

**L 3 R 1196/07**

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 32 R 5365/05  
Datum  
14.08.2007  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 3 R 1196/07  
Datum  
29.08.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 14. August 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1950 in der Türkei geborene und seit 1973 in der Bundesrepublik lebende Klägerin, bei der ein Grad der Behinderung (GdB) von 40 festgestellt worden ist (Bescheid des Versorgungsamts Berlin vom 12. Januar 2006), arbeitete, ohne eine Ausbildung durchlaufen zu haben, als Reinigungskraft.

Einen erstmals am 15. Januar 2004 gestellten Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung, den sie mit einem seit dem Jahre 2001 bestehenden Bandscheibenvorfall und Knieschmerzen begründet hatte, lehnte die Beklagte mit bindendem Bescheid vom 02. März 2004 ab. Grundlage der Entscheidung war ein Gutachten des Orthopäden Dr. M vom 22. Februar 2004, in dem dieser eine Cervikocephalgie, eine Lumboischialgie, den Verdacht auf eine Meniskusküläsion links und einen Bandscheibenvorfall bei L 4/5 diagnostizierte. Er hielt die Klägerin jedoch noch für fähig, leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig zu verrichten.

Am 10. Mai 2005 stellte die seit dem 01. April 2005 arbeitsunfähige Klägerin einen weiteren Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Dem Antrag beigefügt waren ein ärztliches Attest des Orthopäden Dr. Z vom 28. April 2005 sowie der Bericht über eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 24. Mai 2005 mit der Beurteilung eines kleinen medialen Bandscheibenprolapses L 4/5 und einer knöchernen Stenose des Neuroforamens L 5/S 1 rechts durch Dorsolateralspondylophyten, hier möglicherweise Irritation der abgehenden L 5-Wurzel rechts. Die Beklagte veranlasste eine weitere orthopädische Begutachtung, die am 11. Juli 2005 von dem Facharzt für Orthopädie F durchgeführt wurde und in der dieser bei der Klägerin eine chronische Lumboischialgie rechts mit deutlicher Funktionsbeeinträchtigung der LWS ohne manifeste neurologische Ausfälle, ein rezidivierendes Cervicalsyndrom, eine mediale Meniskopathie links mit rezidivierenden Reizzuständen und eine Chondropathia patellae feststellte. Insgesamt habe die Beweglichkeit der LWS im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. M abgenommen. Desgleichen finde sich jetzt eine Nervenwurzelreizsymptomatik, neurologische Ausfallerscheinungen bestünden jedoch weiterhin nicht. Aufgrund der dadurch verursachten Beschwerden sei die Klägerin nicht mehr in der Lage, ihre bisher ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft zu verrichten. Möglich seien ihr jedoch noch leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel. Eine solche Tätigkeit könne sie sechs Stunden täglich und mehr verrichten.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 21. Juli 2005 ab. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch bezog sich die Klägerin auf einen Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten von dem Arzt für Allgemeinmedizin M vom 16. August 2005 sowie ein psychologisch-psychotherapeutisches Attest von Dipl.-Psych. K vom 15. September 2005, in dem dieser ausführte, die Klägerin befinde sich seit dem 16. August 2005 in seiner psychotherapeutischen Behandlung. Sie leide an rezidivierenden depressiven Störungen mit somatischem Syndrom (ICD-10 f33.11) und sei deshalb nicht erwerbsfähig. Außerdem reichte die Klägerin Berichte über eine Computertomographie der Halswirbelsäule (HWS) vom 27. Januar 2005 und eine Röntgendiagnostik der beiden Sternoclaviculargelenke vom 20. Juni 2005 ein. Daraufhin ließ die Beklagte die Klägerin durch den Neurologen und Psychiater Dr. T untersuchen und begutachten. In seinem Gutachten vom 13. Oktober 2005 diagnostizierte der Gutachter eine rezidivierende depressive Störung, eine Somatisierungsstörung, eine Lumboischialgie rechts, ein rezidivierendes Zervikalsyndrom sowie ein schmerzhaft verändertes Sternoclaviculargelenk rechts. Die nervenärztliche Untersuchung habe keine relevanten Störungen erbracht. Es sei auch kein schwerer

neurologischer Befund zu erheben gewesen. Es sei lediglich eine Sensibilitätsminderung in S1-Band rechts angegeben worden. Die Klägerin könne deshalb noch leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. Oktober 2005 zurück.

Dagegen hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Berlin erhoben und geltend gemacht, wegen ihrer vielfältigen chronischen Erkrankungen bestehe nur eine tägliche Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden. Es sei ihr daher eine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren. Im Weiteren hat sie sich auf ein Attest der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie B vom 18. Mai 2006, die sie seit November 2005 behandelt, auf einen Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten der Ärztin vom 25. April 2006 sowie ein weiteres Attest des Dipl.-Psych. K vom 11. Mai 2006 bezogen.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat das Sozialgericht zunächst Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin M vom 24. Januar 2006, des Orthopäden Dr. Z vom 31. Januar 2006 und des Dipl.-Psych. K vom 26. Februar 2006 eingeholt. Dann hat das Sozialgericht die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Fachärztin für Psychotherapie Dr. P mit der Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt. Die Sachverständige hat in ihrem Gutachten vom 07. Juli 2006 eine Dysthymia, eine abhängige Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen durch soziale Isolierung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einen LWS-Prolaps bei L 4/5 subligamentär, eine geringe Chondropathie patellae beidseits und eine beiderseitige IP-Arthrose der Interphalangengelenke der Finger diagnostiziert. Es liege eine seelische Erkrankung der Klägerin in Form einer Dysthymia vor, d. h. einer anhaltenden Trauer, weil ihre Kinder das Haus verlassen hätten. Es handele sich um keinen organischen Prozess, es liege auch keine endogene schwerwiegende Depression vor. Die Klägerin könne noch täglich regelmäßig leichte körperliche Arbeiten bevorzugt im Sitzen vollschichtig verrichten. Die Klägerin habe gearbeitet und sei in diesem Rahmen auch wegefähig.

Dazu hat die Klägerin weitere medizinische Unterlagen vorgelegt, u. a. ein neues Attest der Neurologin und Psychiaterin B vom 12. März 2007 und des Dipl.-Psych. K vom 20. Dezember 2006, wonach wegen der psychischen Erkrankung ein Umzug in eine andere Wohnung absolut kontraindiziert sei. Außerdem hat sie beantragt, den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gutachterlich zu hören.

Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 14. Mai 2007 zu dem Ergebnis gelangt, die Klägerin leide an einem depressiven Syndrom, einer neurotischen Fehlhaltung und einer Somatisierungsstörung. Eine manifeste neurologische Erkrankung habe nicht festgestellt werden können. Die Klägerin leide zwar unter Rückenbeschwerden, habe jedoch keine neurologischen Ausfälle im Sinne von Lähmungen und Störungen der Sensibilität. Es hätten sich auch keine Symptome gezeigt, die auf eine akute Schädigung der Nervenwurzeln hinwiesen. Das depressive Syndrom sei als leicht bis mittelschwer einzuordnen. Da auch keine schwerwiegenden neuro-orthopädischen und neurologischen Erkrankungen bestünden, wirkten sich die Beschwerden nicht wesentlich auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit aus. Die Klägerin sei noch in der Lage, vollschichtig leichte körperliche Arbeiten unter Beachtung qualitativer Einschränkungen zu verrichten. Besonderheiten für den Weg zur Arbeit seien nicht zu berücksichtigen.

Die Klägerin hat sich dem Ergebnis der Begutachtung ohne weitere Begründung nicht anzuschließen vermocht.

Durch Gerichtsbescheid vom 14. August 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin sei nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen noch in der Lage, körperlich leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen bzw. im Wechsel der Haltungsarten unter Berücksichtigung der gutachterlich festgestellten qualitativen Leistungseinschränkungen sechs Stunden und mehr auszuüben. Im Vordergrund stehe eine seelische Erkrankung der Klägerin in Form einer anhaltenden Trauer, weil ihre Kinder das Haus verlassen hätten. Ein organischer Prozess bzw. eine endogene schwerwiegende Depression liege hingegen nicht vor. Aufgrund der verringerten Belastbarkeit der Wirbelsäule und der Knie lägen lediglich qualitative Leistungseinschränkungen vor. Soweit Dr. F das depressive Syndrom als leicht bis mittelschwer einordne und im Hinblick auf die neuro-orthopädische Erkrankung ein schwerwiegendes Nervenwurzelreizsyndrom ausschließe, bestehe sowohl mit der Einschätzung des Gutachtens durch Dr. P als auch mit den im Verwaltungsverfahren erfolgten Begutachtungen insoweit Übereinstimmung, als das Leistungsvermögen der Klägerin nicht quantitativ vermindert sei. Sie sei hiernach noch in der Lage, zumindest körperlich leichte Arbeiten sechs Stunden und mehr zu verrichten, deshalb sei sie weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Mangels Berufsschutz sei sie auch nicht berufsunfähig.

Mit der gegen den Gerichtsbescheid eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, bei ihr liege eine schwere Depression vor, die definitiv eine volle Erwerbsminderung rechtfertige, und nicht lediglich eine leichte neurotische Fehlhaltung. Der Berufung sei daher stattzugeben.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 14. August 2007 und den Bescheid vom 21. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. Oktober 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab Mai 2005 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig aber unbegründet. Die Klägerin hat, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Der ab März 2004 geltend gemachte Rentenanspruch richtet sich nach [§ 43 Abs. 1](#) und 2 SGB VI in der ab dem 01. Januar 2001 geltend Fassung. Danach haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind.

Teilweise erwerbsgemindert sind 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 ([§ 43 Abs. 1 S. 2 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 S. 2 SGB VI](#)). 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.

Zur Überzeugung des Senats ist die Klägerin nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Die Klägerin ist im Verwaltungs- und sozialgerichtlichen Verfahren auf orthopädischem und neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet mehrfach untersucht und begutachtet worden. Aus sämtlichen Gutachten ergibt sich, dass der Schwerpunkt der Gesundheitsstörungen der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet liegt.

Diesbezüglich sind drei Begutachtungen durchgeführt worden und zwar durch Dr. T am 13. Oktober 2005, Dr. P am 07. Juli 2006 und Dr. F am 14. Mai 2007. Die Sachverständigen haben weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Gebiet einen schwerwiegenden Befund erhoben, der eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens bedingen könnte. Insbesondere haben die Sachverständigen die Diagnose einer schweren depressiven Störung durch Dipl.-Psych. K, die diese weder in seinen Attesten noch in dem Befundbericht vom 26. Februar 2006 durch entsprechende Befunde belegt, nicht bestätigen können. Die Sachverständigen haben ihre Einschätzung des Schweregrades der Depression als lediglich leicht bis mittelschwer nachvollziehbar damit begründet, dass die Klägerin sich bei der Untersuchung dysphorisch, aber nicht ausgeprägt depressiv, missgestimmt und auch affektiv labilisierbar gezeigt habe, wenn die Sprache auf die familiäre Situation gekommen sei. Die Klägerin leide wohl anhaltend darunter, dass ihr Mann anfangs verlangt habe, die Kinder in der Türkei in die Schule zu schicken. Dieser habe aus ihrer Sicht auch Schuld daran, dass alle drei Kinder in Westdeutschland lebten und arbeiteten. Dr. F hat sogar unter Berücksichtigung der eigenen Angaben der Klägerin, sie wolle endlich die Rente, der Arbeitsmarkt lasse sie nicht in Ruhe, ausgeführt, der bisherige Krankheitsverlauf werde primär durch die Intention der Klägerin geprägt, eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu erhalten. Dies führe zu einer auch in der Begutachtungssituation wahrnehmbaren Aggravation und Fixierung auf die körperlichen Beschwerden. Auch angesichts der Schilderungen der Klägerin zu ihrer weitestgehend ungestörten Bewältigung des Alltags als Hausfrau ist die Einschätzung der Sachverständigen, dass die Depression allenfalls leicht bis mittelschwer ist und die Klägerin nicht wesentlich an der Ausübung einer vollschichtigen Tätigkeit hindert, nicht zu beanstanden. Letztlich ist zu berücksichtigen, dass diese Einschätzung auch nicht im Widerspruch zu der des Dipl.-Psych. K steht. Dieser hat in seinen nahezu wortgleichen Attesten zwar die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom gestellt und dazu - wie auch die Neurologin und Psychiaterin B in den Attesten vom 18. Mai 2006 und 28. August 2008 - den Diagnoseschlüssel F.33.11 bzw. F.33.1 des ICD-10 verwendet. Nach der Beschreibung im ICD-10 handelt es sich dabei aber um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode.

Auch auf neurologischem Gebiet sind keine wesentlich beeinträchtigenden Befunde erhoben worden. Insbesondere liegen bei der Klägerin keine neurologischen Ausfallerscheinungen vor. Auf orthopädischem Gebiet bestehen bei der Klägerin ebenfalls keine wesentlichen Beeinträchtigungen, die die Annahme rechtfertigen könnten, sie könne auch keine leichten Arbeiten mehr vollschichtig verrichten. Dies ergibt sich aus dem Gutachten des Orthopäden F vom 11. Juli 2005.

Der Senat hat keine Bedenken, den übereinstimmenden und schlüssig begründeten Gutachten der Sachverständigen zu folgen. Die Klägerin hat ihr Vorbringen im Berufungsverfahren darauf beschränkt, die gutachterlichen Feststellungen als Fehldiagnose zu bezeichnen, ohne sich weiter mit den Gutachten zu befassen. Der Anregung der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung bei dem Senat, weitere medizinische Ermittlungen von Amts wegen durchzuführen und insbesondere ein genetisches Gutachten einzuholen, brauchte der Senat im Hinblick auf die bereits vorliegenden Gutachten nicht zu folgen. Es ist auch nicht verständlich, welche Aussagekraft mögliche gutachterliche Feststellungen zur Frage der Vererbbarkeit eine Depression für die Erwerbsfähigkeit der Klägerin haben sollen. Letztlich ergeben sich aus dem Attest der Frau B vom 28. August 2008 keine neuen Erkenntnisse.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-09-23