

L 11 R 2325/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 12 R 3843/11
Datum
20.03.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 2325/14
Datum
21.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 20.03.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1963 geborene Kläger ist gelernter Steinmetz. Nach Ablegung der Meisterprüfung war er von 2003 bis Ende 2007 selbstständig tätig und musste die Tätigkeit dann aus gesundheitlichen Gründen aufgeben. In seinem Versicherungsverlauf findet sich infolge der selbstständigen Tätigkeit eine Lücke in der Zeit vom 15.12.2002 bis 24.01.2008. Ab 25.01.2008 bezog der Kläger Arbeitslosengeld II. Anschließend war er noch kurz als Weinfachberater tätig und zuletzt 2010/2011 als Mobilitätsberater im Rahmen einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung.

Einen ersten Rentenanspruch des Klägers vom 30.03.2009 lehnte die Beklagte wegen Fehlens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mit Bescheid vom 31.03.2010 ab. Am 30.12.2010 beantragte der Kläger erneut "auf Anregung des Jobcenters" eine Rente wegen Erwerbsminderung wegen Silikose, doppelten Leistenbruchs, Konzentrationsstörungen und phasenweise Depressionen. Nach Überprüfung der Beklagten waren die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei einem Leistungsfall ab 01.01.2011 erfüllt.

Die Beklagte ließ den Kläger durch Frau B. und Dr. C. nervenärztlich und internistisch begutachten. Bei der Untersuchung am 03.02.2011 wurde ein Blutalkoholwert von 1,08 Promille und ein CDT-Wert von 2,8% gemessen. Dr. C. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 14.02.2011 eine Alkoholabhängigkeit, Pneumokoniose ohne wesentliche Beeinträchtigung der Lungenfunktion und eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter als Folge einer operierten Luxation des linken Akromioclavikulargelenks 2005. Er hielt mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Auch Frau B. gelangte in ihrem Gutachten vom 10.02.2011 mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit zu einem entsprechenden Leistungsvermögen wie Dr. C. Mit Bescheid vom 16.02.2011 lehnte die Beklagte daraufhin den Rentenanspruch ab.

Mit seinem Widerspruch vom 15.03.2011 verwahrte sich der Kläger gegen die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit. Er habe am Vorabend der Untersuchung wegen starker Ängste eine Flasche Wein getrunken. Er leide unter Bluthochdruck, Gleichgewichtsstörungen, sehr starker Erschöpfung, dauerhafter Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, chronischem Reizhusten und zum Teil unerträglichen Rückenschmerzen. Er sei nunmehr in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. E.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.06.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Leichte und mittelschwere Tätigkeiten über sechs Stunden täglich seien möglich.

Hiergegen richtet sich die am 15.07.2011 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage. Die Beklagte habe insbesondere auf psychiatrischem Gebiet bestehende Erkrankungen nicht berücksichtigt.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen befragt. Der Hausarzt Dr. H. hat unter dem 02.11.2011 ausgeführt, es bestehe eine ausgeprägte depressiv ängstliche Lage, der Kläger sei aus psychischen Gründen nicht arbeitsfähig. Dr. E. schätzt das Leistungsvermögen des Klägers auf unter sechs Stunden täglich ein. Er behandle den Kläger seit April 2011 in vierzehntägigem

Abstand psychotherapeutisch; der Schwerpunkt der leistungsmindernden Faktoren liege auf psychiatrischen Gebiet (Schreiben vom 22.11.2011). Ergänzend hat der Kläger Atteste von Dr. H. vom 18.03.2012 und Dr. E. vom 26.03.2012 vorgelegt, wonach beide Ärzte nicht von einer Alkoholabhängigkeit des Klägers ausgingen. Das SG hat ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. R. eingeholt. Dieser diagnostiziert in seinem Gutachten vom 18.08.2012 eine seit der Kindheit bestehende Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und anankastischen Zügen. Der Gutachter befand den Kläger bei der Untersuchung als nüchtern und hielt eine Tendenz zu vermehrten Alkoholkonsum für wahrscheinlich, aber nicht weiter klärungsbedürftig. Das Leistungsvermögen für Tätigkeiten ohne nervliche Beanspruchung und ständigen Publikumsverkehr liege bei über sechs Stunden täglich. Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. F. eingeholt. In dem Gutachten vom 30.12.2012 gelangt Dr. F. zur Einschätzung eines Leistungsvermögens für Tätigkeiten ohne besondere nervliche Beanspruchung für drei bis unter sechs Stunden täglich. Es bestehe eine "Dysthymia im Schweregrad einer mittelschweren Depression" mit wahrscheinlicher Genese durch Kindheitstraumata, eine Suchterkrankung liege nicht vor. Als Zeitpunkt des Eintritts der Leistungsminderung nahm der Gutachter die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit mit sich daran anschließendem sozialen Absturz an.

Mit Urteil vom 20.03.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine Erwerbsminderung des Klägers sei nach Abschluss der Sachaufklärung nicht festzustellen. Die gutachterlich festgestellten Erkrankungen belegten keine quantitative Leistungsminderung. Einerseits führe das Gutachten von Dr. R. auf der Grundlage eines psychopathologisch durchaus unauffälligen Befundes schlüssig aus, dass aus der von ihm diagnostizierten Persönlichkeitsstörung keine quantitative Leistungsminderung folge, sondern im Gegenteil eine qualitativ geeignete Arbeitstätigkeit den Gesundheitszustand zu verbessern verspreche. Auf der anderen Seite gelange das Gutachten von Dr. F. auf der Grundlage eines im Vergleich zum Vorgutachten unauffälligeren psychopathologischen Befundes zur Diagnose einer Dysthymia, aus der ein quantitatives Leistungsvermögen von nur unter sechs Stunden abgeleitet werde. Die dafür gegebene Begründung (Teil der Realerfahrung bei bisher ausgeübten Beschäftigungen) überzeuge die Kammer nicht. Der Gutachter führe selbst aus, dass es sich bei dem festgestellten Krankheitsbild um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung handele, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Mit seiner Kritik führe der Gutachter zwar Schwächen der nach ICD-10 vorgenommenen Trennung zwischen episodischen und konstanten Erscheinungsformen von Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis aus, erläutere jedoch nicht, warum im Falle des Klägers aus dieser grundsätzlichen Kritik stärkere Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf das quantitative Leistungsvermögen folgten.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 14.04.2014 zugestellte Urteil richtet sich die am 13.05.2014 beim SG eingelegte Berufung des Klägers. Der Gutachter Dr. F. habe begründet, dass eine Dysthymia durchaus einen höheren Schweregrad erreichen könne, der sich funktional leistungseinschränkend auswirke. Der Leidensweg des Klägers sei inzwischen umfangreich dokumentiert. Spätestens mit dem ärztlichen Entlassungsbericht der Hochgebirgsklinik D. vom 16.08.2016 liege der zweifelsfreie Beweis vor, dass dem Kläger seit Antragsstellung eine volle Erwerbsminderungsrente zu gewähren sei. Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes der Beklagten nähmen die notwendige sozialmedizinische Betrachtung mit dem Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsstörungen auf unterschiedlichen Fachgebieten nicht vor. Durch die umfangreiche Lungenfunktionsdiagnostik in D. sei eine schwerwiegende Symptomatik dokumentiert, die in Wechselwirkung zu den festgestellten psychophysischen Erschöpfungszuständen und den schweren Schlafstörungen stehe. Schlüssig sei daher eine Leistungsfähigkeit unter der Grenze von drei Stunden täglich festgestellt worden. Hinsichtlich der schweren chronischen Bronchitis bestehe keine hinreichende therapeutische Beeinflussbarkeit, wie sich aus dem Arztbrief von Dr. T. vom 10.02.2017 ergebe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 20.03.2014 und den Bescheid der Beklagten vom 16.02.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.06.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie geht weiterhin davon aus, dass noch eine mindestens sechsstündige Erwerbstätigkeit möglich sei.

Der Senat hat zunächst im Hinblick auf Kritik des beratungsärztlichen Dienstes der Beklagten am Gutachten von Dr. F. diesen um ergänzende Stellungnahme gebeten. Mit Schreiben vom 22.10.2014 hat Dr. F. ausgeführt, dass die psychische Erkrankung des Klägers zu fassen sei als lebenslange Störung aus dem depressiven Spektrum, in weiten Teilen verständlich erwachsen aus Kindheits- und Jugenderfahrungen von traumatischer Qualität. Die Verpflichtung zur Heranziehung des Diagnosemanuals ICD-10 zwingt dazu, die Störung unter Dysthymie einzuordnen, weil sonst der fortgesetzte, nicht episodische Störungsverlauf nicht zu fassen sei. Im Falle des Klägers habe er hervorgehoben, dass der Ausprägungs- und Beeinträchtigungsgrad unter mittelschwer einzustufen sei. Seine Beurteilung bleibe unverändert.

Der Senat hat ein weiteres fachneurologisch-psychiatrisches Gutachten bei der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie O.-P. eingeholt. Diese diagnostiziert in ihrem Gutachten vom 23.09.2015 eine Dysthymia mit neurasthenen Zügen. Fachfremd sei eine Pneumokoniose (Staublunge) bekannt. Von einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung könne bei durchaus geglücktem beruflichen Werdegang bis hin zur Selbstständigkeit nicht ausgegangen werden. Auch die soziale Integration sei vorhanden. Eine durchweg mittelgradig depressive Symptomatik lasse sich bei dem Kläger in der Befundlage nicht darstellen. Eine erweiterte antidepressive oder stimmungsstabilisierende Medikation werde nicht durchgeführt, in der Vergangenheit habe der Kläger die vorübergehende Sertralingabe hausärztlicherseits angegeben. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Aus internistischer Sicht seien allenfalls qualitative Leistungseinschränkungen zu erwarten. Auf Kritik des Klägers am Gutachten von Frau O.-P., welches er als nicht verwertbar ansieht, hat diese unter dem 27.06.2016 eine ergänzende Stellungnahme abgegeben, mit welcher sie bei ihrer bisherigen Einschätzung verblieben ist.

Ein von der Beklagten bewilligtes Rehabilitationsverfahren im Nordseeheilbad N. (08. bis 09.09.2015) musste abgebrochen werden, da der

Kläger wegen einer tiefen Beinvenenthrombose im rechten Unterschenkel nicht rehabilitationsfähig war. Vom 12. bis 21.09.2015 ist der Kläger im Krankenhaus N. stationär behandelt worden wegen Pleuropneumonie rechts, verdachtsweise Infarktpneumonie, respiratorischer Partialinsuffizienz bei bekannter Lungensilikose, Hypokaliämie und arterieller Hypertonie. Hinsichtlich der tiefen Beinvenenthrombose habe zum Aufnahmezeitpunkt bereits eine Kompressionsbehandlung sowie eine effektive gerinnungswirksame Therapie mit NOAK bestanden ohne Komplikationen oder Unverträglichkeiten. Nach antimikrobieller und atemphysikalischer Therapie mit analgetischer Behandlung habe der Kläger wieder gut durchatmen können.

Der Senat hat ergänzend die Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. Re.-Bo. als sachverständige Zeugin befragt. Diese hat unter dem 18.01.2016 ausgeführt, dass sie den Kläger seit Juni 2014 hausärztlich behandle, in erster Linie zur Betreuung der chronisch-restriktiven Ventilationsstörung bei Silikose. Inzwischen sei es zu einer leichten Verbesserung der chronischen Hustenanfälle und Infektneigung unter begleitender mikrobiologischer Therapie zur Stabilisierung des Immunsystems gekommen. Es bestehe aber eine eingeschränkte Gesamtsituation und Belastung durch mehrmals tägliches Dauerhusten mit Auswurf. Zu den von Dr. Re.-Bo. übersandten umfangreichen ärztlichen Unterlagen hat der beratungsärztliche Dienst (Dr. N. 29.01.2016 und Dr. Pf. 16.02.2016) Stellung genommen.

Die Beklagte hat dem Kläger erneut eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligt, die in der Zeit vom 28.06. bis 26.07.2016 in der Hochgebirgsklinik D. durchgeführt worden ist. Im Entlassungsbericht vom 16.08.2016 sind die Diagnosen allergisches Asthma bronchiale mit intrinsischer Komponente, bronchiale Hyperreagibilität, Pneumokoniose (Silikose) durch Quarzstaub, Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), depressive Episoden und Zustand nach Lungenembolie 9/2015, Hausstaubmilbenallergie, polyvalente Sensibilisierung, Zustand nach Beinvenenthrombose rechts 9/2015, bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome enthalten. Es wird eingeschätzt, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen des ständigen Hustens und besonders wegen der psychischen Veränderungen ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden pro Tag bestehe. Hierzu hat erneut der ärztliche Dienst der Beklagten Stellung genommen. Dr. Pf. führt unter dem 19.10.2016 aus, dass sich aus internistischer Sicht anhand der aktuell durchgeführten technischen Untersuchungen in der Lungenfunktionsdiagnostik eine leichtgradige periphere Obstruktion mit leichtgradiger peripherer Flusslimitation und Lungenüberblähung zeige. In der durchgeführten Blutgasanalyse zeige sich eine Alkalose als auch eine Hypokapnie und ortsbedingte Hypoxämie. Berechnet auf die entsprechende Höhenlage von D. finde sich jedoch ein O₂-Partialdruck von 77,93 mmHg, welcher normwertig sei. Ebenso unauffällig sei die Diffusionskapazität. Über den gesamten Verlauf sei eine leichte Besserungstendenz der klinischen Beschwerden festzustellen. Aufgrund der pneumologischen Erkrankung lasse sich keine quantitative Leistungsminderung feststellen. Dr. N. hat unter dem 27.10.2016 darauf hingewiesen, dass die im Entlassungsbericht dargestellten "jetzigen Beschwerden" das von Frau O.-P. beschriebene neurasthene Beschwerdebild deutlich machten, während eine wesentliche Symptombelastung einer psychischen Erkrankung hieraus nicht hervorgehe. Als Eingangsmedikation der stationären Rehabilitation werde gar kein Psychopharmakon mitgeteilt, was gegen eine wesentliche psychische Erkrankung spreche. Im Verlauf des mehrwöchigen stationären Aufenthaltes habe die Klinik kein einziges Psychopharmakon in der Behandlung von Depressionen oder Angsterkrankungen eingesetzt, was durchaus bei leichtgradigen Störungsbildern der Fall sein könne. Die Art des therapeutischen Vorgehens spreche eindeutig gegen eine wesentliche Krankheitsschwere. Die geschilderte Symptomatik sei derartig blande, dass nicht mal eine leichte depressive Störung oder eine Angsterkrankung nachvollzogen werden könne. Eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens lasse sich nicht nachvollziehen. Im Abschlussbefund und Reha-Ergebnis würden subjektive Beschwerdeangaben offenbar, wobei die Klinik keinerlei Konsistenzprüfung oder eine entsprechende Befundung vorgenommen habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid vom 16.02.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.06.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente, da er nicht erwerbsgemindert ist.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach [§ 43 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#) in der ab 01.01.2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 ([BGBl I 554](#)). Versicherte haben nach [§ 43 Abs 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie erwerbsgemindert sind (Nr 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr 3).

Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs 1 und Abs 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs 3 SGB VI](#)).

Zur Überzeugung des Senats kann der Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne besondere Stressbelastung und ohne Belastung durch inhalative Reizstoffe verrichten. Diese Überzeugung schöpft der Senat aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten von Dr. R. und Frau O.-P. ... Danach besteht bei dem Kläger in nervenärztlicher Hinsicht eine Dysthymie mit neurasthenen Zügen. Eine erhebliche Persönlichkeitsstörung, die üblicherweise mit erheblichen Integrationsproblemen in sozialer und beruflicher Hinsicht einhergeht, liegt nicht vor, lediglich eine akzentuierte Persönlichkeit. Ein problematischer Alkoholkonsum mag in der Vergangenheit bestanden haben, spielt für das vorliegende Verfahren jedoch keine Rolle. Bei der Untersuchung durch Frau O.-P. zeigte der Kläger, wie zuvor auch schon bei Dr. R., weder Hinweise auf eine aktuelle Alkoholintoxikation, noch auf ein entzückiges Bild. Bei

der auch von Dr. F. diagnostizierten Dysthymie handelt es sich nach dem Diagnosemanual ICD-10 (F 34.1) um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Schwergradige funktionelle Einschränkungen bestehen aufgrund dieser Erkrankung nicht. Der Senat schließt sich insoweit der Auffassung der Sachverständigen Dr. R. und Frau O.-P. an. Der psychische Befund des Klägers stellte sich bei den mehrfachen Untersuchungen im Rahmen des Verfahrens als relativ unauffällig dar. Aus dem im Rentenverfahren eingeholten Gutachten der Dipl.-Psych B. vom 10.02.2011 lassen sich aufgrund der damaligen akuten Alkoholintoxikation des Klägers allerdings keine relevanten Erkenntnisse entnehmen. Dr. R. beschreibt im August 2012 einen verlangsamen Kläger mit Schwierigkeiten im sprachlichen Ausdruck, aber kohärentem Gedankengang, ohne Störung von Aufmerksamkeit und Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis. Im sozialen Leben beschreibt Dr. R. keine Funktionseinschränkungen, er berichtet über eine ehrenamtliche Tätigkeit des Klägers, Arbeiten im Haushalt, einen erhaltenen Freundeskreis mit Besuch von Kino und Theater. Bei der Untersuchung durch Dr. F. im Dezember 2013 erscheint der Kläger orientiert, wach mit adäquater Äußerung, intakter Konzentration, Gedächtnis- und Merkfähigkeit. Im Laufe des nachmittäglichen Gesprächs habe der Kläger mehr Anstrengung aufwenden müssen, es hätten sich kleine formale Besonderheiten mit Wortschöpfungen und inhaltlicher Vermischungstendenz ausgebildet bei unbeeinträchtigtem Realitätsbezug. Bei Frau O.-P. wird der psychische Befund als wach und orientiert mit ungestörter Aufmerksamkeit, weitschweifigen Berichten und einigen Manierismen beschrieben. Die Stimmungslage war leicht gedrückt mit erhaltener Schwingungsfähigkeit bei klagsamen, teils auch anklagendem Verhalten verbunden mit Reizbarkeit und leicht erhöhter Aggressivität. Frau O.-P. berichtet über ein Verdeutlichungsverhalten, welches sich auch in der Diskrepanz in der Selbsteinschätzung (Beck Depressionsinventar 32 Punkte = schwere Depression im Gegensatz zum Untersuchungsbefund). Die soziale Integration des Klägers ist weiterhin vorhanden, bei Frau O.-P. berichtete er über einen Freundeskreis, aktive Lebensgestaltung und eine zukunftssträchtige stabile Partnerschaft. Belege für eine zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Sinne von relevanten Funktionseinbußen lassen sich aus alledem nicht ableiten.

Der Senat teilt nicht die Auffassung des Bevollmächtigten des Klägers, dass das Gutachten von Frau O.-P. nicht verwertbar sei. Soweit der Kläger ausführt, die Anamnese habe lediglich 50 Minuten gedauert, ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachterin in der Abrechnung für Anamnese und allgemeinmedizinische/neurologische und psychiatrische Untersuchung 2 1/2 Stunden in ihrer Abrechnung angegeben hat. Nachdem das Gutachten umfassende anamnestische Angaben enthält, hat der Senat keine Anhaltspunkte dafür, dass die Anamnese nicht sorgfältig durchgeführt worden wäre. Soweit der Kläger bemängelt, die Familienanamnese sei verkürzt dargestellt und verschweige die prekären und schwierigen Verhältnisse, weshalb die Gutachterin im Ergebnis zu einer fehlerhaften Einschätzung gekommen sei, ist dies nicht nachvollziehbar. Die Gutachterin hat insoweit auch in ihrer ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, dass belastende biographische Erlebnisse gemacht worden seien, die jedoch nicht die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erreichten und daher für die Leistungsbeurteilung nicht von entscheidender Bedeutung seien. Soweit der Kläger schließlich moniert, es liege keine Begründung der Leistungseinschätzung durch die Gutachterin vor, trifft zu, dass eine solche sich nicht in der abschließenden Beantwortung der Frage 5 findet. Die entsprechenden Darlegungen sind jedoch ausführlich zuvor in der Epikrise gemacht worden. Die wesentlichen Punkte sind damit plausibel dargelegt und für den Senat ausreichend geklärt.

Der Senat vermag sich insoweit nicht der Auffassung von Dr. F. anzuschließen, der ausgehend von den realen Arbeitserfahrungen von einer Belastbarkeit von 4 bis 5 Stunden ausgeht. Insoweit stützt sich Dr. F. auf die Tätigkeit des Klägers im Rahmen einer Arbeitsgelegenheit in den Jahren 2010/2011, die in diesem Umfang tatsächlich ausgeübt wurde. Der Schweregrad einer mittelgradigen Depression lässt sich aus den vorliegenden Befunden über den gesamten Zeitraum nicht feststellen. Auch der von Dr. F. selbst erhobene Befund belegt keine mittelgradige depressive Symptomatik. Insoweit stützt sich der Senat auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. N. vom 22.01.2014. Eine posttraumatische Belastungsstörung, wie sie der behandelnde Arzt Dr. E. als Grund für die von ihm angenommene volle Erwerbsminderung angibt, konnte im gesamten Verfahrensverlauf nicht gesichert werden. Die Kriterien hierfür liegen nicht vor. Keiner der gerichtlich bestellten Sachverständigen hat diese Diagnose bestätigt. Auch die Einschätzung der Hochgebirgsklinik D., die ein unter dreistündiges Leistungsvermögen mit den "psychischen Veränderungen" begründet, ist nicht plausibel. Gravierende psychopathologische Befunde werden nicht mitgeteilt und die subjektiven Beschwerdeangaben werden weder einer Konsistenzprüfung unterzogen, noch sind sie durch entsprechende Befunde gesichert. Es erfolgt auch keine Auseinandersetzung damit, dass der Kläger im Rahmen einer Arbeitsgelegenheit tatsächlich 4 bis 5 Stunden täglich gearbeitet hat. Schließlich weist Dr. N. in seiner Stellungnahme vom 27.10.2016 zurecht daraufhin, dass schon über Jahre keinerlei Psychopharmaka zur Behandlung einer depressiven Symptomatik eingenommen werden. Gegenüber der Gutachterin O.-P. hatte der Kläger insoweit angegeben, eine Medikation sei nach Auffassung des behandelnden Arztes Dr. E. nicht notwendig. Auch von der Hochgebirgsklinik Davon wurde eine entsprechende medikamentöse Behandlung nicht eingeleitet, was eher für eine leichtgradige Störung spricht. Im Reha-Verlauf wurde der Kläger als motiviert und kooperativ geschildert, ohne Hinweise auf eine psychische Erkrankung im engeren Sinne. Der Kläger hat nach dem psychologischen Kurzbericht vom 14.07.2016 am Entspannungstraining teilgenommen und konnte die Techniken "für sich umsetzen". Funktionale Einschränkungen werden hieraus nicht deutlich. Nach alledem stehen die psychischen Erkrankungen der Ausübung einer mindestens sechsstündigen Berufstätigkeit nicht entgegen, sofern besondere Stressbelastungen vermieden werden.

Zusätzlich bestehen Erkrankungen auf internistischem Gebiet, die jedoch lediglich qualitative Einschränkungen bedingen wie die Beschränkung auf körperlich leichte Tätigkeiten und die Vermeidung inhalativer Reizstoffe. Zudem wurde dem Kläger in der Hochgebirgsklinik D. erklärt, dass ein Rauchverzicht unabdingbar ist, um einer Progression der Lungenerkrankung entgegenzuwirken. Dr. C. hat im Rahmen seiner Begutachtung vom 14.02.2011 keine wesentliche Beeinträchtigung durch die bekannte Pneumokoniose gesehen. Es besteht eine mittelgradige restriktive Ventilationsstörung ohne Hinweise für eine Diffusionsstörung. Dies ergibt sich unter anderem aus dem Bericht des St. J.-Krankenhauses F. vom 23.06.2015 und dem Arztbrief der pneumologischen Ambulanz des Universitätsklinikums F. vom 02.07.2015. Im September 2015 kam es zu einer vorübergehender Verschlechterung der pulmonalen Situation, die sich jedoch wieder stabilisiert hat, wie Dr. Re.-Bo. in ihrer Aussage vom 18.01.2016 ausführt. Daneben besteht die Cough-Variante eines Asthma bronchiale (Arztbrief der pneumologischen Ambulanz des Universitätsklinikums Freiburg vom 06.02.2015), grenzwertige bronchiale Hyperreagibilität, Hausstaubmilbenallergie, Hypertonie sowie ein Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose links im Februar 2015 und rechts im September 2015, mit Marcumar-Therapie behandelt. Die weiteren bekannten Diagnosen wie Analfissur, Verdacht auf Reflux-Krankheit und benigne Prostatahypertrophie sind nicht von sozialmedizinischer Relevanz, worauf Dr. Pf. in ihrer Stellungnahme vom 16.02.2016 zutreffend hinweist. Auch von der Hochgebirgsklinik D. werden schließlich die auf internistischem Gebiet liegenden Erkrankungen nicht für derart gravierend gehalten, das sich hieraus quantitative Einschränkungen des Leistungsvermögens ergeben. In der Zusammenschau mit den psychischen Beeinträchtigungen ergibt sich nichts anderes, wie insbesondere dem Gutachten von Frau O.-P. zu entnehmen ist. Die aus internistischer Sicht lediglich zu beachtenden speziellen qualitativen Einschränkungen bezüglich der Vermeidung inhalativer Reizstoffe

können auch im Wege der integrierenden Gesamtbetrachtung kein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen begründen.

Der Kläger ist auch wegefähig im rentenrechtlichen Sinne. Zur Erwerbsfähigkeit gehört auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (BSG 09.08.2001, [B 10 LW 18/00 R](#), [SozR 3-5864 § 13 Nr. 2](#) m. w. N.; 28.08.2002, [B 5 RJ 12/02 R](#)). Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist Teil des nach [§ 43 SGB VI](#) versicherten Risikos (BSG 17.12.1991, [13/5 RJ 73/90](#), [SozR 3-2200 § 1247 Nr 10](#); 09.08.2001, [B 10 LW 18/00 R](#), [SozR 3-5864 § 13 Nr 2](#); 14.03.2002, [B 13 RJ 25/01 R](#)). Erwerbsfähigkeit setzt nach typisierender Betrachtung grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, viermal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 Metern mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß zu bewältigen und zweimal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Hieran bestehen im vorliegenden Fall keine Zweifel. Sämtliche Gutachter haben die Wegefähigkeit des Klägers bestätigt.

Anhaltspunkte dafür, dass vorliegend in der Person des Klägers eine Summierung ungewöhnlicher Leistungsbeeinträchtigungen oder eine spezifische Leistungsbeeinträchtigung gegeben wäre bestehen nicht, ein Teil der qualitativen Beschränkungen wird bereits durch den Umstand, dass nur leichte Arbeiten zumutbar sind, mitberücksichtigt. Schließlich ist hier auch nicht von einem verschlossenen Arbeitsmarkt im Sinne der Rechtsprechung des BSG und der dort aufgestellten Kriterien auszugehen (siehe BSG 30.11.1983, [5a RKn 28/82](#), [BSGE 56, 64](#), [SozR 2200 § 1246 Nr 110](#); siehe insbesondere auch hierzu den bestätigenden Beschluss des Großen Senats vom 19.12.1996, [BSGE 80, 24](#), [SozR 3-2600 § 44 Nr 8](#); siehe auch BSG 05.10.2005, [B 5 RJ 6/05 R](#), [SozR 4-2600 § 43 Nr 5](#)). Eine spezifische Leistungseinschränkung liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn ein Versicherter noch vollschichtig körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, ohne überwiegendes Stehen und Gehen oder ständiges Sitzen, nicht in Nässe, Kälte oder Zugluft, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltungen, ohne besondere Anforderungen an die Fingerfertigkeit und nicht unter besonderen Unfallgefahren zu verrichten vermag (BSG 27.04.1982, [1 RJ 132/80](#), [SozR 2200 § 1246 Nr 90](#)). Der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedarf es nicht, wenn – wie hier – Tätigkeiten wie das Verpacken leichter Gegenstände, einfache Prüfarbeiten oder die leichte Bedienung von Maschinen noch uneingeschränkt möglich sind. Einschränkungen, die dem entgegenstehen könnten, lassen sich den vorliegenden Gutachten nicht entnehmen. Es war im Übrigen im Hinblick auf das zur Überzeugung des Senats bestehende Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden pro Arbeitstag unter Berücksichtigung nicht arbeitsmarktunüblicher qualitativer Leistungseinschränkungen zu der Frage, inwieweit welche konkrete Tätigkeit dem Kläger noch leistungsgerecht und zumutbar ist, keine Prüfung durchzuführen, da die jeweilige Arbeitsmarktlage bei einer Leistungsfähigkeit von sechs Stunden täglich und mehr nicht zu berücksichtigen ist ([§ 43 Abs 3](#) letzter Halbsatz SGB VI).

Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß [§ 240 SGB VI](#) hat der Kläger schon deshalb nicht, weil er nach dem Stichtag 02.01.1961 geboren ist.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Gutachten und Arztauskünfte sowie der Reha-Entlassungsbericht bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats. Aus dem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Arztbrief von Dr. T. vom 10.02.2017 ergibt sich nichts Neues, denn der Kläger hatte die vorgesehenen Untersuchungstermine nicht wahrnehmen können, so dass allein anamnestische Angaben enthalten sind. Die Gutachten von Dr. R. und Frau O.-P. haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs 1 ZPO](#)). Die Gutachten gehen von zutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, enthalten keine unlösbaren inhaltlichen Widersprüche und geben auch keinen Anlass, an der Sachkunde oder Unparteilichkeit des Gutachters zu zweifeln; weitere Beweiserhebungen waren daher von Amts wegen nicht mehr notwendig. Die Würdigung unterschiedlicher Gutachtenergebnisse oder unterschiedlicher ärztlicher Auffassungen zur Leistungsfähigkeit des Versicherten gehört wie die anderer sich widersprechender Beweisergebnisse zur Beweiswürdigung selbst. Eine Verpflichtung zur weiteren Beweiserhebung besteht auch bei widersprechenden Gutachtenergebnissen im allgemeinen nicht; vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung mit den entgegenstehenden Ergebnissen auseinander zu setzen. Hält das Gericht eines von mehreren Gutachten für überzeugend, darf es sich diesem anschließen, ohne eine weitere Sachaufklärung zu betreiben. Bei einer derartigen Fallkonstellation ist für eine weitere Beweiserhebung regelmäßig kein Raum (BSG 08.12.2009, [B 5 R 148/09 B](#), juris).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-03-01