L 9 R 1193/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 1396/10
Datum
13.03.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 1193/12
Datum
18.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. März 2012 abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1962 geborene Klägerin verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Seit 1980 war sie bei derselben Arbeitgeberin als Maschinenführerin, zuletzt in Teilzeit, tätig. Seit 01.06.2007 ist sie durchgehend arbeitsunfähig. Die Arbeit als Maschinenführerin erfolgte teilweise in Zwangshaltungen, es waren Lasten zwischen 10 und 20 kg zu heben und es fielen Arbeiten auf Leitern an. Weiterhin handelte es sich um eine Akkordarbeit.

Mit Bescheid vom 04.02.2011 stellte das Landratsamt Heilbronn (Versorgungsamt) bei der Klägerin einen Grad der Behinderung von 80 sowie die Merkzeichen "G" und "B" seit 20.01.2010 fest.

Vom 17.05.2006 bis 14.06.2006 befand sich die Klägerin wegen anhaltender Lumboischialgien im Rahmen einer stationären Rehabilitation in der Rheintalklinik in Bad K ... Aus der Rehabilitationsmaßnahme wurde die Klägerin arbeitsunfähig entlassen. Nach erfolgreichem Abschluss weiterer Therapiemaßnahmen sei mit einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu rechnen.

Am 10.07.2008 ließ die Klägerin eine Spondylodese (L5/S1) durchführen. Anschließend hielt sie sich zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit vom 10.12.2008 bis 31.12.2008 in der Rosentrittklinik in Bad R. auf. In dem einheitlichen Rehabilitationsentlassungsbericht vom 13.01.2009 diagnostizierten die Rehabilitationsärzte chronische rezidivierende Lumbalgien bei Diskopathie (Bandscheibenschaden) L4/5 und Osteochondrose L5/S1 bei Zustand nach Spondylodese L5/S1 im Juli 2008. Es bestehe der Verdacht auf ein somatoformes Schmerzsyndrom, Phobien und eine psychovegetative Erschöpfung. Weiterhin bestehe Adipositas. Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Heben und Tragen sowie Bewegen von Lasten über 15 kg vor dem Körper bzw. von 10 kg mit ausgestreckten Armen noch sechs Stunden und mehr ausüben. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, Bücken, fixiertes Sitzen sowie Stoß- und Erschütterungsbelastungen.

Am 29.04.2009 beantragte die Klägerin die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Mit Schreiben vom 04.05.2009 teilte die Bundesagentur für Arbeit der Beklagten mit, dass die Klägerin am 14.01.2009 Arbeitslosengeld beantragt habe. Die Bundesagentur für Arbeit gehe davon aus, dass das Leistungsvermögen auch für eine Beschäftigung von 15 Stunden wöchentlich nicht mehr vorhanden sei. Zur Begründung legte sie ein Gutachten des Allgemein- und Sozialmediziners V. vom 15.04.2009 vor, der aufgrund der Diagnosen rezidivierende Lumbalgie, lumbales Wurzelkompressionssyndrom S1, Z. n. Spondylodese L5/S1 im Juli 2008 zu dem Ergebnis kam, dass die Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (bei nicht abgeschlossener Behandlung) für einen Zeitraum von über sechs Monaten nicht leistungsfähig ist.

Die Beklagte bewilligte der Klägerin daraufhin eine weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die 29.06.2009 bis 26.07.2009 in der Federseeklinik Bad B. durchgeführt wurde. In dem Reha-Entlassungsbericht diagnostizierten die Rehabilitationsärzte auf orthopädischem Fachgebiet eine chronisch rezidivierende Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und Zustand nach Spondylodese L5/S1 im Jahr 2008. Es bestehe eine Schmerzfehlverarbeitung, Depression und Adipositas. Die Klägerin könne ihre letzte Tätigkeit als Produktionshelferin nur noch unter drei Stunden ausüben. Leichte Tätigkeiten, zeitweise im Stehen und Gehen, ständig im Sitzen in Tag-, Früh- und Spätschicht, könne die Klägerin bei Vermeidung von häufigem Bücken, häufigen einseitigen Körperzwangshaltungen sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten noch sechs Stunden und mehr ausüben. Zur Gehfähigkeit der Klägerin enthält der Bericht den Hinweis, dass das Gangbild bei der Untersuchung am Rollator sicher war. Allerdings sei die Klägerin während des Aufenthalts mehrfach gestürzt, ohne sich ernsthafte Verletzungen zuzuziehen.

Mit Bescheid vom 20.08.2009 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab. Hiergegen legte die Klägerin, vertreten durch ihre früheren Prozessbevollmächtigten, am 07.09.2009 Widerspruch mit der Begründung ein, dass sie nicht mehr in der Lage sei, eine Arbeitsstelle zu erreichen. Sie könne nicht viermal täglich Wege von 500 m zurücklegen und auch keinen Pkw mehr bedienen. Sie sei gezwungen, zur Fortbewegung einen Rollator zu benutzen. Trotzdem würden ihr plötzlich die Beine wegknicken. Entsprechend enthalte auch der Rehabilitationsentlassungsbericht der Federseeklinik den Hinweis, dass die Klägerin mehrfach gestürzt sei. Zudem widerspreche die Klägerin der Verwertung des Entlassungsberichts. Dieser sei hinsichtlich der Diagnose einer Schmerzfehlverarbeitung in sich widersprüchlich, da gleichzeitig die Aussage erfolgt sei, dass die geschilderten Beschwerden durch die klinischen Untersuchungen nachvollziehbar seien und eine adäquate Krankheitsverarbeitung vorliege. Zudem habe die Klägerin deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie mit der Leistungsbeurteilung der Rehabilitationseinrichtung nicht einverstanden sei.

Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zog die Beklagte zunächst Befundberichte der behandelnden Ärzte bei. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten (m11 und m18 des medizinischen Teils) verwiesen. Anschließend gab die Beklagte ein Gutachten bei dem Facharzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. in Auftrag. In dem - aufgrund persönlicher Untersuchung der Klägerin - erstatteten Gutachten vom 04.11.2009 diagnostizierte Dr. S. Anpassungsstörungen vor dem Hintergrund eines Lendenwirbelsäulensyndroms mit S1-Symptomatik links und chronisch rezidivierende Lumbalgien rechts. Ausreichende Hinweise für eine Schmerzfehlverarbeitung oder massive neurologische Ausfallserscheinungen habe er nicht festgestellt. Es bestehe eine psychogene Komponente der Gangunsicherheit. Trotzdem liege der Schwerpunkt des Beschwerdebildes auf orthopädischem Fachgebiet. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sei die Klägerin in der Lage, leichte Arbeiten in verschiedenen Arbeitshaltungen zu verrichten. Tätigkeiten mit vermehrt geistig-psychischen Belastungen sowie in Nachtschicht seien gegenwärtig nicht leidensgerecht. Die Wegefähigkeit sei nicht derart eingeschränkt, als dass es der Klägerin nicht möglich wäre, eine Wegstrecke von 500 m zu bewältigen.

Im Rahmen eines stationären Aufenthalts der Klägerin vom 09.11.2009 bis 14.11.2009 in der chirurgischen Klinik des Dominikus-Krankenhauses D. erfolgte eine Dekompression des Segments L3/4, L4/5. Es wurde eine Laminektomie L4/5 mit Neurolyse am 10.11.2009 durchgeführt. Daraufhin bot die Beklagte der Klägerin eine weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahme sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Dies lehnte die Klägerin mit Schreiben vom 04.12.2009 mit der Begründung ab, dass die bisher absolvierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen jedes Mal zu einer Verschlechterung geführt hätten. Allein in den letzten zwölf Monaten habe sie zweimal eine stationäre Schmerztherapie, zweimal eine Reha und zusätzlich eine Physiotherapie durchgeführt. Da dies keine Besserung erbracht habe, sei sie nicht bereit, eine weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, da sie fürchte, dass es erneut zu einer Verschlechterung komme. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kämen nicht in Betracht, da sie derzeit nicht vermittelbar sei.

Daraufhin hat die Beklagte ein orthopädisches Gutachten bei Dr. G. in Auftrag gegeben. In dem am 19.01.2010 erstatteten Gutachten beschrieb der Gutachter eine Gangstörung, die auch psychogen mitbedingt sei. Allerdings sei aus orthopädischer Sicht keine Indikation für das Benützen eines Rollators gegeben. Im Bereich der mittleren und unteren Wirbelsäulenabschnitte bestünden schmerzhafte Bewegungseinschränkungen. Neurologisch sei eine leichte sensible S1-Wurzelreizung feststellbar. Muskuläre Ausfälle bestünden dadurch nicht. Das Gangbild werde zwar als leicht links hinkend dargestellt, sei dadurch jedoch nicht behindert. Die Klägerin könne noch leichte Arbeiten in vollschichtigem Umfang ausüben, wobei Einschränkungen für langes Stehen und häufiges Bücken sowie Knien und Hocken und Überkopfarbeiten beachtet werden sollten. Ferner sollten nur noch Lasten bis maximal fünf bis 10 kg Gewicht gehoben und getragen werden. Die Arbeiten sollten nicht unter erheblichem Zeitdruck bzw. in Form von Nachtschicht durchgeführt werden. Entsprechende leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien der Klägerin sechs Stunden und mehr zumutbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.03.2010 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen hat die Klägerin, vertreten durch ihren Bevollmächtigten, am 16.04.2010 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben.

Das SG hat zunächst ein orthopädisches Gutachten bei Dr. D. in Auftrag gegeben. In dem am 27.09.2010 erstatteten Gutachten hat Dr. D. eine eingeschränkte Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule nach Wirbelsäulensegmentversteifung L5/S1 und Dekompressionsoperation L4/5 festgestellt. Es bestünden rezidivierende, auch pseudoradikuläre Schmerzen, die ins rechte Bein ausstrahlen, mit daraus resultierender schmerzbedingter Sturzgefahr und Unsicherheit. Die neurologische Untersuchung der unteren Extremitäten habe zum Gutachtenszeitpunkt keinen Hinweis für motorische Nervenwurzelreizerscheinungen der Rückenmarksnerven L3, L4, L5 und S1 ergeben. Sämtliche relevanten Gelenke der oberen und unteren Extremitäten hätten eine freie Beweglichkeit gezeigt. Klinisch auffällig sei eine massive Unsicherheit beim Stehen und Gehen. Beim Versuch des Hocksitzes sei das rechte Bein der Klägerin weggeknickt, wobei diese den Sturz nicht selbst habe verhindern können. Eine Ursache für die bei der Klägerin bestehende pseudoradikuläre Schmerzsymptomatik habe er nicht erkennen können. Allerdings habe er aufgrund des bestehenden klinischen Gesamtbildes nicht den Eindruck, dass die Gesundheitsstörungen vorgetäuscht würden. Er sei der Ansicht, dass die Klägerin eine sitzende Tätigkeit (z. B. am PC) drei bis maximal vier Stunden ausüben könne. Arbeiten, die mit Gehen oder Stehen verbunden seien, in gebückter Zwangshaltung, mit Bücken oder Hocken, mit Hebe- und Tragebelastungen über fünf kg könne die Klägerin nicht mehr ausüben. Derzeit halte er die Klägerin für nicht in der Lage, viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 m in der üblichen Zeit zu Fuß zurückzulegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit zu benutzen. Die Klägerin habe mitgeteilt, dass die am 13.09.2010 durchgeführten kernspintomografischen Untersuchungen, die in der Anlage zum Gutachten beigefügt seien, im Oktober bei der Universitätsklinik H. besprochen werden und entsprechende Therapievorschläge erfolgen sollten.

Für die Beklagte hat die Fachärztin für Orthopädie Dr. H. zu dem Gutachten Stellung genommen und die Auffassung vertreten, dass es keinen objektivierbaren medizinischen Grund gebe, weshalb die Versicherte nicht zumindest leichte körperliche Tätigkeiten im Sitzen ausüben und nicht mindestens viermal täglich Gehstrecken über 500 m in einer Zeit von bis zu 20 Minuten zurücklegen könne. Öffentliche Verkehrsmittel könnten genutzt werden. Da keine neurologischen Ausfälle vorlägen, spreche auch kein medizinischer Grund gegen das Führen eines Pkw. Es gebe keine organische Erklärung für die von der Klägerin angegebenen Stürze. Weder in der Vergangenheit noch bei der Begutachtung durch Dr. D. seien Verletzungszeichen wie Prellmarken oder Schürfwunden bei der Klägerin festgestellt worden. Beim plötzlichen Sturz der 115 kg schweren Versicherten sei es jedoch sehr unwahrscheinlich, dass diese vielen Stürze ohne Zeichen einer Verletzung geschehen seien. Zudem hätten die Umfangmaße der oberen Extremität (bei gleichem Körpergewicht) bei der Begutachtung durch Dr. D. im Vergleich zu der Begutachtung durch Dr. G. eher abgenommen. Daraus lasse sich kein vermehrter Gebrauch der oberen Extremitäten ableiten, was bei adäquater Nutzung eines Rollators oder einer Gehstütze zu erwarten wäre.

Hierzu ergänzend befragt hat Dr. D. unter dem 31.01.2011 mitgeteilt, dass es, wie im Gutachten ausgeführt, tatsächlich so sei, dass er keine objektiven Untersuchungsbefunde für die zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit und für die Einschränkung der Gehfähigkeit der Klägerin anführen könne. Er könne die Einwendungen der Beklagten nachvollziehen, sodass aufgrund fehlender objektiver Untersuchungsbefunde die Argumente der Beklagten stärker wögen, als die von ihm vorgenommene Einschätzung. Eventuell hilfreich wäre die Durchführung einer Funktionsmyelographie der Lendenwirbelsäule, um mit größerer Sicherheit einen objektiven pathologischen Befund ausschließen zu können. Eine solche Maßnahme sei jedoch ein invasiver Eingriff, der mit Risiken belastet und nicht duldungspflichtig sei.

Die Klägerin hat gegen die Einwendungen der Beklagten vorgebracht, dass es bei ihren Stürzen nicht so sei, dass sie der Länge nach hinfalle. Vielmehr sei es so, dass sie im rechten Bein (direkt am Beinansatz hinten) einen Schmerz verspüre, der blitzartig einschieße, sodass sie sich nicht mehr auf den Beinen halten könne und auf den Boden sacke. Danach habe sie keinerlei Kraft mehr im Bein. Sie gehe nicht mehr allein aus dem Haus und auch in Begleitung nur noch relativ selten. Zu Hause habe sie die Möbel so gestellt, dass sie sich überall festhalten könne bzw. etwas habe, woran sie sich hochziehen könne. Auf das Autofahren verzichte sie aus Gründen der Verantwortung anderen Verkehrsteilnehmern gegenüber. Ergänzend hat die Klägerin Zeugen für die Stürze benannt.

Die Klägerin hat außerdem den von Dr. D. benannten Befundbericht des Universitätsklinikums Heidelberg vom 18.11.2010 vorgelegt. Aufgrund der ambulanten Behandlung der Klägerin am 22.10.2010 kam Prof. Dr. S. darin zu dem Ergebnis, dass bei der Klägerin neben den orthopädischen Gesundheitsstörungen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Episode vorliegt. Der neurologische Befund war unauffällig. Anhand der vorliegenden Befunde bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Zudem bestünden weitere Faktoren, insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren (Bewegungsangst), die mitursächlich für das bestehende Beschwerdebild seien. Auch die durch die jahrelange Schmerzsymptomatik bedingte Dekonditionierung unterstütze das Krankheitsbild weiter. Es sei die Indikation für eine tagesstationäre multimodale Schmerztherapie gegeben. Allerdings ziele das laufende Rentenverfahren auf die Anerkennung eines Funktionsdefizits hin. Im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie müsse jedoch das Ziel sein, die körperliche Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit zu verbessern. Damit stehe die Klägerin in einem nicht lösbaren Zielkonflikt, sodass während des laufenden Rentenverfahrens die Schmerztherapie nur bedingt als erfolgversprechend anzusehen sei.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. W. In dem am 23.05.2011 erstatteten Gutachten hat dieser das Bestehen einer chronischen Lumboischialgie bei degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule auf dem Boden einer Adipositas diagnostiziert. Diese seien verbunden mit Insertionstendinosen reflektorischer Art am Becken rechts, und es bestehe ein Zustand nach zwei Lendenwirbelsäulenoperationen, was den Bewegungsablauf der Lendenwirbelsäule beeinträchtige. In psychischer Hinsicht bestehe eine chronisch depressive Verstimmung, eine Dysthymie und ein abnormes Krankheitsverhalten. In körperlicher Hinsicht sei die Leistungsfähigkeit der Klägerin insoweit eingeschränkt, als sie nur noch in der Lage sei, maximal Lasten bis 10 kg zu heben und zu tragen. Sie sei nicht mehr in der Lage, Leitern zu besteigen, wobei auch häufiges Treppensteigen ausscheide. Sie könne sich nicht wiederkehrend bücken und müsse die Körperposition wiederkehrend ändern, wobei sowohl Gehen als auch anhaltendes Sitzen eingeschränkt seien. Arbeiten in Kälte und Nässe würden die Dauerschmerzen verschlimmern. Ein Wechsel zwischen Tag- und Nachtschichtarbeiten sei nicht zumutbar. Die Einschränkungen des Haltungs- und Bewegungsapparats stünden im Vordergrund der Problematik, doch würden die anhaltenden Schmerzen auch mit einer Verringerung der psychophysischen Ausdauer und der geistig-psychischen Belastbarkeit einhergehen, zumal keine systematische analgetische Behandlung realisiert werde. Insoweit seien Tätigkeiten am Fließband oder Akkordarbeiten sowie an Maschinen mit Gefährdungspotential nicht zumutbar. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sei die Klägerin in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten. Die Klägerin sei von einer chronischen Lumboischialgie betroffen, jedoch nicht von neurologischen Ausfällen. Entsprechend lägen keine zwingenden Hinderungsgründe vor, eine Wegstrecke von etwas mehr als 500 m in jeweils höchstens 20 Minuten viermal täglich zu Fuß zurückzulegen. Wahrscheinlich würde sie jedoch dabei Analgetika benötigen und auch Ängste vor Schmerz haben. Sie müsse zunächst eine Zielvorstellung für das Erreichen dieser Leistung entwickeln. Das Führen eines Kraftfahrzeugs sei derzeit nicht zumutbar.

Das SG hat Dr. D. das Gutachten von Dr. W. und den Befundbericht des Universitätsklinikums Tübingen vom 18.11.2010 zur Abgabe einer ergänzenden Stellungnahme zugeleitet. Dieser hat unter dem 13.06.2011 mitgeteilt, dass sich aus den übersandten Unterlagen ergebe, dass vor allem psychische Faktoren für die Beschwerdesymptomatik verantwortlich seien. Folge man diesen Einschätzungen, sei eine zeitliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zu rechtfertigen.

Am 24.05.2011 hat der Ehemann der Klägerin beim SG angerufen und sich über die respektlose Behandlung seiner Frau durch den Gutachter Dr. W. beschwert, der dieser einen Vortrag gehalten habe, dass ein Magenband für sie der Weg sei, um "glücklich und gesund" zu werden. Er wolle insoweit wissen, ob der Gutachter abhängig von der Beklagten sei oder ein freier Gutachter, den das Gericht ausgesucht habe. Sie hätten mitbekommen, dass der Arzt in seiner Mittagspause zu Patienten in einer Reha-Einrichtung gefahren sei. Das SG hat den über das Telefonat erstellten Aktenvermerk an Dr. W. weitergeleitet, der unter dem 24.05.2011 mitgeteilt hat, dass er erst nach Abschluss aller Untersuchungen mit dem Ehemann der Klägerin gesprochen habe. Nachdem dieser gelesen habe, dass die Klägerin auch mit öffentlichen Verkehrsmittel hätte kommen können, habe dieser zu schimpfen begonnen. Er habe die Klägerin darüber aufgeklärt, dass durch Übergewichtsreduktion eine wesentliche Schmerzverringerung möglich sei. Dies falle zwar nicht in den Rahmen der Begutachtung, sei jedoch medizinisch-humanitärer Art, da dadurch die Lebenserwartung erhöht und Komplikationen wie Bluthochdruck und Diabetes Mellitus vermieden werden könnten und durch die Gewichtsabnahme mit einer Verringerung der Schmerzen zu rechnen sei. Selbstverständlich habe er nicht gesagt, dass ein Magenband für die Klägerin der Weg sei, "glücklich und gesund" zu werden, tatsächlich habe sie ja schon zwei

Wirbelsäulenoperationen hinter sich. Am Tag der Begutachtung sei er in der Mittagszeit im Rahmen einer Notfallmeldung zu einem Altersheim gefahren, das er betreue.

Die Klägerin hat hierauf eine Stellungnahme zu der Begutachtung von Dr. W. vorgelegt und Einwendungen gegen dessen Feststellungen erhoben. Auf eine ergänzende Befragung durch das SG hat Dr. W. unter dem 05.08.2011 u. a. mitgeteilt, dass die Befähigung der Klägerin zur Fremdkritik offenbar besser ausgeprägt sei als zur Eigenkritik. Daraufhin hat die Klägerin einen Antrag auf Ablehnung des Sachverständigen wegen Befangenheit gestellt. Hinsichtlich der daraufhin eingeholten ergänzenden Stellungnahme von Dr. W. vom 15.09.2011 wird auf Blatt 142 bis 143 der Gerichtsakte des SG verwiesen.

Das SG hat von Amts wegen ein weiteres nervenärztliches Gutachten bei Dr. Hausotter in Auftrag gegeben. Daraufhin hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin den Befangenheitsantrag gegen Dr. W. für erledigt erklärt.

In dem unter dem 21.10.2011 erstatteten Gutachten hat Dr. H. eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine chronische Lumbalgie mit Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule (derzeit ohne radikuläre Symptomatik) diagnostiziert. Die Klägerin sei nicht mehr in der Lage, ohne Gefährdung ihrer Gesundheit ihrem zuletzt ausgeübten Beruf als Produktionshelferin oder einer leichten körperlichen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Das Leistungsvermögen sei auf unter drei Stunden abgesunken. Die Ursache liege einerseits in der organisch begründbaren strukturellen Störung der Lendenwirbelsäule, wobei sich die typischen Symptome eines engen Spinalkanals der Lendenwirbelsäule ergeben hätten, wodurch sich die angegebenen Beschwerden zu einem wesentlichen Anteil körperlich erklären ließen. Zusätzlich bestehe ein zumindest mittelgradiges depressives Syndrom mit somatischen Begleiterscheinungen und die Symptomatik einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Es lasse sich ausschließen, dass die Gesundheitsstörungen vorgetäuscht werden. Diese könne die Klägerin auch nicht aus eigener Kraft überwinden. Die Leistungsminderung bestehe ab der ersten Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule im Jahr 2008. Die Minderung der Leistungsfähigkeit sei als dauerhaft anzusehen, und die Klägerin sei nicht in der Lage, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 m zu Fuß in weniger als 20 Minuten zurückzulegen. Die Begründung liege in der chronischen Schmerzstörung.

Für die Beklagte haben Dr. W. (Facharzt für Neurologie) sowie Dr. H. (Fachärztin für Orthopädie) hierzu Stellung genommen und insbesondere gerügt, dass sich die chronifizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom in den erhobenen Befunden nicht abbilde. Zudem finde keine nervenärztliche oder psychotherapeutische Behandlung statt. Die Klägerin nehme keine Psychopharmaka ein und es bestünden keine neurologischen Ausfälle. Insoweit sei weder die quantitative Leistungsminderung noch die Einschränkung der Gehstrecke objektivierbar.

Hierzu hat das SG eine ergänzende Stellungnahme von Dr. H. eingeholt. Dieser hat unter dem 20.01.2012 dargelegt, aufgrund welcher Befunde er zu einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom komme. Zu der Behandlung habe er bereits im Gutachten ausführlich Stellung genommen. Die Klägerin habe angegeben, dass sie vor drei Jahren auf ein Medikament eine schwerste allergische Reaktion erlitten habe und notfallmäßig ins Krankenhaus eingeliefert worden sei. Seither versuche sie, Medikamente zu vermeiden. Außerdem bestehe bei der Klägerin ein ausgeprägtes somatisches Krankheitskonzept. Sie sei jetzt resigniert und enttäuscht von der Fülle der bisher durchgeführten frustranen Therapiemaßnahmen. Diese Haltung sei sicher nicht optimal, aber letztlich zu akzeptieren. Neurologische Ausfälle hätten sich in der Tat nicht gefunden. Bemerkenswert sei gewesen, dass die Klägerin angegeben habe, sie empfinde eine Erleichterung der Beschwerden, wenn sie etwas nach vorne gebeugt gehe, deshalb benutze sie auch den Rollator. Dies sei typisches Merkmal eines engen Spinalkanals.

Mit Urteil vom 13.03.2012 hat das SG die angefochtenen Bescheide abgeändert und die Beklagte verurteilt, ausgehend von einem Leistungsfall am 21.11.2011, Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 01.05.2012 bis 30.04.2015 zu gewähren. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Die Klägerin sei seit dem 21.11.2011 voll erwerbsgemindert, weil sie weder leichte körperliche Arbeiten mindestens sechs Stunden verrichten könne, noch über eine hinreichende Wegefähigkeit verfüge. Das SG hat sich insoweit dem Gutachten von Dr. H. angeschlossen und als Leistungsfall den Tag der Untersuchung bei Dr. H. (21.11.2011) zugrunde gelegt.

Gegen das ihr am 19.03.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20.03.2012 Berufung eingelegt mit der Begründung, ihr stehe bereits ab April 2009 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu.

Die Beklagte hat gegen das ihr ebenfalls am 19.03.2012 zugestellte Urteil am 27.03.2012 Berufung eingelegt mit der Begründung, eine rentenrelevante Leistungsminderung sei aufgrund des Gutachtens von Dr. H. nicht mit der erforderlichen Gewissheit nachgewiesen. Hinzu komme, dass bei Eintritt der rentenrelevanten Leistungsminderung am 21.11.2011 bzw. 21.10.2011 (tatsächlicher Untersuchungstag durch Dr. Hausotter) die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien, da anstelle der erforderlichen 36 Kalendermonate nur 32 oder 33 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt seien. Zudem würde, selbst wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt wären, ein Leistungsfall am 21.11.2011 zu einem Rentenbeginn am 01.06.2012 führen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. März 2012 sowie dem Bescheid der Beklagten vom 20. August 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. März 2010 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. April 2009 bis 30. April 2015 zu gewähren, sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. März 2012 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen, sowie die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Der Senat hat aus der Schwerbehindertenakte der Klägerin folgende Befundberichte beigezogen: Befundbericht von Dr. L. (Fachärztin für Anästhesie und Schmerztherapie) vom 27.02.2008, Befundbericht von Dr. N. (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie) vom 28.02.2008

sowie 16.01.2009, Entlassungsbericht der Rosentrittklinik (Rehabilitationsklinik Bad R.), Befundbericht von Dr. B. (Facharzt für Orthopädie) vom 02.01.2009 und Befundberichte vom 13.09.2010 über eine Kernspintomografie der Brust, Lendenwirbelsäule und Halswirbelsäule der radiologischen Praxis Philipp P ... Wegen der näheren Einzelheiten wird auf Blatt 36 bis 43 der Gerichtsakte verwiesen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholen eines Gutachtens bei dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S ... In dem am 24.04.2013 (aufgrund der Untersuchung der Klägerin am 12.03. und 15.03.2013) erstatteten Gutachten hat Dr. Schwarz eine dysthyme Störung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert diagnostiziert. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei auszuschließen, da die von der Klägerin angegebenen Schmerzen und feststellbaren Funktionsbeeinträchtigungen in Art und Ausprägung nicht über das Maß hinaus gingen, was bei der vorliegenden orthopädischen Anamnese zu erwarten gewesen sei. Die von der Probandin angegebenen "Stürze" bzw. das koordinierte (nicht zu Verletzungen führende) abrupte Abgleiten vom Stehen in den Vierfüßlerstand sei neurologisch nicht erklärbar, es sei vielmehr Ausdruck einer überwiegend nicht bewussten Krankheitsfehlverarbeitung, bei der persönlichkeitsgebundene Vermeidungsverhaltensweisen mit organischen Faktoren (massive Adipositas, Trainingsmangel, Dekonditionierung) zusammenwirken. Insoweit sei die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen zu stellen. Auf orthopädischem Fachgebiet vorbekannt seien chronisch rezidivierende Lumboischialgien bei Zustand nach dorsaler Spondylodese und L5/S1 und Dekompression L3/5 beidseits und L5 rechts. Weiterhin liege eine Adipositas mit einem BMI von 38,5 vor. Durch diese Gesundheitsstörungen sei in körperlicher Hinsicht die physische Belastbarkeit sowie die motorische Koordination beeinträchtigt. In psychischer Hinsicht seien die Stressbelastbarkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und die sozialen Kompetenzen beeinträchtigt. Insoweit seien Tätigkeiten mit erhöhtem Zeitdruck (z. B. Akkordarbeit) oder mit besonderen psychischen Belastungen (Nachtarbeit, erhöhte Verantwortung, erhöhte Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentration und soziale Kompetenz) nicht mehr möglich. Auch die körperliche Belastbarkeit sei gemindert, sodass schwere und anhaltend mittelschwere Arbeiten, also regelmäßiges Heben und Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf kg nicht in Frage kämen. Zu empfehlen sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit, mit der Möglichkeit zur episodischen Veränderung der Arbeitshaltung. Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie Tätigkeiten, die das regelmäßige Benutzen von Treppen erfordern, kämen nicht in Frage. Nicht zumutbar seien auch Tätigkeiten an gefährlichen laufenden Maschinen oder mit wiederkehrendem Bücken sowie Arbeiten mit Exposition gegenüber Nässe und Kälte. In quantitativer Hinsicht sei das Leistungsvermögen der Klägerin nicht beeinträchtigt. Bei Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen sei eine Erwerbstätigkeit im zeitlichen Umfang von mindestens sechs Stunden ableistbar. Die sich für die Probandin ergebenden subjektiven Hemmnisse im Bezug auf die Wiederaufnahme des beruflichen Engagements seien mittels zumutbarer Willensanstrengung aus eigener Kraft überwindbar. Die Klägerin könne eine Strecke von mehr als 500 m viermal pro Arbeitstag in jeweils weniger als zwanzig Minuten bewältigen. Es hätten sich keine Zweifel ergeben, dass die Klägerin, selbst wenn es zu einem Niedergleiten vom Stehen in die Vierfüßlerposition kommen sollte, selbstständig etwa unter Verwendung ihres Rollators aufstehen könne. Es bestünden keine Paresen, keine sonstigen neurologischen Defizite und keine solche muskuläre Schwäche, dass die Klägerin nicht trotz ihrer Adipositas zu entsprechendem selbstständigen Aufstehen - gegebenenfalls unter Benutzung von Hilfsmitteln - in der Lage sei. Grundsätzlich bestünden auch keine medizinischen Bedenken gegen die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln und auch nicht gegenüber der Verwendung von privaten Verkehrsmitteln. Die von der Probandin beschriebene bedarfsweise Einnahme des Schmerzmittels Diclofenac stehe einer Fahrtauglichkeit nicht im Wege. Der aktuelle Gesundheitszustand bestehe spätestens seit Ende 2007. Eine richtungsgebende wesentliche Veränderung seit August 2008 sei nicht zu begründen. Die Trainings- und Mobilitätsdefizite der Klägerin seien therapeutisch zugänglich. Dies gelte auch für die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet diagnostizierte dysthyme Störung sowie die derzeit remittierte rezidivierende depressive Störung. Bisher habe keine gezielte, auch nur in Ansätzen leitlinienorientierte Behandlung dieser Gesundheitsstörungen stattgefunden.

Gegen das Gutachten hat die Klägerin Einwendungen erhoben. Insbesondere wendet sie sich gegen die Angabe, dass sie zur Praxis einen Weg von ca. 200 m von der Bushaltestelle zurückgelegt habe. Sie sei von ihrem Ehemann mit dem Pkw zur Untersuchung gebracht worden. Auch habe sie während der Begutachtung nicht die Beine übereinander geschlagen. Dies sei ihr seit Jahren nicht mehr möglich. Zudem sei festzuhalten, dass eine Vielzahl von Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu beachten seien, so dass der Klägerin der Arbeitsmarkt verschlossen sei. Auch sei sie wegeunfähig.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat eine ergänzende Stellungnahme bei Dr. S. eingeholt. Hinsichtlich der näheren Einzelheiten der unter dem 20.01.2014 abgegebenen Stellungahme wird auf Blatt 130 bis 134 der Senatsakte verwiesen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte des SG und auf die Berufungsakte des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen der Klägerin und der Beklagten sind zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach § 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegen nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Die Berufung der Beklagten ist dagegen begründet. Zu Unrecht hat das SG die Beklagte zur Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 01.05.2012 bis 20.04.2015 verurteilt. Der Klägerin steht weder für diesen Zeitraum noch für die Zeit davor eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (s. hierzu § 43 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - SGB VI -). Voll erwerbsgemindert sind 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 (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigten (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Eine volle Erwerbsminderung liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch dann vor, wenn der Versicherte täglich mindestens drei bis unter sechs Stunden erwerbstätig sein kann, der Teilzeitarbeitsmarkt aber verschlossen ist (Gürtner in Kasseler

Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand März 2013, § 43 SGB VI Rn. 58 und 30 ff.).

Nach Maßgabe der vorgenannten rechtlichen Grundlagen hat die Klägerin keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem ab 01.04.2009, weil ein Versicherungsfall der Rente wegen Erwerbsminderung nicht festgestellt werden kann. Dabei kann offen bleiben, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen tatsächlich nur dann erfüllt sind, wenn der Versicherungsfall bis einschließlich 31.07.2011 eingetreten ist. Denn der Eintritt eines Versicherungsfalles lässt sich weder für die Zeit vor dem 31.07.2011 noch für die Zeit danach feststellen.

Eine Erwerbsminderung der Klägerin, das heißt ein Absinken ihrer beruflichen und körperlichen Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lässt sich zur Überzeugung des Senats nicht belegen. Dies ergibt sich im Wesentlichen aus der Gesamtwürdigung der ärztlichen Unterlagen, insbesondere dem Gutachten von Dr. S. vom 24.04.2013 (unter Berücksichtigung dessen ergänzender Stellungnahme vom 20.01.2014), dem Gutachten von Dr. W. (unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahmen vom 24.05.2011 sowie 05.08.2011) sowie den Gutachten von Dr. S. vom 04.11.2009 und Dr. G. vom 19.01.2010, die der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet. Der entgegen stehenden Auffassung von Dr. H. (Gutachten vom 21.10.2011 und ergänzender Stellungnahme 20.01.2012) vermag sich der Senat nicht anzuschließen, weil er diese nicht für überzeugend erachtet. Nicht gefolgt ist der Senat auch der von Dr. D. im Gutachten vom 27.09.2010 zunächst geäußerten Leistungseinschätzung, an der auch der Gutachter in den ergänzenden Stellungnahmen vom 31.01.2011 und 13.06.2011 nicht festgehalten hat.

Der Senat stellt zunächst fest, dass die Klägerin in ihrer Erwerbsfähigkeit durch orthopädische Gesundheitsstörungen eingeschränkt wird. So wurden bei ihr zwei Operationen an der Lendenwirbelsäule durchgeführt (Wirbelsäulensegmentversteifung L5/S1 im Jahr 2008 und Dekompressationsoperation L3/5 im Jahr 2009), woraus noch immer chronisch rezidivierende Lumboischialgien mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das rechte Bein, ohne schwerwiegende Nervenwurzelreizerscheinungen, bei eingeschränkter Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule verblieben sind. Hieraus resultieren qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, eine Leistungsminderung auf weniger als sechs Stunden am Tag lässt sich aufgrund dieser Gesundheitsstörungen jedoch nicht begründen. Diese Einschätzung beruht auf der übereinstimmenden Befunderhebung der Gutachter Dr. G. und Dr. D ... Beide Gutachter stellten bei der Untersuchung eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule, eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit der Brustwirbelsäule und eine dreißigprozentige Entfaltbarkeitshemmung der Lendenwirbelsäule fest. Die neurologische Untersuchung der unteren Extremitäten bei Dr. D. ergab keinen Hinweis für motorische Nervenwurzelreizerscheinungen in den Rückenmarksnerven L3, L4, L5 und S1. Dr. G. stellte (zwei Monate nach der Dekompressationsoperation) eine leichte sensible S1-Wurzelreizung ohne muskuläre Ausfälle fest. Bei beiden Begutachtungen war das Gangbild der Klägerin unsicher. Unter Berücksichtigung dieser Befunde kommen beide Gutachter (vgl. ergänzende Stellungnahmen von Dr. D. vom 31.01.2011 und 13.06.2011) für den Senat überzeugend zu dem Ergebnis, dass auf orthopädischem Fachgebiet keine objektiven Untersuchungsbefunde vorliegen, die eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt rechtfertigen können. Den orthopädischen Gesundheitsstörungen der Klägerin kann dadurch Rechnung getragen werden, dass qualitative Einschränkungen berücksichtigt werden.

Auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ergeben sich zur Überzeugung des Senats keine zeitlichen Leistungseinschränkungen. Hierzu hat Dr. S. überzeugend dargelegt, dass die Voraussetzungen für die Annahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht vorliegen, da die von der Klägerin berichteten Schmerzen nicht über das Maß hinausgehen, das bei der vorliegenden orthopädischen Anamnese zu erwarten ist. Es besteht vielmehr eine anhaltende dysthyme Störung, die episodisch von schwerergradigen depressiven Verstimmungen überlagert wird, wobei die rezidivierende depressive Störung zum Gutachtenszeitpunkt remittiert war. Die Unsicherheit der Klägerin beim Gehen, mit dem rezidivierenden Abgleiten vom Stehen in dem Vierfüßlerstand, wertet der Gutachter überzeugend als Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, da eine neurologische Erklärung aus der Gesamtheit der erhobenen neurologischen Befunde nicht herleitbar ist. Es handelt sich hierbei um den Ausdruck einer überwiegend nicht bewussten Krankheitsfehlverarbeitung, bei der persönlichkeitsgebundene Vermeidungsverhaltungsweisen mit organischen Faktoren (massive Adipositas, Trainingsmangel und Dekonditionierung) zusammenwirken. Vor dem Hintergrund dieser diagnostischen Einschätzung kommt der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass die Klägerin leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden, unter Beachtung qualitativer Einschränkungen, ausüben kann. Diese Einschätzung wird durch die erhobenen Befunde gedeckt. Im Rahmen des erhobenen psychopathologischen Befundes ergaben sich keine Denkstörungen, keine Einschränkung des Auffassungs- und Konzentrationsvermögens, keine Defizite des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses, die emotionale Schwingungsfähigkeit war nicht eingeschränkt und der Antrieb situationsadäquat. Krankheitswerte, psychopathologische Befunde ergaben sich im Hinblick auf eine etwas herab gestimmte Stimmungslage mit Insuffizienzgefühlen, einer leichten Störung der Vitalgefühle sowie einer deutlichen Minderung des Selbstwertserlebens. Hinweise auf das Vorliegen einer schwerwiegenden depressiven Erkrankung oder einer somatoformen Schmerzstörung ergab die Befunderhebung bei Dr. Schwarz nicht. Auffällig war, dass im Gegensatz zu der in der Begutachtung durchgängig guten Konzentrationsleistung, die Klägerin im Rahmen der psychometrischen Testung im Beschwerdevalidierungsverfahren WMT einen massiv auffälligen Befund erzielte. Schon in objektiv sehr einfachen Tests erbrachte die Klägerin schlechte Gedächtnisleistungen, die noch weit unter den kooperationswilliger dementer Probanden oder von mittelgradig bis schwer Hirnverletzten lagen. Dies wertet der Gutachter, für den Senat nachvollziehbar, nicht als Aggravation oder Simulation, sondern als Ausdruck des die Lebenssituation der Klägerin prägenden dysfunktionalen Schonverhaltens. Vor diesem Hintergrund ist für den Senat auch die von Dr. Schwarz getroffene Leistungseinschätzung schlüssig und nachvollziehbar, dass die Klägerin leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, unter Beachtung von qualitativen Einschränkungen noch mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann und die sich für die Klägerin ergebenden subjektiven Hemmnisse in Bezug auf die Wiederaufnahme eines beruflichen Engagements mittels zumutbarer Willensanstrengung aus eigener Kraft überwindbar sind. Denn für den Senat ist nachvollziehbar, dass die von der Klägerin vorgetragenen erheblichen Alltagseinschränkungen, die sich aufgrund der rezidivierenden Schwäche in den Beinen erheblich sozial zurückgezogen hat und sich weder längeres Gehen noch Autofahren noch zutraut, kein Ausdruck einer dauerhaften, schwerwiegenden depressiven Erkrankung sind. Der Gutachter hat für den Senat überzeugend ausgeführt, dass bei der Klägerin die orthopädischen Erkrankungen, die zu einer Krankheitsfehlverarbeitung geführt haben, mit einem Vermeidungsverhalten der Klägerin und einer massiven Adipositas, Trainingsmangel und einer Dekonditionierung einhergehen, die zu einer Bewegungsangst und dem abrupten Abgleiten vom Stehen in den Vierfüßlerstand geführt haben. Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung, dass die Trainings- und Mobilitätsdefizite therapeutisch zugänglich sind und von der Klägerin mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwunden werden können, schlüssig und nachvollziehbar. Denn hinsichtlich der auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet diagnostizierten dysthymen Störung sowie rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig remittiert)

wurde bisher keine auch nur in Ansätzen leitlinienorientierte Behandlung durchgeführt. Zudem erfolgt derzeit keine analgetische Behandlung. Eine krankheitsbedingte Reduzierung des Leistungsvermögens der Klägerin auch hinsichtlich leichter Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes lässt sich vor diesem Hintergrund nicht begründen. Dies wird bestätigt durch das neurologisch-psychiatrisch-internistische Gutachten von Dr. S. vom 04.11.2009 sowie das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. W. vom 23.05.2011 und die Rehabilitationsentlassungsberichte vom 13.01.2009 (Rehabilitationsmaßnahme in der Rosentrittklinik Bad R.) sowie vom 28.07.2009 (Rehabilitationsmaßnahme in der Federseeklinik Bad B.), in denen ebenfalls ein Leistungsvermögen der Klägerin hinsichtlich leichter Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich festgestellt wird. Den psychischen Gesundheitsstörungen der Klägerin kann durch Beachtung folgender qualitativer Leistungseinschränkungen hinreichend Rechnung getragen werden: Nicht mehr zumutbar sind Tätigkeiten mit einer erhöhten Stressbelastung (beispielsweise mit erhöhtem Zeitdruck wie Akkordarbeit), mit unphysiologischen psychovegetativen Belastungen (Nachtarbeit), mit erhöhter Verantwortung und erhöhten Anforderungen an die Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsleistung und Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die soziale Kompetenzen stellen.

Nicht gefolgt ist der Senat der sozialmedizinischen Beurteilung von Dr. H., wonach die Klägerin aufgrund einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer chronischen Lumbalgie mit Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule nach zwei operativen Eingriffen (ohne derzeit radikuläre Symptomatik) nicht mehr in der Lage ist, leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich auszuüben. Das Gutachten ist in sich nicht schlüssig. Denn der Gutachter geht davon aus, dass die von der Klägerin berichteten Beschwerden sich durch einen engen Spinalkanal im Bereich des Lendenwirbelsäule hinreichend organisch erklären lassen. Zu diesem Ergebnis kommt er, obwohl sich eine radikuläre Symptomatik bei der Begutachtung nicht nachweisen ließ. Obwohl er insoweit davon ausgeht, dass der von der Klägerin geklagte Schmerz organisch zu erklären ist, diagnostiziert er trotzdem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, was zur Überzeugung des Senats in sich unschlüssig ist. Entsprechend hat auch Dr. S. überzeugend dargelegt, dass bei der Klägerin die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zu stellen ist, da die berichteten Schmerzen nicht über das Maß hinausgehen, das bei den nachgewiesenen orthopädischen Gesundheitsstörungen zu erwarten ist. Auch die von Dr. H. angenommene anhaltende mittelgradige depressive Störung wird durch die vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht gestützt. Nach dem von Dr. S., Dr. W. und Dr. S. erhobenen psychopathologischen Befund ist vielmehr vom Vorliegen einer leichtgradig-dysthymen Symptomatik auszugehen, die nur zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. H. von einer zeitlich begrenzten schwerergradigen depressiven Episode überlagert war und die das zeitliche Leistungsvermögen der Klägerin nicht beeinträchtigt.

Der Senat ist daher davon überzeugt, dass die Klägerin unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann. Die Klägerin ist somit nicht erwerbsgemindert, zumal auch die Zusammenschau der einzelnen Gesundheitsstörungen kein Leistungsvermögen von täglich weniger als sechs Stunden begründet.

Für die Verneinung von Erwerbsminderung bei mindestens sechs Stunden täglich leistungsfähigen Versicherten muss weder eine konkrete Tätigkeit benannt werden, noch die Frage geprüft werden, ob es genügend Arbeitsplätze gibt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für in diesem Umfang leistungsfähige Ungelernte und Angelernte des unteren Bereiches geeignete Arbeitsplätze in ausreichender Zahl vorhanden sind (Beschlüsse des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996, u. a. SozR 3-2600 § 44 Nr. 8). Dies stimmt mit dem erklärten Willen des Gesetzgebers überein, der durch § 43 Abs. 3 SGB VI klargestellt hat, dass nicht erwerbsgemindert ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Der Klägerin ist somit keine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren, und zwar unabhängig davon, ob die für sie zuständige Arbeitsagentur einen ihrem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz anbieten kann. Denn das Risiko, keinen offenen Arbeitsplatz zu finden, ist nicht von der Renten-, sondern grundsätzlich von der Arbeitslosenversicherung zu tragen (BSG in SozR 2200 § 1246 Nr. 137 m.w.N.).

Allerdings ist die Frage, ob es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Arbeitsplätze gibt, immer dann zu klären, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 104 und 117) oder Versicherte nur noch auf solchen Arbeitsplätzen einsetzbar sind, bei denen wegen ihrer Seltenheit die Gefahr einer Verschlossenheit des Arbeitsmarktes besteht, also z.B. noch in Betracht kommende Tätigkeiten nur unter betriebsunüblichen Bedingungen ausgeübt werden können oder entsprechende Arbeitsplätze auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen von der Wohnung aus nicht erreichbar sind oder nur vereinzelt vorkommen (BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 136, 137 und 139 sowie § 1247 Nrn. 33 und 53; SozR 3-2200 § 1247 Nrn. 10 und 14). Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung meint die Fälle, in denen bereits eine einzige schwerwiegende Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - B 5 RJ 64/02 R, in Juris). Als Beispiel hierfür ist etwa die Einarmigkeit eines Versicherten zu nennen. Das Merkmal "Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" trägt hingegen dem Umstand Rechnung, dass auch eine Vielzahl von Einschränkungen, die jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, zusammengenommen das noch mögliche Arbeitsfeld in erheblichem Umfang zusätzlich einengen können. In diesen Fällen besteht die Verpflichtung, ausnahmsweise eine konkrete Tätigkeit zu benennen, weil der Arbeitsmarkt möglicherweise für diese überdurchschnittlich leistungsgeminderten Versicherten keine Arbeitsstelle bereithält oder nicht davon ausgegangen werden kann, dass es für diese Versicherten eine ausreichende Anzahl von Arbeitsplätzen gibt oder ernste Zweifel daran aufkommen, ob der Versicherte in einem Betrieb einsetzbar ist (BSG, Urteil vom 10.12.2003, B 5 RJ 64/02 R, in Juris). Der Begriff der ungewöhnlichen Leistungseinschränkungen umschreibt alle die Einschränkungen, die nicht bereits von dem Erfordernis "körperlich leichte Arbeit" erfasst werden, also in dieser Hinsicht nicht als gewöhnlich angesehen werden können (BSG SozR 3-2600 § 43 Nr 21).

Ausgehend hiervon liegt bei der Klägerin weder eine schwere spezifische Leistungseinschränkung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor. Die Klägerin kann noch eine überwiegend sitzende Tätigkeit (mit der Möglichkeit der episodischen Veränderung der Arbeitshaltung) ohne regelmäßiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf kg, ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne wiederkehrendes Bücken oder Hocken sowie ohne Exposition gegenüber Nässe und Kälte ausüben. Ausgeschlossen sind weiterhin Arbeiten mit besonderer Stressbelastung (z. B. Akkordarbeit, Nachtschicht), erhöhten Anforderungen an die sozialen Kompetenzen und die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung. Hierbei handelt es sich um Einschränkungen, denen bei den der Klägerin zumutbaren leichten körperlichen Arbeiten (Verpacken von Kleinteilen, Sortier-, Montier-,

Etikettier- und Klebearbeiten) hinreichend Rechnung getragen werden kann. Eine konkrete Verweisungstätigkeit ist nicht zu benennen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.09.1999, Aktenzeichen L 2 RJ 1/98, in Juris).

Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit des Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die dem Versicherten dies nicht erlaubt, stellt eine derart schwere Leistungseinschränkung dar, dass der Arbeitsmarkt trotz eines vorhandenen vollschichtigen Leistungsvermögens als verschlossen anzusehen ist. Hat der Versicherte kein Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht konkret angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm möglich sein müssen, nach einem generalisierten Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel sowie vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege absolvieren muss. Eine volle Erwerbsminderung wegen mangelnder Wegefähigkeit setzt danach grundsätzlich voraus, dass der Versicherte nicht viermal am Tag ein Wegstrecke von über 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (also jeweils innerhalb von 20 Minuten) zu Fuß bewältigen und ferner zweimal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmittel fahren kann. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z. B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Dazu gehört z. B. auch die zumutbare Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges (BSG, Urteil vom 12.12.2011, B 13 R 21/10 R, in Juris). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze besteht bei der Klägerin keine Beschränkung des zumutbaren Arbeitsweges. Die Klägerin ist zur Überzeugung des Senats in der Lage, viermal täglich mehr als 500 m in weniger als 20 Minuten zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Wie Dr. S. schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat, wurden keine Befunde erhoben, die dagegen sprechen, dass die Klägerin eine Strecke von mehr als 500 m viermal pro Arbeitstag in jeweils weniger als 20 Minuten bewältigen kann. Gegen eine entsprechende Gehfähigkeit spricht insbesondere nicht, dass die Klägerin in wechselnder Frequenz zu "Stürzen" neigt, die sich phänomenologisch als abrupt auftretendes koordiniertes Gleiten vom Stehen in die Vierfüßlerposition darstellen. Eine Gefährdung der Klägerin resultiert daraus nicht. Weder bei den Begutachtungen im vorliegenden Verfahren noch während der drei durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wurden entsprechende Verletzungen bei der Klägerin festgestellt, diese hat von solchen auch nicht berichtet. Nach dem Gutachten von Dr. S. bestehen auch keine Zweifel, dass die Klägerin sich nach einem solchen "Sturz" gegebenenfalls selbstständig (etwa unter Verwendung ihres Rollators) aufrichten kann. Aus der Tatsache, dass die Klägerin einen Rollator benutzt, lässt sich eine Einschränkung der Wegefähigkeit ebenfalls nicht herleiten. Wie bereits dargelegt, ist die Gehfähigkeit unter Zuhilfenahme aller vorhandenen Hilfsmittel zu beurteilen. Hinzu kommt, dass es für die Benutzung des Rollators sowohl nach dem Gutachten von Dr. G. als auch nach Einschätzung von Dr. S. eine Indikation gibt. Die Klägerin benutzt diesen auch nicht in dem Sinne, dass sie sich daran beim Gehen abstützt, sondern er dient ihr - nach ihren eigenen Angaben - in erster Linie zur Sicherheit, damit sie sich an dem Rollator wieder aufrichten kann. Bei der Begutachtung durch Dr. Schwarz war das Gangbild mit Rollator bedächtig, aufrecht gehend. Im Untersuchungsraum konnte sie bei der Gangprüfung entspannt, wenn auch etwas bedächtig auf und ab gehen. Zwar stellte Dr. D. ein unsicheres kleinschrittiges Gangbild fest. Da die Klägerin eine eventuelle Unsicherheit beim Gehen jedoch durch den Rollator kompensieren kann und sie auch noch in der Lage ist, die vier Stufen zu ihrer Wohnung zu überwinden, ist der Senat davon überzeugt, dass die Wegefähigkeit erhalten ist. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass allein aus der Tatsache, dass das Landratsamt Heilbronn (Versorgungsamt) bei der Klägerin die Merkzeichen "G" und "B" festgestellt hat, eine Einschränkung der Wegefähigkeit nicht herleitbar ist. Die im Schwerbehindertenverfahren angewendeten Maßstäbe sind als solche für die Beurteilung der Wegefähigkeit im Rentenrecht nicht bindend. Es besteht nur insoweit eine Übereinstimmung, dass auch im Rentenrecht der Gesichtspunkt der Eigen- und Fremdgefährdung zu berücksichtigen ist (BSG, SozR 4-2600 § 43 Nr. 10).

Zum anderen verfügt die Klägerin, wie sie bei der Begutachtung durch Dr. S. angegeben hat, sowohl über einen Führerschein als auch über ein eigenes Kraftfahrzeug. Zwar traut sie sich derzeit nicht zu, ein Kraftfahrzeug zu führen. Da es hierfür jedoch keinen medizinischen Grund gibt, insbesondere keine Medikamente eingenommen werden, die dem Führen eines Kraftfahrzeuges entgegen stehen, erachtet der Senat dies als unbeachtlich.

Nach alledem steht der Klägerin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung weder für die Zeit vom 01.05.2012 bis 30.04.2015 noch für die Zeit davor seit Antragstellung zu.

Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-04-16