

L 3 RJ 204/04

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 3 RJ 75/03
Datum
19.10.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 3 RJ 204/04
Datum
08.10.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Erwerbsminderung, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind zwischen den Beteiligten auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Bewilligung von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI) streitig.

Die am 1950 geborene Klägerin durchlief vom 1. September 1967 bis zum 31. Januar 1970 erfolgreich eine Ausbildung zum Mess- und Regelungsmechaniker. Im erlernten Beruf war sie bis zum 24. Juni 1980 beschäftigt, bevor sie vom 18. August 1980 bis zum 14. September 1983 als Schuhmaschinenmechaniker arbeitete. Vom 2. Januar 1984 bis zum 31. August 1985 war sie als TKO-Prüfer für Leiterplatten und vom 2. September 1985 bis zum 31. März 1991 als Abrechner/Wäger in der Hauptbuchhaltung einer Genossenschaft beschäftigt. Danach war sie vom 1. April 1991 bis zum 31. März 1992 arbeitsuchend, nahm vom 23. März bis zum 8. Juli 1992 an einem Computerlehrgang sowie vom 31. August 1992 bis zum 14. April 1993 an einer Anpassungsfortbildung teil. Vom 9. Juli bis zum 30. August 1992 und vom 15. April 1993 bis zum 21. Dezember 1994 war sie arbeitslos und verrichtete lediglich vom 21. Juli bis zum 9. August 1994 eine geringfügige Beschäftigung als Aushilfszusteller. Vom 1. Dezember 1993 bis zum 15. April 1994 führte die Klägerin selbstständig das Gewerbe "Vertreiben von Wärme-Systemen". Zuletzt arbeitete sie versicherungspflichtig vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 1997 fünf Stunden täglich bei der G -B GmbH als Mitarbeiterin im Wareneingang. Vom 1. Januar 1998 an erhielt sie Kranken-, Übergangs- oder Arbeitslosengeld und ab dem 24. März 2000 wieder Krankengeld.

Am 27. Juli 2000 beantragte sie die Bewilligung von Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit. Sie sei seit dem 27. Januar 2000 arbeitsunfähig erkrankt und könne wegen der Folgen eines erlittenen Bandscheibenvorfalles keinerlei Arbeiten mehr verrichten. Die Beklagte zog zunächst den Rehabilitationsentlassungsbericht des S -R -Klinikums II in B K vom 29. März 2000 über den Aufenthalt der Klägerin vom 24. Februar bis zum 23. März 2000 bei. Dort sind als Diagnosen ein lumbales Pseudoradikulärsyndrom mit Zustand nach Bandscheibenoperation L5/S1 am 27. Januar 2000, ein exogenallergisches Asthma Bronchiale, eine Hypercholesterinämie und eine Adipositas (92 bzw. 93 kg bei 160 cm Körpergröße) genannt. Leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne gebückte Zwangshaltungen, ohne Klettern und Steigen sowie ohne ständiges Heben und Tragen seien nach abgeschlossener Rekonvaleszenz vollschichtig möglich. Ferner zog die Beklagte ärztliche Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt (MDK) bei. Aus der Epikrise des S -Krankenhauses N gGmbH vom 1. August 2000 ergibt sich, dass die Klägerin erneut vom 27. Juni bis zum 14. Juli 2000 stationär wegen eines Rezidivbandscheibenvorfalles bei L5/S1 links behandelt worden war und sich am 3. Juli 2000 einer Revisionsoperation unterzogen hatte. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. T teilte unter dem 9. Oktober 2000 mit, die Klägerin klagte auch nach der Revisionsoperation weiterhin über Rückenschmerzen bei Belastung, Morgensteifigkeit und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS). Sie leide ferner an einem allergischen Asthma, einer Hypertonie und einer endogenen Depression; letztere werde bei Dipl.-Med. R behandelt.

Daraufhin holte die Beklagte ein Gutachten der Fachärzte für Orthopädie Dres. T /W vom 20. Dezember 2000, die zugleich die behandelnden Ärzte der Klägerin waren, ein. Die Klägerin leide an einem Postlaminektomie-Syndrom (= anhaltende Schmerzzustände nach Wirbelsäulenoperation(en); Synonyme: Postnukleotomie- und Postdiskektomiesyndrom oder "Failed back Surgery Syndrom (FBSS)), an einem Zervikobrachial-Syndrom, dem Zustand nach Bandscheibenoperationen und an einer Spondylopathie. Bei der Untersuchung hätte

sich eine unauffällige Beweglichkeit der Brustwirbelsäule (BWS) gezeigt. Der Finger-Boden-Abstand habe 15 cm betragen, die Rückneigung sei frei, die Seitneigung beidseits bis 25 Grad und die Rotation beidseits bis 15 Grad möglich gewesen. Ferner seien das Lasègue'sche Zeichen beidseits und der Achillessehnenreflex (ASR) links negativ gewesen. Die Sensibilität habe Defizite in den Dermatomen L5 links und S1 links aufgewiesen. Der Großzehenheber links habe ebenso wie der Fußaußenrandheber links einen Kraftgrad von $\frac{3}{4}$ nach Janda gezeigt. Wesentliche perianale Parästhesien seien nicht angegeben worden; die Belastungsinsuffizienz der Blasen- und Mastdarmmuskulatur erscheine jedoch glaubhaft. Zum jetzigen Zeitpunkt sei die Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur unter drei Stunden einsetzbar. Bei konsequenter Weiterführung der laufenden Rehabilitationsmaßnahmen sei mit einer weiteren Verbesserung zu rechnen. Perspektivisch könne die Klägerin leichte Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 Kg in wechselnder Körperhaltung durchführen.

Sodann holte die Beklagte einen Behandlungs- und Befundbericht von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dipl.-Med. R vom 21. Februar 2001 ein. Bei der Klägerin bestünden chronische Schmerzzustände, Muskelverkrampfungen, eine Blasen- und Mastdarmschwäche sowie eine Schwäche im linken Bein mit einer Gehbehinderung. Durch die durchgeführten Operationen habe zwar eine Verschlimmerung in Form von Lähmungen vermieden werden können, aber darüber hinaus sei keine wesentliche Besserung eingetreten.

Die Beklagte zog ferner den Rehabilitationsentlassungsbericht der T-Fachklinik vom 15. Juni 2001 über den Aufenthalt der Klägerin vom 25. April bis zum 16. Mai 2001 bei. Dort sind als Diagnosen ein Postlaminektomiesyndrom mit Zustand nach operativer Therapie eines Nukleosprolapses (NPP) links am 27. Juli 2000 bei Rezidiv, ein Syndrom der Halswirbelsäule (HWS), ein Tremor beider Hände, ein allergisches Asthma bronchiale sowie eine Adipositas (94 bzw. 92 kg bei 162 cm Körpergröße) genannt. Leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, zeitweise im Stehen und Gehen und auch überwiegend im Sitzen könnten sechs Stunden und mehr täglich verrichtet werden. Zu vermeiden seien häufiges Bücken, Tätigkeiten, die Gang- und Standsicherheit erforderten, Zwangshaltungen im Bereich der Wirbelsäule sowie Tätigkeiten, die spezielle Anforderungen an die Feinmotorik der Hände stellten. Ebenso sollten inhalative Belastungen und Allergene vermieden werden. Bei der Aufnahmeuntersuchung sei ein Ruhetremor der Hände, links ausgeprägter als rechts, bei intakter Greiffunktion und komplettem beidseitigem Faustschluss festgestellt worden. Ferner habe die Klägerin über Sensibilitätsstörungen sowie Taubheitsgefühle im Bereich der Fußsole links und des lateralen Oberschenkels links geklagt. Widersprüchliche Aussagen bezüglich der Inkontinenz hätten nicht weiter aufgeklärt werden können.

In einem weiteren von Dr. T eingeholten Befundbericht vom 3. Juni 2002 teilte diese zu den bereits bekannten Diagnosen mit, trotz intensiver Therapien habe sich keine Verbesserung ergeben. Sie fügte den Arztbrief des Internisten Dr. J vom 30. Oktober 2001 bei, den die Klägerin wegen Tachykardien unklarer Genese aufgesucht hatte. Ausweislich seiner Gesamtbeurteilung sei von allgemeinen vegetativen Stigmata ohne Hinweis auf eine organische Herzerkrankung auszugehen. Dr. T übersandte ferner die Epikrise des C-v-B-Klinikums Z vom 21. März 2002, wonach sich die Klägerin vom 19. bis zum 30. November 2001 und vom 9. bis zum 30. Januar 2002 in tagesklinischer Behandlung befunden habe. Als Diagnosen seien eine mittelgradige depressive Episode, ein allergisches Asthma bronchiale sowie der Zustand nach operativer Behandlung eines Bandscheibenprolapses L5/S1 links und Rezidivoperation zu stellen. Trotz geringer Therapiemotivation seien eine Besserung der depressiven Symptomatik mit Stimmungsaufhellung, Verbesserung des Antriebs, der Konzentration und einer leichten Aktivierung erreicht worden. Die körperlichen Symptome hätten nur geringfügig gebessert werden können, was teilweise mit dem Rentenwunsch der Klägerin und der daraus folgenden mangelnden Veränderungsmotivation begründet werden könnte. Sie habe die Behandlung auf eigenen Wunsch beendet.

Schließlich holte die Beklagte ein neuropsychiatrisches Fachgutachten von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B vom 11. September 2002 ein. Bei der Untersuchung der Klägerin seien ein S1-Syndrom links mit Fehlen des ASR und eine Hypästhesie an der Außenkante des linken Fußes aufgefallen. Psychisch sei die Klägerin auf ihre körperlichen Beschwerden fixiert, aber nicht depressiv gewesen. Das Elektroenzephalogramm habe eine ungestörte Hirnpotentialtätigkeit gezeigt. Aus neuropsychiatrischer Sicht hätten sich keine zusätzlichen Einschränkungen im Vergleich zum Abschlussbericht der Rehabilitation vom 15. Juni 2001 ergeben. Als Diagnosen sei ein S1-Syndrom links bei Zustand nach Bandscheibenoperation L5/S1 im Januar und Juli 2000 mit psychogener Beschwerdefixierung zu berücksichtigen. Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne dauerndes Stehen und Gehen, ohne häufiges Heben und Tragen, ohne häufiges Bücken und überwiegend einseitige Körperhaltung sowie ohne häufiges Klettern oder Steigen sechs Stunden und mehr täglich verrichten.

Am 25. Februar 2002 war bereits die Auskunft des letzten Arbeitgebers, der B G GmbH, bei der Beklagten eingegangen. Danach habe die Klägerin vom 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 1997 als Mitarbeiterin im Wareneingang eine Lagertätigkeit und Wareneingangskontrolle ausgeführt. Sie habe körperlich mittelschwere Arbeiten in geschlossenen Räumen in Wechsel- und Nachtschicht im gelegentlichen Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen verrichtet und sei in die Lohngruppe L 3 des sechs Lohngruppen umfassenden Tarifvertrages für den Einzelhandel in Sachsen-Anhalt eingruppiert gewesen.

Ausweislich der Auskunft des früheren Arbeitsamtes M vom 10. April 2002 sei die Klägerin vom 15. April bis 30. November 1993 und vom 27. Mai bis 31. Dezember 1994 arbeitslos gemeldet gewesen und habe der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden. Vom 1. Dezember 1993 bis 15. April 1994 sei sie selbstständig gewesen. Aufforderungsentsprechend legte die Klägerin die Anmeldung des Gewerbes "Vertreiben von Wärme-Systemen" zum 1. Dezember 1993 und die Abmeldung desselben zum 15. Mai 1994 vor.

Mit Bescheid vom 17. April 2002 stellte die Beklagte ferner gemäß [§ 149 Abs. 5 SGB VI](#) den Versicherungsverlauf bis zum 31. Dezember 1995 verbindlich fest.

Den Rentenantrag der Klägerin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 21. März 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2003 ab. Zwar sei das Leistungsvermögen der Klägerin durch ein Wirbelsäulenleiden, einen Tremor, ein Asthmaleiden und Übergewicht beeinträchtigt. Gleichwohl könne sie mit dem vorhandenen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Arbeiten vollschichtig ausüben. Die Tatsache, dass sie früher eine Ausbildung zum BMSR-Mechaniker mit Erfolg durchlaufen habe und in diesem Beruf tätig gewesen sei, ändere nichts an der Verweisbarkeit auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, da sie sich von diesem Beruf nicht aus gesundheitlichen Gründen gelöst, sondern sich beruflich neu orientiert habe und zuletzt als Angelernte im unteren Bereich tätig geworden sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 20. Februar 2003 Klage beim Sozialgericht Halle erhoben und ihr Rentenbegehren weiterverfolgt.

Das Sozialgericht hat Behandlungs- und Befundberichte von dem Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. W vom 26./ 28. April 2003, von dem praktischen Arzt und Arzt für Naturheilverfahren Dr. W vom 28. April 2003 und von Dipl.-Med. R vom 23. Mai 2003 eingeholt. Dr. W hat als Diagnosen eine arterielle essentielle Hypertonie sowie ein allergisches rezidivierendes Asthma bronchiale mitgeteilt. Bei einer Untersuchung am 7. Juni 2002 hätten die Blutgaswerte im Normbereich gelegen und die Bodyplethysmographie habe keine restriktive oder auffällige obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen. Ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom liege bei der Klägerin gleichfalls nicht vor. Dr. W hat den CT-Befund der LWS vom 14. August 2002 zu den Akten gereicht, wonach massive narbige Veränderungen im Bereich des Operationsgebietes sowie eine relative Spinalkanalstenosierung auf der Höhe LWK 5/ SWK 1 mit einer Kompression der Equinafasern erkennbar seien. Dipl.-Med. R hat die bekannten Diagnosen mitgeteilt und die Einschätzung abgegeben, die Klägerin sei nicht arbeitsfähig. Insbesondere nach der zweiten Bandscheibenoperation sei eine schleichende Verschlechterung eingetreten.

Sodann hat das Sozialgericht ein Gutachten von dem Arzt für Psychiatrie/Neurologie und Psychotherapeutische Medizin Dr. K vom 25. Februar 2004 eingeholt. Bei der körperlichen Untersuchung sei ein leichtes Hinken links aufgrund einer Fußheber-schwäche aufgefallen. Der ASR links sei nicht auslösbar gewesen. Ansonsten hätten keine Paresen, ein normotoner Muskeltonus sowie eine unauffällige Muskeltrophik bestanden und das Lasègue ´sche Zeichen sei beidseits negativ gewesen. Ferner sei eine Hypästhesie der Außenkante des linken Fußes sowie des vierten und fünften Fingers links feststellbar gewesen. Im neurologischen Bereich bestünden ein Postlaminektomie-Syndrom mit Fußheberschwäche links und Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet S1 links sowie ein Zervikobrachialsyndrom links mit diskreten Sensibilitätsstörungen. Eine somatisch bedingte Irritation der Innervation von Blase und Mastdarm sei angesichts des CT-Befundes der LWS vom 14. August 2002 nicht auszuschließen. Eine psychogene Überlagerung der Störungen liege vor. Insbesondere die Schmerzwahrnehmung werde in Form einer Somatisierungsstörung verstärkt. Weiterhin bestehe ein reaktiv-depressives Syndrom im Sinne einer Dysthymia. Die Intensität der depressiven Symptomatik sei mäßiggradig ausgeprägt. Der Schwerpunkt liege dabei auf affektiven Stimmungsschwankungen, während der Antrieb wenig gestört sei. Zu einer indizierten Psychotherapie sei die Klägerin nicht motiviert, was auch den Feststellungen im tagesklinischen psychiatrischen Befundbericht vom 21. März 2002 entspreche. Folgende Gesundheitsstörungen seien zu berücksichtigen: 1. Dysthymia. 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei akzentuierter Persönlichkeit. 3. Zervikobrachialsyndrom. 4. Postlaminektomie-Syndrom. 5. Spondylopathie. 6. Allergisches Asthma. 7. Hypertonie. 8. Adipositas. Mit den vorliegenden Gesundheitsstörungen könne die Klägerin noch leichte körperliche Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und/oder Sitzen sowie Tätigkeiten überwiegend und ausschließlich im Sitzen vollschichtig verrichten. Ausgeschlossen seien Arbeiten mit ständigen, längeren bzw. häufigen einseitigen körperlichen Belastungen bzw. Zwangshaltungen, in Wechsel- und Nachtschicht sowie mit besonderem Zeitdruck. Gegen Arbeiten mit häufigem Publikumsverkehr bestünden keine Bedenken. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei zwar eingeschränkt; gleichwohl könne sie regelmäßig Fußwege von bis zu 1000 Metern zurücklegen und das ihr zur Verfügung stehende automatikbetriebene Kfz benutzen.

Mit Urteil vom 19. Oktober 2004 hat das Sozialgericht Halle die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Bewilligung einer Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit nach der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Rechtslage oder einer Rente wegen voller, teilweiser Erwerbsminderung oder teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Rechtslage. Zwar bestünden an der Wirbelsäule nicht unerhebliche degenerative Veränderungen, die Schmerzen verursachen könnten. Gleichwohl gehe die Kammer mit dem Rehabilitationsentscheidungsbericht vom 15. Juni 2006 davon aus, dass ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte körperliche Arbeiten mit zusätzlichen qualitativen Einschränkungen, insbesondere ohne häufiges Bücken, ohne Tätigkeiten, die Gang- und Standsicherheit erforderten, ohne Zwangshaltungen und ohne spezielle Anforderung an die Feinmotorik der Hände, bestehe. Den Ausführungen im Gutachten vom 20. Dezember 2000 könne insoweit nicht gefolgt werden, da diese nicht darlegten, aus welchen Gründen ein Leistungsvermögen für sechs bzw. acht Stunden ausgeschlossen sein solle. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ergebe sich eine ausreichende soziale Kontaktfähigkeit und eine durchschnittliche organische Leistungsfähigkeit der Klägerin und eine psychomentele Insuffizienz sei nicht objektivierbar. Auf der Grundlage des eingeholten Gutachtens sei von einem vollschichtigen Leistungsvermögen auszugehen. Aufgrund des beruflichen Werdeganges müsse sich die Klägerin auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisen lassen. Ihren erlernten Beruf als Mess- und Regelmechaniker habe sie nicht aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Maßgebend sei insoweit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Mitarbeiterin im Wareneingang/Sachbearbeiterin der B G GmbH. Dabei habe es sich um eine Tätigkeit des unteren Anlernbereichs gehandelt, die bereits nach kurzer Anlernzeit durch einen ungelerten Arbeitnehmer hätte ausgeübt werden können.

Gegen das ihr am 30. November 2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 9. Dezember 2004 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt. Sie könne keinerlei Arbeiten von wirtschaftlichem Wert mehr verrichten. Bereits ohne Belastungen leide sie unter ständigen starken Schmerzen im LWS-Bereich, die in beide Beine und Arme ausstrahlten und insbesondere in der Wade zu Krämpfen führten. Ein Vergleich der von der Beklagten und dem Sozialgericht eingeholten Befundberichte mit dem Gutachten von Dr. K zeige, dass letzterer ein zu positives Bild von ihrem Zustand gezeichnet habe. Es müssten aktuelle Befundberichte von den behandelnden Ärzten eingeholt werden. Berufsschutz mache sie nicht geltend.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 19. Oktober 2004 und den Bescheid der Beklagten vom 21. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab dem 1. August 2000 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise ab dem 1. Januar 2001 Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und ihre Bescheide für zutreffend.

Der Senat hat Behandlungs- und Befundberichte von dem Facharzt für Orthopädie Dr. H vom 13./ 15. September 2005, von dem Facharzt für Augenheilkunde Dr. S vom 15. September 2005 und von Dipl.-Med. R vom 5. Oktober 2005 eingeholt. Dr. H hat leichte Tätigkeiten in selbstbestimmtem Wechselrhythmus von Stehen, Gehen und Sitzen mit weiteren qualitativen Einschränkungen sechs Stunden täglich für möglich erachtet. Dipl.-Med. R hat eine leichte Tätigkeit für acht Stunden täglich wegen chronischer Schmerzen, organischer Störungen und

einer mittelschweren depressiven Verstimmung als nicht zumutbar beurteilt.

Vom 27. bis 29. Juni 2006 hat sich die Klägerin in die neurochirurgische stationäre Behandlung des Universitätsklinikums der M - L - Universität H - W begeben. Dort hatte sie über anhaltende Lumboischialgien links mit Ausstrahlen über den dorsalen Ober- und Unterschenkel bis in die Ferse geklagt, welche zum Teil stromstoßartigen Charakter hätten und zum Teil krampfartig seien. Die Schmerzen ließen sich durch längeres Sitzen oder Gehen provozieren. Manchmal bestehe ein plötzlicher Tonusverlust des Beines mit Sturz. Der Finger-Boden-Abstand habe 25 cm betragen, der Pseudolasègue sei links bei 45 Grad positiv gewesen. Der ASR habe links nicht ausgelöst werden können, ansonsten hätten seitengleiche mittellebhaft auslösbare Reflexe bestanden. Es sei eine Hypästhesie im latero-dorsalen Oberschenkel, lateralen Unterschenkel und an der Fußaußenkante links feststellbar gewesen. In der durchgeführten Kernspintomographie der LWS hätten sich eine diskrete Narbenbildung im Segment L4/5/SW1 links und eine deutlich verminderte Bandscheibenhöhe LW5/SW1 gezeigt. Darüber hinaus sei im Segment LW4/5 eine diskrete Bandscheibenprotusion erkennbar gewesen. Da für die von der Klägerin geklagten Schmerzen bis auf die diskrete Narbenbildung nach Bandscheibenoperationen kein Korrelat gefunden worden sei, bestehe keine Operationsindikation. Es sei eine Schmerztherapie mit Injektionen durchgeführt worden.

Sodann ist auf Antrag der Klägerin ein neurochirurgisches Gutachten von Prof. Dr. B vom 20. November 2006 eingeholt worden. Bei der klinischen Untersuchung habe die Klägerin einen schmerzgeplagten Eindruck hinterlassen. Die LWS-Beweglichkeit habe einen Finger-Boden-Abstand von 25 cm gezeigt und der Pseudo-lasègue sei links bei 45 Grad positiv gewesen. Die Beweglichkeit der HWS und aller Extremitäten habe sich uneingeschränkt gezeigt. Ein diskreter Kraftverlust des rechten Daumens bei Zustand nach Strecksehnenoperation sei aufgefallen. Ein aktives Aufrichten aus der Rückenlage sei nur andeutungsweise möglich gewesen. Die Klägerin leide an einem Postnukleotomiesyndrom nach zweimaliger Bandscheibenoperation. Hierdurch sei sie nicht ausreichend belastungsfähig, sodass u. a. ihre Gehstrecke eingeschränkt sei. Gravierend seien zudem die Blasenentleerungsstörungen, die durch die durchgeführten Operationen nicht hätten gebessert werden können. Die Klägerin könne noch leichte körperliche Arbeiten im Stehen und Sitzen vier bis sechs Stunden täglich mit der Notwendigkeit von 15-minütigen Pausen nach jeweils zwei Stunden Arbeitszeit verrichten. Akkord- und Fließbandarbeiten seien ebenso wenig möglich wie Arbeiten an Maschinen mit besonderer Verletzungsgefahr. Ausgeschlossen seien ferner das Heben und Tragen schwerer Lasten sowie Arbeiten bei besonderer Hitze, Nässe und Kälte. Nacht- und Wechselschicht seien ausgeschlossen. Es bestehe eine volle Gebrauchsfähigkeit der Hände. Es hätten keine Muskelatrophien im Bereich der Arme und Beine festgestellt werden können. Eine Schonung des linken Beines sei durch den Schmerzbefund eindeutig. Lähmungen hätten nicht nachgewiesen werden können. Die Klägerin habe keinen kränklichen, schwächlichen oder vorgealterten Eindruck hinterlassen. Sie könne keinesfalls viermal am Tag 500 Meter zu Fuß zurücklegen. Auch das Führen eines Pkws sollte unbedingt eingeschränkt werden, da längere Fahrten die Klägerin hinsichtlich ihres linken Beines beim Kuppeln beeinträchtigten, sodass bei längerem Fahren keine absolute Sicherheit im Straßenverkehr vorhanden sei.

Die Beklagte hat sich mit der Einschätzung von Prof. Dr. B nicht einverstanden erklärt. Hinsichtlich der von der Klägerin geschilderten Blasen-Darm-Störungen sei anzumerken, dass offensichtlich nie eine Diagnose- und Therapiebedürftigkeit bestanden habe. Dies sei bereits im Rehabilitationsentlassungsbericht vom 15. Juni 2001 diskutiert worden. Auch sei gegenüber den neurologischen, psychiatrischen und orthopädischen Gutachtern keine Notwendigkeit für die Benutzung von Inkontinenzartikeln erwähnt worden. Wasserbehandlungen, auch Unterwassermassagen seien bei den stationären Heilbehandlungen ohne Probleme möglich gewesen und Einschränkungen im gesellschaftlichen Leben im jetzigen neurochirurgischen Gutachten ebenfalls nicht beschrieben worden. Bei der Begutachtung seien eine seitengleiche Kraft und keine Nervenreizungen oder -ausfälle dargelegt worden. Insoweit seien keine Funktionseinschränkungen nachgewiesen, die das quantitative Leistungsvermögen der Klägerin erheblich mindern könnten.

Nachdem auch die Klägerin Einwände gegen das Gutachten von Prof. Dr. B erhoben hatte, hat dieser unter dem 26. März 2007 eine ergänzende Stellungnahme abgegeben. Darin hat er klargestellt, die dezente Kraftminderung im linken Daumen sei von ihm beschrieben, aber nicht als so gravierend beurteilt worden; für übliche Arbeiten seien beide Hände voll zu gebrauchen, lediglich eine Beanspruchung wie z.B. bei einer Pianistin sei nicht möglich. Er bleibe dabei, dass die Klägerin als Museumsaufseherin oder Platzanweiserin arbeiten könne, wenn die im Hauptgutachten beschriebenen entsprechenden Pausen eingehalten würden. Entgegen der Behauptungen der Klägerin habe er zu keiner Zeit die Beurteilung abgegeben, die Psyche der Klägerin habe sich negativ auf ihr Schmerzsyndrom ausgewirkt. Er sei zwar kein Psychiater, könne aber nach mehrmaligen Untersuchungen der Klägerin sagen, dass sie nicht an gravierenden psychischen Veränderungen leide. Sie habe zu keinem Zeitpunkt den Eindruck einer psychisch kranken Frau gemacht, bei der unbedingt ein psychiatrisches Gutachten eingeholt werden müsse. Er bleibe dabei, dass der Klägerin durchaus höhere geistige Tätigkeiten zuzumuten seien. Letzteres sei im Übrigen völlig unabhängig von einer depressiven Erkrankung. Darüber hinaus hätten bei der Klägerin keine Anhaltspunkte für eine erhebliche Minderung der Anpassungs-, Umstellungs- und Konzentrationsfähigkeit über das altersentsprechende Maß hinaus bestanden.

Gleichwohl hat der Senat schließlich ein psychiatrisches Gutachten von Dr. J , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in H , vom 6. Dezember 2007 eingeholt. Gegenüber Dr. J hat die Klägerin bei der ambulanten Untersuchung am 21. August 2007 angegeben, schon seit Mitte der neunziger Jahre an Depressionen zu leiden. Sie habe im weiteren Verlauf dann noch unter ausgeprägten körperlichen Beschwerden seelisch stark gelitten. Sie sei deshalb auch in der Tagesklinik in Zingst sowie in ambulanter Behandlung bei Dipl.-Med. R gewesen. Zusätzlich werde sie seit einiger Zeit von dem Psychiater K behandelt, der ihr eine verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelpsychotherapie verordnet habe. Die Beschwerden hätten allerdings eher zugenommen. Sie habe immer wieder Depressionen, ausgesprochene Schmerz-zustände, fühle sich sehr erschöpft, frustriert, enttäuscht und resigniert. Zurzeit nehme sie 17 verschiedene Medikamente, u. a. zur Muskelentspannung sowie verschiedene Antidepressiva, ein. Der Gutachter hat im Rahmen des psychopathologischen Befundes die Klägerin als bewusstseinsklar, in allen Ebenen voll orientiert und kooperativ beschrieben. In Mimik, Gestik und sprachlichem Ausdrucksverhalten habe die Klägerin einen durchweg sachlichen, insgesamt aber doch deutlich bedrückten, depressiven, teilweise auch verlangsamten Eindruck gemacht. Antrieb und Psychomotorik seien gemindert gewesen. Bezüglich der testpsychologischen Sachverhalte verweise er auf das Vorgutachten von Dr. K. Der psychopathologische Befund habe sich im Vergleich zu den neuropsychiatrischen Vorgutachten von Dr. B und Dr. K deutlich verschlechtert. Die Beurteilung von Prof. Dr. B , wonach keine psychopathologischen Auffälligkeiten und auch keine Auffälligkeiten im Sinne einer seelischen Erkrankung bei der Klägerin nachweisbar seien, werde von ihm nicht geteilt. Hinsichtlich der Psychodynamik sei festzuhalten, dass die Klägerin in sehr schwierigen, emotional defizitären, auch ambivalenten Rahmenbedingungen in der frühen Kindheit und Jugend aufgewachsen sei. Es habe ein deutliches emotionales Mangelmilieu bestanden. Im weiteren Verlauf habe sie über entsprechende Kompensation durch Leistung verstanden, ihr fragiles Selbstbild und Selbstwertgefühl hinreichend zu stabilisieren. Durch die für die Klägerin schwierige Zeit nach der Wende habe sich im Sinne einer emotionalen Druck- und Krisensituation mit Ablehnung, erneuter Entwertung und Traumatisierung eine intrapsychische

Reinitiation früherer Erfahrungen ergeben. Die zusätzlich dann auch nachweisbaren körperlichen Beeinträchtigungen hätten nicht mehr kompensiert werden können, sodass es neben der Vielzahl körperlicher Beeinträchtigungen auch zu einer seelischen Dekompensation gekommen sei. Entgegen der Auffassungen von Dr. B und Dr. K sei eine Therapiemotivation der Klägerin durchaus vorhanden. Sie befinde sich in ständiger neurologischer Behandlung bei Dipl.-Med. R und bei Herrn Khazaeli und habe auch eine entsprechende Kurzzeitpsychotherapie absolviert. Nach seiner Beurteilung leide die Klägerin an einer Dysthymia mit chronischem Verlauf und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei selbstunsicherer, aggressiv gehemmter, histrionischer Primärpersönlichkeit. Die aktuellen Beschwerden hätten sich in den letzten ein bis zwei Jahren deutlich verschlechtert. Obwohl eine retrospektive Einschätzung schwierig sei, schließe er sich auf der Grundlage der Vorbefunde der Einschätzung von Dr. K an. Nach seiner Auffassung sei das Leistungsvermögen seit zwei Jahren allerdings deutlich vermindert. Während die Klägerin der Art nach zumutbare Arbeiten in zeitlicher Hinsicht bis zum 31. Dezember 2000 noch vollschichtig ausüben könne, sei seit zwei Jahren keine vollschichtige oder über sechsstündige Arbeitseinsatzfähigkeit mehr gegeben. Inzwischen sei das Leistungsvermögen infolge der ausgeprägten seelischen Erkrankung als aufgehoben einzuschätzen.

Die Beklagte hat sich mit der Einschätzung von Dr. J nicht einverstanden erklärt. Sie hat zum einen auf die zeitnahe abweichende Beurteilung durch Prof. Dr. B in seinem Gutachten vom 20. November 2006 verwiesen. Zum anderen sei von Dr. J der grobneurologische Befund als weitestgehend unauffällig beschrieben worden. Testpsychologische Untersuchungen seien nicht durchgeführt worden; insoweit habe der Sachverständige auf das Vorgutachten von Dr. K Bezug genommen. Eine abschließende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung habe Dr. J nicht durchgeführt. Es fehlten konkrete Angaben zum qualitativen und quantitativen Leistungsvermögen. Die Beklagte folge Dr. J dahingehend, dass zumindest im Begutachtungszeitpunkt am 21. August 2007 ein unter sechsstündiges Leistungsvermögen vorgelegen haben könnte. Zu diesem Zeitpunkt seien allerdings die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht mehr erfüllt.

Dr. J hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. März 2008 angegeben, die Klägerin habe ihm gegenüber über wiederholte Angina-Pectoris-Zustände, Magen-Darm-Beschwerden und eine latente Inkontinenz (nicht aber über einen Tremor der Hände) geklagt. Zudem hat er klargestellt, eine erneute testpsychologische Zusatzbegutachtung nicht für erforderlich gehalten zu haben, da er bereits aufgrund des aktuellen ausgeprägten psychopathologischen Befundes zu einem aufgehobenen Leistungsvermögen gelangt sei. Nach seiner Einschätzung habe die Klägerin bis Juli 2005 regelmäßig sechs Stunden täglich leidensgerecht arbeiten können. Seit Juli 2005 sei von einem unter dreistündigen Leistungsvermögen auszugehen.

Sodann hat der Senat einen Befundbericht des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie K vom 6. Juni 2008 eingeholt. Dieser habe die Klägerin vom 14. Juni 2006 bis zum 9. Mai 2008 behandelt. Nach seinen Befunderhebungen seien die Konzentration stark vermindert, das Auffassungsvermögen und die Merkfähigkeit herabgesetzt gewesen. Es sei ein verlangsamter eingeengter Formalgedankengang aufgefallen. Es habe eine psychomotorische Unruhe bestanden. Die Klägerin habe sich ängstlich und depressiv, weinerlich und labil gezeigt. Herr K hat die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung – gegenwärtig schwere Depressionen –, einer generalisierten Angststörung und einer Somatisierungsstörung bei anhaltenden Schmerzen gestellt.

Die Beklagte hat daran festgehalten, dass eine Verschlechterung im psychiatrischen Gesundheitszustand der Klägerin erst im Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. J im August 2007 nachgewiesen sei. Selbst wenn man von einem unter sechsstündigen Leistungsvermögen im August 2005 ausginge, lägen – unter Bezugnahme auf den der Rentenauskunft vom 4. Februar 2008 beigefügten Versicherungsverlauf – die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht mehr vor. Insbesondere sei eine lückenlose Belegung mit Beiträgen ab dem 1. Januar 1992 gemäß [§ 241 SGB VI](#) nicht vorhanden. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtakte, der Verwaltungsakte der Beklagten und der Leistungsakte der Bundesagentur für Arbeit, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil der Klägerin weder ein Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (dazu unter 1.) noch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung nach dem ab 1. Januar 2001 geltenden Recht (dazu unter 2.) zusteht. Die ablehnenden Bescheide der Beklagten und das sie bestätigende Urteil des Sozialgerichts sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin deshalb nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

1. Die Klägerin macht mit dem Begehren auf Bewilligung von Erwerbsunfähigkeitsrente zunächst einen Anspruch geltend, der nach ihrer Auffassung vor dem 1. Januar 2001 entstanden ist. Gemäß den Übergangsvorschriften der [§§ 300 Abs. 2](#) und [302 b Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) in der Fassung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000 ([BGBl. I S. 1827](#), 1835) ist für diesen Anspruch [§ 44 SGB VI](#) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung anzuwenden.

Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres einen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie erwerbsunfähig sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die Klägerin ist bei der Beklagten versichert und hatte zum Zeitpunkt der Antragstellung am 27. Juli 2000 die allgemeine Wartezeit nach [§ 50 Abs. 1 SGB VI](#) von fünf Jahren (60 Monaten) erfüllt. Ausweislich der im Berufungsverfahren vorgelegten Wartezeitaufstellung lagen bis zu diesem Zeitpunkt 350 Monate mit Beitragszeiten vor. Im maßgeblichen Zeitraum von fünf Jahren vor dem Rentenantrag sind alle Monate mit Pflichtbeiträgen belegt, sodass für einen Leistungsfall ab Rentenantragstellung bis zum 31. Dezember 2000 auch die so genannte Dreifünftel-Belegung erfüllt ist.

Die Klägerin ist aber bei Rentenantragstellung nicht erwerbsunfähig gewesen und auch nicht bis zum 31. Dezember 2000 erwerbsunfähig geworden. Vielmehr war sie bis zum 31. Dezember 2000 noch in der Lage, zumindest leichte körperliche Arbeiten zeitweise im Stehen und Gehen und/oder überwiegend im Sitzen in Tages-, Früh-, Spät- und Nachtschicht vollschichtig zu verrichten. Es bestand eine volle

Gebrauchsfähigkeit beider Hände. Es konnten uneingeschränkte Anforderungen an das Seh- und Hörvermögen sowie an die geistigen und mnesticen Fähigkeiten gestellt werden. Ausgeschlossen waren Tätigkeiten mit häufigem Bücken, Arbeiten, die Gang- und Standsicherheit erforderten, Arbeiten mit Zwangshaltungen im Bereich der Wirbelsäule, mit ständigem Heben und Tragen sowie Tätigkeiten mit inhalativen Belastungen und Allergenen, Nässe, Kälte und Zugluft.

Bei der Klägerin bestanden degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule. Insbesondere lag eine erhebliche Zwischenwirbelraumverschmälerung im Segment L5/S1 bei Zustand nach zweimaliger Bandscheibenoperation in diesem Segment vor. Das Gangbild war unauffällig. Bei der Vorneigung der LWS erreichte die Klägerin einen Fingerbodenabstand von 15 cm, die Rückneigung war frei und die Seitneigung beidseits bis 25 Grad sowie die Rotation beidseits bis 15 Grad möglich. Das Lasègue'sche Zeichen war negativ, der PSR seitengleich auslösbar, der ASR links negativ. Der Großzehenheber und der Fußaußenrandheber links wiesen in Anbet-racht des jeweils nach Janda gemessenen Kraftgrades von $\frac{3}{4}$ nur eine geringe Kraftminderung auf. Wesentliche perianale Parästhesien wurden nicht angegeben. Der Senat bezieht sich insoweit auf die Befunderhebungen von Dres. T /W im Gutachten vom 20. Dezember 2000. Vergleichbare Befunde waren auch in den Rehabilitationsentlassungsberichten des S -R -Klinikums II vom 29. März 2000 und der T -Fachklinik vom 15. Juni 2001 aufgezeigt worden. Dort waren gleich-falls ein flüssiges Gangbild inklusive Zehen- und Fersengang und eine lotgerechte Wirbelsäule beschrieben. Im Februar 2000 war - vor der Rezidiv-Bandscheibenoperation - das Lasègue'sche Zeichen noch bei 60 Grad rechts und bei 45 Grad links positiv gewesen. In der T -Fachklinik ist kein positives Lasègue'sches Zeichen mehr beschrieben worden. Der FBA betrug dort 16 cm und die Seitneigung war bis beidseits 20 Grad und die Rotation bis beidseits 30 Grad mög-lich.

Übereinstimmend sind Sensibilitätsstörungen sowie Taubheitsgefühle im Bereich der Fußsohle links und des lateralen Oberschenkels links beschrieben worden. Während Dres. T /W eine Belastungsinsuffizienz der Blasen- und Mastdarmmuskulatur trotz Fehlens wesentlicher perianaler Parästhesien als glaubhaft angesehen haben, fiel während der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen keine Einschränkung durch eine Stuhl- und/oder Harninkontinenz auf. Vielmehr ist jeweils ausgeführt, dass die Klägerin an Therapiemaßnahmen im Bewegungsbecken sowie beim freien Schwimmen teilnehmen können und ein Hinweis auf die Diskrepanz zwischen den Angaben der Klägerin und dem klinischen Befund keine Aufklärung erbracht habe. Gleichwohl resultierten aus der Belastungsminderung der Wirbelsäule mit Sensibilitätsstörungen das Erfordernis einer wechselnden Körperhaltung sowie der Ausschluss von Tätigkeiten mit häufigem Bücken, von Arbeiten, die Gang- und Standsicherheit erforderten, von Arbeiten mit Zwangshaltungen im Bereich der Wirbelsäule und von Arbeiten mit ständigem Heben und Tragen.

Ein Tremor der Hände ist weder im Rehabilitationsentlassungsbericht des S -R -Klinikums II noch von den Gutachtern Dres. T und W , sondern erstmals und einmalig von der T -Fachklinik im Juni 2001 und damit nach dem hier maßgebenden Zeitpunkt beschrieben. Eine volle Gebrauchsfähigkeit der Hände lag bis zum 31. Dezember 2000 vor.

Die Klägerin litt ferner an einem exogenallergischen Asthma bronchiale, einer Hypercholesterinämie und an einer Adipositas. Insoweit waren Arbeiten mit Nässe, Kälte und Atemwegsirritanzen ausgeschlossen.

Eine depressive Verstimmung und eine (reaktive) Antriebsstörung sind erstmals im ärztlichen Befundbericht zum ersten Antrag auf medizinische Rehabilitation vom 3. Juni 1998 von Dipl.-Med. R erwähnt. In den Rehabilitationsentlassungsberichten des S -R -Klinikums II und der T -Fachklinik und von den Gutach-tern Dres. T und W sind Anhaltspunkte für psychiatrische Gesundheitsstö-rungen nicht genannt; auch Dr. B hat in seinem nach dem 31. Dezember 2000 erstellten Gutachten keine hieraus resultierenden Leistungseinschränkungen angenommen.

Der Senat ist deshalb der Überzeugung, dass die Klägerin bis zum 31. Dezember 2000 noch zumindest leichte körperliche Arbeiten mit den oben genannten qualitativen Einschränkungen vollschichtig täglich verrichten konnte. Die Einschätzung von Dres. T /W , wonach bei der dortigen Untersuchung ein unter dreistündiges Leistungsvermögen vorgelegen haben sollte, ist für den Senat nicht nachvollziehbar. Denn die von den Gutachtern erhobenen Befunde lassen diese Leistungseinschät-zung nicht schlüssig erscheinen. Befunde, die die Leistungsfähigkeit der Klägerin zu diesem Zeitpunkt so erheblich einschränkten, dass sie keinerlei leidensgerechte Arbeiten mehr hätte verrichten können, enthält das Gutachten nicht. Vielmehr sind ein unbehindertes Gangbild, eine annähernd normale Funktionsfähigkeit der Wirbelsäule und eine unbehinderte Beweglichkeit sowie eine seitengleiche Bemuskulung der oberen und unteren Extremitäten beschrieben worden. Die festgestellten Sensibili-tätsstörungen schränkten das Leistungsvermögen qualitativ, aber nicht quantitativ ein. Nervenwurzelreizerscheinungen oder motorische Ausfälle sind von Dres. T /W nicht nachgewiesen worden. Sie haben lediglich ohne kritisches Hinterfragen die von der Klägerin behauptete Blasen- und Mastdarmschwäche angenommen. Der später von der T -Fachklinik beschriebene Tremor der Hände war dort auch nicht festgestellt worden. Schließlich haben die Gutachter nach entsprechender Rehabilita-tion ein vollschichtiges Leistungsvermögen für möglich erachtet und sind ebenfalls nicht von einem auf Dauer quantitativ reduzierten Leistungsvermögen ausgegangen.

Die nachfolgend eingeholten Gutachten und sozialmedizinischen Leistungseinschät-zungen bestätigen die Auffassung des Senats. Auch Dr. B hat in seinem Gutachten vom 3. September 2002 leichte und darüber hinaus auch mittelschwere Arbeiten ohne dauerndes Stehen und Gehen, ohne häufiges Heben und Tragen, ohne häufiges Bücken und überwiegend einseitige Körperhaltung und ohne häufiges Klettern oder Steigen unter Zugrundelegung der Diagnose eines S1-Syndroms links bei Zustand nach Bandscheibenoperation L5/S1 im Januar und Juli 2000 mit psycho-gener Beschwerdefixierung angenommen. Ein Tremor der Hände war dort wiederum nicht aufgefallen.

Der Einschätzung des Prof. Dr. B , die Klägerin könne seit Rentenantragstellung und damit auch in dem hier maßgebenden Zeitraum nur noch vier bis sechs Stunden mit der Notwendigkeit von 15-minütigen Pausen alle zwei Stunden arbeiten, folgt der Senat gleichfalls nicht. Denn Prof. Dr. B hat im Wesentlichen die gleichen Befunde festgestellt wie sie im S -R -Klinikum B K , bei Dres. T /W , in der T -Fachklinik, bei Dr. B und bei Dr. K erhoben worden sind. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war annähernd altersentsprechend, Nervenwurzelreiz-erscheinungen oder motorische Ausfälle waren nicht feststellbar. Die oberen und unteren Extremitäten waren frei beweglich und Muskelatrophien insbesondere der Beine nicht nachweisbar gewesen. Lediglich das Pseudolasègue'sche Zeichen war links positiv; von keinem der anderen Gutachter, Sachverständigen und behandeln-den Ärzte ist dieser Befund erhoben worden. Auch hat Prof. Dr. B im Hinblick auf die im Rahmen der Kernspintomographie der LWS vom Juni 2006 festgestellte lediglich diskrete - und nicht wie von Dr. W angenommene massive - Narbenbildung im Segment L4/5/SW1 links, die deutliche verminderte Bandscheibenhöhe LW5/SW1 sowie die diskrete Bandscheibenprotusion im Segment LW4/5 keine Operationsindi-kation gesehen. Die sich an diese Befunderhebung anschließende

Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. B., eine Schonung des linken Beines sei durch den Schmerzbefund eindeutig, ist nicht nachvollziehbar. Denn eine Schonung von Juli 2000 bis November 2006 hätte zu einer Verschmächtigung des geschonten Beines führen müssen; diese ist weder von ihm noch von einem anderen Gutachter festgestellt worden. Insoweit ist auch un schlüssig, dass Prof. Dr. B das Zurücklegen von Wegstrecken von viermal knapp mehr als 500 m nicht mehr für möglich gehalten hat. Wäre die Klägerin bereits seit sechs Jahren vor der Untersuchung nicht mehr in der Lage gewesen, derartige kurze Wegstrecken zu Fuß zurückzulegen, hätte es zu erheblichen Muskelatrophien kommen müssen. Auch hat er ungeprüft die Angaben der Klägerin zur anhaltenden Blasen- und Mastdarmschwäche übernommen, obwohl ihm anhand des Akteninhalts die Diskussion über Art und Ausmaß dieser Schwäche hätte bekannt sein und er seine Einschätzung deshalb hätte begründen müssen. Schließlich hat er nicht dargelegt, warum die Pausen während der Arbeitszeit notwendig werden sollten, wenn die Klägerin ohnehin nur noch im Wechsel der Haltungsarten arbeiten sollte und beispielsweise bei der Tätigkeit der Pförtnerin hinreichend Gelegenheit hätte, eine Entlastungshaltung für die Wirbelsäule einzunehmen. Das Durchführen von Krankengymnastik u.Ä. wäre außerhalb der Arbeitszeit in der Freizeit zumutbar durchführbar gewesen.

Bei der Klägerin lagen bis zum 31. Dezember 2000 auch keine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die trotz des vollschichtigen Leistungsvermögens zur Verschlussenheit des allgemeinen Arbeitsmarktes führten. Die Beklagte war daher nicht verpflichtet, einen konkreten Arbeitsplatz zu benennen. Das Restleistungsvermögen der Klägerin reichte vielmehr noch für leichte körperliche Verrichtungen im Wechsel der drei Körperhaltungen wie z.B. Zureichen, Abnehmen, leichte Reinigungsarbeiten ohne Zwangshaltungen, Kleben, Sortieren, Verpacken und Zusammensetzen von Teilen sowie Bürohilfsarbeiten aus (vgl. die Aufzählungen in dem Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Dezember 1996 - [GS 2/95](#) -, SozR 3-2600 [§ 44 SGB VI](#) Nr. 8 = [BSGE 80, 24](#), 33f.).

Schließlich lag im Fall der Klägerin auch kein so genannter Seltenheits- oder Katalogfall vor, der die Beklagte verpflichten würde, der Klägerin einen konkreten Arbeitsplatz zu benennen (vgl. BSG, Großer Senat, a.a.O., Seite 35). Der Arbeitsmarkt gilt u. a. als verschlossen, wenn einer Versicherten die so genannten Wegefähigkeit fehlt. Zur Erwerbsfähigkeit gehört auch das Vermögen, einen Arbeitsplatz aufsuchen zu können. Dabei ist nach der Rechtsprechung des BSG ein abstrakter Maßstab anzuwenden. Ein Katalogfall liegt nicht vor, soweit eine Versicherte täglich viermal Wegstrecken von knapp mehr als 500 Metern mit einem zumutbaren Zeitaufwand von bis zu 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten unter Berücksichtigung aller ihr zur Verfügung stehender Mobilitätshilfen benutzen kann. Dann gilt die Erwerbsfähigkeit als nicht in beachtlichem Maße eingeschränkt und die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit ist nicht erforderlich. Sind Arbeitsplätze auf andere Art als zu Fuß erreichbar, z. B. mit einem eigenen Kraftfahrzeug bzw. mit einem Fahrrad, ist der Arbeitsmarkt ebenfalls nicht verschlossen (BSG, Ur. v. 17.12.1991 - [13/5 RJ 73/90](#) -, SozR-2200 § 1247 RVO Nr. 10). Die Gehfähigkeit der Klägerin war nach Auffassung aller gehörten Gutachter - mit Ausnahme von Prof. Dr. B - nicht wesentlich beeinträchtigt. Der Beurteilung von Prof. Dr. B folgt der Senat aus den oben dargelegten Gründen nicht. Gleichwohl könnte auch bei einer Wegeunfähigkeit der Arbeitsmarkt nicht als verschlossen angesehen werden. Denn die Klägerin verfügte jedenfalls bis zum 31. Dezember 2000 sowohl über eine Fahrerlaubnis als auch über einen automatikbetriebenen Pkw und war damit in der Lage, diesen Pkw zu fahren.

2. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung in der Zeit ab dem 1. Januar 2001. Gemäß [§ 43 Abs. 1, Abs. 2 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bei im Übrigen unveränderten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

a. Die Klägerin war in der Zeit vom 1. Januar 2001 bis zum 21. August 2005 nicht voll oder teilweise erwerbsgemindert, weil sie nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein konnte. Dabei geht der Senat nunmehr von folgendem Leistungsbild aus: Der Klägerin waren im genannten Zeitraum weiterhin leichte körperliche Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und oder überwiegend im Sitzen, in Früh- und Spätschicht, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten und ohne allergene Belastungen in geschlossenen Räumen sechs Stunden und mehr täglich zumutbar. Es bestand weiterhin eine annähernd volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände. Lediglich Arbeiten mit ständigen besonderen Anforderungen an die Feinmotorik der Hände waren nicht mehr zumutbar. Die Klägerin war nach wie vor durchschnittlichen Anforderungen an geistige und mnestiche Fähigkeiten gewachsen. Sie konnte Arbeiten mit Publikumsverkehr ausführen und verfügte weiterhin über ein normales Hör- und Sehvermögen. Wegen der Asthmaerkrankung war die Einwirkung von Staub, Gas, Dampf oder Rauch auf die Atemwege zu vermeiden. Ausgeschlossen waren Arbeiten unter besonderem Zeitdruck sowie in Wechsel- und Nachtschicht.

Die Klägerin litt an einem Hals- und Lendenwirbelsyndrom bei weiterhin guter Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte. Wegen des nach den zweimaligen Bandscheibenoperationen der LWS aufgetretenen Postlaminektomie-Syndroms mit Fußheber-schwäche links und Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet S1 links sowie wegen eines Zervikobrachialsyndroms links mit diskreten Sensibilitätsstörungen aufgrund des Bandscheibenverschleißes in zwei Bewegungssegmenten der HWS und der Degeneration im Segment L3/L4 waren weiterhin schwere und mittelschwere Arbeiten, Tätigkeiten mit häufigem Bücken, Arbeiten, die Gang- und Standsicherheit erforderten, Arbeiten mit Zwangshaltungen im Bereich der Wirbelsäule, mit ständigem Heben und Tragen und Arbeiten im Freien oder unter Witterungsschutz ausgeschlossen. Die Auswirkungen des degenerativen Wirbelsäulenleidens und des Postlaminektomie-syndroms sind im Wesentlichen unverändert geblieben.

Ein Tremor der Hände ist lediglich in der T-Fachklinik und von keinem der anderen Gutachter beschrieben worden. Die durchgeführte Strecksehnenoperation am rechten Daumen hatte nur zu einem diskreten Kraftverlust ohne sonstige motorische oder sensible Defizite geführt. Der Senat geht deshalb nicht von einer dauerhaften Einschränkung der vollen Gebrauchsfähigkeit der Hände aus.

Eine wesentliche Verschlimmerung ist im Gesundheitszustand der Klägerin durch die allmähliche Zunahme der Beschwerden aufgrund einer Dysthymia und einer anhalten-den somatoformen Schmerzstörung bei einer Persönlichkeitsstörung eingetreten. Aufgrund des Ergebnisses der Beweisaufnahme kann vom Vorliegen einer zumindest teilweisen Erwerbsminderung ab dem 1. August 2005 ausgegangen werden. Dies ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. J vom 6. Dezember 2007 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. März 2008. Danach hätten sich die aus der Dysthymia und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei selbstunsicherer, aggressiv gehemmter, hystrionischer Primärpersönlichkeit resultierenden Beschwerden in den letzten zwei Jahren vor der ambulanten Untersuchung durch ihn im August 2007 so verschlechtert, dass inzwischen von einem aufgehobenen Leistungsvermögen ausgegangen werden müsse.

Der Nachweis eines zumindest unter sechsstündigen Leistungsvermögens, das zur Annahme einer teilweisen Erwerbsminderung und wegen der Verslossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes zum Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung geführt hätte, gelingt der Klägerin vor August 2005 nicht. Dem stehen das Gutachten von Dr. K vom 25. Februar 2004 sowie die Befundberichte von Dr. H vom 13./15. September 2005 und Dipl.-Med. R vom 5. Oktober 2005 entgegen.

Bei der neurologischen Untersuchung der Klägerin durch Dr. K am 11. Februar 2004 sind einerseits in Übereinstimmung mit den o. g. Vorbefunden nach der zweiten Bandscheibenoperation ein leicht hinkendes Gangbild links, ein nicht auslösbarer ASR links, darüber hinaus aber keine Paresen oder Muskelarthropien und gleichfalls ein negatives Lasègue ´sches Zeichen beidseits festgestellt worden. Bis auf eine Hypästhesie an der Außenkante des linken Fußes sowie des vierten und fünften Fingers links waren keine Sensibilitätsstörungen eruierbar. Auch Dr. K diagnostizierte ein Postlaminektomie-Syndrom mit Fußheberschwäche links und Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet S1 links. Er hielt eine somatisch bedingte Irritation der Innervation von Blase und Mastdarm angesichts des am 14. August 2002 erhobenen CT-Befundes der LWS nicht für ausgeschlossen. Bei der Anamnese hatte die Klägerin jedoch darauf hingewiesen, unter einer zeitweiligen, vorwiegend stress-induzierten Harninkontinenz und einer stressinduzierten Diarrhoe zu leiden. Dr. K gegenüber gab die Klägerin zudem an, bereits 1997 psychovegetativ beding-te Störungen des Harn- und Stuhlverhaltens festgestellt zu haben. Darüber hinaus lag ein Zervikobrachialsyndrom links mit diskreten Sensibilitätsstörungen, insbesondere des vierten und fünften Fingers links vor. Sämtliche Störungen seien psychogen überlagert. Der neurologische Befund für sich genommen entspreche im Wesentli-chen der Dokumenta-tion im orthopädischen Gutachten vom 20. Dezember 2000 von Dres. T /W. Funktionell neue Aspekte im Vergleich zu dem vorge-nannten Gutachten ergäben sich nicht.

Andererseits bestünden aus psychiatrischer Sicht eine Dysthymia und eine anhalten-de somatoforme Schmerzstörung bei akzentuierter Persönlichkeit. Er beschrieb eine ausreichende soziale Kontaktfähigkeit sowie eine durchschnittliche hirnorganische Leistungsfähigkeit. Zwar sei die affektive Steuerungsfähigkeit der Klägerin vermin-der-t, eine psychomentale Insuffizienz jedoch nicht objektivierbar gewesen. Die Intensität der depressiven Symptomatik hat er als klinisch mäßiggradig ausgeprägt beschrieben. Nach der Beurteilung von Dr. K , der sich der Senat anschließt, standen die festgestellten Gesundheitsstörungen einer vollschichtigen und damit jedenfalls einer täglich sechsstündigen leichten körperlichen Tätigkeit im Wechsel von Gehen, Stehen und/oder Sitzen ohne längere oder häufige einseitige körperliche Belastungen bzw. Zwangshaltungen und ohne Arbeiten in Wechselschicht, Nacht-schicht sowie unter besonderem Zeitdruck nicht entgegen.

Gegen diese Befunderhebungen und Beurteilungen von Dr. K hat Dr. J keine Einwände erhoben. Er hält die Beurteilung aus damaliger Sicht für zutreffend. Nach seiner Einschätzung hat sich allerdings der psychopathologische Befund im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. K deutlich verschlechtert. Der behandelnde Orthopäde Dr. H hat noch unter dem 13. September 2005 aus seiner Sicht leichte körperliche Arbeiten sechs Stunden täglich im selbst zu bestimmenden Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit weiteren qualitativen Einschränkungen für zumutbar erachtet. Dipl.-Med. R hat in seinem Befundbericht vom 5. Oktober 2005 wegen der chronischen Schmerzen sowie der organischen Störungen (Taubheitsgefühl, Kraftminderung und mittelschwere depres-sive Verstimmung) eine leichte Tätigkeit für acht Stunden nicht mehr für möglich gehalten. Insoweit hat er keine von Dr. K abweichenden Diagnosen gestellt und ein mindestens sechsstündiges tägliches Leistungsvermögen nicht ausdrücklich für ausgeschlossen erachtet. Schließlich stützt das Gutachten von Prof. Dr. B das Eintreten des Leistungsfalls der zumindest teilweisen Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Dekompensation vor August 2005 nicht. Denn er hatte ausgeführt, die Klägerin habe bei ihm nicht den Eindruck einer psychisch kranken Frau hinterlas-sen.

Ferner lagen in der Zeit vom 1. Januar 2001 bis zum 21. August 2005 weiterhin keine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierungsgewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor. Auch war kein sogenannter Seltenheits- oder Kata-logfall zu bejahen. Die Beklagte war deshalb nicht verpflichtet, einen konkreten Arbeitsplatz zu benennen.

b. Unter Zugrundelegung des Eintritts des Leistungsfalls der zumindest teilweisen Erwerbsminderung am 21. August 2005 (zwei Jahre vor der ambulanten Untersu-chung bei Dr. J) liegen die besonderen versicherungsrechtlichen Vorausset-zungen nicht mehr vor. Der maßgebende Fünf-Jahres-Zeitraum beginnt am Tag vor dem Eintritt des Leistungsfalls und damit am 20. August 2005 und endet am 21. August 2000. In diesem Zeitraum sind nur 20 Monate und nicht die erforderlichen 36 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt.

Gemäß [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#) verlängert sich der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung u. a. um Anrechnungszeiten oder Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Monaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder einer Zeit nach Nr. 1 oder 2 (Anrechnungszeit und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Berücksichti-gungszeiten) liegt. Hier sind die Voraussetzungen für so genannte Aufschubtatbe-stände nur für die Zeit vom 6. März bis 31. Mai 2002 erfüllt. In dieser Zeit war die Klägerin arbeitslos gemeldet, ohne Leistungen bezogen zu haben. Da der Monat März 2002 bereits mit einer Pflichtbeitragszeit belegt ist, können nur die Monate April und Mai 2002 und damit zwei Monate Arbeitslosigkeit als Anrechnungszeit gemäß [§ 58 Abs. 1 Nr. 3](#) i. V. m. [§ 58 Abs. 2 SGB VI](#) zur Verlängerung des Fünf-Jahres-Zeitraums führen. Die Zeit vom 5. November 2004 bis zum Leistungsfall kann nicht als Verlängerungstatbestand berücksichtigt werden, da die Voraussetzungen des [§ 58 Abs. 2 SGB VI](#) und auch des [§ 43 Abs. 4 Nr. 3 SGB VI](#) nicht erfüllt sind. Sechs Monate vor dem 5. November 2004, d. h. bis zum 5. Mai 2004, lagen kein Pflichtbei-trag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Anrechnungszeit, eine Zeit des Rentenbezugs oder eine Berücksichtigungszeit vor. Durch eine Verlän-gerung um zwei Monate kann die fehlende Anzahl von 16 Kalendermonaten Pflicht-beiträge nicht erreicht werden.

Auf die Drei-Fünftel-Belegung kann auch nicht nach [§ 43 Abs. 5 SGB VI](#) verzichtet werden, da die dort genannten Voraussetzungen nicht

vorliegen.

Schließlich sind die Voraussetzungen der Vorschrift des [§ 241 Abs. 2 SGB VI](#) nicht erfüllt. Danach sind Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit u. a. mit Beitragszeiten (Nr. 1), beitrags-freien Zeiten (Nr. 2), Zeiten, die nur deshalb nicht beitragsfreie Zeiten, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag, eine beitragsfreie Zeit oder eine Zeit nach Nr. 4, 5 oder 6 liegt (Nr. 3) oder Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Beitrittsgebiet vor dem 1. Januar 1992 (Nr. 6), d. h. mit so genannten Anwartschaftserhaltungszeiten, belegt ist.

Hier hat die Klägerin vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt. Es ist aber nicht jeder Kalendermonat nach dem 1. Januar 1992 ([§ 241 Abs. 2 Nr. 6 SGB VI](#)) mit Anwartschaftserhaltungszeiten belegt. Dies gilt für die Monate vom 1. November 1993 bis 30. April 1994. Denn in dieser Zeit ist die Klägerin selbstständig tätig gewesen und hatte das angemeldete Gewerbe "Vertreiben von Wärme-Systemen" betrieben. Die Zeit vom 1. bis 25. Mai 1995, in der sie noch selbstständig war, ist bereits wieder als Monat der Arbeitslosigkeit anerkannt worden, da die Klägerin sich ab dem 27. Mai 1994 wieder arbeitslos gemeldet hatte und für die Berücksichtigung als Monat der Arbeitslosigkeit ausreicht, dass die Klägerin zumindest einen Tag im Mai 1994 arbeits-los gemeldet gewesen war ([§ 122 Abs. 1 SGB VI](#)). Dass die Klägerin im Zeitraum vom 1. Dezember 1993 bis 25. Mai 1994 selbstständig tätig gewesen ist und der Arbeits-vermittlung nicht zur Verfügung stand, ergibt sich aus der beigezogenen Verwaltungs-akte der Agentur für Arbeit sowie aus den von der Klägerin vorgelegten Gewerbean- und -abmeldungen und wird von ihr auch nicht bestritten. Die Monate der selbstständigen Tätigkeit erfüllen nicht die in [§ 241 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 SGB VI](#) genannten Tatbe-standsmerkmale einer Anwartschaftserhaltungszeit. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass diese Zeit als so genannte Überbrückungszeit anerkannt ist. Denn Überbrückungszeiten können zwar so genannte Verlängerungstatbestände u.a. im Sinne von [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#) sein (vgl. Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 15. November 2006 - [L 8 R 5/06](#) -, recherchiert über juris), nicht aber als weitere Anwartschaftserhaltungszeiten, die gesetzlich nicht geregelt sind, angesehen werden.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung auf gesicherter Rechtsgrundlage, ohne dass der Senat von einer Entscheidung der in [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) genannten Gerichte abweicht.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02