

L 5 R 842/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 15 R 4523/04
Datum
13.12.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 842/06
Datum
20.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13. Dezember 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung hat.

Der 1958 in Jugoslawien geborene Kläger stellte erstmals im Jahr 1998 erfolglos einen Rentenantrag wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit. Dabei teilte er mit, den Beruf des Maschinenschlossers in den Jahren 1973 bis 1977 und von 1989 bis 1991 erlernt zu haben. Von 1973 bis 1993 habe er in Jugoslawien gearbeitet, von November 1993 bis Juli 1997 sei er Maschinenschlosser und Maschinenarbeiter bei der Firma R. S. GmbH & Co. KG in N.-Ö. gewesen. Seit 1997 sei er krank. Ausweislich des Kündigungsschreibens der Firma S. war der Kläger seit August 1994 dort als angelernter Maschinenarbeiter tätig gewesen. Die Auskünfte des Arbeitgebers vom 30.09.1998 und 16.03.2004 ergaben, dass der Kläger mit weniger als drei Monaten Anlernzeit Bediener von Rundtaktmaschinen gewesen sei. Dabei habe er nicht über die praktischen und theoretischen Kenntnisse eines Facharbeiters verfügt und sei entsprechend seiner minderen Qualifikation bezahlt worden.

Im Rahmen des ersten Rentenverfahrens ließ die Rechtsvorgängerin der Beklagten zwei Gutachten über den Kläger erstellen.

Der Orthopäde Dr. R. kam am 07.07.1998 in seinem fachorthopädischen Gutachten über den Kläger zu den Diagnosen eines Zervikalsyndroms bei Fehlhaltung der Halswirbelsäule und beginnender Osteochondrose, Thorakalsyndrom mit tiefsitzender Rundrückenbildung und Zustand nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann, Lumbalsyndrom, Coxarthrose rechts mit Beginn einer Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenkes sowie Präarthrose beider Kniegelenke mit Schmerzsyndrom. In der Beurteilung heißt es, im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe eine reaktive Depression mit Somatisierungstendenz, die von neurologischer Seite behandelt werde. Aufgrund der degenerativen orthopädischen Veränderungen im Bereich des rechten Hüftgelenkes, beider Kniegelenke und der unteren Lendenwirbelsäule sei der Kläger für die bisher durchgeführte Arbeit als CNC-Fräser nur noch halb- bis untervollschichtig belastbar. Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Wechselrhythmus seien weiterhin vollschichtig möglich, dabei seien Einschränkungen insbesondere in Bezug auf das Heben und Tragen und Zwangshaltungen zu beachten.

Die Nervenfachärztin Dr. H. berichtete der Landesversicherungsanstalt als Rechtsvorgängerin der Beklagten am 27.08.1998 über eine Begutachtung des Klägers. Im Untersuchungsbefund wird ein kräftiger, normal trainierter und leicht übergewichtiger Allgemeinzustand festgestellt. Bei der Exploration falle auf, dass der Kläger nur pauschale summierende Angaben in der Anamneseerhebung mache. Er habe klagsam gewirkt. Als Diagnose wird eine depressive Konfliktreaktion mit zunehmender Somatisierungstendenz bei Verdacht auf Analgetikakonsum benannt. Weiter heißt es, der Patient weise eine kontinuierliche Arbeits- und Sozialanamnese bis zum Jahr 1991 auf. Nach zwei Jahren Kriegsdienst in seiner Heimat sei er nach Deutschland desertiert. In dieser Zeit sei es zum Bruch mit der Familie und Knüpfung einer neuen Partnerschaft in Deutschland gekommen. Die Kündigung beim letzten Arbeitgeber sei aufgrund mehrfacher kurzfristiger Erkrankungen erfolgt. Seine Beschwerden bezögen sich überwiegend auf Gelenke und Wirbelsäule, ohne dass ein adäquates Organkorrelat nachzuweisen sei. Eine eingehende neurologisch-radiologische Abklärung der geklagten Kopfschmerzen habe ebenfalls nicht zum Nachweis eines Organbefundes geführt. Die überwiegend funktionell imponierenden multiformen Beschwerden wirkten wenig überzeugend und zum

Teil mit überzeichnet demonstrativen Verhalten vorgestellt. Bereits in der Rehabilitationsmaßnahme sei aufgefallen, dass der Patient keine Motivation zur Verarbeitung seiner Konflikte gezeigt habe. Wie auch damals dränge sich eine Symptomfixierung und ein sekundärer Krankheitsgewinn auf. Der Gesamteindruck, der insbesondere in unbeobachteten Momenten dem eines Gesunden entspreche, stehe in auffälliger Diskrepanz zu den multiplen Klagen. Zusammenfassend habe auf neurologischem Gebiet kein eigenständiges, die Altersnorm überschreitendes Krankheitsbild nachgewiesen werden können. Wechselnd lokalisierte Wurzelerirritationen seien glaubhaft, führten aber nicht zu einer permanenten Leistungsminderung. Auf psychiatrischem Gebiet bestehe eine depressive Dysthymie mit ungelöster Konfliktsituation im Sinne einer depressiven Reaktion. Dabei handele es sich um eine Symptomatik, die einschlägigen psycho- und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen gut zugänglich sei. Der Kläger zeige aber keine genügende Compliance. Zusammenfassend sei auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie kein relevantes Krankheitsbild nachweisbar. Infolge dessen bestehe vollschichtige Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen.

Ein Entlassbericht aus einer Rehabilitationsmaßnahme (Reha) in der Hochschwarzwaldklinik St. B., wo sich der Kläger vom 05.03.1998 bis 02.04.1998 stationär aufgehalten hatte, benennt als Diagnose eine depressive Reaktion und kommt zu dem Ergebnis, dass der Kläger seine letzte Tätigkeit als Arbeiter weiter vollschichtig verrichten könne.

Mit Bescheid vom 23.10.1998 und auf den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 04.03.1999 lehnte die Beklagte diesen ersten Rentenanspruch des Klägers ab. Das sich anschließende unter dem Aktenzeichen S 15 RJ 1337/99 geführte Klagverfahren beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) blieb erfolglos. Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 18.10.2000 ab. Es stützte sich u.a. auf das im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholte Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 18.05.2000.

Im Rahmen der Befunderhebung für das Sachverständigengutachten hatte Dr. B. die Anmerkung gemacht, dass der Kläger mit einem rechts geführten Stock erschienen sei. Außerdem habe er ein Rumpfmieder über dem Hemd getragen. Beim Stehen und Gehen habe es zum Teil groteske Bewegungen gegeben, wobei Muskelgruppen aktiv geworden seien, welche vorher bei gezielter Prüfung nicht bewegt wurden. Fersenstand und Beweglichkeit der Wirbelsäule seien bei diesen künstlichen Ausweichbewegungen, die Schmerzempfinden ausdrücken sollten, nunmehr möglich gewesen. Überraschend habe der Kläger einmal beinahe komplett in die Hocke gehen und sehr schnell wieder hochkommen können, was bis zu diesem Moment nicht möglich erschienen sei. Trotz dieser theatralischen Gesten und Bewegungen sei nicht verschlossen geblieben, dass das rechte Bein immer schmerzbedingt etwas geschont worden sei. In der Beurteilung heißt es, im Vergleich zur nervenärztlichen Begutachtung durch Dr. H. sei keine wesentliche Änderung hinsichtlich des psychopathologischen Befundes festzustellen gewesen. Eine exakte Prüfung der Sensibilität an den Extremitäten sei mangels guter Mitarbeit nicht möglich gewesen. Um der Gefahr einer Gesundheitsverschlechterung zu begegnen sei grundsätzlich nur noch körperlich leichte Arbeit unter Einhaltung bestimmter Arbeitsbedingungen zumutbar. Depressive Merkmale im engeren Sinne seien bei der jetzigen Untersuchung nicht zu erkennen gewesen. Der Kläger habe eine neurotische Fehlverarbeitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Zur Therapie und Änderbarkeit sei zu sagen, dass vieles bewusstseinsnah verlaufe und bei der folglich zu fordernden Mitwirkung eine Besserung so weit möglich sein sollte, dass eine leichte Tätigkeit geleistet werden könne. Gelegentliche Krankschreibungen werde es auch in Zukunft geben. Eine konsequente antidepressive Medikation mit begleitender psychotherapeutischer Führung sei angezeigt und Erfolg versprechend. Weiter sei ein Medikamentenentzug anzustreben. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich, Beschränkungen des Arbeitsweges fielen nicht an.

Am 02.02.2004 beantragte der Kläger erneut Rente, diesmal wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung berief er sich auf seit 1997 bestehende Gesundheitsstörungen, insbesondere Coxarthrose und Bandscheibenprobleme. Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 08.07.2004 ab. Auf den Widerspruch des Klägers, der mit Funktionsbehinderungen der Hüftgelenke, degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Depressionen sowie chronischen Schmerzen, chronischer Magenschleimhautentzündung und Atembehinderung bei Verengung beider Nasengänge und einer chronischen Nebenhöhlenentzündung begründet wurde, lehnte die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 07.10.2004 als unbegründet ab.

Dagegen hat der Kläger am 02.11.2004 Klage zum SG erhoben und geltend gemacht, die Beklagte habe seinen Gesundheitszustand nicht richtig gewürdigt. Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen befragt.

Der Facharzt für Innere Medizin Dr. E. hat dem SG am 20.01.2005 berichtet, er habe den Kläger seit 2003 insgesamt fünf mal wegen Beschwerden im rechten Oberbauch und Appetitminderung, depressiver Verstimmung, Ohrensausen, Taubheitsgefühl in der linken Gesichtshälfte und Blutdruckerhöhung behandelt. Von internistischer Seite bestehen keine Befundveränderung, insbesondere keine Verschlechterung. Leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien in einer Fünf-Tage-Woche möglich. Die exakte Einschränkung orthopädischer Beeinträchtigungen müsse von orthopädischer Seite erfolgen, der Kläger benutze zur Zeit eine Unterarmkrücke und könne nur wenige 100 m am Stück gehen. Das eigenhändige Fahren eines Autos sei aus Schmerzgründen nicht möglich.

Der Neurologe und Psychiater Dr. L. hat dem SG am 28.01.2005 berichtet, er behandle den Kläger seit 1999 laufend. In den vergangenen Jahren sei als Diagnose eine Depression benannt worden, ebenfalls eine somatoforme Schmerzstörung. Dem sei zuzustimmen. Der Kläger benutze eine Unterarmgehstütze, da er beim Laufen Schmerzen in der Hüfte und in den Beinen benenne. Dem Gutachter sei zuzustimmen, dass er für schwere körperliche Arbeiten nicht geeignet sei. Durch die somatoforme Schmerzstörung sei er in seiner Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Leichte Tätigkeiten könnten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt drei bis unter sechsständig verrichtet werden. Ein Arbeitsversuch in einer Stanzerei habe abgebrochen werden müssen. Die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt und der Kläger könne öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Beigefügt wurde ein Rehabilitationsentlassbericht aus der Orthopädischen Klinik W., wo sich der Kläger nach einer Implantation einer Totalendoprothese der Hüfte im Oktober 2004 zur Nachbehandlung aufgehalten hatte.

Der Orthopäde Dr. La. hat dem SG am 08.02.2005 geschrieben, im aktuellen Zustand nach Hüftimplantation rechts und intensiver physikalischer Therapie benenne der Kläger noch immer belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen rechtsseitig. In diesem aktuellen Zustand sei er arbeitsunfähig und auf dem Arbeitsmarkt nicht vermittelbar.

Ausweislich des beigefügten Reha-Entlassberichts aus den Ruhlandkliniken W., wo sich der Kläger nach der Implantation der Hüftprothese rechts vom 03.11.2004 bis 01.12.2004 stationär aufgehalten hatte, wurden dort die Diagnosen eines Zustandes nach Hüftimplantation und

Depression mit Verdacht auf Somatisierungstendenz benannt. Der Kläger war als arbeitsunfähig entlassen worden. Hier heißt es in der sozialmedizinischen Epikrise: Beim Kläger standen die Schmerzen, muskulären Verspannungen und Funktionseinschränkungen im Vordergrund seiner Beschwerden. Nach den physiotherapeutischen Maßnahmen sei es auch nach drei Wochen zu keinem befriedigenden Behandlungsergebnis gekommen. Der Kläger benenne nach wie vor Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule sowie im Bereich beider Kniegelenke. Von orthopädischer Seite fänden sich aber keine die Beschwerden des Versicherten erklärenden Funktionseinschränkungen. Vielmehr stehe eine depressive Erkrankung mit deutlicher Somatisierungstendenz im Vordergrund. Leichte körperliche Tätigkeiten seien weiterhin vollschichtig möglich, die Entlassung erfolge nur zunächst als arbeitsunfähig. Mit Aufnahme einer zumutbaren Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei nach einer Zeit von vier Monaten postoperativ zu rechnen.

Ein Arztbericht aus dem K.hospital vom 01.04.2005 benennt als Diagnose ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen. Die durch bildgebende Maßnahmen ausgewiesenen degenerativen Veränderungen könnten das chronische und sehr intensiv empfundene Beschwerdebild nicht erklären. Ein Indikation zu einer operativen Maßnahme bestehe nicht.

Das SG hat daraufhin Gutachten über den Kläger in Auftrag gegeben.

Dr. Be., Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Rehabilitationswesen kam in seinem nervenärztlichen Gutachten über den Kläger vom 15. Juni 2005 zu dem Befund chronisch belastungsabhängiger Nackenschmerzen aufgrund degenerativer Veränderungen, belastungsabhängigen Kreuzschmerzen, einer funktionell nicht relevanten Gefühlsstörung an der Wange und Schläfe rechts nach einer Kieferhöhlenoperation im Jahr 1998, episodischen halbseitigen Kopfschmerzen rechts und leichter chronischer Depression (Dysthymie) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Konzentrische Gesichtsfeldausfälle beidseits seien neurologisch nicht objektivierbar und auch neurologisch organisch nicht erklärbar. Weiter bestünden Hüftschmerzen, ein Schonhinken rechts nach Implantation einer Hüftgelenkstotalendoprothese im Jahr 2004. Aufgrund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und intermittierenden Wurzelreizungen könne der Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten im Wechsel verrichten, wobei die Tätigkeit überwiegend im Sitzen erfolgen müsse. Einschränkungen, die im Einzelnen benannt werden, seien zu beachten. Aus nervenärztlicher Sicht könne der Kläger mindestens sechs Stunden täglich tätig werden und betriebsunübliche Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich. Aus nervenärztlicher Sicht sei der Kläger in der Lage, viermal täglich einen Fußweg von 500 m zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Mit der Leistungsbeurteilung im neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. B. werde im Wesentlichen übereingestimmt. Im Gegensatz zur Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. Le., sei die Depression bei der gutachterlichen Untersuchung nicht so ausgeprägt gewesen, wie sie Dr. Le. beschrieben habe.

Dr. von St., Leitender Oberarzt der Abteilung Orthopädie-Traumatologie im KKL-K. erstattete am 30.09.2005 ein fachorthopädisches Gutachten über den Kläger. Dr. von St. beschrieb im körperlichen Untersuchungsbefund, dass das Be- und Entkleiden unter deutlicher Schmerzäußerung, jedoch zügig und flüssig vor sich gegangen sei. Der Kläger sei mit konventionellen Straßenschuhen und einem links getragenen Handstock erschienen. Das Muskelrelief zeige eine mäßige Atrophie der Unter- und Oberschenkelmuskulatur rechts, das Gangbild kleinschrittig und vorsichtig, ansonsten normal. Ein ausgeprägtes Schonhinken der rechten Seite liege nicht vor. Die Röntgenaufnahmen zeigten einen unauffälligen Zustand der rechten Hüfte nach Implantation einer zementfreien Hüftendoprothese rechts. Der Kläger habe einen deutlich übergewichtigen Ernährungszustand, eine wesentliche Fehlhaltung der Lendenwirbelsäule sei nicht erkennbar. Allerdings sei die Muskulatur massiv tonuserhöht und die Beweglichkeit eingeschränkt. Im Zeitverlauf der letzten fünf Jahre sei kein wesentliches Fortschreiten der degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule festzustellen. Im Bereich der Halswirbelsäule liege eine mäßige Muskelverspannung vor. Die Beweglichkeit sei in allen Ebenen frei und nicht wesentlich schmerzhaft, röntgenologisch fänden sich auch nur geringe degenerative Veränderungen. Zusammenfassend sei festzustellen, dass auf orthopädischem Fachgebiet mehrere Krankheiten vorlägen, die das Leistungsvermögen aus orthopädischer Sicht in qualitativer Hinsicht limitierten und einschränkten. Diese seien: ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom mit Bandscheibendegeneration, ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit Muskelverspannung, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung beider Schultergelenke, Zustand nach Implantation einer Hüft-Total-Endoprothese rechts im Oktober 2004 mit regelrechtem Sitz der Prothesenteile ohne Lockerungszeichen, belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits und subjektive Beschwerden im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes. Aus orthopädischer Sicht seien mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten mit über 8 kg zu vermeiden. Verrichtbar seien dagegen leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder stehender, gehender und sitzender Arbeitsposition, welche gewechselt werden müsse. Der Kläger sei wegefähig, es bestünden aus orthopädischer Sicht keine Gründe, keine öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen und auch das Führen eines geeigneten Fahrzeuges sei nicht limitiert.

Das SG hat die Klage darauf mit Urteil vom 13.12.2005 abgewiesen. Es hat sich zu seiner Entscheidung auf die erhobenen Gutachten gestützt, wegen der weiteren Einzelheiten des Urteils wird ergänzend auf dessen Entscheidungsgründe verwiesen.

Gegen das am 23.01.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20.02.2006 Berufung eingelegt. Er hat geltend gemacht, seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit habe nicht dem Niveau entsprochen, auf welchem er vorher gearbeitet habe. Deswegen sei fraglich, ob er, wie das SG meine, auf den gesamten Arbeitsmarkt verweisbar sei. Auch müsse der medizinische Sachverhalt weiter aufgeklärt werden. Im Erörterungstermin vom 06.06.2006 hat der Kläger Sehschwierigkeiten benannt. Er hat gebeten, Augenärztin und Urologen ergänzend zu befragen.

Der Facharzt für Urologie G. hat dem Senat am 06.07.2006 schriftlich als sachverständiger Zeuge mitgeteilt, er behandle den Kläger seit Dezember 2004 wegen einer Reizblase infolge Prostatahypertrophie und Prostatitis. Durch diese Erkrankung komme es beim Kläger immer wieder zu einer Symptomatik, welche ein vermehrtes Aufsuchen der Toilette notwendig mache. Tätigkeiten in kalter Umgebung seien zu vermeiden, um die Reizsymptomatik der Harnblase nicht zu verschlechtern. Einschränkungen körperlicher Arbeiten seien mit der urologischen Erkrankung nicht verbunden. Eine unmittelbare Gefährdung seiner Gesundheit durch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe nicht, jedoch sollten Arbeiten in kalter Umgebung vermieden werden.

Die behandelnde Ärztin für Augenheilkunde des Klägers Z. hat dem Senat am 25.07.2006 mitgeteilt, der Kläger habe eine leichte Visusreduktion, Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit sowie eine Gesichtsfeldeinschränkung. Als Maschineneinrichter könne er nicht mehr arbeiten, da er durch seine Visusminderung und Gesichtsfeldeinschränkung zu lange brauche, um sich an einer Maschine zu orientieren. Tätigkeiten, die keine Schnelligkeit in der Reaktion und keine extreme Genauigkeit im Nahbereich erforderten wie z. B. der Beruf des Pförtners in einem Krankenhaus seien weiterhin möglich. Zu vermeiden seien Tätigkeiten an schnell laufenden Maschinen oder Gerüsten.

Seitens der Augen bestünden keine weiteren Einschränkungen. Diese Arbeit könne allenfalls vierstündig ausgeübt werden. Denn selbst bei leichter Tätigkeit müsse er stets eine erhöhte Konzentration und Aufmerksamkeit erbringen und den Kopf ständig mitbewegen, um einen Vorgang oder eine Sache vollständig zu erfassen. Dieses ermüde überdurchschnittlich stark. Das Führen eines eigenen PKW sei nicht möglich.

Der Internist und Sozialmediziner Dr. R.-W. hat für die Beklagte daraufhin am 18.08.2006 die Stellungnahme abgegeben, dass weder die Diagnose einer Gesichtsfeldeinschränkung noch die daraus gezogenen sozialmedizinischen Folgerungen nachvollziehbar seien. Es liege auf augenärztlichem Fachgebiet keine Erkrankung vor, die eine Minderung der Gesichtsfelder erklären könnte. Die Augenärztin diagnostiziere weder eine Schädigung der Sehnerven noch eine Schädigung der Netzhaut. Der geltend gemachte Tunnelblick (konzentrische Einengung des Sehens in einem Winkelbereich von 20 Prozent) komme nur bei bestimmten Augenerkrankungen vor, die der Kläger nicht habe. Auch weitere Ursachen wie z. B. Alkoholmehrkonsum träfen nicht zu. Die üblichen Methoden zur Überprüfung des Gesichtsfeldes seien abhängig von der Mitarbeit des Probanden, im augenärztlichen Vorbefund des Dr. Sch. aus P. vom September 1999, welcher im Rahmen von Kopfschmerzabklärungen eine ganze Reihe von Untersuchungen durchgeführt habe, habe die Perimetrie ein reguläre Außengrenzen ohne Hinweis auf eine Schädigung der Sehbahnen gezeigt. Dort war die Sehbelastung rechts ohne Korrektur 100 % und links ohne Korrektur 90 %. Die Untersuchung habe hinsichtlich des Zusammenspiels beider Augen keinen Hinweis auf latentes Schielen erbracht. Deswegen sei der Kläger damals auch für in jedem Beruf vollschichtig arbeitsfähig eingestuft worden. Deswegen müsse die Aussage, dass eine konzentrische Einschränkung der Gesichtsfelder beider Augen auf 20 % vorliege, angezweifelt werden. Aber selbst wenn dem so sei, resultiere hieraus lediglich die Eingrenzung auf Tätigkeiten an überschaubaren Arbeitsplätzen ohne Gefährdung und Störung durch Maschinen oder sonstige sich rasch bewegende Teile im Bereich der Peripherie dieses Arbeitsplatzes. Bekanntlich sähen auch Gesunde nur in einem kleinen Bereich scharf. Deswegen müssten alle Kopfbewegungen durchführen, um einen Text zu lesen, der auf einer Papierseite oder auf einem Bildschirm stehe oder um Gegenstände scharf erkennen zu können, die im Greifraum lägen. Hierdurch sei weder die Wirbelsäule noch das Konzentrationsvermögen übermäßig beansprucht. Daher könne eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens hieraus nicht abgeleitet werden.

Der Kläger hat noch einen Bericht über eine Behandlung in der orthopädischen Klinik M. vorgelegt, wo er sich am 04. und 05.09.2006 stationär aufgehalten hat. Eine Diskographie führte zu dem Ergebnis, dass eine Spondylodese L5/6 zu empfehlen sei, ggf. müsse an die Implantation einer Bandscheibenprothese gedacht werden. Er hat zudem einen Bericht über eine stationäre Behandlung in der R.Klinik für Orthopädie, Neurologie und Schmerztherapie, wo er sich vom 18.10.2006 bis 01.11.2006 stationär aufhielt, vorgelegt. Im Entlassbefund heißt es, es habe eine Schmerzreduktion an der Hals- und Lendenwirbelsäule erreicht werden können. Eine Akzentuierung des Schmerzbildes durch die beruflich-soziale Situation habe nicht ausgeschlossen werden können.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 13. Dezember 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 8. Juli 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. Oktober 2004 aufzuheben und ihm Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung seit dem 01.02.2004 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf die Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Das Sozialgericht hat in seinem Urteil zutreffend dargelegt, nach welchen Rechtsvorschriften das Rentenbegehren des Klägers zu beurteilen ist, und weshalb ihm Rente danach nicht zusteht. Der Senat nimmt daher auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist, insbesondere im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Beteiligten und die im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen bei den behandelnden Ärzten Dres. G. und Z. sowie die Stellungnahme von Dr. R.-W. und den vorgelegten Entlassbericht aus der R.-Klinik, anzumerken:

Erkrankungen aus dem Bereich der Somatisierungsstörungen mit chronischem Schmerzerleben wie beim Kläger zeichnen sich durch subjektiv empfundene Beschwerden bei objektiv wenig habhaften organischen Befunden aus. Inwieweit das von einem Versicherten beklagte Ausmaß der Erkrankung geeignet ist, auch tatsächlich in erheblichen und dauerhaften Leistungseinschränkungen bei den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu resultieren, ist daher im Regelfall nur schwer festzustellen. Dabei hat der Senat auch zu berücksichtigen, dass von Schmerzkrankungen geplagte Versicherte im Regelfall dazu neigen, sich Schonung zukommen zu lassen, so dass auch ihre oft begrenzten Alltagsaktivitäten, sozialen Kontakte und Haushaltsarbeiten bei manchmal sekundärem Krankheitsgewinn nur eingeschränkt Auskunft über den Ausprägungsgrad ihres Restleistungsvermögens geben können.

Der Senat stützt sich für seine Leistungseinschätzung, dass dem Kläger leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes von mehr als sechs Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche noch zumutbar sind, wie das SG auf die von Amts wegen in Auftrag gegebenen Gutachten der Dres. Be. und von St. und den damit korrelierenden Entlassbericht aus der Rehabilitationsmaßnahme in den Ru.Kliniken W ... Das Gutachten von Dr. Be., der als Psychiater und Fachmann für das Rehabilitationswesen besonders geeignet ist, die Auswirkungen von

Schmerzerkrankungen und psychischen Beeinträchtigungen zu beurteilen, ist schlüssig, dem Senat nachvollziehbar und gut begründet. Der Gutachter Dr. Be. hat neben dem psychischen und neurologischen Befund auch den Lebenskontext und das Alltags- bzw. Freizeitverhalten des Klägers ermittelt. Dabei hat er gut herausgearbeitet, dass die von der Augenärztin Dr. Z. als die Arbeitskraft des Klägers limitierend beschriebenen Gesichtsfeldeinschränkungen vom Kläger gar nicht bemerkt und deswegen auch nicht als belastend wahrgenommen worden sind. Gleichzeitig hat Dr. Be. bei der Gutachtenstellung den Zweck der Untersuchung und Vorstellung des Klägers im Auge behalten, nämlich den von ihm nach mittlerweile fast zehn Jahren der Krankheit bzw. Arbeitslosigkeit geltend gemachten Anspruch auf Rente, so dass er die Angaben des Klägers mit der notwendigen kritischen Distanz hinterfragt hat. Das ist notwendig, weil die Gutachtensituation für ein sozialgerichtliches Verfahren im Gegensatz zur ärztlichen Untersuchung zur Behebung von Beschwerden ihrer unterschiedlichen Zielrichtung entsprechend zu mehr oder weniger zu hinterfragenden Angaben des Patienten bzw. Klägers führen kann. Typisch sind dafür etwa die von Dr. B. im früheren Rentenverfahren festgestellten unspezifischen, vagen Beschwerdeschilderungen bei fehlender Reproduzierbarkeit eines einmal genannten Schmerzempfindens oder eine fehlende Beweglichkeit, die an anderer Stelle problemlos möglich ist. So findet sich auch noch im Entlassbericht aus der R.-Klinik ein Hinweis auf eine durch die soziale Situation des Klägers bedingte Akzentuierung der Schmerzschilderung. Die Gutachter Dres. Be. und von St. sind aufgrund der von ihnen durchgeführten Untersuchungen daher in nachvollziehbarer Weise zu dem Ergebnis gelangt, dass beim Kläger keine derart starke körperliche oder seelische Beeinträchtigung vorliegt, als dass vollschichtiges Arbeiten nicht mehr möglich wäre.

Diese Gutachtenergebnisse stimmen sowohl mit der Vorbegutachtung durch Dr. B. als auch mit der Leistungseinschätzung im Entlassbericht aus der Reha-Maßnahme in den Ru.kliniken W. überein. Diese Stellungnahme ist für den Senat besonders aussagekräftig, weil der Kläger in dieser Klinik während vier Wochen postoperativ zur Behandlung und Untersuchung verweilte, so dass die Beurteilung seines Leistungsvermögens nicht auf einer je nach Tagesform besseren oder schlechteren augenblicklichen Situation erfolgte, sondern aufgrund einer gründlichen und langdauernden Beobachtungszeit. Außerdem konnte sich der Senat wegen der Ausrichtung der Klinik auf neurologische und orthopädische Erkrankungen ein vollständigeres Bild auch der somatischen Beschwerdeseite und der Folgen der Hüfttotalendoprothesen-Operation machen. In der sozialmedizinischen Epikrise wird nach Abklingen der akuten Operationsfolgen eine Belastbarkeit für leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung und daher in Übereinstimmung mit dem Gutachtenergebnis der Dres. Be. und von St. für möglich gehalten, was auch den Senat überzeugt, denn der Kläger konnte ausweislich des Abschlussbefundes nach der Rehabilitationsmaßnahme wieder sicher gehen, hatte eine freie Beweglichkeit der Knie und Lenden- und Halswirbelsäule ohne Schmerzausstrahlung in die Beine. So zeigt auch der Reha-Entlassbericht von orthopädischer Seite keine die Beschwerden des Klägers erklärende Funktionseinschränkungen. Damit stimmt auch der Bericht aus dem K.hospital vom 01.04.2005 überein, wo ebenfalls chronischer Schmerz ohne organische Ursache diagnostiziert worden war und korreliert mit dem Gutachtenergebnis des Orthopäden Dr. R. im ersten Rentenverfahren. Der neu vorgelegte Bericht aus der R.-Klinik zeigt einen behandlungsbedürftigen Bandscheibenbefund, der mit einer Operation beherrbar ist bzw. bei akuten Beschwerden zu Arbeitsunfähigkeitszeiten führen würde. Erwerbsunfähigkeit ist mit einem solchen Befund nicht verbunden, das ergibt sich auch nicht aus dem vorgelegten Bericht.

Die festgestellte Somatisierung dagegen hat keinen erheblichen, das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zeitlich limitierenden Krankheitswert, wie sich aus dem Gutachten von Dr. Be. ergibt. Dr. Be. stimmt mit seinem Gutachtenergebnis mit der im ersten Rentenverfahren von der Beklagten beauftragten Nervenfachärztin Dr. H. und dem vom SG beauftragten Neurologen und Psychiater Dr. B. überein, wo der Kläger mehrmals durch eine derart überzeichnende Beschwerdeschilderung aufgefallen war (so auch der Entlassbericht aus der R.-Klinik), dass Dr. H. vom Bild eines in unbeobachteten Momenten Gesundwirkenden und Dr. B. von grotesker Theatralik gesprochen hatte. Soweit der behandelnde Nervenfacharzt Dr. Le. dagegen nur ein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden für zumutbar angesehen hat, ist dessen Aussage nicht geeignet, die Überzeugungskraft des Gutachtenergebnisses von Dr. Be. zu erschüttern oder zu weiteren Ermittlungen Anlass zu geben. Dr. Lehmann hat den Kläger in den Jahren 2004 und 2005 insgesamt nur fünfmal gesehen. Er berichtete unter dem Eindruck des vor ihm sitzenden Klägers, der schwach und antriebslos wirke. Inwieweit die weiteren genannten Diagnosen von Dritten übernommen wurden oder aufgrund welcher Anamneseerhebungen und Befunde sie ggf. selbst abgeleitet worden sind, blieb dabei ebenso offen wie die Frage, warum ein Leistungsvermögen bis unter sechs Stunden, nicht aber über sechs Stunden benannt wurde. Hier ist der zeitliche Unterschied so marginal, dass sich eine differenzierende Erläuterung aufgedrängt hätte. Dr. Le. ist nicht häufig konsultiert worden, was gegen einen erheblichen seelischen Leidensdruck des Klägers spricht. Fraglich ist daher, inwieweit der behandelnde Nervenfacharzt die Angaben des Klägers kritisch auch in Hinblick auf das laufende Rentenverfahren hinterfragt hat. Der Senat sieht keinen Anlass, beim Dipl.-Psych. Lu. einen ergänzenden Bericht einzuholen. Abgesehen davon, dass Herr Lu. offenbar kein Arzt, sondern Psychotherapeut ist, hält der Senat den Sachverhalt auf psychiatrisch-nervenärztlichem Gebiet für aufgeklärt und neue Erkrankungen bzw. Verschlechterungen sind nicht vorgetragen worden.

Der behandelnde Internist Dr. E. und der Urologe G. haben keine wesentlichen Leistungseinschränkungen für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes benannt. Die von der Augenärztin Z. angenommene Beschränkung zumutbarer Beschäftigung auf vier Stunden am Tag mit zehn Minuten Pause pro Stunde wird vom Senat in Übereinstimmung mit der Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. R.-W. nicht geteilt. Das SG hatte in seinem Urteil bereits, wie der Senat meint in zutreffender Weise, dargestellt, warum die diagnostizierten Gesichtsfeldausfälle weder einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente begründen noch zu weiteren Ermittlungen Anlass geben. Denn zum einen hat der Kläger, wie oben bereits dargestellt, selbst keine Einschränkungen seiner Sehfähigkeit in Bezug auf das Gesichtsfeld beobachtet, fühlt sich also subjektiv nicht beeinträchtigt. Im Erörterungstermin ist auf Nachfrage der Berichterstatterin auch deutlich geworden, dass der Kläger keine Sehschwierigkeiten beim Fernsehen oder Lesen oder Autofahren hat. Die von ihm geschilderten "Punkte" haben nichts mit einer Gesichtsfeldeinschränkung zu tun, denn diese wirkt sich durch eine verengte Wahrnehmung des Umfelds aus. Da die von Frau Z. durchgeführten Untersuchungen abhängig von der Mitarbeit des Patienten sind und der Kläger durch das gesamte Verfahren mit fehlender Compliance und überzeichneten Beschwerdeschilderungen bei objektiv wenig habhaften Krankheiten aufgefallen ist, stellt sich für den Senat die Frage, inwieweit die von Frau Z. benannten, vom Kläger angegebenen Störungen tatsächlich vorhanden sind. Der Senat folgt insoweit der Einschätzung von Dr. R.-W., dass die Diagnose einer Gesichtsfeldeinschränkung und die daraus gezogenen sozialmedizinischen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar sind und verweist ergänzend auf dessen medizinische Ausführungen.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2006-11-21