

L 11 R 2536/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 8 R 2383/04
Datum
30.03.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 2536/07
Datum
15.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 30. März 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger über den 30.11.2003 hinaus Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit hat.

Der 1956 geborene Kläger, der 1975 eine Ausbildung zum Werkzeugmacher abschloss, war bis Januar 2000 in seinem erlernten Beruf bei der Firma B., H. GmbH in S., beschäftigt. Nach Bandscheibenoperationen in Höhe L5/S1 im März und September 2000 wurde wegen eines Postnukleotomiesyndroms im März/April 2001 eine dorso-ventrale Spondylodese L5/S1 durchgeführt. Die Entlassung des Klägers aus der Anschlussheilbehandlung in der F.klinik (17.07. bis 16.08.2001) erfolgte als arbeitsunfähig mit der Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Mit Bescheid vom 18.02.200 gewährte die Beklagte dem Kläger auf der Basis eines Versicherungsfalls im Januar 2000 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit bis 31.01.2003, die auf entsprechende Anträge des Klägers im Anschluss an das sozialmedizinische Gutachten von Dr. L. zunächst bis Juli 2003 und nach einer prüfärztlichen Stellungnahme von Dr. L. dann bis November 2003 weitergewährt wurde.

Auf den Weitergewährungsantrag des Klägers vom Juli 2003, mit dem er ein Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K. (unverändert schlechter Zustand des Klägers, erneute Operation im August 2003 geplant) vorlegte, teilte ihm die Beklagte mit, dass zunächst geprüft werden müsse, ob seine Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden könne. Nach der im August 2003 im Rehabilitationskrankenhaus U. (RKU) durchgeführten Metallentfernung bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Heilverfahren im Gesundheitszentrum B. W. (09.10. bis 06.11.2003), aus dem der Kläger bei den Diagnosen eines lumbalen pseudoradikulären Residualsyndroms bei dorso-ventraler Spondylodese L5/S1 2001 bei Postnukleotomiesyndrom L5/S1, einer Meralgia paraesthetica links und einer arteriellen Hypertonie als arbeitsunfähig entlassen wurde. Für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten sei bei weiter intensiver Krankengymnastik in drei bis sechs Monaten postoperativ eine vollschichtige (sechs Stunden und mehr) Leistungsfähigkeit erreichbar. Zu vermeiden seien regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, lang anhaltende Arbeiten in ergonomisch ungünstiger (z.B. vornübergebeugter oder seitlich gedrehter) Körperhaltung und Ganzkörperschwingungsbelastungen (z.B. beim Führen von Baumaschinen). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Werkzeugmacher erscheine nicht mehr leistungsgerecht und sei nurmehr unter drei Stunden zumutbar.

Hierauf und auf eine prüfärztliche Stellungnahme von Dr. L. gestützt gewährte die Beklagte dem Kläger anstelle der bisherigen Rente mit Bescheid vom 17.12.2003 Rente wegen Berufsunfähigkeit befristet bis 31.12.2006. Nach Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes liege weiterhin Berufsunfähigkeit, jedoch keine Erwerbsunfähigkeit vor. Nach Wegfall der Erwerbsunfähigkeitsrente am 30.11.2003 werde daher ab 01.12.2003 nur noch die Rente wegen Berufsunfähigkeit gewährt.

Zur Begründung seines dagegen eingelegten Widerspruchs machte der Kläger geltend, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Der von den Kurärzten prognostizierte positive Heilungsverlauf sei nicht eingetreten. Er leide unter massiven Wirbelsäulenproblemen mit anhaltender außergewöhnlicher Schmerzsymptomatik, die sich nach der Metallentfernung noch erheblich verschlechtert hätten. Im Januar 2004 sei ein erneuter Bandscheibenvorfall im Halswirbelsäulen (HWS) -Bereich festgestellt worden. Wegen der ihn sehr belastenden Situation leide er zunehmend an Depressionen.

Die Beklagte veranlasste hierauf eine Begutachtung des Klägers durch Dr. Z.-R. von der Ärztlichen Untersuchungsstelle U ... Die Gutachterin diagnostizierte beim Kläger unter Berücksichtigung zahlreicher weiterer Arztunterlagen eine Schmerzstörung mit muskulären Dysbalancen a) bei Zustand nach 2-facher Bandscheiben-Operation im Segment L5/S1 in 3/00 und 9/00 sowie gut durchbauter Wirbelverblockung L5/S1 wegen Wirbelgleiten, dorsoventral im Jahr 2001; regelrechte Metallentfernung in 8/03, Ausschluss eines Bandscheibenvorfalles in 11/03, nur spärliches Narbengewebe, Ausschluss Wurzelkompression, Ausschluss eines motorischen Defizits, b) zeitweilige Spannungskopfschmerzen und wechselnde Schulterarmsymptomatik, ohne aktuelles sensomotorisches Defizit bei relativer Enge des Spinalkanals der HWS und fortgeschrittener Osteochondrose C5/6, vereinbar mit zeitweiliger Wurzelreizsymptomatik C 6, evtl. C 7; Spondylarthrose der HWS, c) somatoforme Überlagerung bei psychosozialen Belastungsfaktoren und lavierter depressiver Komponente bei familiärer Prädisposition. Darüber hinaus bestünden ein reizloser Folgezustand nach Sanierung eines Sulcus ulnaris-Syndroms beidseits, eine Meralgia paraesthetica links nach Schädigung des Nervus cutaneus femoris durch Knochenspanentnahme in 2001 ohne weitere sozialmedizinische Relevanz, ein Übergewicht, ein Grüner Star beidseits, medikamentös kompensiert, und ein zeitweiliger lageabhängiger Schwindel bei schnellen Kopfbewegungen. Bei zumutbarer Willensanspannung und aktiver Mitarbeit an balneophysikalischen Maßnahmen und ambulanter Psychotherapie sei dem Kläger weiterhin eine leichte Tätigkeit ohne häufige Zwangshaltungen, häufiges Heben und Tragen über 10 kg, häufige Überkopparbeiten, besonderen Zeitdruck in Tages- und Wechselschicht, ohne besondere Gefährdung durch Kälte und Nässe und Erschütterungen, ohne häufiges Bücken sowie fürsorglich ohne Absturzgefahr im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen mindestens 6-stündig zumutbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.08.2004 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des Klägers zurück.

Deswegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) mit der Begründung, sein gesundheitlicher Zustand habe sich zwischenzeitlich weiter verschlechtert. Er leide an massiven Wirbelsäulenbeschwerden und einer zunehmenden psychischen Erkrankung, ständigen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. Seine gesundheitliche Situation und die chronische Schmerzstörung belasteten ihn stark, weshalb er nicht mehr in der Lage sei, Arbeiten von wirtschaftlichem Wert zu verrichten.

Das SG hörte zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen.

Dr. B., Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, berichtete über Behandlungen des Klägers seit März 2002. Das Leistungsvermögen des Klägers sei aufgrund der wiederkehrenden Schmerzsymptomatik belastungsabhängig sowohl bezüglich der Lumbalgien als auch Cervicobrachialgien als eingeschränkt zu beurteilen. Speziell mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten könnten nicht mehr abverlangt werden. Der Spannungskopfschmerz mit rückgebildeter Beschwerdesymptomatik unter Medikation stelle keine Einschränkung des Leistungsvermögens dar. Eine körperlich leichte Tätigkeit im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen ohne Zugluft, Schichttätigkeit und ohne psychische Belastung wie etwa Akkordtätigkeit sei dem Kläger 6-stündig möglich.

Dr. K. übersandte u.a. Facharztberichte des Orthopäden Dr. K., des Radiologen Dr. K., von Dr. B. und der Universitätsklinik U. und verneinte ein 6-stündiges Leistungsvermögen des Klägers.

Als gerichtlicher Sachverständiger erstattete Dr. J. ein nervenärztliches Gutachten. Dieser führte zusammenfassend aus, beim Kläger bestünden ein Zustand nach zweimaliger Bandscheibenoperation und ventro-dorsaler Spondylodese LWK5/SWK1 mit späterer Metallentfernung sowie eine Depression wechselnder Intensität, z.Zt. leicht ausgeprägt. Überwiegend leichte Tätigkeiten seien dem Kläger weiterhin vollschichtig möglich. Vermeiden müsse er das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, Arbeiten unter Zwangshaltung, auf Leitern oder Gerüsten, einseitige Körperhaltung, regelmäßiges Treppensteigen, Akkord- oder Fließbandarbeit, Schicht- oder Nachtarbeit, Arbeiten in Kälte- oder Wärmeexposition sowie Arbeiten in Nässe und im Freien. Zwei zusätzliche Arbeitspausen seien ihm zuzubilligen. Der Kläger sei in der Lage, einen Arbeitsweg von 4 x täglich 500 m in jeweils 15 Minuten zurückzulegen, einen Pkw zu fahren und öffentliche Verkehrsmittel in den Hauptverkehrszeiten zu benutzen.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. M.-T. ein nervenärztliches Fachgutachten. Dr. M.-T. diagnostizierte beim Kläger ein Postnukleotomiesyndrom, einen Zustand nach 5-facher Lendenwirbeloperation, eine chronische Lumboischialgie und chronische Zervikobrachialgie bei degenerativem HWS-Syndrom und eine mittelgradige depressive Episode. Bei der jetzigen durchgeführten körperlich-neurologischen Untersuchung habe sich ein regelrechter Befund gezeigt ohne umschriebene Paresen, Sensibilitätsstörungen und radikuläre Defizite. Durch die Wirbelsäulenerkrankung und die hierdurch verursachten glaubhaften Schmerzzustände könne der Kläger nicht länger sitzen, stehen oder gehen, keine körperlichen Zwangshaltungen mehr einnehmen, sich nicht häufig bücken und nicht mehr schwer tragen (mehr als 5 kg). Bezüglich der psychiatrischen Symptomatik bestünden Stimmungstiefs, konzentrationelle Probleme, Ausdauerstörungen, Antriebsstörungen, Schlafstörungen und Störungen im zwischenmenschlichen Kontakt. Zumutbar seien dem Kläger nur noch leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, überwiegend im Sitzen, ohne gleichförmige Körperhaltung, häufiges Bücken, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Akkord-, Schicht- und Nachtarbeit, ohne Arbeit in Kälte, Nässe, ohne Stress, Druck und erhöhte oder hohe Verantwortung sowie ohne besondere geistige Beanspruchung weniger als zwei Stunden täglich. Dabei liege der Hauptschwerpunkt der funktionellen Einschränkungen derzeit und seit längerem auf psychiatrischem Gebiet. Allein aufgrund der funktionellen Einbußen durch die Wirbelsäulenerkrankung wäre der Kläger in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich leichte Tätigkeiten mit den genannten Einschränkungen zu verrichten. Anzunehmen sei, dass innerhalb der letzten zwei Jahre, d.h. seit etwa 2002, zu den Symptomen der Wirbelsäulenerkrankung, Zervikobrachialgien und Lumboischialgien, zunehmend eine depressive Erkrankung hinzugetreten sei, die in der Folge eine zusätzliche Leistungseinbuße nach sich ziehe. Die Gutachterin fügte dem Gutachten als Anlage einen Bericht der Psychologin Dr. Z. vom Februar 2005 bei.

Die Beklagte legte dazu eine nervenfachärztliche Stellungnahme von Dr. D. vor, wonach die Befunderhebung und die Leistungsbeurteilung im Gutachten von Dr. M.-T. in sich nicht schlüssig seien. Die Beurteilung basiere im Wesentlichen auf den Angaben des Klägers, zumal bei der körperlich-neurologischen Untersuchung sich ein regelrechter Befund ergeben habe. Die psychiatrische Symptomatik mit Stimmungstiefs, konzentrationellen Problemen, Ausdauerstörungen, Antriebsstörungen, Schlafstörungen und Störungen im zwischenmenschlichen Kontakt lasse sich aus den im Gutachten selbst dargelegten Angaben in keiner Weise nachvollziehen, auch nicht in dem psychiatrischen Untersuchungsbefund. Zudem seien die Auswirkungen der depressiven- und Schmerzsymptomatik auf das soziale Leben und die Aktivitäten des Klägers nicht von gravierender Art, wie sich aus dem Gutachten von Dr. J. ergebe. Bezüglich der fluktuierenden depressiven Symptomatik wäre eine Optimierung der Behandlung sinnvoll, eine andauernde bzw. überdauernde

Leistungsminderung resultiere hieraus nicht bei Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen.

In einer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme hielt Dr. M.-T. an ihrer sozialmedizinischen Beurteilung fest.

Das SG holte sodann ein nervenärztlich/psychosomatisches Gutachten bei Dr. S. ein. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, bei den Erkrankungen des Klägers handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Postnukleotomie-Syndrom und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig. Beide Krankheitsbilder bedingten und verstärkten einander. Für sich betrachtet würde die somatoforme Schmerzstörung zusammen mit der jetzt klinisch leichtgradigen Depression bei leichter Arbeit mit Einschränkungen bei entsprechenden qualitativen Einschränkungen keine quantitative Leistungseinschränkung bedingen. Das Ergebnis der jetzt anstehenden Operation sei aber abzuwarten. Im Anschluss daran müsse seines Erachtens ein orthopädisches Gutachten erstellt werden. Auf nervenärztlich/psychosomatischem Fachgebiet sei von einer verminderten Stressbelastbarkeit und von leichten Einschränkungen seitens des Gedächtnisses und der kognitiven Leistungsfähigkeit und von einer leicht verminderten Konzentrationsfähigkeit sowie zusammen mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von deutlichen Einschränkungen seitens der seelischen und auch körperlichen Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der orthopädischen Störungen bestünden Einschränkungen hinsichtlich der körperlichen Belastbarkeit bzw. der körperlichen Ausdauer. Ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit sei der Kläger noch in der Lage, leichte Tätigkeiten ganzschichtig auszuführen. Ausgeschlossen seien Arbeiten unter erhöhtem Zeitdruck (Akkord- und Fließbandarbeit), Schicht- und Nachtarbeit, Arbeiten unter physikalischen Belastungen sowie Arbeiten mit hoher Verantwortung und hohen Anforderungen an das Konzentrations- und Auffassungsvermögen und an die Entscheidungsfähigkeit. Der festgestellte Gesundheitszustand habe sich zwischen 2000 und heute entwickelt, wobei vermehrte Schmerzen nach der operativen Metallentfernung im Jahr 2003 aufgetreten seien. Dem Gutachten beigelegt war ein Befundbericht von Dr. B. vom Juli 2005 und ein Arztbrief des Zentrums für Anästhesiologie B. vom August 2005 (Schmerzdiagnose: Chronische Schmerzen bei Postnukleotomiesyndrom, chronischem HWS-Syndrom bei relativer Spinalstenose und Foramenstenose C5/6, Spondylarthrose der HWS, Spannungskopfschmerz, depressiver Störung, Chronifizierungsstadium III nach Gerbershagen).

Das SG holte schließlich noch ein fachorthopädisches Gutachten bei Dr. K. ein. Dr. K. beschrieb ein HWS-Syndrom ohne neurologische Ausfälle in beiden oberen Extremitäten bei seitengleicher Kraft und seitengleicher freier Beweglichkeit ohne Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit, einen Zustand nach knöchern fester dorso-ventraler Spondylodese der LWS bei L1/S1 (keine Paresen, keine Atrophien bei eingeschränkter Beweglichkeit und Belastbarkeit mit dauernder Schmerzsymptomatik, Großzehenheber und -senker seitengleich und regelrecht, Hyposensibilität im linken Oberschenkel), einen Zustand nach Operation eines Sulcus ulnaris Syndroms an beiden Ellenbogengelenken ohne Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit, eine leichte mediale Meniskopathie am rechten Kniegelenk bei freier Beweglichkeit und Belastbarkeit sowie eine leichte Coxarthrose beidseits bei Beckenschiefstand und Beinverkürzung links 1 cm, ausgeglichen durch eine Schuherhöhung links, ohne Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit. Überwiegend leichte, kurzfristig mittelschwere Männerarbeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, dauerndes Besteigen von Leitern, Treppen, Dächern und Gerüsten, dauerndes Sitzen, Stehen oder Gehen, häufiges Bücken und ohne kniende Tätigkeit mit nach vorne geneigtem Oberkörper seien dem Kläger ganzschichtig zumutbar. Besondere Arbeitsbedingungen seien dabei nicht notwendig. Eine Wegstrecke von 4 x 500 m könne täglich zu Fuß zurückgelegt werden, auch eine größere Wegstrecke sei zumutbar. Es könnten öffentliche Verkehrsmittel auch zu den Hauptverkehrszeiten benutzt werden, ebenso könne der eigene Pkw vom Kläger gefahren werden.

Der Kläger legte daraufhin Befundberichte des Radiologen Dr. K. über die Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) vom September 2006, des Orthopäden Dr. K. vom September 2006 und der Nervenärztin Dr. B. ebenfalls vom September 2006 vor und beantragte gemäß [§ 109 SGG](#), ein orthopädisches Gutachten bei Dr. K. einzuholen.

Die Beklagte legte den Rentenbescheid vom 16.11.2006 über die Weitergewährung der Rente wegen Berufsunfähigkeit als Dauerrente vor.

Dr. K. stellte in seinem fachorthopädischen Gutachten die Diagnosen eines HWS-Syndroms mit Zervikozephalgie, wobei keine von der HWS ausgehenden neurologischen Ausfälle an der oberen Extremität bestünden und die Beweglichkeit und Kraft an der oberen Extremität seitengleich voll erhalten sei, eines Carpaltunnelsyndroms beidseits, eines Zustandes nach Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits mit Zustand nach Neurolyse des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris beidseits mit freier Beweglichkeit beider Ellenbogengelenke ohne neurologische Ausfälle von Seiten des Nervus ulnaris, eines Zustandes nach dorsoventraler Spondylodese im Segment LWK5/SWK1 bei regelrechter Motorik an der unteren Extremität und Hyposensibilität des linken Oberschenkels ohne Bezug zu einem Dermatome mit chronischen lumbalen Schmerzen sowohl in Ruhe, als auch in Bewegung und unter Belastung, wobei Schmerzausstrahlungen dabei in beide Beine bis in die Knöchelregion sowohl beim Gehen, beim Liegen, als auch beim Sitzen bestünden, einer Spondylarthrose im Segment LWK4/LWK5 als Folge einer kompensatorischen Hypermobilität in diesem Segment, einer degenerativen Meniskopathie des Meniskus medialis am rechten Kniegelenk mit belastungsabhängigen Schmerzen im medialen femoro-tibialen Kniegelenkskompartiment, Besserung der Beschwerden durch intraartikuläre Cortisoninjektion und endgradiger Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Kniegelenks in Flexion sowie einer Coxarthrose ersten Grades beidseits bei Beckenschiefstand mit Beinverkürzung links um 1 cm und eingeschränkter Hüftgelenkbeweglichkeit insbesondere in Innenrotation. Leichte körperliche Tätigkeiten ohne Heben oder Tragen von Lasten könnten noch zwischen vier und sechs Stunden durchgeführt werden. Dabei müsse ein regelmäßiger Lagewechsel vom Sitzen zum Stehen und Gehen gewährleistet sein. Häufiges Bücken, Arbeiten in der Hocke, häufiges Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Akkord- und Fließbandarbeit sowie Arbeiten in Kälte oder unter Wärmeeinfluss sollten gemieden werden. Auch müssten vermehrte Pausen eingeräumt werden. Das Zurücklegen eines Arbeitsweges zu Fuß von mehr als 4 x 500 m täglich sei nicht zumutbar, der eigene Pkw könne benutzt werden.

Der Kläger legte im weiteren Verfahren noch den Arztbrief von Dr. B. vom 25.01.2007 vor.

Mit Urteil vom 30.03.2007, der Beklagten zugestellt am 07.05.2007, verurteilte das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 17.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2004 sowie in der Fassung des Bescheides vom 16.11.2006, dem Kläger ab 01.12.2003 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit anstelle der Rente wegen Berufsunfähigkeit zu gewähren. In den Entscheidungsgründen führte das SG, gestützt vor allem auf die Gutachten von Dr. S. und Dr. K., aus, dass der Gesundheitszustand des Klägers ihm nicht erlaube, eine vollschichtige Erwerbstätigkeit auszuüben. Für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Klägers sei zu berücksichtigen, dass das Postnukleotomiesyndrom und die psychosomatische Schmerzstörung sich gegenseitig verstärkten. Die Beurteilung von Dr. K., der Kläger

könne täglich nur vier bis sechs Stunden arbeiten, sei nachvollziehbar. Auch die von ihm beschriebene Erforderlichkeit zusätzlicher Pausen sei begründet, weil der Kläger weder längere Zeit sitzen noch längere Zeit gehen könne. Dem Kläger sei die Rente auf Dauer gewährt worden, weil zwischenzeitlich weitere Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet hinzugekommen seien und davon auszugehen sei, dass sich auch die LWS-Veränderungen bzw. die damit verbundenen Beschwerden nicht bessern würden. Bei dieser medizinischen Sachlage halte das Gericht den Eintritt einer vollen Erwerbsminderung durch Änderung der Arbeitsmarktlage für ausgeschlossen. Auch sei zu berücksichtigen, dass der Kläger nicht nur quantitativ in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sei, sondern durch das Erfordernis zusätzlicher Pausen auch dergestalt, dass sein Einsatz unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht möglich erscheine.

Hiergegen richtet sich die am 21.05.2007 eingelegte Berufung der Beklagten. Die Beklagte trägt unter Hinweis auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J. vor, die von Dr. K. postulierte Erforderlichkeit vermehrter Pausen überzeuge nicht, da ein Wechsel der Körperhaltung keine Pausen bedinge. Im Übrigen würden bei der Personalbedarfsberechnung in Wirtschaft und Verwaltung die von den Arbeitgebern den Arbeitnehmern zugestandenen persönlichen Verteilzeiten (z.B. für Gang zur Toilette, Pausen) mit bis zu 12 % der Arbeitszeit angesetzt. Ausgehend von einem vollschichtigen Arbeitstag errechneten sich somit rund 57 Minuten Verteilzeit. Die Wegefähigkeit des Klägers könne letztlich dahingestellt bleiben, da er ein geeignetes Kraftfahrzeug besitze, mit dem er auch zu den Untersuchungsterminen gefahren sei und das er auch nutze, um täglich zwei Portionen Essen auf Rädern auszufahren. Sie hat hierzu eine, bereits dem SG übermittelte beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J. vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 30. März 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend und hat Befundberichte von Dr. B. vom Januar und April 2007 und des Dr. K. vom Januar und Mai 2007 vorgelegt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Fachgutachtens bei Dr. W ... Dieser hat beim Kläger folgende Gesundheitsstörungen diagnostiziert: 1. chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung nach zweimaliger Bandscheiben-Operation und dorsoventraler Spondylodese LWK 5/SWK 1, 2. leichtgradige depressive Episode, 3. regelrechter Befund nach Operation eines Sulcus-ulnaris-Syndroms beidseits. Außerhalb seines Fachgebiets bestünden rezidivierende Zervikalgien bei degenerativen HWS-Veränderungen, eine Meniskopathie am rechten Kniegelenk und eine leichte Coxarthrose beidseits. Eine Schmerzkrankheit im engeren Sinne sei nicht nachweisbar gewesen, auch hätten sich keine sicheren Hinweise für eine somatoforme Störung herausarbeiten lassen. Auf rein neurologischem Fachgebiet bestünden keine Funktionsstörungen, die zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führen würden. Grenzwertig zum Fachgebiet der Orthopädie und sicherlich überwiegend dort anzusiedeln seien die chronischen Schmerzen im Bereich der LWS mit pseudoradikulärer Ausstrahlung vor allem ins rechte, weniger ins linke Bein. Soweit beurteilbar, bestünden diese Schmerzen glaubhaft. Es müsse aber festgehalten werden, dass der Kläger nach eigenen Angaben am Morgen keine Schmerzmedikamente eingenommen habe, so dass unter konsequenter Schmerzmitteleinnahme eine bessere Belastbarkeit zu erwarten sei. Leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sollten dem Kläger daher möglich sein, vorausgesetzt, dass auf einen stetigen Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen geachtet werde. Aufgrund der möglichen Schmerzverstärkung seien auch Tätigkeiten in Kälte, Nässe und Zugluft sowie Tätigkeiten in überwiegend gebückter Körperhaltung nicht zumutbar. Angesichts der seelischen Störung und herabgesetzten psychischen Belastbarkeit des Klägers seien Arbeiten unter Zeitdruck und Schichtarbeit zu vermeiden. Bei Beachtung dieser qualitativen Einschränkungen sei kein Grund ersichtlich, warum leichte Tätigkeiten z.B. Arbeiten in einer Poststelle und Tätigkeiten als Museumswärter oder auch einfache Verpackungstätigkeiten nicht vollschichtig verrichtet werden könnten. Sowohl das durchgehend aufmerksame und attente Verhalten des Klägers während der Untersuchung als auch die Schilderung seines Verhaltens im häuslichen Umfeld ließen keinen Grund erkennen, warum aus neurologischer und psychiatrischer Sicht eine zeitliche Einschränkung bestehen sollte. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich, auch könne der Kläger auch nervenärztlicher Sicht eine Wegstrecke von mehr als 500 m innerhalb eines Zeitraums von jeweils 20 Minuten 4 x täglich zu Fuß zurücklegen.

Im Auftrag des Senats hat Prof. Dr. H. ein weiteres fachorthopädisches Gutachten erstattet. Prof. Dr. H. hat beim Kläger folgende krankhafte Veränderungen der Haltungs- und Bewegungsorgane festgehalten: funktionelles mittleres und unteres HWS-Syndrom, chronisch rezidivierendes, eher mäßiges oberes Thorakalsyndrom, chronisches lumbales Schmerzsyndrom (Postnukleotomiesyndrom, Postfusionssyndrom), initiale Coxarthrose beidseits, beginnende innenseitige Arthrose beider Kniegelenke rechtsbetont, Knickplattfußbildung beidseits. Bei der lumbalen Problematik handle es sich um die orthopädische Hauptdiagnose. Das körperliche Leistungsvermögen sei hierdurch qualitativ deutlich beeinträchtigt. Es könnten keinerlei schwere körperliche Tätigkeiten mehr verrichtet werden, auch keine fortdauernd mittelschweren Arbeiten mit Heben und Tragen bzw. Bewegen von Lastgewichten über 8 bis 10 kp. Zu vermeiden seien ferner Arbeiten in monotoner Rumpfhaltung wie ausschließliches Gehen und Stehen einerseits, Rumpfanteklination sowie ausschließlich sitzende Körperhaltung andererseits, Arbeiten unter Kälte, Nässe und Zuglufteinfluss, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, auf unebenem Gelände sowie in Hock- oder Bückstellung. Die danach noch zumutbaren Tätigkeiten könnten vollschichtig durchgeführt werden. Die fassbaren Veränderungen rechtfertigten, insbesondere im Hinblick auf die tatsächlich vorliegenden funktionellen Beeinträchtigungen keine Attestierung einer quantitativen Beeinträchtigung des körperlichen Leistungsvermögens. Besondere Pausen seien nicht erforderlich, einfache Wegstrecken von 500 m und mehr könnten durchaus mehrmals täglich zurückgelegt werden.

Der Kläger hat daraufhin ein Attest von Dr. K. vom Februar 2008, eine Bescheinigung der Psychologin Dr. Z. vom Februar 2007 und Befundberichte von Dr. B. vom Oktober 2007 und Januar 2008 sowie noch eine Bescheinigung nebst Befundbericht von Dr. K. vom März 2008 vorgelegt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 30.11.2003 hinaus anstelle von Rente wegen Berufsunfähigkeit, weshalb das Urteil des SG auf die Berufung der Beklagten aufzuheben und die Klage abzuweisen war.

Die gesetzlichen Voraussetzungen des § 44 Abs. 1 und 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) für einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 30.11.2003 hinaus in der hier anzuwendenden bis 31.12.2000 gültigen Fassung (§ 302 b SGB VI) sind im angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 03.08.2004 und im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf nimmt der Senat Bezug.

Diese Voraussetzungen liegen im Falle des Klägers ab 01.12.2003 nicht vor.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens hat die Beklagte die Weitergewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu Recht abgelehnt, weil der Kläger seit 01.12.2003 in der Lage ist, leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen vollschichtig zu verrichten. Bei der Beurteilung des gesundheitlichen Leistungsvermögens des Klägers stützt sich der Senat auf die schlüssigen und überzeugenden Feststellungen der Sachverständigen Dr. J., Dr. S., Dr. K., Dr. W. und Prof. Dr. H., ferner berücksichtigt er die Aussagen der behandelnden Ärzte des Klägers sowie im Wege des Urkundenbeweises das Gutachten von Dr. Z.-R. ...

Die im Vordergrund des Beschwerdebildes stehenden Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet sind zuletzt im Gutachten von Prof. Dr. H. eingehend gewürdigt worden. Danach leidet der Kläger vor allem an einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom (Postnukleotomiesyndrom, Postfusionssyndrom). Nach zweifacher lumbaler Bandscheibenoperation in Höhe L5/S1 links und dorso-ventraler Spondylodese L5/S1 sind in Höhe L5/S1 verstärkte Narbenbildungen vor allem linksseitig, zusätzlich mit periduralen Adhäsionen (Verbackungen der periduralen Weichteile) nachweisbar (Kernspintomogramm vom Juni 2006. Die aktuelle radiologische Abklärung durch Prof. Dr. H. erbrachte eine durchgehende knöcherne Fusion der Etage L5/S1. Im Rahmen der klinischen Untersuchung zeigten sich reizfreie Narbenbildungen und unauffällige Gang- und Standvarianten, eine diffuse Klopf- und Druckdolenz im gesamten LWS-Bereich, ein verstärkter Tonus der lumbalen Rückenstrecker bilateral ohne reflektorische Verstärkung bei der Rumpfmaximalbewegung, eine konzentrisch eingeschränkte Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule, insbesondere bezüglich der kyphotischen Entfaltung, sowie eine mäßig eingeschränkte Lateralflexion und Reklination bei freier Rotation. Bis auf einen ausgelöschten Achillessehnenreflex rechts ergaben sich keine neurologischen Auffälligkeiten. Auch Dr. W. bestätigte eine chronifizierte Lumbalgie mit zum Teil pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung und wies darauf hin, dass die bei der neurologischen Untersuchung nachgewiesenen Gefühlsstörungen (Minderung der Sensibilitätsqualitäten im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis links und reduziertes Vibrationsempfinden an den Innenmalleolen beidseits) sowie der Reflexausfall (beidseits nicht erhältliche Achillessehnenreflexe) bei im Übrigen unauffälligen Befunden zu keinen Funktionsbehinderungen führen. Der Senat verkennt nicht, dass der Kläger durch das Postnukleotomiesyndrom deutlich qualitativ beeinträchtigt ist, eine quantitative Limitierung des körperlichen Leistungsvermögens resultiert hieraus jedoch im Anschluss an Prof. Dr. H. und Dr. W. nicht. Die degenerativen Veränderungen der Hüft- und Kniegelenke sowie der HWS wirken sich nach den Feststellungen von Prof. Dr. H. mangels nachweisbarer funktioneller Beeinträchtigungen auf das Leistungsvermögen des Klägers nicht wesentlich aus. Ebenso wenig kommt der deutlichen Fußdeformität, die lediglich Schuhe mit korrekter Fußbettung erfordert, eine sozialmedizinische Relevanz zu.

Auf psychiatrischem Fachgebiet hat Dr. W. zusätzlich beim Kläger eine leichtgradige depressive Episode erhoben. Hierdurch ist zwar die psychische Belastbarkeit des Klägers, nicht jedoch das zeitliche Leistungsvermögen herabgesetzt. Während der gesamten Untersuchung waren Aufmerksamkeit und Konzentration des Klägers völlig ungestört, die Gedächtnisleistung regelrecht, der Kläger zeigte sich zu jeder Zeit attent und wach. Auch die Angaben des Klägers zu seinem häuslichen Umfeld, wo er durchaus soziale Aktivitäten entfalten kann, sprechen - so Dr. W. - gegen eine sozialmedizinisch relevante Beeinträchtigung. Eine Schmerzkrankheit im engeren Sinne war nicht nachweisbar, die geschilderten Schmerzen wurden insgesamt verdeutlicht vorgetragen. Dr. W. fand aber keine Zeichen für eine Aggravation oder Simulation. Sichere Hinweise für eine somatoforme Störung ließen sich nach den Darlegungen des Sachverständigen nicht herausarbeiten.

Zur Überzeugung des Senats steht hiernach fest, dass der Kläger seit 01.12.2003 in der Lage ist, leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung vollschichtig zu verrichten. Vermeiden muss er wegen der lumbalen Problematik schwere und fortdauernd mittelschwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 8 bis 10 kg, Tätigkeiten in monotoner Rumpfhaltung wie ausschließliches Gehen und Stehen, Rumpfanteklination und ausschließlich sitzende Körperhaltung, Tätigkeiten unter Kälte-, Nässe- und Zuglufteinfluss, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und auf unebenem Gelände sowie Arbeiten in Hock- oder Bückstellung. Aufgrund der seelischen Störung sind Arbeiten unter besonderem Zeitdruck (Fließband, Akkord) und Schichtarbeit ungeeignet. Die Wegefähigkeit des Klägers ist weder wirbelsäulenbedingt noch kniegelenksbedingt rentenrelevant beeinträchtigt. Der Senat schließt sich insgesamt der Beurteilung der erfahrenen Sachverständigen Dr. W. und Prof. Dr. H. an. Sie ist nachvollziehbar und überzeugend und steht im Einklang mit den dokumentierten Befunden. Die sozialmedizinischen Schlussfolgerungen von Dr. Z.-R., Dr. J., Dr. S. und Dr. K. sind damit im Wesentlichen bestätigt worden.

Soweit demgegenüber Dr. K. aufgrund des Postnukleotomiesyndroms (chronischer lumbaler Schmerz mit Ausstrahlung in beide Beine bis in die Knöchelregion) eine zeitliche Leistungseinschränkung des Klägers auf ein Zeitmaß zwischen vier und sechs Stunden angenommen hat, ist diese Beurteilung unter Berücksichtigung der beschriebenen objektiven Befunde, die nicht wesentlich über die von Prof. Dr. H., Dr. W. und Dr. K. festgestellten Gesundheitsstörungen hinausgehen, für den Senat nicht überzeugend. Auch eine rentenrelevante Einschränkung der Wegefähigkeit lässt sich mit den im Bereich der unteren Extremitäten festgehaltenen Befunden nicht verifizieren. Dr. K. orientiert sich vielmehr an den erheblichen subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers und hat diese unkritisch übernommen bzw. überbewertet. Dr. W. hat insoweit darauf hingewiesen, dass vom Kläger die Schmerzen insgesamt verdeutlicht vorgetragen wurden und sichere Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung nicht herausgearbeitet werden konnten. Prof. Dr. H. hat deutlich gemacht, dass bei der lumbalen Beschwerdesymptomatik keine neurologischen Ausfälle bestehen und eine cervikocephale bzw. cervikobrachiale Symptomatik halswirbelsäulenbedingt nicht vorlag. Zum Untersuchungszeitpunkt bestanden nach der operativen Behandlung eines Sulcus ulnaris-Syndroms bei frei beweglichen Gelenken keine wesentlichen Auffälligkeiten mehr, auch im Bereich der Hüft- und Kniegelenke zeigte sich eine freie Funktionalität. Der Senat ist daher mit Dr. W. und Prof. Dr. H. der Auffassung, dass dem Postnukleotomiesyndrom des Klägers mit den oben genannten qualitativen Einschränkungen ausreichend Rechnung getragen wird und es einer zeitlichen Limitierung der Arbeitszeit

nicht bedarf. Der Senat folgt der Beurteilung von Dr. W. und Prof. Dr. H. auch insoweit, als bei Beachtung der qualitativen Einschränkungen keine zusätzlichen Pausen notwendig sind. Eine nachvollziehbare und überzeugende Begründung hierfür ergibt sich für den Senat auch nicht aus den Feststellungen von Dr. J. und Dr. S ...

Ebenso wenig wie bereits das SG vermochte sich der Senat der Einschätzung von Dr. M.-T., die beim Kläger eine deutliche depressive Stimmungslage mit hieraus folgender Einschränkung des Leistungsvermögens auf weniger als zwei Stunden täglich diagnostizierte, anzuschließen, denn weder bei Dr. Z.-R., Dr. J. und Dr. S. noch bei Dr. W. wurde eine solche ausgeprägte depressive Störung beschrieben. Auch die orthopädischen Gutachter erwähnen keine wesentlichen psychischen Auffälligkeiten. Dem Gutachten von Dr. M.-T. sind, worauf Dr. W. zu Recht hingewiesen hat, keine objektiven Kriterien zu entnehmen, aus denen das tatsächliche Ausmaß der Beeinträchtigungen abgeleitet werden könnte.

Die vom Kläger zuletzt noch vorgelegten Bescheinigungen von Dr. K., Dr. Z. und Dr. K. sowie die Befundberichte von Dr. B. und Dr. K. geben keinen Anlass, anders zu entscheiden, denn daraus lassen sich weder neue Gesichtspunkte noch wesentlich gravierendere Befunde als sie von Dr. W. oder von Prof. Dr. H. festgestellt wurden, entnehmen. Für die von Dr. K. wie bereits früher angenommene zeitliche Leistungseinschränkung des Klägers findet sich keine nachvollziehbare objektive Begründung. Das gleiche gilt bezüglich der Bescheinigung von Dr. K., der als zusätzliche Diagnose lediglich ein Impingement-Syndrom rechts bei Verdacht auf AC-Arthrose rechts nennt. Hierbei handelt es sich um eine behandelbare Gesundheitsstörung, die sich allenfalls qualitativ (Vermeidung von Überkopfarbeit), aber nicht quantitativ auswirkt und zudem noch nicht anhaltend besteht, da Prof. Dr. H. im November 2007 eine freie Beweglichkeit der oberen Extremitäten mit nur interskapulärem Schmerzbild beim Durchbewegen festhielt.

Im Hinblick auf die qualitativen Leistungseinschränkungen braucht dem Kläger keine konkrete Berufstätigkeit benannt zu werden, weil sie ihrer Anzahl, Art und Schwere nach keine besondere Begründung zur Verneinung einer "Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" oder einer "schweren spezifischen Leistungsminderung" erfordern. Sie erscheinen nämlich nicht geeignet, das Feld körperlich leichter Arbeiten zusätzlich wesentlich einzuengen. Insbesondere ist der Ausschluss von Heben und Tragen schwererer Lasten, von Zwangshaltungen, von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und von häufigem Bücken, Hocken bereits vom Begriff "leichte Tätigkeiten" umfasst (BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 117](#) und [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#); BSG [SozR 3-2600 § 43 Nr. 17](#)). Das Restleistungsvermögen des Klägers erlaubt ihm noch körperliche Verrichtungen, die in leichten einfachen Tätigkeiten gefordert zu werden pflegen, wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Bedienen von Maschinen, Montieren, Kleben, Sortieren, Verpacken oder Zusammensetzen von kleinen Teilen. Hinsichtlich der Anforderungen für diese Tätigkeitsfelder (vor allem Fingerfertigkeit, Sehvermögen) ergeben sich aus den vorliegenden ärztlichen Äußerungen keine Einschränkungen. Auch sind diese Tätigkeiten in der Regel ohne Einwirkung von Nässe, Kälte oder Zugluft verrichtbar und nicht notwendigerweise mit besonderem Zeitdruck (Akkord, Fließband) oder mit Schichtarbeit verbunden.

Schließlich ist dem Kläger auch der Arbeitsmarkt nicht verschlossen. Die Frage, ob es auf dem gesamten Arbeitsmarkt ausreichend Arbeitsplätze gibt, ist nur dann zu prüfen, wenn der Versicherte die noch in Betracht kommenden Tätigkeiten nicht unter betriebsüblichen Bedingungen ausüben kann oder entsprechende Arbeitsplätze von seiner Wohnung nicht zu erreichen vermag, oder die Zahl der in Betracht kommenden Arbeitsplätze deshalb nicht unerheblich reduziert ist, weil der Versicherte nur in Teilbereichen eines Tätigkeitsfeldes eingesetzt werden kann, oder die in Betracht kommenden Tätigkeiten auf Arbeitsplätzen ausgeübt werden, die als Schonarbeitsplätze nicht an Betriebsfremde vergeben werden, oder die in Betracht kommenden Tätigkeiten auf Arbeitsplätzen ausgeübt werden, die an Berufsfremde nicht vergeben werden oder entsprechende Arbeitsplätze nur in ganz geringer Zahl vorkommen. Dieser Katalog ist nach den Entscheidungen des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996, ([GS 1/95](#)) abschließend. Im Falle des Klägers ist keiner dieser Fälle gegeben.

Die Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Der Rentenversicherung ist nur das Risiko einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung zugewiesen, nicht dagegen das Risiko einer Minderung einer Erwerbsmöglichkeit oder der Arbeitslosigkeit (vgl. Beschluss des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996). Das Risiko, dass der Kläger keinen für ihn geeigneten Arbeitsplatz findet, geht nicht zu Lasten des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 41](#) und vom 21.07.1992 - [4 RA 13/91](#)-; BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 19](#)).

Auf die Berufung der Beklagten war daher das angefochtene Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-04-21