

L 5 R 2398/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 15 R 550/11

Datum

02.05.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 R 2398/12

Datum

11.12.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 2.5.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Der 1961 geborene Kläger (gelernter Elektroinstallateur; GdB 70) beantragte im Jahr 2002 erstmals Rente wegen Erwerbsminderung. Vom 11.12.2003 bis 8.1.2004 absolvierte er eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in den Kliniken für Rehabilitation W ... Im Entlassungsbericht vom 22.1.2004 sind die Diagnosen rückläufige Wurzelkompressionssymptomatik L5 linksseitig nach Bandscheibenrenucléotomie am 13.11.2003 L5/S1 links, Adipositas, Hyperuricämie und Hypertriglyceridämie festgehalten. Als Elektroinstallateur könne der Kläger unter 3 Stunden täglich arbeiten, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes aber (unter qualitativen Einschränkungen) 6 Stunden täglich und mehr verrichten. Im vor dem Sozialgericht Karlsruhe geführten Rentenrechtsstreit S 15 RJ 3456/03 (im Verwaltungsverfahren Gutachten der Internistin Dr. R. vom 24.2.2003: leichte Tätigkeiten 6 Stunden täglich und mehr möglich; ebenso Orthopäde Dr. R. im Gutachten vom 28.2.2003 und Neurologe/Psychiater Dr. G. im Gutachten vom 17.7.2003) schlossen die Beteiligten (nachdem das Sozialgericht medizinische Ermittlungen durchgeführt hatte) einen Vergleich. Der Kläger beantragte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur medizinischen Rehabilitation; die Beklagte verpflichtete sich über diesen Antrag zu entscheiden.

Im Mai 2004 stellte der Kläger erneut einen Rentenanspruch. Nach erfolglosem Verwaltungsverfahren (Ablehnungsbescheid vom 24.5.2004/Widerspruchsbescheid vom 26.8.2004) erhob der Kläger am 8.9.2004 (wiederum) Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (Verfahren S 9 RJ 3804/04). Das Sozialgericht zog Arztunterlagen bei, befragte behandelnde Ärzte (u.a. Orthopäde Dr. Sch., Bericht vom 3.2.2005: leichte Tätigkeiten 6 Stunden täglich möglich; ebenso Nervenarzt Dr. K., Bericht vom 1.2.2005, anderer Ansicht Allgemeinarzt Dr. S., Bericht vom 12.1.2005) und erhob auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Orthopäden Dr. Sp. (V.-Klinik, Bad R.) vom 16.9.2005 (mit ergänzender Stellungnahme vom 24.11.2005). Dr. Sp. diagnostizierte ein chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom nach zweifacher Bandscheibenoperation L5/S1 links und L5-Wurzel- Dekompression links, latente depressive Verstimmung, Adipositas, Hyperuricämie und morphinbedingte Obstipation. Der Kläger befinde sich momentan (seit 1.7.2005 wieder vollschichtig) in Arbeit, da er andernfalls Gefahr laufe, gekündigt zu werden und seine Existenz bedroht sei. Die Arbeit sei jedoch nur unter ständigen Schmerzen und der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel möglich. Unter Einnahme der jetzigen Analgetikadosis sei eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zumutbar; erst nach Reduktion der Analgetika könne ein genaueres Leistungsbild erstellt werden. Nachdem die Beklagte hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme der Chirurgin und Sozialmedizinerin Dr. L. vom 3.2.2006 vorgelegt hatte (Leistungsbeurteilung des Dr. Sp. widersprüchlich, Kläger unter qualitativen Einschränkungen vollschichtig leistungsfähig für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten) wies das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 23.2.2006 ab. Der Kläger legte Berufung ein. Im Berufungsverfahren vor dem LSG Baden-Württemberg (Verfahren L 2 R 1722/06) schlossen die Beteiligten am 4.10.2006 (erneut) einen Vergleich. Die Beklagte gewährte dem Kläger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; der Kläger nahm die Berufung zurück.

Vom 19.1.2010 bis 9.2.2010 absolvierte der Kläger eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in den R.-Kliniken, W ... Im Entlassungsbericht vom 9.2.2010 sind die Diagnosen Bandscheibenprolaps L4/5 links, Z.n. Bandscheibenvorfall L5/S1, Z.n. zwei Operationen 2002 und 2004, Postnukleotomie-Syndrom bei Narbenbildung mit chronischen Schmerzen bei Z.n. BSV L5/S1, Cervicobrachialgie- Syndrom sowie Carpaltunnelsyndrom rechts festgehalten. Als Elektroinstallateur könne der Kläger, bei dem auch eine mittelgradige depressive

Episode/subdepressive Stimmung bestehe - (nur) 3 bis unter 6 Stunden täglich arbeiten und auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (nur) 3 bis unter 6 Stunden täglich verrichten. Er wolle (trotz Arbeitsunfähigkeit) nach abgeschlossener Rekonvaleszenzzeit aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes aber weiterarbeiten. Beratungsärztin Dr. Sch. vertrat in der Stellungnahme vom 26.2.2010 hierzu die Auffassung, der Kläger könne entgegen der Beurteilung des Entlassungsberichts leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung bestimmter Einschränkungen sechs Stunden und mehr verrichten.

Am 26.4.2010 beantragte der Kläger (formlos) Rente wegen Erwerbsminderung (bzw. die Umdeutung des Rehabilitationsantrags vom 12.10.2009 in einen Renten Antrag).

Mit Bescheid vom 19.5.2010 lehnte die Beklagte den Renten Antrag auf der Grundlage der Stellungnahme von Dr. Sch. vom 26.2.2010 ab.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers erhob die Beklagte die Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 20.10.2010 und der Chirurgin und Sozialmedizinerin Dr. L. vom 8.11.2010.

Bei der Begutachtung durch Dr. B. gab der Kläger (u.a.) an, er arbeite nach wie vor vollschichtig im Bau von Schaltschränken und habe sich für die Untersuchung frei genommen. Krankheitsbedingte Fehlzeiten habe es in diesem Jahr nicht gegeben; das könne er sich nicht leisten. Er habe auch eine Woche auswärts in der Sch. gearbeitet mit erheblichen Überstunden (11-12 Arbeitsstunden). Eine Psychotherapie sei nach einigen Therapiestunden (etwa einmal im Monat) abgebrochen worden. Dr. B. konnte eine eigenständig wirklich richtungsweisende depressive Symptomatik nicht beschreiben und diagnostizierte langjährige Agoraphobie, bislang nicht mit unüberwindbarem Vermeidungsverhalten verbunden, völlig unzureichend genutzte Behandlungsmöglichkeiten, eine fortbestehende Persönlichkeitsakzentuierung, Analgetikagewöhnung, Postnukleotomie-Syndrom mit persistierend angegebenen LWS-Beschwerden, ganz diskreter, alter radikulärer Restsymptomatik links ohne wirklich sozialmedizinisch richtungsweisende neurologische Ausfälle, elektromyographisch jetzt ohne Anhalt für überdauernde L5-Vorderwurzelirritation, ein latentes Carpal tunnel Syndrom rechts ohne relevante Beeinträchtigung und Epicondylitis lateralis beidseits. Zu verweisen sei auf die völlig unzureichend genutzten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Beim Kläger sei weder neurologisch noch psychiatrisch eine überdauernde quantitative Leistungsminderung herleitbar.

Bei der Begutachtung durch Dr. L. gab der Kläger ebenfalls an, er arbeite nach wie vor teils mit Hebe- und Tragbelastungen von 20-25 kg. Sein Arbeitgeber habe angedeutet, er werde entlassen, wenn er sich krankschreiben lasse oder die Arbeit nicht mehr schaffe. Deswegen lasse er sich auch nicht krankschreiben. Gymnastik, Spaziergänge oder Schwimmen betreibe er nicht; außer der Arbeit finde keinerlei körperliche oder sonstige Aktivität statt. Dr. L. diagnostizierte eine mäßig verminderte Belastbarkeit der Rumpfwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen und zweimaliger Bandscheiben-OP 2002/03 mit end-/mittelgradigen Funktionseinbußen, diskrete radikuläre Restsymptomatik, eine langjährige (unbehandelte) Agoraphobie ohne leistungsminderndes Vermeidungsverhalten, Übergewicht (BMI 41,8), Analgetikagewöhnung bei missbräuchlichem Konsum, V.a. auf Bluthochdruck (bislang keine Behandlung), ein latentes Carpal tunnel Syndrom beidseits sowie Schmerzangabe am Oberarmknorren beidseits bei vorbeschriebenem Überlastungssyndrom, aktuell ohne Reizzustand oder Funktionsbeeinträchtigungen. Trotz der angegebenen ausstrahlenden Schmerzen und Schwäche des linken Beins seien im Rahmen der Untersuchung sowohl auf chirurgischem wie auf nervenärztlichem Fachgebiet weder ein eindeutiger Wurzelreiz noch wesentliche neurologische Ausfälle festzustellen. Es finde sich eine leichte Reflexabschwächung, elektrophysiologisch allerdings kein Anhalt einer überdauernden Nervenwurzelirritation. Die vergleichende Umfangsmessung ergebe eine leichte Muskelminderung im Bereich der linken Wade. Die Bewegungsmuster seien überwiegend wirbelsäulengerecht. Der Kläger könne als Elektroinstallateur 3 bis unter 6 Stunden täglich arbeiten, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes jedoch (unter qualitativen Einschränkungen) 6 Stunden täglich und mehr verrichten. Empfohlen würden (wie schon 2003) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.1.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ein Rentenanspruch bestehe nicht. Im Vordergrund stünden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Erlangung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes. Das habe man dem Kläger in einem Bescheid vom 5.3.2010 zugesagt, der Kläger habe allerdings am 13.4.2010 erklärt, für eine Tätigkeit nicht belastbar zu sein.

Am 4.2.2011 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Karlsruhe. Er trug vor, unter Platzangst habe er noch nie gelitten, sei aber seit Anfang 2008 wegen einer schweren Depression psychotherapeutisch behandelt worden. Er arbeite auf Kosten seiner Restgesundheit und müsse ständig starke Schmerzmittel einnehmen. Aus Angst um den Arbeitsplatz (er sei schon einmal über 72 Wochen krankgeschrieben gewesen) melde er sich nicht (mehr) krank.

Das Sozialgericht befragte behandelnde Ärzte. Der Psychotherapeut Dr. M. teilte im Bericht vom 25.7.2011 (Ergänzung vom 12.9.2011) mit, vom 25.4.2008 bis 5.3.2009 hätten 14 Therapiestunden und vom 31.3.2011 bis 16.5.2011 drei Therapiestunden stattgefunden. Der Kläger leide (u.a.) an einer schweren chronifizierten reaktiven Depression und sei eigentlich schon seit längerer Zeit arbeitsunfähig. In seinem Arbeitsbereich sei eine Tätigkeit bis 4 Stunden täglich zumutbar. Der Orthopäde Dr. B. teilte im Bericht vom 13.3.2012 mit, er habe den Kläger vom 12.6.2008 bis 4.10.2011 behandelt. Leichte Tätigkeiten könne er vollschichtig verrichten. Der Augenarzt Dr. D. gab im Bericht vom 22.3.2012 an, aus augenärztlicher Sicht sei der Kläger beruflich nicht eingeschränkt.

Der Arbeitgeber des Klägers (F- GmbH) teilte unter dem 17.11.2011 mit, das (am 22.10.1984 aufgenommene) Beschäftigungsverhältnis des Klägers bestehe noch fort. Der Kläger sei als Elektriker tätig; er habe sich aus gesundheitlichen Gründen nicht umstellen müssen. Einen weniger belastenden Arbeitsplatz bzw. einen Teilzeitarbeitsplatz könne man ihm nicht anbieten. In den letzten zwei Jahren sei die Beschäftigung nur durch die Rehabilitationsbehandlung vom 19.1.2010 bis 8.2.2010 unterbrochen worden. Der Kläger sei in der Schaltschrankmontage tätig. Das erfordere selbstständiges konzentriertes Arbeiten nach Stromlaufplänen, ständiges Bücken und Heben mittelschwerer Komponenten und eine permanent nach vorne gebeugte Zwangshaltung.

Mit Gerichtsbescheid vom 2.5.2012 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger könne Rente wegen Erwerbsminderung (§ 43 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch, SGB VI) nicht beanspruchen, da er leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (unter qualitativen Einschränkungen) mindestens 6 Stunden täglich verrichten könne. Das gehe aus den Gutachten der Dres. B. i und L. hervor. Die abweichende Auffassung des Dr. M. könne demgegenüber nicht überzeugen, nachdem Dr. B. und die Ärzte der Rehabilitationskliniken (insbesondere) eine qualifizierte, schwere reaktive Depression nicht gefunden hätten. Hinsichtlich der

LWS-Erkrankung des Klägers seien rentenberechtigende Leistungseinschränkungen ebenfalls nicht nachgewiesen. Dr. B. und Dr. L. hätten nur eine ganz geringe radikuläre Symptomatik und nur end-/mittelgradige Funktionseinbußen beschrieben. Der behandelnde Orthopäde des Klägers halte eine vollschichtige leichte Tätigkeit ebenfalls für zumutbar. Davon abgesehen sei der Kläger seit Beantragung der Rente als Elektroinstallateur vollschichtig berufstätig; Fehlzeiten habe es, abgesehen von der durchgeführten stationären Rehabilitationsbehandlung, nicht gegeben. Schon deshalb sei eine rentenrechtlich relevante Minderung der Erwerbsfähigkeit zweifelhaft. Dass der Kläger nur nach Einnahme von Schmerzmitteln arbeiten könne, stehe nicht fest, nachdem Arbeitsunfähigkeitszeiten gänzlich fehlten, man auf seine gesundheitlichen Einschränkungen im Betrieb keine Rücksicht nehme und der Kläger auch bei auswärtigen Montageeinsätzen gearbeitet habe. Von besonders günstigen Arbeitsbedingungen könne deshalb nicht ausgegangen werden.

Auf den ihm am 7.5.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 6.6.2012 Berufung eingelegt. Er bekräftigt sein bisheriges Vorbringen. Die Entscheidung des Sozialgerichts könne er nicht nachvollziehen. Er halte gestützt auf den Bericht des Dr. M. und den Entlassungsbericht der Fachklinik W. an seinem Rentenbegehren fest. Er sei durch starke Rücken- und Beinschmerzen eingeschränkt und auf die regelmäßige Einnahme eines starken Schmerzmittels angewiesen. Er arbeite auf Kosten seiner Restgesundheit. Außerdem bestünden erhebliche Depressionen; er habe an nichts mehr Interesse und nehme an keinen familiären und öffentlichen Anlässen teil. Sein einziges Bestreben liege darin, sich zur Arbeit zu quälen. Er sei austherapiert.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 2.5.2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 19.5.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.1.2011 zu verurteilen, ihm Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ab Antragstellung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. R. vom 5.4.2013 erhoben. Bei der Untersuchung durch Dr. R. hat der Kläger angegeben, wegen der Schmerzen infolge der Bandscheibenvorfälle werde er schon seit 10 Jahren mit Opiaten behandelt. Diese dämpften den Schmerz etwas, er verschwinde aber nicht vollständig. Er fühle sich bedrückt und freudlos, leide unter Schlafstörungen und sei ausgesprochen reizbar. Er mache sich viele Sorgen um die Zukunft seiner Familie. Nach der Arbeit verbringe er die meiste Zeit vor dem Fernseher; er wolle am Feierabend seine Ruhe haben. Außer dem Hausarzt suche er den Orthopäden Dr. B. und den Psychotherapeuten Dr. M. auf, bei dem er seit 3 Jahren über 50 Therapiestunden absolviert habe. Er stehe (arbeits-)täglich um 5.45 Uhr auf und gehe um 6.15 Uhr zur Arbeit; er fahre (1,5 km) mit dem Auto zum Arbeitsplatz. Arbeitsbeginn sei um 6.30 Uhr. Er verdrahte große Schaltschränke (2m x 4m). Um 15.30 Uhr sei Feierabend. Er gehe dann nach Hause und liege ins Bett (Stufenbett), um zu entspannen. Nach dem Abendessen um 17.00 Uhr sehe er fern; zu Bett gehe er zwischen 21.30 Uhr und 22.00 Uhr.

Der Gutachter hat eine allenfalls leicht geminderte Konzentrationsleistung gefunden. Der Kläger sei affektiv niedergestimmt, flach eingeschränkt modulationsfähig, vermindert freudfähig; der Antrieb sei vermindert. Energie, Interesse und Motivation seien deutlich gemindert. Dr. R. hat auf seinem Fachgebiet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren und eine gegenwärtig mittelgradige depressive Symptomatik diagnostiziert. Die Schmerzsymptomatik bestehe seit 13 Jahren und sei so weit chronifiziert, dass sie sich kaum noch günstig beeinflussen lasse. Unterschiedliche Therapieversuche (inklusive Operationen und hochdosierten Opiatanalgetika) hätten keine deutliche Besserung gebracht. Der organische Grund der ausgeprägten und vor allem therapieresistenten Symptomatik sei indessen nicht vollständig zu klären, weshalb davon auszugehen sei, dass psychische Faktoren eine zusätzliche pathogenetische Rolle spielten. Der Kläger habe auch eine typische depressive Symptomatik geschildert. Die Testung nach der Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) habe 26 Punkte (entsprechend einer mittelgradigen depressiven Symptomatik) ergeben. Beim Kläger liege außerdem ein schädlicher Gebrauch von Opiaten und Benzodiazepinen vor. Neben der Arbeit könne der Kläger andere Aktivitäten nicht pflegen; er nehme nicht an gemeinsamen Unternehmungen mit der Familie teil und fahre auch nicht in Urlaub, sondern verbringe die meiste Zeit vor dem Fernseher. Die Anforderungen am Arbeitsplatz könne er nur mit größter Mühe einigermaßen erfüllen und er sei mit der gegenwärtigen Arbeitsbelastung überfordert. Die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung könne zum Nachlassen der beruflichen Überlastung beitragen und verhindern, dass es zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit komme. Eine vollschichtige Tätigkeit könne der Kläger gegenwärtig nicht ausüben. Die höchstmögliche belastbare Stundenzahl liege bei 5 Stunden täglich. Der Kläger könne nur deshalb tatsächlich vollschichtig arbeiten, weil ein langsamer Arbeitsstil mit zahlreichen Pausen geduldet werde. Dem Kläger gelinge es nur mit größter Anstrengung, ohne Fehlzeiten berufstätig zu sein. Regelmäßige Pausen und Regenerationsphasen seien unerlässlich. Trotz psychotherapeutischer Behandlung (bei der Begutachtung durch Dr. B. noch nicht durchgeführt) sei eine entscheidende Besserung der Symptomatik nicht eingetreten.

Die Beklagte hat hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme der Neurologin und Psychiaterin Dr. E. vom 14.5.2013 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, aus der Darstellung der Exploration des Klägers gehe eine genauere Differenzierung der Eigenanamnese, der aktuellen Beschwerden und der Tagesstruktur nicht hervor. Die Medikamentenanamnese beschreibe die aktuelle Medikation, lasse aber eine Chronologisierung der bisherigen Psychopharmaka und damit die Beurteilung einer leitliniengerechten antidepressiven Therapie nicht zu. Die Einschätzung der depressiven Symptomatik als mittelgradig spiegele sich nicht in dem erhobenen psychopathologischen Befund sowie in der Angabe der Exploration und Anamnese wieder. Die Diagnose sei daher nicht nachzuvollziehen; der Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik sei eher als leicht einzuschätzen. Die vom Gutachter angeführte Testung könne wie alle psychometrischen Tests nur den explorativen Eindruck unterstützen, den Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik aber nicht beweisen. Die Leistungseinschätzung mit 5 Stunden täglich sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Der Kläger beweise im Alltag ein Leistungsvermögen von 8 Stunden täglich. Die beschriebenen psychischen Diagnosen bedingten keine überdauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit. So limitiere sich eine leicht- oder auch mittelgradige depressive Episode per Definitionem und bedinge nach den einschlägigen Begutachtungs-Leitlinien in den meisten Fällen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und erfordere gelegentlich eine Krankenbehandlung, stelle jedoch in Anbetracht der üblicherweise eintretenden vollständigen Remission keine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit dar. Darüber hinaus könne beim Kläger eine

leitliniengerechte Therapie nicht nachgewiesen werden; die therapeutischen Optionen seien daher nicht ausgeschöpft. Hinsichtlich der Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit sei - so auch Dr. R. - eine Entgiftungstherapie durchzuführen, womit sich dieses Krankheitsbild ebenfalls von alleine limitiere. Damit würde auch die zusätzliche Verstärkung der Antriebsminderung und der Tagesmüdigkeit, die im Rahmen einer Sedierung auftrete, nicht mehr ins Gewicht fallen. Hinsichtlich der chronischen Schmerzstörung sei der Kläger bislang keiner adäquaten Schmerztherapie zugeführt worden; dafür genüge eine hochdosierte Opiattherapie für sich allein nicht. Der Arbeitgeber habe keine betriebsunüblichen Pausen bei der Berufstätigkeit des Klägers angegeben und würde solche Pausen ersichtlich auch nicht akzeptieren. Dr. R. habe im Übrigen (in Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. B.) davon gesprochen, der Schweregrad der Einschränkungen habe "subjektiv" zugenommen. Objektivierbare Angaben lägen indessen nicht vor. Insgesamt könne das Gutachten von Dr. R. in seiner Struktur, in seiner Exploration, in der Kausalität und der Plausibilität, insbesondere hinsichtlich der Einschätzung des Leistungsvermögens nicht überzeugen. Es bleibe bei der bisherigen Leistungsbeurteilung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm Rente wegen (teilweiser) Erwerbsminderung zu gewähren. Er hat darauf keinen Anspruch.

Das Sozialgericht hat in seinem Gerichtsbescheid zutreffend dargelegt, nach welchen Rechtsvorschriften ([§ 43 SGB VI](#)) das Rentenbegehren des Klägers zu beurteilen ist, und weshalb ihm danach Rente nicht zusteht. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Beteiligten und die Ergebnisse der Beweisaufnahme im Berufungsverfahren anzumerken:

Auch der Senat ist der Auffassung, dass der Kläger (jedenfalls) leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (unter qualitativen Einschränkungen) mindestens 6 Stunden täglich verrichten kann, weshalb Erwerbsminderung nicht vorliegt ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Das geht vor allem aus den Verwaltungsgutachten von Dr. B. und Dr. L. und der im Berufungsverfahren vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. E. überzeugend hervor. Der abweichenden Auffassung von Dr. R. in dessen auf Antrag des Klägers gem. [§ 109 SGG](#) erhobenen Gutachten bzw. der Ansicht des Psychotherapeuten Dr. M. in den Schreiben vom 25.7.2011 und 12.9.2011 kann sich der Senat nicht anschließen.

In orthopädischer Hinsicht liegen rentenberechtigende Leistungseinschränkungen nicht vor. Das ist schon dem Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. B. vom 13.3.2012 zu entnehmen. Dieser hat den Kläger für fähig erachtet, leichte Tätigkeiten vollschichtig zu verrichten. Auch die Chirurgin und Sozialmedizinerin Dr. L. hat im Verwaltungsgutachten vom 8.11.2010 rentenberechtigende Leistungseinschränkungen nicht finden können. Ihre Leistungseinschätzung, wonach der Kläger zwar als Elektroinstallateur nur 3 bis unter 6 Stunden täglich arbeiten, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes jedoch (unter qualitativen Einschränkungen) 6 Stunden täglich und mehr verrichten kann, ist auf der Grundlage der erhobenen Befunde und Diagnosen schlüssig und überzeugend. Dr. L. hat im Wesentlichen eine (nur) mäßig verminderte Belastbarkeit der Rumpfwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen und zweimaliger Bandscheiben-OP 2002/03 mit end-/mittelgradigen Funktionseinbußen und wirbelsäulengerechten Bewegungsmustern und eine (ebenfalls nur) diskrete radikuläre Restsymptomatik festgestellt. Die Gutachterin hat weder einen eindeutigen Wurzelreiz noch wesentliche neurologische Ausfälle feststellen können; die apparative Diagnostik hat elektrophysiologisch ebenfalls keinen Anhalt für eine überdauernde Nervenwurzelirritation ergeben. Der Neurologe und Psychiater Dr. B. hat diese Befunde bei der neurologischen Untersuchung des Klägers bestätigt; er hat ebenfalls eine (nur) ganz diskrete, alte radikuläre Restsymptomatik links ohne wirklich sozialmedizinisch richtungsweisende neurologische Ausfälle, elektromyographisch ohne Anhalt für eine überdauernde L5-Vorderwurzelirritation festgestellt. Die Auffassung von Dr. L., der Kläger - der zudem nach wie vor vollschichtig (8 Stunden täglich) eine über die Anforderungen an leichte Tätigkeiten hinausgehende Arbeit mit Zwangshaltung und dem Heben und Tragen von Lasten bis 25 kg leistet (zur Bedeutung der tatsächlichen Erwerbstätigkeit jurisPK-SGB VI/Freudenberg, [§ 43 Rdnr. 87 ff.](#)) - könne leichte Tätigkeiten mindestens 6 Stunden täglich verrichten, überzeugt auch den Senat. Der Kläger schöpft zudem (auch) naheliegende orthopädische Behandlungsoptionen, wie physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen, ersichtlich nicht aus.

Erkrankungen des psychiatrischen Fachgebiets mit sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtlichen Folgewirkungen für das berufliche (zeitliche) Leistungsvermögen liegen ebenfalls nicht vor. Das hat der Neurologe und Psychiater Dr. B. im Gutachten vom 20.10.2010 festgestellt. Der Gutachter hat insbesondere eine eigenständige richtungsweisende depressive Symptomatik nicht finden können. Unterstrichen wird auch dies durch die nach wie vor stattfindende vollschichtige (achtstündige) Berufstätigkeit des Klägers einschließlich einer einwöchigen Auslandsmontage in der Sch. mit erheblichen Überstunden (11- bis 12-stündige Arbeitstage), was vor allem der Annahme einer hinreichend schwerwiegenden und sozialmedizinisch beachtlichen Minderung des Antriebs und des zeitlichen Durchhaltevermögens entgegensteht. Außerdem findet weder eine leitliniengerechte Depressionsbehandlung noch eine leitliniengerechte Schmerzbehandlung statt; für letzteres genügt der - zudem nach Erkenntnis der Gutachter so nicht sachgerechte und letztendlich missbräuchliche - Konsum von Analgetika nicht.

Dem gemäß [§ 109 SGG](#) erhobenen Gutachten des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. R. vom 5.4.2013 kann sich der Senat nicht anschließen. Wie die Beratungsärztin der Beklagten, die Neurologin und Psychiaterin Dr. E., in der Stellungnahme vom 14.5.2013 schlüssig dargelegt hat, ist schon die Diagnose einer (gegenwärtig) mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode aus dem von Dr. R. erhobenen psychopathologischen Befund nicht nachvollziehbar begründet. Bei der Exploration unterscheidet Dr. R. nicht hinreichend zwischen der Eigenanamnese, dem aktuellen Beschwerdevorbringen und der Erhebung der gerade bei depressiven Erkrankungen bedeutsamen Tagesstruktur. Wie bereits dargelegt wurde, ist die vollschichtige (achtstündige) Berufstätigkeit des Klägers, zumal ohne krankheitsbedingte Fehlzeiten, bei einem um 5.45 Uhr täglich beginnenden Arbeitstag (Arbeitsbeginn 6.30 Uhr, Arbeitsende 15.30 Uhr) mit einer höhergradigen Depressionserkrankung, die zu einer sozialmedizinisch beachtlichen Antriebsminderung bzw. (dauerhaften - mindestens 6 Monate anhaltenden - vgl. etwa jurisPK-SGB VI/Freudenberg, [§ 43 Rdnr. 93.](#)) Minderung des zeitlichen Leistungsvermögens führt, so nicht zu vereinbaren. Dr. R. geht hierauf nicht näher ein, postuliert vielmehr allgemein eine im Ausprägungsgrad und den sozialmedizinischen Auswirkungen nicht näher konkretisierte Verminderung des Antriebs, obwohl er eine dazu kontrastierende Arbeitsanamnese erhoben und in

seinem Gutachten festgehalten hat. Dass er den Kläger für überfordert hält und es diesem nach eigenen Angaben nur mit größter Anstrengung und Anwendung von Analgetika gelinge, ohne Fehlzeiten vollschichtig berufstätig zu sein, genügt hierfür nicht, zumal die vom Sozialgericht erhobene Arbeitgeberauskunft die Tolerierung eines langsamen Arbeitsstils mit zahlreichen Pausen nicht stützt. Die durchgeführten psychometrischen Testverfahren sind, wie Dr. E. ebenfalls zutreffend dargelegt hat, wenig ergiebig; vor allem psychometrische Selbstbeurteilungsverfahren sind in erster Linie für therapeutische Zwecke, nicht jedoch für die sozialmedizinische Begutachtung in Rentenverfahren validiert und insoweit nicht aussagekräftig. Dr. R. hat sich auch im Übrigen wesentlich auf subjektive Beschwerdeschilderungen des Klägers gestützt. Die Leistungseinschätzung des Gutachters, wonach der Kläger 5, nicht aber 6 Stunden täglich erwerbstätig sein könne, ist damit aus den erhobenen psychopathologischen Befunden und angesichts der tatsächlich vollschichtigen - achtstündigen - Berufstätigkeit des Klägers, bei der Auslandsmontage in der Sch. 11 bis 12 Stunden täglich, nicht nachzuvollziehen. Außerdem würde, wie Dr. E. schlüssig dargelegt hat, die angezeigte Therapie und Verminderung des Analgetikamissbrauchs im Rahmen einer Entgiftungstherapie missbrauchsbedingte Antriebsdefizite bzw. Müdigkeitserscheinungen vermindern und die zeitliche Leistungsfähigkeit (weiter) verbessern.

Schließlich fällt ins Gewicht, dass der Kläger nach wie vor eine leitliniengerechte Therapie weder hinsichtlich einer Depressionserkrankung noch hinsichtlich einer Schmerzkrankung durchführt; darauf hat Dr. E. (im Anschluss an Dr. B.) in ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme ebenfalls zu Recht hingewiesen. Wenn (tatsächlich) eine sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtliche Erkrankung des depressiven Formenkreises oder (auch nach Ansicht des Dr. R. damit zusammenhängend) eine entsprechende Schmerzkrankung (somatoforme Schmerzstörung) vorliegt, finden - schon wegen des entsprechenden Leidensdrucks - regelmäßig angemessene und multimodale psychopharmakologische, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen (ambulant bzw. auch teilstationär und stationär) statt. Depressionserkrankungen führen auch nicht unbesehen zur Berentung. Sie sind vielmehr behandelbar und auch zu behandeln, bevor Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#) angenommen werden kann (vgl. auch Senatsurteil vom 11.5.2011, - [L 5 R 1823/10](#) -). Wie aus den Leitlinien der Beklagten für die sozialmedizinische Begutachtung (Stand August 2012, Leitlinien) hervorgeht, bedingt eine einzelne mittelgradige oder schwere depressive Episode in den meisten Fällen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und erfordert eine Krankenbehandlung, stellt jedoch in Anbetracht der üblicherweise vollständigen Remission keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit dar. Eine ungünstige Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit kommt danach (erst) in Betracht, wenn mehrere der folgenden Faktoren zusammentreffen: Eine mittelschwer bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik, ein qualifizierter Verlauf mit unvollständigen Remissionen, erfolglos ambulante und stationäre, leitliniengerecht durchgeführte Behandlungsversuche einschließlich medikamentöser Phasenprophylaxe (z.B. Lithium, Carbamazepin, Valproat), eine ungünstige Krankheitsbewältigung, mangelnde soziale Unterstützung, psychische Komorbidität, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und erfolglose Rehabilitationsbehandlung (Leitlinien S. 101 f.). Eine Fallgestaltung dieser Art liegt beim Kläger nicht vor und ist insbesondere der Begutachtung durch Dr. R. nicht zu entnehmen.

Der Bericht des Psychotherapeuten Dr. M. vom 25.7.2011 (12.9.2011: April 2008 bis März 2009 bzw. März bis Mai 2011 14 bzw. 3 Therapiestunden) enthält eine ärztliche Meinungsäußerung und keine aus Befunden nachvollziehbar begründete sozialmedizinische Leistungseinschätzung und kann weder hinsichtlich der Diagnose (schwere chronifizierte reaktive Depression) noch hinsichtlich der Leistungsbeurteilung (im ausgeübten Beruf 4 Stunden täglich) überzeugen; insoweit ist auf die vorstehenden Ausführungen Bezug zu nehmen.

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit haben nach dem Gesetz ([§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)) nur vor dem 2.1.1961 geborene Versicherte. Diese Rente kommt für den nach diesem gesetzlichen Stichtag im Dezember 1961 geborenen Kläger von vornherein nicht in Betracht.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat weitere Ermittlungen, etwa weitere Begutachtungen, nicht auf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-01-31