L 10 R 5063/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 4140/10
Datum
06.11.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 5063/12
Datum
17.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 06.11.2012 abgeändert und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der am 1965 geborene Kläger, der t. Staatsangehöriger ist und seit 1967 in Deutschland lebt, hat keinen Beruf erlernt. Er wurde im Rahmen einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit von Januar 1990 bis Januar 1991 nach eigenen Angaben zum Metallwerker ausgebildet. Bei ihm ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 80 (seit Mai 2006) sowie das Merkzeichen "G" mit unbefristeter Gültigkeitsdauer festgestellt. Der Kläger arbeitete u.a. als Maschinenbediener. Im Frühjahr 2007 nahm er ein Arbeitsverhältnis mit einer Zeitarbeitsfirma als Metallfachwerker im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zulasten der Beklagten auf. Seit Dezember 2008 ist der Kläger arbeitslos.

Einen ersten Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellte er im Juni 2004. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung auf orthopädischem und internistischem Gebiet. Sowohl der internistische Gutachter Dr. M. (Diagnosen: Wirbelgleiten L 5/S 1, Bluthochdruck, alte Wirbelfraktur Th 12 und L 1 - folgenlos ausgeheilt, Z.n. Hüftkopflösung links, verheilt sowie ausgeprägtes Übergewicht) wie auch der orthopädische Gutachter G. (verheilte Brüche 12. BWK/1. LWK, lumbosacrale Instabilität, Übergewicht sowie Hypertonus) sahen ein Leistungsvermögen von über sechs Stunden täglich an fünf Tagen die Woche für den allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung von qualitativen Einschränkungen. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 28.09.2004 den Antrag ab.

In der Zeit von April 2006 bis Mai 2006 durchlief der Kläger eine medizinische Rehabilitation in der Klinik H.-K ... Im Reha-Entlassungsbericht wurden u.a. eine koronare 2-Gefäß-Erkrankung sowie Stent-Implantation, ein Zustand nach Vorderwandinfarkt unklaren Zeitpunktes mit leichtgradig eingeschränkter LV-Funktion sowie Adipositas diagnostiziert und der Kläger aus kardiologischer Sicht als leistungsfähig für mittelschwere körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen. Auf den weiteren Rentenantrag des Klägers vom November 2006 hin veranlasste die Beklagte eine neuerliche Begutachtung durch Dr. M. , welcher bei der Diagnose (unter anderem) einer koronaren 2-Gefäß-Erkrankung nach Stent-Implantation bei erhaltenem Leistungsvermögen, eines medikamentös gut eingestellten Bluthochdrucks sowie eines durch Maskenbeatmung kompensierten Schlafapnoe-Syndroms neuerlich zum Ergebnis eines Leistungsvermögen von über sechs Stunden täglich an fünf Tagen die Woche für den allgemeinen Arbeitsmarkt gelangte. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte den Antrag ab.

Im Frühjahr 2009 durchlief der Kläger nach einer weiteren Stent-Implantation ein neuerliches Heilverfahren in der Rehaklinik H.-K ... Im Entlassungsbericht fand sich die Diagnose einer koronaren 2-Gefäß-Erkrankung mit Stent-Implantation, eines Zustandes nach Vorderwandinfarkt 03/2006, eines metabolischen Syndroms mit Adipositas, einer Hyperlipoproteinämie, eines Diabetes mellitus Typ II (Diät), einer arteriellen Hypertonie, eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms mit nasaler CPAP-Therapie sowie eines Zustandes nach Hüftoperation beidseits im Alter von 14 Jahren mit chronisch-rezidivierender Schmerzsymptomatik. Der Kläger wurde als leistungsfähig für leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr entlassen. Auch die frühere Tätigkeit als CNC-Maschineneinrichter könne er wieder aufnehmen.

Auf den neuerlichen Antrag des Klägers auf Rente wegen Erwerbsminderung vom 29.09.2009 hin zog die Beklagte den Entlassungsbericht

der W.-S. -Klinik Bad K. , Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie über den stationären Aufenthalt des Klägers in der Zeit vom 23.11.2009 bis 15.01.2010 bei. Danach lagen bei dem Kläger eine Impulskontrollstörung mit Reizbarkeit, eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine Adipositas sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Im Auftrag der Beklagten begutachtete Dr. F. den Kläger auf internistischem Gebiet sowie die Nervenärztin S. auf nervenärztlichem Gebiet. Dr. F. diagnostizierte bei dem Kläger einen Zustand nach Anterolateralinfarkt 1/2006 mit zweifacher Stent-Implantation, einen Zustand nach Stent-Implantation 1/2009 mit leichtgradig eingeschränkter systolischer Funktion, ein metabolisches Syndrom mit Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ II und arterieller Hypertonie sowie ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit Maskenbeatmung 1/2006. Die Nervenärztin S. stellte bei dem Kläger die Diagnose einer emotionalen Reaktion auf Lebensbelastung (Arbeitslosigkeit) sowie einer Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ. Psychiatrischerseits sei eine schwere Depression nicht mehr feststellbar; im Vordergrund stünden tiefe Verärgerung, aggressive Gereiztheit sowie Unzufriedenheit. Eine Leistungsminderung könne demzufolge nicht festgestellt werden. Nach Auffassung der beiden Gutachter bestand sowohl auf dem internistischen Fachgebiet wie auch aus psychosomatischer Sicht ein vollschichtiges Leistungsvermögen für überwiegend leichte, gelegentlich auch mittelschwere körperliche Tätigkeiten; zu vermeiden sei schweres Heben und Tragen von Lasten, zu großer Zeitdruck sowie Nachtschicht.

Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 09.04.2010 den Antrag ab. Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein fachorthopädisches Gutachten ein. Dr. B. diagnostizierte unter anderem chronisch rezidivierende Lumbalgien mit pseudoradikulärer Symptomatik beidseits, eine muskuläre Dysbalance bei Hyperlordose, Übergewicht und nicht ausreichend stabilisierter Rumpfmuskulatur sowie Verkalkungen des linken Hüftgelenks ohne wesentliche Funktionseinschränkungen. Der Kläger könne noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung, ohne andauernde oder häufige Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne besondere Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft mindestens sechs Stunden täglich ausüben. Mit Widerspruchsbescheid vom 02.12.2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Das hiergegen am 28.12.2010 angerufene Sozialgericht Reutlingen hat zunächst die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Der Orthopäde N. wie auch der Hausarzt Dr. K. haben das Leistungsvermögen des Klägers bei unter sechs Stunden täglich gesehen. Im Reha-Entlassungsbericht der Klinik S. , D. , über den stationären Aufenthalt des Klägers von Februar bis März 2011 im Anschluss an eine Bandscheibenoperation ist unter anderen die Diagnose eines Bandscheibenvorfalls L 4/5 rechts mit Operation am 24.01.2011 (Hemilaminektomie, Dekompression des Spinalkanals sowie Entfernung des Bandscheibenvorfalls) sowie einer koronaren 3-Gefäß-Erkrankung gestellt worden. Es hätte sich kein Anhalt für eine kardiale Dekompensation gefunden. Der Kläger könne ausschließlich noch leichte körperliche Tätigkeiten, rückengerecht und rumpfkontrolliert, ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule und beide Hüftgelenke, ohne Pressatmung und schweres Heben und Tragen in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr ausüben.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das Sozialgericht ein fachorthopädisches Gutachten durch Dr. K. veranlasst. Sie hat bei dem Kläger im Oktober 2011 ein chronisches schmerzhaftes Lendenwirbelsäulensyndrom bei Verschleißerkrankung und im wesentlichen erfolgreich durchgeführter Bandscheibenoperation sowie eine erfolgreich durchgeführte Hüftoperation beidseits bei Hüftkopfgleiten beidseits festgestellt. Die Sachverständige ist von einem sechsstündigen Leistungsvermögen des Klägers fünf Tage die Woche für leichte, gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten sowohl im Stehen, Sitzen und Gehen unter Ausschluss von Zwangshaltungen des Rumpfes, wiederholtem Bücken, Aufrichten sowie Hebe-, Trage- und Schiebebelastungen über 15 Kilogramm ausgegangen. Extreme Witterungsbedingungen (Nässe, Kälte, Zugluft) seien ebenso zu vermeiden wie Zeitdruck.

Das Sozialgericht hat weiterhin von Amts wegen ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. N. in Auftrag gegeben. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom März 2012 beim Kläger auf seinem Fachgebiet eine depressive Anpassungsstörung, eine beidseitige Lumboischialgie sowie eine Impulskontrollstörung festgestellt. Eine ausgeprägte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule habe er nicht finden können. Die chronische Schmerzerkrankung müsse im Kontext mit der depressiven Anpassungsstörung mit dem Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode gesehen werden. Der Kläger könne leichte Tätigkeiten nur noch vier bis unter sechs Stunden täglich verrichten. Der Grund für die zeitliche Einschränkung liege zum einen im chronifizierten Schmerzerleben begründet, zum anderen in der depressiven Antriebsstörung. Gegen die quantitative Leistungseinschätzung des Sachverständigen Dr. N. hat der Nervenfacharzt Bunz in einer sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte eingewandt, der Kläger habe gegenüber der Gutachterin S. ausgeführt, wenn er 1000 km mit dem Auto fahre und die Musik laut an habe, könne er abschalten, ebenso wie bei der Beschäftigung am PC. Dies, ebenso wie eine fehlende, auch nur ansatzweise ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, spreche gegen eine quantitative Leistungseinschränkung. In einer ergänzenden Stellungnahme hat Dr. N. an seiner Einschätzung festgehalten.

Das Sozialgericht hat weiterhin den behandelnden Nervenfacharzt Dr. E. als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen. Dieser hat über den Verlauf der Behandlung berichtet; während des Behandlungszeitraums (ab Dezember 2008) hätten sich keine wesentlichen Änderungen im Gesundheitszustand gezeigt. Ein berufliches Leistungsvermögen des Klägers sehe er derzeit als nicht gegeben an. Der Nervenarzt Bunz hat in einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme darauf verwiesen, dass aus seiner Sicht angesichts der von Dr. E. genannten acht ambulanten psychiatrischen Behandlungstermine in etwas mehr als zwei Jahren ohne psychotherapeutische Behandlung die Frage nach dem beim Kläger vorhandenen Leidensdruck gerechtfertigt sei.

Mit Urteil vom 06.11.2012 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 09.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.12.2010 verurteilt, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 01.04.2010 bis 31.03.2013 zu gewähren. Das Sozialgericht hat dabei seine Entscheidung im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. N. gestützt. Dieser sei ein erfahrener Gerichtsgutachter; er habe sich umfassend und überzeugend mit den ärztlichen Berichten und Gutachten sowie den aktuellen Untersuchungsbefunden nach ambulanter Untersuchung des Klägers auseinandergesetzt.

Gegen das ihr am 20.11.2012 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 06.12.2012 Berufung eingelegt. Dr. N. habe die vom Kläger gemachten Angaben, insbesondere die angegebenen Rückzugstendenzen als gegeben übernommen und nicht ausreichend hinterfragt. Das in den Vordergrund gestellte chronische Schmerzerleben des Klägers sei insofern fraglich, als dieser angegeben habe, dass er 1000 km mit dem Auto fahren könne. Auch stelle sich angesichts der Behandlungsfrequenz auf nervenfachärztlichem Gebiet die Frage nach dem Leidensdruck des Klägers.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 06.11.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Bei einer integrierenden Betrachtungsweise der orthopädischen und psychiatrischen Aspekte sei nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. N. von der festgestellten Leistungseinschränkung des Klägers auszugehen.

Der Senat hat von Amts wegen eine Begutachtung des Klägers auf nervenfachärztlichem Gebiet veranlasst. Prof. Dr. E. hat in seinem Gutachten vom 24.04.2013 beim Kläger ein depressives Syndrom bei Diagnose einer depressiven Episode sowie zusätzlich einen Zustand nach Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch, ein LWS-Syndrom und einen Zustand nach Hüftoperation beidseits diagnostiziert. Ohne Gefährdung der Gesundheit seien dem Kläger noch einfache körperliche Tätigkeiten, die keine geistige Anforderung erfordern, über sechs oder auch sieben Stunden bei fünf Tagen in der Woche möglich. Dies gelte als langfristige Einschätzung, da derzeit keine Therapie stattfinde, da die Symptomatik bei adäquater Therapie innerhalb von wenigen Wochen gebessert werden könne und sich auf Grund der Abstinenz weiter bessern werde.

Der Kläger hat hierzu ausgeführt, es lägen unterschiedliche Einschätzungen der Leistungseinbußen vor. Es müsse zu seinen Gunsten davon ausgegangen werden, dass neben den qualitativen Einschränkungen weiterhin nur eine Leistungsfähigkeit von vier bis unter sechs Stunden täglich gegeben sei.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den §§ 143, 144 SGG statthafte Berufung der Beklagten ist zulässig. Die Berufung der Beklagten ist auch begründet.

Streitgegenständlich ist vorliegend die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 01.04.2010 bis 31.03.2013, da das Sozialgericht die Beklagte insoweit verurteilt und nur die Beklagte Berufung eingelegt hat.

Das Sozialgericht hätte den Bescheid der Beklagten vom 09.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.12.2010 nicht abändern und die Beklagte nicht verurteilen dürfen, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 01.04.2010 bis 31.03.2013 zu gewähren. Denn der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte ging zutreffend davon aus, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine solche Rente im streitgegenständlichen Zeitraum nicht erfüllt, weil er zumindest leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen noch vollschichtig ausüben konnte (und kann) und auch keinen Berufsschutz genießt.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind. Nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Soweit darüber hinaus Versicherte nach § 240 Abs. 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze haben, wenn sie - unter anderem - vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfähig sind, kommt ein solcher Anspruch nachdem der Kläger nach diesem Stichtag geboren wurde, von vornherein nicht in Betracht.

Bei dem Kläger stehen gesundheitliche Störungen auf internistisch-kardiologischem, orthopädischem und nervenfachärztlichem Gebiet im Vordergrund. Hieraus resultieren qualitative Einschränkungen, nicht aber solche quantitativer Art. Dies steht zur Überzeugung des Senats auf Grund der umfassenden Begutachtungen im Verwaltungsverfahren sowie im gerichtlichen Verfahren fest. Danach kann der Kläger zumindest noch leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung, unter Vermeidung von - der Senat legt zugunsten des Klägers alle von den Sachverständigen Dr. K. , Prof. Dr. E. und im Entlassungsbericht der Klinik S. aufgeführten Einschränkungen zu Grunde - Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft, rückengerecht und rumpfkontrolliert, ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule und beide Hüftgelenke, ohne Pressatmung und ohne wiederholtes Bücken und Aufrichten, ohne Hebe-, Trage- und Schiebebelastungen über 15 Kilogramm, ohne Zeitdruck und geistige Anforderung mindestens sechs Stunden täglich ausüben.

Auf internistischem Gebiet leidet der Kläger an einer koronaren Herzerkrankung, mittlerweile in Gestalt einer 3-Gefäßerkrankung mit Stent-Implantationen 2006 und 2009, am metabolischen Syndrom mit Adipositas, arterieller Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus Typ II (diätisch beherrschbar) sowie an einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom bei CPAP-Therapie. Der Kläger kann auf Grund dessen nur noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Vermeidung von schwerem Heben und Tragen, zu großem Zeitdruck sowie von Nachtschicht ausüben. Eine quantitative Leistungseinschränkung resultiert aus diesen Gesundheitsstörungen indes nicht; dies ergibt sich aus den insoweit übereinstimmenden Beurteilungen in den Reha-Entlassungsberichten der Klinik H.-K. , der Klinik S. sowie dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. F ... Ausweislich des Entlassungsberichtes der Reha-Klinik H.-K. über die Heilbehandlung im Frühjahr 2009 fand sich beim Kläger eine gute LV-Funktion; eine fahrradergometrische Belastung war bis 125 Watt möglich, wobei der Abbruch dann wegen Schwäche der Beine ohne Angina Pectoris-Symptomatik und ohne Dyspnoe erfolgte. Im EKG fanden sich keine Herzrhythmusstörungen und keine ischämietypischen Anzeichen. Die Spirometrie erbrachte einen Normalbefund. Der

Gutachter Dr. F. berichtete von einer kompensierten Kreislaufsituation entsprechend den Vorbefunden aus dem Jahre 2009. Die Ärzte der Klinik H.-K. wie auch der Gutachter Dr. F. gelangten demgemäß - angesichts der erhobenen Befunde für den Senat schlüssig und nachvollziehbar - übereinstimmend zu einem quantitativ nicht eingeschränkten Leistungsvermögen für leichte, gelegentlich auch mittelschwere körperliche Tätigkeiten unter Vermeidung von schwerem Heben und Tragen von Lasten, zu großem Zeitdruck sowie Nachtschicht. Zwar hat sich in der Folgezeit dann eine Verschlechterung der kardialen Situation des Klägers insoweit eingestellt, als ausweislich des Reha-Entlassungsberichts der Klinik S. vom Frühjahr 2011 nunmehr alle drei Gefäße von der koronaren Herzerkrankung betroffen gewesen sind. Indes hat sich auch im Zuge dieser Heilbehandlung kein Anhalt für eine kardiale Dekompensation gefunden. Der Kläger selbst hat von einer seit Juli 2009 unveränderten kardialen Belastbarkeit berichtet. Als Rehabilitationsergebnis wird von stabilen Herz-/Kreislaufverhältnissen mit unauffälligen Befunden am Herz, der Lunge und dem Abdomen berichtet. Das Leistungsvermögen des Klägers ist danach aus kardialer Sicht für leichte körperliche Tätigkeiten mit einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr beurteilt worden. Wenngleich danach in qualitativer Hinsicht nunmehr auch mittelschwere körperliche Tätigkeiten ausgeschlossen sind, so gehen die dortigen Ärzte auch unter Berücksichtigung der Verschlechterung der koronaren Herzerkrankung zu einer 3-Gefäß-Erkrankung weiterhin von einem quantitativ nicht eingeschränkten Leistungsvermögen aus. Eine quantitative Leistungseinschränkung resultiert auch nicht aus dem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom. Der Kläger ist mit einem das Schlafapnoe-Syndrom kompensierenden Beatmungsgerät versorgt. Seinen Angaben gegenüber dem Gutachter Dr. F. zufolge träten gelegentliche Einschlafstörungen bei ansonsten jedoch weitgehend unauffälliger Schlafsituation auf. Rentenrelevante Leistungseinschränkungen ergeben sich hieraus nicht.

Auf orthopädischem Gebiet leidet der Kläger im Wesentlichen an einem chronisch-schmerzhaften Lendenwirbelsäulensyndrom bei Verschleißerkrankungen und im Wesentlichen erfolgreich durchgeführter Bandscheibenoperation, aus welchem sich indes keine rentenrelevante Leistungsminderung ergibt. Aus der im Jahre 1977 durchgeführten Hüft-Operation bei Hüftkopfgleiten bds. wie auch den Wirbelsäulenbrüchen als Folge eines PKW-Unfalles aus dem Jahre 2000 resultieren keine Leistungseinschränkungen. Dies steht zur Überzeugung des Senats auf Grund des im Widerspruchsverfahren eingeholten orthopädischen Gutachten des Dr. B. sowie des im Klageverfahren eingeholten orthopädischen Gutachtens von Dr. K. fest. Danach haben beide Gutachter bezüglich der Brüche im Bereich von BWK 12/ LWK 1 keine Bewegungseinschränkungen mehr feststellen können. Vielmehr hat sich der Schober-Index mit 10/15 cm bei Dr. K. regelgerecht gezeigt. Im Hinblick auf die 1977 stattgehabte Hüftoperation haben beide Sachverständige gleichfalls keine wesentlichen Funktionseinschränkungen feststellen können. Bei guter Hüftgelenksbeweglichkeit ist lediglich links ein geringfügiges Bewegungsdefizit im Vergleich mit rechts zu verzeichnen gewesen. Der Kläger hat in der Anamneseerhebung bei Dr. K. keine Beschwerden von Seiten der Hüftgelenke angegeben. Die röntgenologisch festgestellten, nur geringen Verformungen sowie Weichteilverkalkungen haben nicht zu einer Arthrose geführt. Die im Januar 2011 durchgeführte Bandscheibenoperation ist nach den Feststellungen der Sachverständigen Dr. K. erfolgreich verlaufen und hat die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule wieder fast vollständig hergestellt. Dies hat im Rahmen der Untersuchung durch die Sachverständige auch der Kläger bestätigt. Dem Kläger sind daher aus rein orthopädischer Sicht leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten sowohl im Stehen, Sitzen und Gehen unter Vermeidung von Zwangshaltungen des Rumpfes, wiederholtem Bücken, Aufrichten, Hebe-, Trage- und Schiebebelastungen über 15 Kilogramm, extremen Witterungsbedingungen sowie Zeitdruck möglich. Auch für die Zeit vor der erfolgreichen Bandscheibenoperation hat sich der Senat vom Vorliegen einer rentenrelevanten Leistungsminderung infolge des chronisch-schmerzhaften Lendenwirbelsäulensyndroms nicht überzeugen können. So lassen sich dem vier Monate vor der Bandscheibenoperation erstellten Gutachten des Dr. B. keine Befunde entnehmen, welche eine Leistungsminderung in quantitativer Hinsicht rechtfertigen könnten. Vielmehr ist auch Dr. B. , gestützt auf das Ergebnis der Begutachtung des Klägers, zu einem mindestens sechs¬stündigen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelangt.

Bei dem Kläger liegt auf nervenfachärztlichen Gebiet ein depressives Syndrom bei Diagnose einer derzeit mittelgradigen depressiven Episode sowie zusätzlich ein Zustand nach Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch vor. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Sachverständigen Dr. E ... Zur Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer depressiven Anpassungsstörung ist im Übrigen auch der Sachverständige Dr. N. gelangt. Im Zusammenhang mit der depressiven Störung ist nach Einschätzung der beiden Sachverständigen auch das chronische Schmerzerleben des Klägers zu sehen, nachdem es an einem die Schmerzen hinreichend erklärenden organischen Korrelat fehlt. Anders als im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Nervenärztin S. im Verwaltungsverfahren haben die Sachverständigen Dr. N. sowie Prof. Dr. E. bei dem Kläger eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit mit einem deprimiert ausgelenktem Affekt, Rückzugstendenzen, Antriebsstörungen verbunden mit Energie- und Lustlosigkeit und Durchschlafstörungen mit Früherwachen festgestellt. Allerdings hat Prof. Dr. E. zwar viele, aber eben nicht alle typischen Symptome eines depressiven Syndroms beim Kläger angetroffen, wobei die beim Kläger vorhandenen Symptome meist mittelschwer ausgeprägt gewesen sind. Gefehlt haben unter anderem der starre Affekt und die typische psychomotorische Hemmung, die mit schweren depressiven Syndromen einhergeht. Auch spricht, worauf der Nervenarzt Bunz zutreffend hinweist, die geringe Behandlungsfrequenz mit - nach Angabe des behandelnden Nervenfacharztes Dr. E. vom September 2012 - insgesamt acht Behandlungsdaten im Zeitraum vom 17.12.2008 bis 16.01.2012 gegen einen Leidensdruck, den man bei einer schweren depressiven Erkrankung erwarten würde.

Bei der Leistungseinschätzung ist zum einen zu beachten, dass die psychische Erkrankung beim Kläger einen chronisch-fluktuierenden Verlauf genommen hat, so dass die Symptome des depressiven Syndroms zwar schon seit längerem bestehen, dies aber in unterschiedlichster Ausprägung. Prof. Dr. E. hat diesbezüglich auf die teilweise sehr unterschiedlichen Befunderhebungen und Beurteilungen in den letzten vier Jahren verwiesen. So findet sich im Reha-Entlassungsbericht der W.-S. -Klinik vom Januar 2010 die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Im Rahmen ihrer Begutachtung im Frühjahr 2010 konnte die Gutachterin S. dagegen keine deutliche bzw. schwere Niedergestimmtheit feststellen. Der Kläger zeigte sich auflockerbar und im Antrieb ungestört bei dysphorischer, aber auflockerbarer Stimmungslage mit Freudfähigkeit und etwas eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit. Sie konnte eine schwere Depressionen nicht mehr feststellen; vielmehr sah sie beim Kläger eine emotionale Reaktion auf Grund der eingetretenen Arbeitslosigkeit. Im Vordergrund stünden eine tiefe Verärgerung, aggressive Gereiztheit und Unzufriedenheit mit dem Leben. Dementsprechend diagnostizierte die Gutachterin nur eine emotionale Reaktion auf Lebensbelastung sowie Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ und sah von nervenärztlicher Seite keine Einschränkung des Leistungsvermögens. Der Sachverständige Dr. N. wiederum hat von einem depressiv-verstimmten Eindruck des Klägers, von glaubhaften Rückzugstendenzen und Angaben, die auf eine erhebliche Antriebsstörung hinwiesen, berichtet. Nach seiner Einschätzung sollte infolge des chronifizierten Schmerzerlebens sowie der depressiven Antriebsstörung nur noch ein Leistungsvermögen bis unter sechs Stunden täglich vorliegen. Dr. E. , nervenfachärztlicher Behandler des Klägers, hat im Rahmen seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage zwar mitgeteilt, während des Behandlungszeitraums seit Dezember 2008 hätten sich keine wesentlichen Änderungen im Gesundheitszustand des Klägers eingestellt. Andererseits hat er selbst ausgeführt, der Kläger sei oftmals - also gerade nicht durchgehend - depressiv gewesen. Die geringe Frequenz, mit welcher der Kläger

nervenfachärztliche Behandlungen nachgesucht hat und die fehlende psychiatrische Therapie der depressiven Erkrankung sprechen ebenfalls für einen fluktuierenden Befund, welcher nicht im gleichbleibendem Ausmaße Leistungseinschränkungen mit sich bringt. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass der Kläger mittlerweile - nach seinen Angaben gegenüber Prof. Dr. E. seit Anfang 2013 - seinen Alkoholabusus beendet hat. Mit dem Sachverständigen Prof. Dr. E. ist davon auszugehen, dass sich durch die Abstinenz eine weitere Besserung des seelischen Befinden des Klägers, welches durch die Alkoholabhängigkeit als weitere psychische Störung beeinträchtigt war, eingestellt hat. Vor diesem Hintergrund vermag sich der Senat schon nicht mit der notwendigen Sicherheit davon zu überzeugen, dass im hier streitgegenständlichen Zeitraum auf Grund der seelischen Erkrankung eine dauerhafte rentenrelevante Leistungsminderung vorgelegen hat.

Hinzu kommt, dass die durch eine psychische Störung bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit voraussichtlich auf längere Dauer, d.h. für länger als sechs Monate vorliegen muss. Denn seelisch bedingte Störungen scheiden für die Begründung einer Erwerbsminderung aus, die der Betroffene bei der ihm zuzumutenden Willensanspannung aus eigener Kraft oder unter ärztlicher Mithilfe (BSG, Urteil vom 21.10.1969, 11 RA 219/66 in SozR Nr. 76 zu § 1246 RVO) sogleich oder innerhalb eines halben Jahres überwinden kann (BSG, Urteil vom 01.07.1964, 11/1 RA 158/61 in SozR Nr. 39 zu § 1246 RVO), wobei ein strenger Maßstab anzulegen ist (BSG a.a.O.). Letzteres ist beim Kläger der Fall. In sämtlichen nervenfachärztlichen Gutachten findet sich der Hinweis auf eine nicht stattfindende adäquate psychiatrische Therapie. Bereits im Entlassungsbericht der W.-S. -Klinik wurde darauf hingewiesen, dass keine psychotherapeutische Behandlung erfolge, ebenso im Gutachten von Frau S ... Der Kläger hat in einem Zeitraum von knapp drei Jahren lediglich an acht Terminen den Nervenfacharzt Dr. E. zu psychiatrischen Gesprächen aufgesucht, letztmalig am 16.01.2012. Der Sachverständige Prof. Dr. E. weist deshalb zutreffend darauf hin, dass die depressive Symptomatik nicht nur nicht adäquat, sondern schlichtweg nicht behandelt wird, weshalb nach wie vor von einer (nur) akuten und behandlungsbedürftigen Störung auszugehen ist. Vor diesem Hintergrund für den Senat ohne weiteres nachvollziehbar führt der Sachverständige Prof. Dr. E. weiter aus, dass diese akute Störung unter einer adäquaten Therapie innerhalb von wenigen Wochen so weit gebessert werden kann, dass die durch die seelische Erkrankung bestehenden qualitativen und eventuell quantitativen Leistungseinschränkungen entfallen. Soweit demgegenüber der Sachverständige Dr. N. vergleichsweise vage davon spricht, der Kläger sei ein einfach strukturierter Mann, der möglicherweise gar nicht in der Lage sei, von einer Psychotherapie zu profitieren, kann dem nicht gefolgt werden. Dies stellt sich - hierauf hat bereits die Beklagte in ihrer Berufungsbegründung verwiesen - als eine nicht belegte und wenig schlüssige Mutmaßung dar. So hat die Beklagte zutreffend auf den beruflichen Werdegang des Klägers verwiesen, welcher angesichts der dort belegten Flexibilität und Fähigkeit zur Weiterbildung (der Kläger war im Straßenbau, als Metallwerker, als Gießer und dabei nach seinen Angaben sogar als Schichtführer beschäftigt und hat sich später selbstständig gemacht und zunächst eine Detektei und dann eine Gastronomie betrieben) ein solcherart einfaches Persönlichkeitsprofil, das durch eine Psychotherapie nicht zu erreichen wäre, nicht nahelegt. Im Übrigen verweist der Sachverständige Prof. Dr. E. auf die Möglichkeit einer medikamentösen Therapie, welche in ihrem Erfolg von der Persönlichkeitsstruktur des zu Behandelnden unabhängig ist. Demnach ist davon auszugehen, dass die durch die depressive Symptomatik bedingten Leistungseinschränkungen unter adäquater Therapie binnen sechs Monaten entfallen werden und daher für die Begründung einer Erwerbsminderung nicht in Betracht kommen. Damit kann der abweichenden Leistungseinschätzung des Dr. N. nicht gefolgt werden, da er diese entscheidend auf die depressive Symptomatik gestützt hat, welche nach seiner Einschätzung auch ganz maßgeblich das von ihm festgehaltene chronische Schmerzerleben beeinflusst.

Der Umstand, dass beim Kläger die Schwerbehinderteneigenschaft und darüber hinaus ein Grad der Behinderung von 80 anerkannt ist, ist für das vorliegende Verfahren auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung ohne entscheidende Bedeutung. Denn die Beurteilung nach dem Schwerbehindertenrecht besitzt für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen eines Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung keine anspruchsbegründende Bedeutung (BSG, Beschluss vom 09.12.1987, 5b BJ 156/87, veröffentlicht in Juris) und die Voraussetzungen für die Beurteilung des Grades der Behinderung unterscheiden sich maßgeblich (vgl. § 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch: Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) von jenen für die Beurteilung einer Erwerbsminderung (vgl. z.B. § 43 Abs. 3 SGB VI: Fähigkeit, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten). Gleiches gilt für das Merkzeichen G (Grenze: übliche Wegstrecke von 2 km, vgl. BSG, Urteil vom 24.04.2008, B 9/9a SB 7/06 R in SozR 4- 3250 § 146 Nr. 1, und damit geringere Anforderungen als bei der Wegefähigkeit).

Nach alledem ist 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
2013-10-29