrigt sich allerdings, wenn dem Versicherten mit seinem verbliebenen Leistungsvermögen der Arbeitsmarkt generell verschlossen ist (BSG, Urteil vom 5.10.2005 - [B 5 RJ 6/05 R](#) -, juris Rn. 18 mit Hinweis auf BSG, Beschluss des Großen Senats vom 19.12.1996 - [GS 2/95](#) - [BSGE 80, 24](#) = [SozR 3-2600 § 44 Nr 8](#) und sog. Katalogfälle, [BSGE 80, 24](#), 35 = [SozR 3-2600 § 44 Nr 8](#) S 28). Diese von der Rechtsprechung zum früheren Recht entwickelten Grundsätze sind grundsätzlich weiterhin anwendbar (BSG, Urteil vom 5.10.2005 - [B 5 RJ 6/05 R](#) -, juris Rn. 18). Zu zweimal 15-minütigen zusätzlichen Arbeitspausen ist anerkannt, dass die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit notwendig ist. Auch bei einer Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt stellen derartige zusätzliche Pausen in Zusammenhang mit weiteren quantitativen Einschränkungen eine schwere spezifische Leistungsbehinderung dar, die ernste Zweifel daran aufkommen lässt, ob in der sozialen Wirklichkeit Arbeitsplätze vorhanden sind, die tatsächlich noch die Möglichkeit bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen (BSG, Urteil vom 6.6.1986 - [5b RJ 42/85](#) -, juris Rn. 20).

Nach [§ 4 Satz 1](#) Arbeitszeitgesetz (ArbZG) sind bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden Ruhepausen von mindestens 30 Minuten zur Unterbrechung der Arbeitszeit vorgesehen. Die vom Kläger einzulegenden Pausen - alle 2 Stunden 30 bis 45 Minuten - sind abweichend davon derart ausgiebig und unüblich in allen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorkommenden Tätigkeiten, dass davon auszugehen ist, dass es solche Arbeitsverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt schlichtweg nicht gibt, eine Verweisungstätigkeit mithin nicht benannt werden kann.

Hinsichtlich des Eintritts des Leistungsfalls orientiert sich der Senat an der Untersuchung durch Prof. Dr. E. am 16.10.2013, durch dessen Begutachtung erstmals die die Leistungsbeeinträchtigung ergebenden Befunde in der Qualität erhoben worden sind.

Nachdem für den Kläger der Arbeitsmarkt aufgrund einer schweren spezifischen Leistungseinschränkung als verschlossen gilt, war die Rente zu befristen. Nach [§ 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Zeit geleistet, es sei denn, auf sie besteht ein Anspruch unabhängig von der Arbeitsmarktlage und es ist unwahrscheinlich, dass die Minderung behoben werden kann ([§ 102 Abs. 2 Satz 5 Halbsatz 1 SGB VI](#)). Die Befristung ([§ 32 Abs. 2 Nr. 1](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) erfolgt für längstens 3 Jahre nach Rentenbeginn ([§ 102 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Nach [§ 101 Abs. 1 SGB VI](#) werden befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht vor Beginn des siebten Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet. Rentenbeginn ist damit der 1.5.2014. Die Rente war auf 3 Jahre zu befristen.

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

Die Kosten der Begutachtung gem. [§ 109 SGG](#) durch Dr. B. waren auf die Staatskasse zu übernehmen, weil das Gutachten die Sachverhaltsaufklärung gefördert hat und im Wesentlichen durch das Gutachten des Dr. W. bestätigt worden ist, und zum zusprechenden Urteil des Senats beigetragen hat.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-22