

L 4 R 2094/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 13 R 3837/10

Datum

22.03.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 2094/12

Datum

30.01.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. März 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. Januar 2010.

Die am 1964 in Bosnien geborene Klägerin, kroatische Staatsangehörige, erlernte keinen Beruf. Nach Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland im August 1981 war sie vom 16. September 1985 bis 7. März 2007 unterbrochen durch eine Zeit der Schwangerschaft vom 3. Juni bis 11. September 1991 und nicht mit Versicherungszeiten belegte Zeiten vom 1. Juli 1992 bis 4. März 1993 und vom 1. Mai 1999 bis 31. Dezember 2003 überwiegend als Reinemachefrau und zuletzt in der Bettenzentrale eines Krankenhauses versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 26. April 2007 bis 28. Februar 2010 bezog die Klägerin mit Ausnahme der Zeit vom 15. bis 25. Juni 2007, vom 4. bis 21. August 2008 und vom 15. bis 21. Juni 2009 Arbeitslosengeld, Krankengeld bzw. Übergangsgeld und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II). Vom 1. März bis 16. Juli 2010 war die Klägerin als Maschinenbedienerin versicherungspflichtig beschäftigt. Ab 17. Juli 2010 erhielt sie erneut Arbeitslosengeld und seit 1. Januar 2011 Leistungen nach dem SGB II. Seit 14. Dezember 2010 ist bei der Klägerin eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 anerkannt.

In der Zeit vom 19. November bis 24. Dezember 2009 absolvierte die Klägerin eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Z.-klinik in S. B. Dr. W. diagnostizierte in seinem Entlassungsbericht vom 4. Januar 2010 ein Impingementsyndrom rechte Schulter, Restbeschwerden nach subacromialer Dekompression und Re-Insertion der Supraspinatussehne, unspezifische Rückenschmerzen, besonders im Nacken- und Lendenwirbelsäulenbereich, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Dysthymia und Varikosis der unteren Extremitäten. Die Klägerin wurde arbeitsfähig und mit einem Leistungsvermögen von über sechs Stunden täglich für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne hohe Anforderungen an die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes bzw. an die Mobilität der rechten Schulter, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten sowie Tätigkeiten über Brusthöhe und ohne Tätigkeiten mit ausgeprägten Anforderungen an die geistige/psychische Belastbarkeit (u.a. Nachtschicht und Akkord) entlassen.

Am 14. Januar 2010 beantragte die Klägerin Rente wegen Erwerbsminderung. Sie gab an, sie halte sich seit ca. April 2008 vordergründig wegen eines Sehnenrisses im Bereich der rechten Schulter und Depression und wegen Halswirbel- und Bandscheibenbeschwerden, Kniegelenksbeschwerden rechts, einer Fibromyalgie und Schmerzen in allen Gelenken für erwerbsgemindert. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht des Dr. W. bei und lehnte gestützt hierauf den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 3. Februar 2010 ab, weil sie die medizinischen Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht erfülle.

Ihren dagegen erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass zwar die diagnostischen Feststellungen der Beklagten zutreffend seien, jedoch die Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Angeschlagenheit auf ihre Leistungsfähigkeit nicht den Tatsachen entsprächen. Sie müsse weiterhin und ununterbrochen in ärztlicher Behandlung stehen. Hierauf zog die Beklagte den am 11. März 2010 bei ihr eingegangenen Befundbericht des Allgemeinarztes Dr. J. ein. Dr. J. verwies auf den Entlassungsbericht des Dr. W. und - beigefügt - Arztbriefe des Internisten Dr. R. vom Juli 2009 (Diagnosen: Refluxsymptomatik, vermutlich überwiegend funktionell überlagert, leichte Hiatusinsuffizienz und histologisch minimale Antrumgastritis; therapeutische Maßnahmen wohl nicht erforderlich) und führte aus, dass die

letzten Beschwerden der Klägerin eher im Sinne einer Anpassungsstörung zu interpretieren gewesen seien und eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen worden sei. Hierzu holte die Beklagte eine sozialmedizinische Stellungnahme des Arztes Arnold ein, der an der bisherigen Leistungsbeurteilung festhielt. Sodann wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 1. Juni 2010 zurück. Der Sozialmedizinische Dienst habe sämtliche Unterlagen überprüft und sei nach Würdigung aller Umstände insbesondere unter Berücksichtigung des Vorbringens der Klägerin im Widerspruchsverfahren zu dem Ergebnis gekommen, dass der Klägerin auch unter Berücksichtigung der festgestellten Erkrankungen oder Behinderungen, leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne volle Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms, ohne häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten (ohne mechanische Hilfsmittel) und ohne Arbeiten über Brusthöhe mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien. Die Beurteilung des Leistungsvermögens der Klägerin durch den Sozialmedizinischen Dienst sei für ihn, den Widerspruchsausschuss, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb er sich dieser anschließe. Volle bzw. teilweise Erwerbsminderung nach § 43 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) liege daher nicht vor. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI komme bei der Klägerin nicht in Betracht, da sie nach dem 1. Januar 1961 geboren sei. Ihr Leistungsvermögen in der zuletzt ausgeübten Beschäftigung sei demnach nicht maßgeblich. Ob die Klägerin einen ihrem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz inne habe bzw. ob die Agentur für Arbeit ihr einen entsprechenden Arbeitsplatz vermitteln könne, sei - solange sie noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein könne - für einen Rentenanspruch nicht ausschlaggebend.

Die Klägerin erhob am 25. Juni 2010 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie trug vor, sie leide nach einem anfänglichen Schulterarmschmerz aufgrund einer Verletzung am 28. Januar 2008 nunmehr unter einer Schmerzhaftigkeit im ganzen Skelett. Ihre Beschwerden seien mittlerweile psychisch. Hinzu gekommen sei noch eine Fingertaubheit mit Schmerzen des zweiten und dritten Fingers rechts. Tätigkeiten von wirtschaftlichem Wert seien ihr nicht mehr möglich. Sie legte eine ergänzende Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. vom 12. Juli 2011 zu dessen sachverständiger Zeugenauskunft vom 5. März 2011 (hierzu im Folgenden) vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte den bei ihr im Zusammenhang mit dem Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 6. Dezember 2010, mit dem die Beklagte die Gewährung von vorzeitigen medizinischen Rehabilitationsleistungen abgelehnt hatte, eingegangenen Befundbericht des Dr. P. vom 18. Januar 2011 (Diagnosen: Fibromyalgie, Osteochondrose der Wirbelsäule mit Foraminaeinkengung, Schwindel und Taumel, Psychialgie, anhaltende somatoforme Schmerzstörung) vor und verwies auf das von dem Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie Dr. A. im Rahmen eines Rechtsstreits gegen das Land Baden-Württemberg (SG - S 19 SB 6722/09) erstattete Gutachten vom 14. Dezember 2010, welches die Klägerin in der Folge vorlegte. Demzufolge hatte Dr. A. bei der Klägerin eine somatoforme Schmerzstörung, mittelschwere depressive Störung, auch im Zusammenhang mit einer Folgestörung bei Gewalterfahrung und eine beginnende Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom bei früherer Gewalterfahrung diagnostiziert und den GdB für die psychische Beschwerdesymptomatik mit 40 und den Gesamt-GdB unter Berücksichtigung der daneben bestehenden orthopädischen Beschwerden mit 50 eingeschätzt. Außerdem reichte die Beklagte die im Zusammenhang mit dem Widerspruch der Klägerin wegen der Gewährung medizinischer Rehabilitationsleistungen abgegebene sozialmedizinische Stellungnahme des Arztes für Sozialmedizin F. vom 15. Februar 2011, für den sich bei der Klägerin Hinweise dafür ergaben, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien und eine erneute, vorzeitige Heilbehandlung bei ihr nicht angezeigt sei, zu den Akten und fügte die ärztlichen Unterlagen aus ihrer Reha-Akte (u.a. Gutachten des Chirurgen Dr. G. vom 29. November 2010: Diagnosen: deutliche Funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk nach arthroskopischer Acromioplastik und offener Rekonstruktion der rupturierten Rotatorenmanschette April 2008, degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Funktionseinschränkung bei Fehllhaltung, Protrusionen TH12/L1, L3/4, somatoforme Schmerzstörung; sozialmedizinische Leistungsbeurteilung: Maschinenarbeiterin, Verpackerin sechs Stunden und mehr, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Einschränkungen für langes Stehen, häufiges Bücken, Knien und Hocken sowie Überkopparbeiten, Lasten sollten nur noch bis maximal zehn kg gehoben und getragen werden und die Arbeiten sollten nicht unter erheblichem Zeitdruck und in Form von Nachtschicht verrichtet werden sechs Stunden und mehr) zu der Rentenakte.

Das SG vernahm die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. P. wiederholte in der sachverständigen Zeugenauskunft vom 5. März 2011 wortgleich seinen Befundbericht vom 18. Januar 2011 und teilte ergänzend mit, dass sich die Klägerin erstmals am 21. April 2009, sodann sporadisch und zuletzt am 18. Februar 2011 bei ihm vorgestellt habe. Das für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit maßgebliche Leiden liege auf orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet. Orthopäde und Chirurg Dr. H. führte unter dem 04. April 2011 aus, dass die Klägerin an einem LWS-BWS-Syndrom, einer Skoliose der Lendenwirbelsäule, einer Haltungsschwäche, chronisch lumbalen Schmerzen und einer Psychasthenie leide. Es bestehe ein reduziertes Bewegungsausmaß mit endgradigen Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule. Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit, ab und zu aufzustehen und umhergehen zu können, noch sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten. Er fügte den Arztbrief des Arztes für Diagnostische Radiologie Dr. B. vom 25. Mai 2010 über eine am selben Tag durchgeführte Magnetresonanztomographie der unteren Brustwirbelsäule und oberen Lendenwirbelsäule (Beurteilung: Osteochondrosis intervertebralis LWK 5/SWK 1, geringer LWK 3/4 bei linkskonvexer Skoliose, keine spinale Enge, keine Bandscheibenvorfälle, Protrusion LWK 3/4 und Th 12/SWK 1, kein Korrelat für eine Wurzelkompressionssymptomatik rechts) bei.

Im Auftrag des SG erstattete sodann Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Wö. über die Klägerin sein neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 21. September 2011. Der Sachverständige diagnostizierte eine chronische depressive Störung wechselnder Ausprägung, aktuell leicht bis mittelschwer, und eine im Zusammenhang damit stehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung und außerdem eine Rotatorenmanschettenruptur rechts, ein Impingementsyndrom der rechten Schulter und eine arthroskopische Acromioplastik und Rekonstruktion der Rotatorenmanschette April 2008. Er führte aus, die depressive Störung sei hinreichend wahrscheinlich auf psychische Traumatisierung in der Kindheit und auf eine langjährige konflikthafte Ehe zurückzuführen. Leichte Tätigkeiten im Bewegungswechsel, vorwiegend in temperierten Räumen unter Ausschluss von Arbeiten in anhaltender Konzentration, unter Zeitdruck und nicht mit einem Wechsel zwischen Tag- und Nacharbeit, ohne häufiges Bücken oder im Knien könne die Klägerin noch sechs Stunden und mehr an fünf Wochentagen verrichten. Zu einer Arbeit als Reinigungskraft sei sie nicht mehr befähigt.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete sodann Dr. A. über die Klägerin sein nervenärztlich-psychotherapeutisches Gutachten vom 13. Januar 2012. Der Sachverständige diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung, eine mittelschwere depressive Störung, auch im Zusammenhang mit einer Folgestörung bei Gewalterfahrung und eine beginnende Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom bei früherer Gewalterfahrung. Eine Tätigkeit als Arbeiterin und auch sonstige

leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts könne die Klägerin aktuell nur noch unter drei Stunden täglich verrichten. Bezüglich des Gutachtens von Dr. Wö. sei davon auszugehen, dass es sich eher um ein neurologisches Gutachten mit zusätzlicher symptomatischer psychiatrischer Untersuchung gehandelt habe, welches letztlich der Beschwerdesymptomatik der Klägerin lediglich bezüglich der somatischen Erkrankungen vollständig gerecht geworden sei. Dass in der Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik der Klägerin Bezüge einerseits zu früheren traumatisierenden Erlebnissen bestünden und andererseits eine Persönlichkeitsänderung zu verzeichnen sei, sei im Gutachten von Dr. Wö. weder biographisch noch bezüglich der Beschwerdesymptomatik ausreichend exploriert und dokumentiert worden. Auch seitens Dr. P. werde das Ausmaß und der Umfang der Persönlichkeitsänderung der Klägerin und ihre Angstsymptomatik nicht ausreichend dokumentiert und erfasst. Dr. A. reichte das ihm vorgelegte ärztliche Attest des Orthopäden Dr. R. vom 21. Dezember 2011, in dem über die Schulterverletzung der Klägerin rechts berichtet wird, nach.

Zu den getätigten Ermittlungen legte die Beklagte eine Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Bu. vom 13. März 2012 vor, der sich weit mehr dem Gutachten des Dr. Wö. denn jenem des Dr. A. anschloss und weiterhin von einem Leistungsvermögen der Klägerin von sechs und mehr Stunden täglich unter qualitativen Leistungseinschränkungen ausging.

Mit Urteil vom 22. März 2012 wies das SG die Klage ab. Die Klägerin sei nicht voll erwerbsgemindert. Zu dieser Überzeugung sei es, das SG, aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere das Gutachten von Dr. Wö. gelangt. Danach lägen wesentliche, das berufliche Leistungsvermögen einschränkende Gesundheitsstörungen auf orthopädischem oder internistischem Fachgebiet nicht vor und mit Blick auf das nervenärztliche Fachgebiet sei die Leistungseinschätzung des Dr. Wö., wonach weiterhin ein vollschichtiges Leistungsvermögen bestehe, angesichts der gestellten Diagnosen und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Gesamtsituation in sich schlüssig. Nicht folgen könne es, das SG, der Leistungsempfehlung von Dr. A., der zu einer Einschätzung von unter drei Stunden täglich gelange. Denn dieser Sachverständige habe für seine Leistungseinschätzung keine weitgehende Grundlage genannt, die zwingend zu einer Abweichung vom Gutachten des Dr. Wö. führen müsste. Bei Sichtung der Gutachten und direktem Vergleich zum nur wenige Monate vorher bei Dr. Wö. eingeholten Gutachten ergäben sich insgesamt auch bei Dr. A. keine erheblichen Abweichungen zu den medizinisch bedingten Beeinträchtigungen der Klägerin. Aus den Ausführungen von Dr. A. würden die bereits von Dr. Wö. geteilten qualitativen Einschränkungen erneut ersichtlich und damit bestätigt. Eine besondere Grundlage dafür, warum sich diese Einschränkungen nunmehr gleich in erheblichem Maße auf das quantitative Leistungsvermögen auswirkten und zu dessen vollständiger Aufhebung führen sollten, fehle in den Ausführungen. Da es sich um eine Zustands- und keine Zusammenhangsbegutachtung handele, sei die Frage einer etwaigen Gewalterfahrung hier nicht zentral. Es komme nicht auf die Ursache einer Erkrankung an. Schicksalshafte Ereignisse als solche seien gerade kein direkter Maßstab, um zu einer Rentengewährung zu gelangen. Anhaltspunkte für eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder für eine schwere spezifische Leistungseinschränkung lägen nicht vor. Es handele sich allenfalls um gewöhnliche Leistungseinschränkungen in qualitativer Hinsicht. Die Klägerin sei auch nicht teilweise erwerbsgemindert, da sie noch in der Lage sei, sechs Stunden und mehr erwerbstätig zu sein. Eine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit sei nicht mehr zu prüfen gewesen, da die Klägerin im Jahr 1964 und damit nach dem 2. Januar 1961 geboren sei und für sie daher nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) in der seit 1. Januar 2001 maßgebenden Fassung eine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nicht mehr vorgesehen sei. Ohne Relevanz sei, dass die Klägerin derzeit keinen Arbeitsplatz mehr inne habe. Denn nach [§ 43 Abs. 3](#) 2. Halbsatz SGB VI und [§ 240 Abs. 2 Satz 4](#) 2. Halbsatz SGB VI sei bei einem Leistungsvermögen von mehr als sechs Stunden täglich die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Ohne Relevanz sei darüber hinaus, dass die Klägerin als Schwerbehinderte mit einem GdB von 50 anerkannt sei. Die Anerkennung als Schwerbehinderte lasse noch keine Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung zu.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 14. Mai 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 18. Mai 2012 Berufung eingelegt. Sie hält unter Hinweis auf die Leistungseinschätzung des Dr. A. in seinem Gutachten vom 13. Januar 2012 an ihrem Begehren fest. Der psychopathologische Befund sei von Dr. A. ausführlicher erhoben worden als von Dr. Wö. ... Dr. A. habe eine gedrückte Stimmungslage, einen etwas geminderten Antrieb, immer wieder stockende Denkvorgänge mit Beeinträchtigungen im inhaltlichen Denken, innere Unruhe, Nervosität und leichte Reizbarkeit festgestellt. Konzentration und Aufmerksamkeit seien hiervon gefangen und streckenweise nur schwer ablenkbar gewesen. Dementsprechend sei Dr. A. zu einem auch zeitlich geminderten Leistungsvermögen gekommen. Dies sei im Gutachten von Dr. Wö. so nicht herausgearbeitet worden. Aufgrund ihrer psychischen Einschränkungen sei sie weiterhin regelmäßig ca. alle vier bis fünf Wochen bei Dr. P. in Behandlung. Sie leide nach wie vor unter Angstzuständen und auch unter Schlafproblemen und sei dementsprechend tagsüber sehr müde. In orthopädischer Sicht stehe demnächst aufgrund von Problemen an der rechten Hand wohl wieder eine Operation an. Auf Nachfrage des Senats teilte die Klägerin mit, dass sie keine spezielle Schmerztherapie durchführe. Eine konkrete Operation im Bereich der rechten Hand stehe nicht an. Ergänzend hat die Klägerin ärztliche Atteste des Dr. R. vom 23. Oktober und 21. Dezember 2012 mit Blick auf die Schulterverletzung rechts und einen Arztbrief des Dr. R. vom 24. April 2008 (Therapie: Operation rechte Schulter am 14. April 2008) beigelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. März 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 2. März 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Juni 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab 1. Januar 2010 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat sozialmedizinische Stellungnahmen des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Bu. vom 08. und 15. November 2012, der sich dahingehend geäußert hat, dass auch in Absprache mit dem chirurgischen Fachkollegen weiterhin von einem quantitativen nicht reduzierten Leistungsvermögen der Klägerin auszugehen sei, vorgelegt.

Der Senat hat Dr. P. als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat unter dem 24. Oktober 2012 erneut unter Wiederholung der Angaben im Befundbericht vom 18. Januar 2011 zur Leistungsfähigkeit der Klägerin ergänzend mitgeteilt, dass er die Ausdauerkraft der Klägerin bei anhaltender und hartnäckiger Niedergeschlagenheit mit Lust-, Initiative-, Konzentrations- und Schwunglosigkeit für im geregelten Erwerbsleben nicht ausreichend erachte. Dass die Klägerin ohne Gefährdung ihrer Gesundheit eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt noch ca. sechs Stunden täglich verrichten könne, sei schwer vorstellbar. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit der Klägerin in diesem Ausmaß sei seit Antragstellung gesichert.

Die Berichterstatterin hat die Beteiligten unter dem 12. Dezember 2012 darauf hingewiesen, dass der Senat ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss über die Berufung entscheiden werde und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Hierauf hat die Klägerin sich dahingehend geäußert, dass sie nach wie vor davon überzeugt sei, dass ihr Leistungsvermögen rentenrelevant eingeschränkt sei.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akten des SG und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, da er die Berufung der Klägerin einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 2. März 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Juni 2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat ab 1. Januar 2010 weder Anspruch auf Rente wegen voller noch wegen teilweiser Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#).

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll bzw. teilweise 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. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 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 sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. 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](#)).

Die Klägerin ist seit 1. Januar 2010 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, weil sie noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der in beiden Rechtszügen durchgeführten Beweisaufnahme fest.

Die Klägerin leidet vorrangig unter Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet. Es besteht bei ihr eine chronische depressive Störung wechselnder Ausprägung, teilweise in einem mittelschweren Ausmaß. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. Wö. vom 21. September 2011 sowie dem Entlassungsbericht des Dr. W. vom 4. Januar 2010, in dem über eine Dysthymia berichtet wird, aber auch den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. P. vom 5. März 2011 und 24. Oktober 2012 und dem Gutachten des Dr. A. vom 13. Januar 2012. Behandelt wird die Klägerin insoweit durchgehend mit Stangyl-Tropfen und Lyrica 25mg Hartkapseln. Eine Änderung der Medikation nahm Dr. P., wie sich aus seinen sachverständigen Zeugenauskünften und dem Befundbericht vom 18. Januar 2011 entnehmen lässt, nicht vor. Dass die psychischen Störungen zu einem durchgehend herabgesetzten Antrieb und einer Einbuße bezüglich der Partizipationsfähigkeit mit letztendlich lähmender Integrationsfähigkeit führen, wie es Dr. P. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 24. Oktober 2012 schildert, lässt sich mit der Auskunft von Dr. P. nicht belegen, nachdem er dies nicht weiter erläutert. Im Widerspruch dazu steht auch der von der Klägerin sowohl gegenüber Dr. Wö. als auch Dr. A. gegenüber geschilderte Tagesablauf. Danach steht die Klägerin zwar früh auf, gestaltet dann jedoch durchaus ihren Tag. Sie wäscht sich, frühstückt, betet, verrichtet den Haushalt, bereitet sich Essen, geht einkaufen und manchmal zu Ärzten und zur Krankengymnastik. Sie schaut fern und versucht auch zu lesen. Die Klägerin verfügt auch durchaus noch über Sozialkontakte, sie telefoniert mit ihren Verwandten und empfängt von diesen auch Besuch. Eine anhaltende schwere depressive Symptomatik mit durchgehend herabgesetztem Antrieb und lähmender Integrationsfähigkeit vermag der Senat angesichts dieser den Sachverständigen gegenüber geschilderten übereinstimmenden Tagesstrukturierung aber auch mit Blick auf die durchgeführte und unverändert fortgesetzte Medikation nicht festzustellen.

Ferner besteht bei der Klägerin eine mit Ibuprofen bzw. Ibuprofen behandelte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, wie sich ebenfalls aus dem Entlassungsbericht des Dr. W., den Gutachten von Dr. Wö. und Dr. A. sowie den sachverständigen Zeugenauskünften von Dr. P. ergibt. Eine Bestätigung für diese Gesundheitsstörung findet sich auch im von Dr. G. erstatteten Gutachten vom 29. November 2010.

Auf orthopädischem Fachgebiet liegen bei der Klägerin Beschwerden von Seiten der rechten Schulter und degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Protrusionen im Lendenwirbelsäulenbereich vor, wobei die Protrusionen zu keiner belangvollen Wurzelreizsymptomatik führen. Dies stützt der Senat auf das von Dr. G. erstattete Gutachten, den Entlassungsbericht des Dr. W. und die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H. vom 4. April 2011 und mit Blick auf die Beschwerden im Schulterbereich auch auf den Arztbrief und die ärztlichen Atteste des Dr. R. vom 24. April 2008, 21. Dezember 2011, 23. Oktober und 21. Dezember 2012 und das Gutachten des Dr. Wö. ... Degenerative Wirbelsäulenveränderungen lassen sich auch den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. P. entnehmen. Das Vorliegen von Protrusionen ohne spinale Enge und ohne Korrelat für eine Wurzelkompressionssymptomatik stützt der Senat auf den

Arztbrief des Dr. B. vom 25. Mai 2010.

Daneben besteht bei der Klägerin, wie aus dem Entlassungsbericht des Dr. W. hervorgeht, eine leichte Varikosis der unteren Extremitäten, die mit leichten Unterschenkelödemen verbunden ist, und auf internistischem Fachgebiet den Arztbriefen von Dr. R. folgend eine Refluxsymptomatik, leichte Hiatusinsuffizienz und minimale Gastritis, die jeweils keiner Behandlung bedürfen.

Anhaltspunkte für die allein von Dr. A. diagnostizierte beginnende Persönlichkeitsänderung vermag der Senat nicht festzustellen. Eine Persönlichkeitsdiagnostik auf die sich diese Diagnose stützen ließe, hat Dr. A. nicht durchgeführt. Seine erhobenen klinischen Befunde belegen die Persönlichkeitsänderung nicht.

Auch der von Dr. P. diagnostizierte Taumel und Schwindel findet weder eine Stütze in den von Dr. P. in seinen sachverständigen Zeugenauskünften geschilderten Befunden noch in den weiter vorliegenden medizinischen Unterlagen.

Aus den bei der Klägerin als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Die Klägerin kann nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Bewegungswechsel ohne hohe Anforderungen an die Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms bzw. an die Mobilität der rechten Schulter, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn kg, Tätigkeiten über Brusthöhe, häufiges Bücken, Knien und Hocken sowie verbunden mit langem Stehen und ohne ausgeprägte Anforderungen an die geistige/psychische Belastbarkeit (u.a. Nachtschicht und Akkord) verrichten. Dies entnimmt der Senat den Gutachten von Dr. G. und Dr. Wö. sowie der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. H. und dem Entlassungsbericht des Dr. W. ... Diese Einschränkungen gehen auch aus dem Gutachten des Dr. A. hervor.

Die bei der Klägerin als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats jedoch zu keiner Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Die Klägerin ist noch in der Lage, leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt dies auf die übereinstimmende Beurteilung des Gutachters Dr. G. und des Sachverständigen Dr. Wö. und des als sachverständigen Zeugen gehörten Dr. H. ... Eine Bestätigung findet diese Einschätzung auch im Entlassungsbericht des Dr. W. ... Der Senat vermag demgegenüber wie das SG nicht der Beurteilung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht durch Dr. A. zu folgen und auch die Leistungsbeurteilung des Dr. P., wonach es schwer vorstellbar sei, dass die Klägerin eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ca. sechs Stunden täglich verrichten könne, überzeugt den Senat nicht. Die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens durch Dr. G., Dr. Wö., Dr. H. und Dr. W. ist aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde schlüssig und nachvollziehbar.

Die bei der Klägerin vorliegende depressive Störung ist weder mit einem völligen Rückzug der Klägerin noch mit einer aufgehobenen Strukturierung des Tages verbunden. Es bedarf insoweit nach den Angaben der Klägerin auch nach wie vor nur einer Konsultation von Dr. P. in einem Abstand von vier bis fünf Wochen. Behandelt wird die Klägerin unverändert mit Stangyl-Tropfen und Lyrica 25mg Hartkapseln, was dem Neurologen und Psychiater Bu. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 13. März 2012 folgend keiner annähernd ausreichenden antidepressiven Psychopharmako-Therapie entspricht. Insgesamt ist der Befund aufgrund der depressiven Störung deshalb nicht der Gestalt, dass das Leistungsvermögen des Klägers deshalb auf weniger als sechs Stunden täglich abgesunken ist.

Das Impingement-Syndrom der rechten Schulter der Klägerin und ihre Restbeschwerden nach subakromialer Dekompression und Re-Insertion der Supraspinatussehne führte nach dem Entlassungsbericht des Dr. W. vom 4. Januar 2010 und dem Gutachten des Dr. G. vom 29. November 2010 zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Klägerin von Seiten der rechten Schulter. Einer aktuellen Behandlung bedarf es insoweit jedoch nicht. Eine solche geht weder aus dem Vortrag der Klägerin noch aus den von ihr vorgelegten ärztlichen Attesten des Dr. R. zuletzt vom 21. Dezember 2012 hervor. Ob es sich insoweit um in die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft fallende Beschwerden, was Dr. R. in den Raum stellt, handelt, ist im Zusammenhang mit dem für die Rentengewährung maßgeblichen Leistungsvermögen der Klägerin ohne Belang. Die zuletzt von Dr. G. insoweit erhobenen Befunde ergeben aber nur Anhaltspunkte für eine qualitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin im Hinblick auf Tätigkeiten über Brusthöhe, Tätigkeiten verbunden mit hohen Anforderungen an die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes bzw. an die Mobilität der rechten Schulter und schweres Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn kg. Auch die Veränderungen im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule führen nur zu Bewegungseinschränkungen. Mit Nervenwurzelreizungen, motorischen Lähmungserscheinungen und sensiblen Ausfallerscheinungen sind sie nicht verbunden. Mit Blick hierauf sind aufgrund der Wirbelsäulenbeschwerden schwere und dauernd mittelschwere Tätigkeiten, Tätigkeiten, die im Knien und Hocken zu verrichten sind, und Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken, Heben und Tragen sowie Bewegen von Lasten über zehn kg verbunden sind, ausgeschlossen. Einer sechsstündigen Tätigkeit unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen stehen auch sie nicht entgegen.

Nicht zumutbar sind aufgrund der Varikosis der Klägerin auch dauernd stehende Tätigkeiten. Eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich hierauf jedoch ebenfalls nicht stützen.

Eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich auch nicht auf die bei der Klägerin vorliegende somatoforme Schmerzstörung stützen. Aus dem von der Klägerin sowohl Dr. Wö. als auch Dr. A. gegenüber geschilderten Tagesablauf ergibt sich, dass die Klägerin durchaus in der Lage ist, Aktivitäten nachzugehen. Sie bewältigt alleine ihren Haushalt, geht manchmal zur Gymnastik und kauft auch selbst ein. Dass das Leistungsvermögen wegen des Schmerzsyndroms nicht auf weniger als sechs Stunden abgesunken ist, wird auch dadurch bestätigt, dass keine Behandlung durch einen Schmerztherapeuten stattfindet. Dies lässt auf einen noch nicht besonders ausgeprägten Leidensdruck schließen. Belegt wird die Tatsache, dass die Auswirkungen der Schmerzerkrankung im Alltag der Klägerin nicht so gravierend sind, dass sie einer mindestens sechsstündigen Tätigkeit entgegenstünden, auch dadurch, dass die Klägerin - wie zuletzt bei Dr. A. angegeben - lediglich Ibuflam oder Voltarensalbe bei Bedarf einnimmt bzw. anwendet. Bei Ibuflam und auch Ibuprofen handelt es sich um ein nicht steroidales Antirheumatikum. Der Einnahme von Opioiden bedarf es offensichtlich nicht.

Die Einschätzung von Dr. A. in seinem Gutachten vom 13. Januar 2012, wonach bei der Klägerin nur noch ein unter dreistündiges Leistungsvermögen besteht, vermag die übereinstimmende Einschätzung von Dr. Wö., Dr. G., Dr. W. und Dr. H. nicht zu widerlegen. Abgesehen davon, dass im Gutachten des Dr. A. vom 13. Januar 2012 der Tagesablauf der Klägerin mit Ausnahme der Tatsache, dass das Erwachen und das Aufstehen um eine bzw. eine halbe Stunde voneinander abweicht, und im Wesentlichen auch der psychische Befund und

die Epikrise wortgleich seinem Gutachten vom 14. Dezember 2010 entspricht, was Zweifel daran aufkommen lässt, ob Dr. A. die Klägerin bei der Begutachtung anlässlich des Rentenverfahrens am 23. Dezember 2011 tatsächlich eingehend befragt und untersucht hat, erhoben Dr. A. und Dr. Wö. im Wesentlichen dieselben Befunde. Diese Befunde belegen wie sich insbesondere aus dem von der Klägerin geschilderten Tagesablauf ergibt, kein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen der Klägerin. Dr. Wö. erfragte auch die Biographie der Klägerin und führte in seinem Gutachten aus, dass die depressive Störung hinreichend wahrscheinlich auf eine psychische Traumatisierung in der Kindheit und auf eine langjährig konflikthafte Ehe zurückzuführen sei. Entgegen des Vorhalts von Dr. A. hat Dr. Wö. die Klägerin damit auch biographisch ausreichend exploriert und ist wie Dr. A. der Auffassung, dass die depressive Störung ihre Ursache in einer Traumatisierung hat. Etwas anderes folgt auch nicht aus der von Dr. A. durchgeführten Testpsychologie. Diese bestand u.a. aus zwei Selbstbeurteilungsinstrumenten und zum anderen aus einem Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest, der - so auch Dr. A. - mangels deutscher Muttersprache nicht sicher verwertbar ist.

Widerlegt wird die übereinstimmende Einschätzung von Dr. G., Dr. Wö., Dr. W. und Dr. H. auch nicht durch die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. P. vom 24. Oktober 2012. Seine Aussage, wonach schwer vorstellbar sei, dass die Klägerin eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ca. sechs Stunden täglich verrichten könne, ist schon deshalb wenig überzeugend, weil Dr. P. in seinen sachverständigen Zeugenauskünften vom 5. März 2011 und 24. Oktober 2012 und im Befundbericht vom 18. Januar 2011 wortgleich die Anamnese, die Neurologie, die Psyche und die erhobenen apparativen Befunde wiederholt. Sie ist aber auch ungenau und vage und findet in den von ihm erhobenen Befunden keine Stütze.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-02-01