S 10 R 1330/10

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 R 1330/10
Datum	05.12.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 R 45/17
Datum	05.06.2019

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit ist die Gewährnung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 00.00.1955 in der Türkei geborene Kläger war von 1991 bis 2010 in dem türkischen Selbstbedienungsrestaurant seines Bruders als Verkäufer und Bedienung sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Bereits am 22.07.2008 beantragte er bei der Beklagten die Gewährnung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Der Internist U, der den Kläger auf Veranlassung der Beklagten begutachtete, diagnostizierte nach einer Untersuchung am 21.08.2008 u.a. einen Diabetes mellitus mit diabetischer peripherer Polyneuropathie und Nephropathie, eine arterielle Hypertonie, eine Varicosis mit Stauungsdermatose, Zustand nach Lungenkeilresektion links sowie rezidivierende Unterbauchschmerzen und empfahl wegen der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die der Kläger zu Lasten der Beklagten vom 25.02.2009 bis 18.03.2009 im Reha-Zentrum Bad Kissingen

---

durchführte. Laut ärztlichem Entlassungsbericht vom 26.03.2009 war der Kläger in der Lage, seine bisherige Tätigkeit sowie andere leichte bis mittelschwere Arbeiten arbeitstäglich 6 Stunden und mehr ohne wesentliche Einschränkungen auszuführen.

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung daraufhin mit Bescheid vom 13.05.2009 ab. Trotz der gesundheitlichen Einschränkungen sei der Kläger in der Lage unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich tätig zu sein. Auch eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit komme nicht in Betracht, da er auch seinen bisherigen Beruf in der Gastronomie weiterhin ausüben könne.

Der Kläger legte am 26.05.2009 Widerspruch ein. Er habe insgesamt neun Operationen gehabt. Außerdem leide er unter Verschleiß und Verkalkung an beiden Knien sowie an der Hüfte. Die Wirbelsäule sei an drei Stellen gebrochen und habe auch einen hohen Verschleiß.

Die Beklagte holte ein orthopädisches Gutachten des N1 ein und wies den Widerspruch mit Bescheid vom 20.05.2010 zurück. Zur Begründung führte sie aus, die bisherige sozialmedizinische Leistungsbeurteilung habe weiterhin Bestand. Zwar sei die letzte Tätigkeit des Klägers in der Gastronomie nicht mehr leidensgerecht, leichte Arbeiten könnten aber weiterhin 6 Stunden und mehr arbeitstäglich ausgeübt werden. Da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu den einfachen Anlernberufen zähle, könne er auch auf sämtliche einfachen Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden.

Der Kläger hat gegen diesen Bescheid am 10.06.2010 Klage erhoben unter Vorlage von Attesten und Bescheinigungen der behandelnden Ärzte. Die dort festgestellten erheblichen Erkrankungen des Klägers rechtfertigten den Klageanspruch.

Am 20.03.2014 hat ein Erörterungstermin mit den Beteiligten stattgefunden.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 13.05.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.05.2010 zu verurteilen, ihm ab dem 01.08.2008 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide aus den im Widerspruchsbescheid genannten Gründen für rechtmäßig.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht hat Befundberichte des den Kläger behandelnden Internisten K, der orthopädisch-chirurgisch-sportmedizinischen Gemeinschaftspraxis L1, N2 und P und des Radiologen S eingeholt. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes und des Leistungsvermögens des Klägers im Erwerbsleben ist ferner von Amts wegen Beweis erhoben worden durch Einholung eines fachinternistisch-pneumologischen Gutachtens des T das aufgrund einer Untersuchung vom 18.11.2010 und einem ambulanten Schlaf-Apnoe-Screening vom 02.12.2010 erstellt worden ist, dessen ergänzenden Stellungnahmen vom 25.05.2011 und 20.02.2012, durch Einholung eines fachchirurgisch-angiologischen Zusatzgutachtens des C1 aufgrund einer Untersuchung vom 23.12.2010, durch ein kardiologisch-angiologisches Gutachten des C2, das aufgrund einer Untersuchung vom 14.09.2015 und erstellt worden ist sowie eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Zusatzgutachtens des Z aufgrund von Untersuchungen vom 09.09.2015 und 10.09.2015. Auf Antrag des Klägers ist ein Gutachten der Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin L2 das aufgrund von Untersuchungen am 16.05.2014 und am 17.05.2014 erstellt worden ist, eingeholt worden. Wegen der Einzelheiten und des Ergebnisses der Begutachtungen wird auf Blatt 132 bis 176, 195, 196, 213 bis 215, 332 bis 338, 414 bis 484, 486 bis 523 der Gerichtsakte Bezug genommen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und der den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind. Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid ist nicht rechtswidrig im Sinne des [Â§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), da der Kläger keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung hat.

Nach [Â§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit geleistet haben und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Volle Erwerbsminderung liegt nach [Â§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) vor, wenn Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung liegt volle Erwerbsminderung auch bei einem 3- unter 6-stündigen Leistungsvermögen vor, da aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktlage der Teilzeitarbeitsmarkt für Versicherte, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes nur Teilzeitarbeit leisten können, verschlossen ist (vgl. den Rechtsprechungsüberblick von Gärtner in: KassKomm, Sozialversicherungsrecht Band 2, Â§ 43 Rn. 30, 35 mwN). Dagegen ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann ([Â§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Klager ist nicht voll erwerbsgemindert, da er nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden taglich erwerbstchtig zu sein. Es liegt auch keine volle Erwerbsminderung wegen des verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes vor, weil der Klager auch in der Lage ist, mindestens 6 Stunden taglich erwerbstchtig zu sein.

Aufgrund der durchgeführten medizinischen Beweisaufnahme steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass der Klager gesundheitlich in der Lage ist, einer körperlich leichten Tätigkeit unter Berücksichtigung weiterer Einschränkungen unter betriebsüblichen Bedingungen 6 Stunden und mehr taglich nachzugehen. Danach ist das Leistungsvermögen des Klagers auf internistischem Gebiet durch eine arterielle Hypertonie in Verbindung mit einer beginnenden hypertensiven Herzerkrankung, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus (Typ II) mit diabetischer Polyneuropathie, eine arterielle Verschlusskrankheit vom Ober- und Unterschenkeltyp, eine koronare 1-Gefäßerkrankung, ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, eine chronisch venöse Insuffizienz und eine Stauungsdermatose bei beidseitiger Unterschenkelvarikosis, eine Hypercholesterinämie, eine Lungenteilresektion links und eine Knochendichteminderung eingeschränkt. Auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet besteht eine längerdauernde depressive Entwicklung im Sinne einer Dysthymie, leichtgradig ausgeprägt. Auf orthopädischem/unfallchirurgischem Fachgebiet besteht eine Funktionseinschränkung der Wirbelsäule bei beginnendem Verschleiß und abgelaufenem Deckplatteneinbruch bei BWK 10, ein muskulär-degeneratives Cervicalsyndrom mit Bandscheibenprotrusion C4-C7, eine muskulär-degeneratives Lumbalsyndrom,, beginnende Verschleileiden beider Hüft- und Kniegelenke und eine beidseitige chronische Schulterumgebungsreizung.

Trotz dieser Gesundheitsstörungen ist der Klager fähig, körperlich leichte Tätigkeiten, wechselweise im Gehen, Stehen oder Sitzen in geschlossenen Räumen auszuüben. Arbeiten unter Zeitdruck oder mit Wechselschicht können nicht durchgeführt werden.

Arbeiten mit Zwangshaltungen, häufigem Bcken oder Knien, mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel sind dem Klager nicht zumutbar. Ebenso wenig ist er zu Arbeiten an laufenden Maschinen, unter Kälte- oder Hitzeeinwirkungen, unter starken Temperaturschwankungen, in Zugluft, unter Nsse- oder Lärmeinwirkungen sowie unter Einwirkung von Staub, Gas, Dampf bzw. Rauch oder mit besonderen Anforderungen an das Seh- und Hörvermögen in der Lage.

Die Kammer folgt hinsichtlich dieser Feststellungen dem Sachverständigen C2 auf internistischem Gebiet, Z auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Gebiet und auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet dem den Klager behandelnden N2 sowie dem Orthopäden N1, der den Klager im Rahmen des Verwaltungsverfahrens begutachtet hatte. Die von den Sachverständigen jeweils vorgenommene sozialmedizinische Leistungsbeurteilung war für die Kammer nachvollziehbar und

---

Äußererzeugend. Danach liegen weder auf internistischem noch auf psychiatrisch-psychotherapeutischem oder orthopädischem Fachgebiet so schwerwiegende Gesundheitsstörungen vor, dass es dem Kläger nicht mehr zumutbar wäre, körperlich leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen 6 Stunden täglich zu verrichten.

Im Rahmen der Untersuchung durch C2 wurden die von den behandelnden Ärzten des Klägers gestellten Diagnosen bestätigt. Die Schmerzen des Klägers in den Knochen und in der Brust resultieren aus den verschiedenen orthopädischen Erkrankungen. Die koronare Herzerkrankung ist nur mäßig ausgeprägt und kann die Brustschmerzen nicht verursachen. Ebenso beruht die Luftnot bei Belastung auf der vermehrten Anstrengung. Es bestehen keine Hinweise auf eine Lungenerkrankung oder eine bedeutsame restriktive oder obstruktive Ventilationsstörung. Weder der Diabetes mellitus noch die Hypertonie ist ausreichend gut behandelt. Hier bestehen Verbesserungsmöglichkeiten, die Folgeschäden oder eine Verschlechterung des Leistungsvermögens verlangsamen können. Die unter Berücksichtigung und Würdigung dieser erhobenen Befunde vorgenommene sozialmedizinische Leistungsbeurteilung des Sachverständigen C2 war für die Kammer überzeugend. C2 hat sich detailliert mit dem Krankheitsbild des Klägers und den geltend gemachten Beschwerden auseinandergesetzt, Art und Schwere der daraus resultierenden Funktionsstörungen dargelegt und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in sozialmedizinischer Hinsicht nachvollziehbar beschrieben.

Im Rahmen der Untersuchung durch Z war der Kläger wach und bewussteinklar mit durchgehend ungestörter Vigilanz. Die Antriebslage war unauffällig, die Psychomotorik regelrecht. Die Stimmungslage war niedergestimmt und in Richtung des depressiven Poles verschoben, wobei die Affektlage durch eine etwas vermehrte Klagsamkeit überlagert war. Es gab keine Hinweise auf eine Verunsicherung, keine Ängstlichkeit, keine Gereiztheit und keine innerliche Unruhe. Auffassungsgabe und inhaltliches Denken waren unauffällig, die mnestischen Funktionen intakt, das Konzentrationsvermögen regelrecht, die Gedächtnisfunktionen gut erhalten. Die subjektiv empfundenen Defizite in diesen Bereichen ließen sich nicht objektivieren. Vielmehr lieferten die durchgeführten Tests widersprüchliche Ergebnisse, die mit den Ergebnissen des klinischen Interviews nicht in Einklang zu bringen waren und in die Diagnose der längerandauernden depressiven Entwicklung im Sinne einer leichtgradig ausgeprägten Dysthymie mündeten. Die Kammer hat keine Zweifel, dass der Sachverständige Z den psychopathologischen Befund zutreffend erfasst und gewürdigt hat, da er mit dem Kläger in der gemeinsamen Muttersprache sprechen konnte, so dass gewährleistet war, dass die Befunde nicht aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten oder aufgrund von Unterschieden in den Sprach- und Kulturkreisen unvollständig festgestellt oder unzutreffend beurteilt worden sind.

Auf orthopädischem Gebiet kommen der behandelnde Arzt des Klägers und der Sachverständige N1 auf der Grundlage im Wesentlichen übereinstimmender Diagnosen zu dem Ergebnis, dass dem Kläger noch jedenfalls leichte Arbeiten 6

Stunden und mehr arbeitstÄglich mÄglich sind. Insbesondere der behandelnde Arzt N2, der den KlÄger gemeinsam mit seinen Kollegen L1 und P bereits seit 1997 betreut, konnte seiner Leistungsbeurteilung eine umfassende Kenntnis der orthopÄdischen Beschwerden des KlÄgers zu Grunde legen. Die FunktionseinschrÄnkungen sind durch beide Ärzte benannt und bei der Leistungsbeurteilung sachgerecht und ausreichend berÄcksichtigt worden, indem insbesondere N1 die zumutbaren TÄtigkeiten auf Arbeiten ohne Zwangshaltung, ohne hÄufige Äberkopfarbeiten und geschÄtzt vor ungÄnstigen WitterungseinflÄssen beschrÄnkt hat. Zudem hat er Gefahrenarbeiten auf GerÄsten und Leitern, an schnell laufenden Maschinen und unter Akkordbedingungen ausgeschlossen.

DemgegenÄber vermochten die gestellten Diagnosen und die darauf beruhende Leistungsbeurteilung der L2 die Kammer nicht zu Äberzeugen. In ihrem Gutachten vom 03.05.2016 nimmt L2 Bezug auf ein Gutachten, das sie noch vor ihrer Beauftragung unter dem 12.03.2014 erstellt und an das Gericht Äbersandt hat. Sie geht darin davon aus, dass die durchgreifenden EinschrÄnkungen des KlÄgers insbesondere seelisch-psychischer Natur seien und er seit 2009 an einer Depression leide, zu der ein chronisches ErschÄpfungssyndrom hinzugetreten sei. Entscheidend fÄr den protrahierten Krankheitsverlauf des KlÄgers sei die Wechselwirkung zwischen der Depression auf Grund der langen Krankheitsgeschichte und den erfolglosen Versuchen die zu Grunde liegenden pathologischen Befunde mittels Diagnosen und Operationen wirksam werden zu lassen. Hinzu komme eine chronifizierte Schmerzkrankheit. L2 erwÄhnt auch eine Ängstlich-depressive Grundhaltung des KlÄgers, da dessen Bruder in Folge einer schweren Herzkrankheit verstorben sei und geht in diesem Zusammenhang wohl auch von einer vormals bestehenden posttraumatischen BelastungsstÄrung in Begleitung einer Angst- und PanikstÄrung aus. Der KlÄger sei unter der bestehenden Depression nicht in der Lage, regelmÄÄig an 5 Tagen in der Woche Äber eine bestimmte Anzahl von Stunden TÄtigkeiten auszufÄhren.

Die AusfÄhrungen von L2 sind insbesondere in Zusammenschau mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Z fÄr die Kammer nicht nachvollziehbar. Sie beruhen wesentlich auf einer laut ihrer Darstellung im Jahr 2009 diagnostizierten Depression. Eine solche Diagnose ist in den Unterlagen nicht enthalten. Vielmehr hatte der KlÄger selbst in 2010 gegenÄber dem OrthopÄden N1 ausgefÄhrt, seit einem Jahr unter einer Depression zu leiden. Eine psychotherapeutische Behandlung hat zu keinem Zeitpunkt stattgefunden. Auch eine entsprechende Medikation war nicht nachweisbar. Z vermochte keine Depression zu erkennen, auch keine SchmerzstÄrung und auch kein chronisches ErschÄpfungssyndrom. Seine EinschÄtzung einer leichtgradigen Dysthymie beruhte auf einer mehrÄgigen, jeweils mehrstÄndigen gutachterlichen Exploration und einer ergÄnzenden testpsychologischen Analyse, die insgesamt die leichtgradige Verschiebung der Affektlage in Richtung des depressiven Poles ergaben und ausgeprÄgte Aggravationstendenzen zeigten. Die Kammer hÄlt hier die AusfÄhrungen und Schlussfolgerungen des Facharztes fÄr Psychiatrie und Psychotherapie Z der den KlÄger muttersprachlich untersucht und dessen Leiden auf der Grundlage langjÄhriger Erfahrung, auch im Rahmen des Zentrums fÄr

---

Transkulturelle Psychiatrie, bewertet hat, insoweit fÃ¼r Ã¼berzeugender als die Darlegungen von L2, mit denen sie sich auch in einem fÃ¼r sie als AnÃ¶sthesiologin fachfremden Gebiet bewegt.

Unter Zugrundelegung des festgestellten 6-stÃ¼ndigen LeistungsvermÃ¶gens des KlÃ¤gers fÃ¼r kÃ¶rperlich leichte TÃ¤tigkeiten ist der KlÃ¤ger weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Auch die Voraussetzungen fÃ¼r eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei BerufsunfÃ¤higkeit nach [Â§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) liegen nicht vor. Der KlÃ¤ger fÃ¼llt zwar grundsÃ¤tzlich in den Anwendungsbereich dieser Ã¼bergangsvorschrift, da er vor dem 02.01.1961 geboren ist. Er war jedoch zuletzt als VerkÃ¤ufer in dem Selbstbedienungsrestaurant seines Bruders beschÃ¤ftigt und dort laut der Arbeitgeberauskunft aus 2010 mit der Bedienung, der Entgegennahme von Waren und dem Auf- und Abbau von Tischen betraut. FÃ¼r diese TÃ¤tigkeit war nach der Auskunft weder eine Lehre noch eine Anlernzeit Voraussetzung, so dass es sozial zumutbar ist, ihn auf alle ungelernen TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verweisen. FÃ¼r diesen liegt, wie dargelegt, ein LeistungsvermÃ¶gen von 6 Stunden und mehr vor.

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

Erstellt am: 19.12.2019

Zuletzt verÃ¤ndert am: 23.12.2024