

L 11 R 1422/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 3350/05
Datum
21.12.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 1422/07
Datum
22.06.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Dezember 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1953 geborene und aus Italien stammende Klägerin hat keinen Beruf erlernt. Nach ihrem Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1966 war sie zwischen 1967 und Januar 2003 mit Unterbrechungen als Arbeiterin, zuletzt als Löterin in einem Elektronikunternehmen, versicherungspflichtig beschäftigt. Seit Januar 2005 arbeitet sie mit 20 Wochenstunden als Küchenkraft in der Schulmensa der Grund- und Hauptschule M ...

Nach einem im Jahr 2000 durchgeführten Heilverfahren in der Schlossklinik B. B. führte die Klägerin die nächste Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum vom 19. August 2004 bis 9. September 2004 in der (rheumatologisch ausgerichteten) Reha-Klinik am Kurpark B. K. durch. Die Entlassung erfolgte arbeitsfähig (Diagnosen: 1. rezidivierendes dynamisch-myalgisches Cervicocephal- und Lumbalsyndrom bei WS-Degeneration; 2. rezidivierende depressive Episoden mit Spannungskopfschmerz; 3. arterielle Hypertonie; 4. Adipositas, Hypercholesterinämie; 5. Struma diffusa, thyroxinsubstitutionspflichtig). Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Beachtung qualitativer Einschränkungen werde vollschichtig für zumutbar erachtet. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte den Rentenanspruch der Klägerin vom 7. Oktober 2004 mit Bescheid vom 12. Oktober 2004 ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung und auch keine Berufsunfähigkeit vorliege.

Zur Begründung ihres dagegen eingelegten Widerspruchs machte die Klägerin geltend, sie leide unter Kopfschmerzen und massiven Wirbelsäulenproblemen und sei bereits nach einer Arbeitszeit von vier Stunden so erschöpft, dass sie keinesfalls länger arbeiten könne. Die Beklagte holte hierauf einen Befundbericht der Ärztin für Neurologie Dr. von F.-P. und eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. N. ein und wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2005 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 6. Juni 2005 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) mit der Begründung erhoben, aus ihrer Sicht seien allenfalls Teilzeittätigkeiten möglich. Sie habe im Januar 2005 bei der Stadt E. eine Teilzeitbeschäftigung aufgenommen und sei in der Mensa einer Grund- und Hauptschule bei der Essensausgabe täglich von 10 bis 14 Uhr tätig. Der mit der Klage geltend gemachte Anspruch werde daher auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beschränkt (Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 7. September 2005, Bl. 22 der SG-Akte).

Das SG hat zunächst die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen gehört.

Dr. R., Facharzt für Orthopädie, hat die zwischen März und September 2005 erhobenen Befunde mitgeteilt (Bericht vom 19. Oktober 2005). Aus orthopädischer Sicht könnten leichte Arbeiten ganztags verrichtet werden.

Dr. von F.-P. hat über Behandlungen der Klägerin seit Oktober 2004 berichtet und eine schwere Depression beschrieben (Bericht vom 18. Oktober 2005). Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könnten der Klägerin noch mindestens sechs Stunden täglich zugemutet werden.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG das orthopädische Gutachten des Dr. R. vom 25. Januar 2006 mit Stellungnahme vom 24. Juli 2006 eingeholt. Dr. R. kam zu dem Ergebnis, eine gewisse Wechselbeziehung der psychischen Problematik und der körperlichen Problematik sei zweifelsohne gegeben, doch seien die orthopädisch definierten Diagnosen objektivierbar und wären weitestgehend auch ohne psychische Probleme relevant. Die berufliche Leistungsfähigkeit sei aktuell erheblich eingeschränkt durch die schmerzhaftes Symptomatik im Bereich der LWS-Gesäß-Oberschenkelregion linksbetont im Rahmen des Hohlkreuz-LWS-ISG-Syndroms. Hierdurch bestehe eine massive Einschränkung für Tätigkeiten im Stehen, Gehen (zeitlich) und für Bücken/Tragen/Rumpffehlhaltungen. Die cervikale, insbesondere die cervicobrachiale Symptomatik erlaube keine längerdauernden Arbeiten über Schulterhöhe, schränke auch gleichförmige Arbeiten nach vorne/unten deutlich ein und verlange wechselnde Beanspruchung der cervicobrachialen Muskelkette. Die Störungen der Hände, des linken Knies und des linken Vorfußes machten sich im Vergleich zu den anderen Störungen nur geringfügig bemerkbar, so etwa bei andauernder fein- oder grobgriffiger Tätigkeit der Hände oder häufigem Treppensteigen oder Arbeiten in der Hocke. Für alle beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen sei die Besserungsmöglichkeit unter angemessener therapeutischer Strategie "im Laufe von einigen Monaten" zumindest zu vermuten, auch wenn die Wirbelsäulenproblematik wohl kaum vollständig zu beheben sein werde. Die Klägerin sei in ihrer letzten Berufstätigkeit als Montagearbeiterin sowohl wegen der lumbalen als auch wegen der cervicalen Problematik arbeitsunfähig. Die aktuelle Tätigkeit sei wegen der sich nach vier Stunden unzumutbar verstärkenden Kreuzschmerzen auf bis vier Stunden begrenzt möglich. Leichte Tätigkeiten in (überwiegend selbstgewählter) wechselnder Körperhaltung könnten noch vier bis unter sechs Stunden täglich an fünf Wochentagen zugemutet werden.

Die Beklagte hat dazu die sozialmedizinischen Stellungnahmen der Dr. H. vom 3. Juli 2006 und des Dr. B. vom 19. September 2006 vorgelegt. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse sei von einer qualitativen, allerdings keiner quantitativen Belastbarkeitsminderung der Lendenwirbelsäule (LWS) auszugehen, zumal die Behandlungsmaßnahmen keineswegs als ausgeschöpft anzusehen seien. Das aktuelle Leistungsvermögen der Klägerin werde von Dr. R. selbst nur als vorübergehend und nicht von Dauer angenommen, zumal er von einer Besserung innerhalb von einigen Monaten (unter einem halben Jahr) ausgehe.

Mit Urteil vom 21. Dezember 2006, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 14. März 2007 zugestellt, wies das SG die Klage ab. Nach Überzeugung der Kammer sei die Klägerin mit gewissen Funktionseinschränkungen noch in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Mit diesem Leistungsvermögen sei sie auch nicht teilweise erwerbsgemindert. Sowohl Dr. von F.-P. als auch Dr. R. hielten die Klägerin noch für fähig, mindestens sechs Stunden pro Tag leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Der Einschätzung von Dr. R. habe sich die Kammer nicht anschließen können, denn der Gutachter habe selbst deutlich gemacht, dass er eine konsequente Therapie am Wohnort sowie gegebenenfalls eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme als sinnvoll ansehe, bevor über die Restbelastbarkeit entschieden werde, wobei er von einer Besserung "im Laufe einiger Monate" ausgehe. Damit sei jedenfalls eine dauerhafte Einschränkung des Leistungsvermögens in rentenberechtigendem Ausmaße nicht zur Überzeugung der Kammer dargetan. Zu berücksichtigen sei auch, dass der Gutachter insbesondere die jetzige Tätigkeit der Klägerin in der Essensausgabe in einer Grundschule zugrunde lege. Unabhängig von der Frage, ob die Klägerin für diese Tätigkeit Berufsschutz genieße, sei dieses Berufsbild vorliegend nicht geeignet, als Bezugsgröße herangezogen zu werden. Maßstab für die Klägerin seien vielmehr leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, für welche ein vollschichtiges Leistungsvermögen von den behandelnden Medizinern ausdrücklich bestätigt worden sei. Wenn nach den Darlegungen des Dr. R. überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten auf bis vier Stunden begrenzt möglich seien, bedeute dies, dass sitzende Tätigkeiten und Tätigkeiten im Wechsel zwischen stehend/gehend/sitzend auch darüber hinaus möglich seien. Auch eine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit liege nicht vor, da die Klägerin keine Berufsausbildung abgeschlossen habe und in ungelernten Tätigkeiten versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sei, weshalb sie auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden könne.

Hiergegen hat die Klägerin am 19. März 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung verweist sie auf die Feststellungen des Dr. R. Das Gericht hätte sich auch zu weiterer Sachaufklärung vor allem auf nervenärztlichem Fachgebiet gedrängt fühlen müssen, zumal im Entlassungsbericht der Reha-Klinik am K. ausdrücklich auf eine chronisch rezidivierende Depression hingewiesen worden sei. Mit der von ihr ausgeübten Tätigkeit sei ihre Belastungsgrenze erreicht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Dezember 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 12. Oktober 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Oktober 2004 zu gewähren, hilfsweise noch ein nervenärztliches Gutachten von Amts wegen, hilfsweise gemäß § 109 SGG einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat zunächst die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen befragt.

Mit Bericht vom 6. Juni 2007 hat Dr. R. die bei der Klägerin in der Zeit von Januar 2003 bis Februar 2007 erhobenen Befunde und Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben sowie die festgestellten Diagnosen mitgeteilt. Grundlegende Änderungen seien nicht eingetreten. Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könne die Klägerin noch sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche ausüben.

Dr. von F.-P. hat mit Bericht vom 12. Juni 2007 ausgeführt, die Klägerin habe sich von Oktober 2004 bis Juli 2006 ca. alle sechs Wochen vorgestellt. Unter der medikamentösen Therapie habe sich die Depression wesentlich gebessert, auch hätten die körperlichen Symptome nachgelassen. Der weitere Verlauf sei nicht bekannt. Aus ihrer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Hausärztin Dr. M. hat unter Beifügung weiterer Arztunterlagen die bei der Klägerin festgestellten Gesundheitsstörungen mitgeteilt (Bericht vom 11. Juli 2007). Die Depression habe sich durch schwere Schicksalsschläge in den vergangenen Jahren verschlechtert.

Für die Beklagte hat sich Dr. B. in der ärztlichen Stellungnahme vom 7. August 2007 dahingehend geäußert, nach der Aussage der behandelnden Fachärzte könne die Klägerin leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Die Hausärztin nenne ausschließlich Diagnosen, aber keine klinischen Untersuchungsbefunde, aus denen allein sich eine eventuelle funktionelle Beeinträchtigung nachvollziehbar ableiten ließe. Eine Aussage zum Leistungsvermögen mache die Hausärztin nicht. Auch aus den weiter vorgelegten Arztberichten ergäben sich deshalb keine neuen medizinischen Gesichtspunkte.

Der Senat hat anschließend die Auskunft der Stadt E. vom 19. November 2007 eingeholt. Die Klägerin könne die Tätigkeit unbeeinträchtigt und vollwertig ausüben und sei noch nie krank gewesen.

Die Klägerin hat daran festgehalten, dass ihr die 20-stündige Tätigkeit nur mit Mühe möglich sei.

Mit Bescheid vom 9. Juli 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2007 hat die Beklagte die Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt. Hiergegen hat die Klägerin vor dem SG Klage erhoben (Az. S 8 R 9131/07). Das SG hat das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten des Oberarztes und Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie K., M.-Klinik Z., vom 20. Februar 2009 nach Untersuchung am 17. Oktober 2008 eingeholt, das die Klägerin auf Aufforderung in vorliegendem Rechtsstreit vorgelegt hat. Darin hat Arzt K. ausgeführt, die bei der Klägerin schon seit Jahrzehnten bestehende Dysthymie habe sich in den letzten Jahren in eine chronische Depression gewandelt. Eine stationäre Behandlung in einem Akutkrankenhaus sei zu empfehlen.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie K. am 7. April 2008 mit der Erstattung eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens beauftragt worden. Nach der Untersuchung der Klägerin am 13. Mai 2008 durch Dr. W., die anschließend längerfristig erkrankt ist, hat Herr K., der die Untersuchung durch Dr. W. supervidiert und die Klägerin am 17. Oktober 2008 im Verfahren S 8 R 9131/07 untersucht hat, im Gutachten vom 20. März 2009 ausgeführt, bei der Klägerin liege eine Erschöpfungsdepression auf Basis einer Dysthymie vor. Inzwischen habe sich schleichend eine regelrechte Depression ausgebildet. Hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit werde die Klägerin am stärksten durch die rasche Ermüdbarkeit sowie die Konzentrationsschwierigkeiten beeinträchtigt. Die Reduzierung der täglichen Arbeitszeit auf vier Stunden entspreche der aktuellen Leistungsfähigkeit der Klägerin. Für leichte Tätigkeiten sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von einer Leistungstätigkeit zwischen vier und fünf Stunden täglich auszugehen. Aufgrund der raschen Ermüdbarkeit sei eine Pause von etwa 20 Minuten nach der Hälfte der Arbeitszeit erforderlich. Aus der Schilderung einer schleichenden Verschlechterung seit dem Jahr 2006 sowie einer deutlichen Verschlimmerung in den vergangenen zwölf bis 18 Monaten sei davon auszugehen, dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit mindestens seit Ende 2007 bestehe.

Diesem Gutachten ist die Beklagte nicht gefolgt und hat die Stellungnahme des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. W. vom 5. Mai 2009 vorgelegt. Dieser hat darauf hingewiesen, dass aus dem Gutachten nicht abzuleiten sei, warum die zeitliche Beschränkung sich auch auf leichte Tätigkeiten beziehe. Denn bei einer leichteren Tätigkeit ermüde man üblicherweise weniger schnell. Bisher erfolge keine leitliniengerechte medikamentöse Schmerztherapie, auch eine höherfrequente nervenärztliche Betreuung finde nicht statt und die Klägerin plane erst zum Zeitpunkt des Gutachtens eine ambulante Psychotherapie.

Der Senat hat daraufhin von Amts wegen das nervenärztliche Gutachten des Dr. H. vom 23. Juni 2009 eingeholt. Dieser ist zum Ergebnis gekommen, die Klägerin leide an einer leichten depressiven Episode. Die Klägerin habe sich deutlich depressiver geschildert, als dies fassbar gewesen sei. Die Klägerin sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Die Ausführungen des Arztes K. zum unvollständigen Leistungsvermögen seien nicht nachvollziehbar. Die von ihm beschriebene nach kurzer Zeit deutlich nachlassende Aufmerksamkeit und Konzentration habe sich nicht feststellen lassen. Es sei flüssig und konzentriert berichtet worden. Aufgrund der jetzigen Befunde sei vom Vorliegen eines vollschichtigen Leistungsvermögens auszugehen.

Hierzu hat die Klägerin ausgeführt, die Untersuchung bei Dr. H. sei nicht ordnungsgemäß gewesen, da er sie maximal 30 Minuten untersucht habe. Die Beurteilung einer leichten Depression stehe im Gegensatz zu den von ihr geschilderten Befunden in Form von Migräne, Herzklopfen und Panik. Diese Symptome habe Dr. H. nicht gewürdigt.

Auf Antrag der Klägerin hat der Sachverständige K. mit Schreiben vom 14. Oktober 2009 ergänzend Stellung genommen. Das Zustandsbild anlässlich der Untersuchung durch Dr. H. unterscheide sich deutlich von seinen im Mai und Oktober 2008 erhobenen Befunden. Da eine affektive Störung Schwankungen unterworfen sei, könne von einer (wenn auch ggfs nur vorübergehenden) Besserung ausgegangen werden. Zweifellos habe zum Zeitpunkt seiner Untersuchungen ein ausgeprägteres depressives Krankheitsbild, das vom Schweregrad als mittelschwer einzustufen gewesen sei, vorgelegen. Er habe damals versäumt, den Schweregrad der depressiven Symptomatik zu benennen. Die reaktive und neurotische Komponente ergebe sich aber aus den Schilderungen der Klägerin.

Dr. B. hat mit Stellungnahme vom 16. November 2009 für die Beklagte ausgeführt, Herr K. äußere sich weder zur Stellungnahme des Dr. W. noch zu den Ausführungen der behandelnden Nervenärztin und der Tatsache, dass offensichtlich nervenärztliche Konsultationen nur sporadisch erfolgten. Die Äußerungen in seinem Gutachten relativierten sich bereits dadurch, dass die zugrundeliegenden Untersuchungen bereits fünf bzw. zehn Monate vor Erstellung des Gutachtens erfolgt seien. Eine solch lange Latenz zwischen Untersuchung und Gutachtenserstellung relativiere die Aussagen im Gutachten zumindest erheblich.

Nachdem sich die Klägerin vom 10. November 2009 bis 15. Dezember 2009 in (akut-) stationärer Behandlung der M.-B.-Klinik befunden hat, hat der Senat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts den diesbezüglichen Entlassungsbericht der Psychol. Psychotherapeutin und Dipl.-Psych. P.-M. mit Prof. Dr. H. vom 4. Januar 2010 beigezogen. Diagnostiziert wurden darin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, degenerative Innenmeniskusläsion links, Gonarthrose links, Struma nodosa, arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie. Bei weiterbestehender Arbeitsbelastung sei die Gefahr einer erneuten depressiven Exazerbation zu befürchten. Es werde daher eine weitere Krankschreibung bis Weihnachten empfohlen.

Die Klägerin hat daraufhin beantragt, ein nervenärztliches Gutachten von Amts wegen, hilfsweise auf ihren Antrag hin, einzuholen.

Dr. B. hat mit Stellungnahme vom 15. Februar 2010 erklärt, wie trotz regelmäßiger vierstündiger täglicher Arbeit eine gegenwärtig schwere depressive Episode angenommen werden könne, erscheine unklar und werde nicht nachvollziehbar erläutert. Eine längerfristige quantitative Leistungseinschränkung bestehe offensichtlich aus Sicht der betreuenden Ärzte ebenfalls nicht, da diese abschließend lediglich eine Krankschreibung bis Weihnachten, also knapp zwei Wochen nach Entlassung, empfohlen hätten.

Schließlich hat der Senat nochmals die behandelnden Ärzte gehört und bei Dr. D. den noch eingegangenen Entlassungsbericht des Assistenzarztes Menekes, Kreiskliniken E., vom 24. März 2010 über die Arthroskopie des linken Kniegelenkes beigezogen.

Hausärztin Dr. D., die die Praxis der Vorgängerin im April 2008 übernommen hat, hat mit Bericht vom 3. März 2010 darauf hingewiesen, dass zeitweise Psychotherapie stattfinde und die Behandlung in der M.-B.-Klinik, in deren Folge sie der Klägerin bis 8. Januar 2010 Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, Linderung gebracht habe. Ansonsten habe sich im Wesentlichen keine Änderung ergeben. Die Klägerin sehe sich nicht in der Lage, länger am Stück zu arbeiten. Beigefügt waren verschiedene Arztbriefe, ua der des Dr. R. vom 6. August 2009 über eine beständige Innenmeniskusläsion und den Bericht des Dr. C., Tagesklinik E., vom 29. Mai 2009 (depressives Syndrom und Somatisierungsstörung bei deutlich reduziertem Konzentrationsvermögen und reduziertem Antrieb), die Arztbriefe der Neurologin und Psychiaterin H. vom 19. Mai 2008 und 7. April 2009 (Empfehlung einer stationären Behandlung in einer psychosomatischen Klinik, wobei die Klägerin es vorgezogen habe, zuerst in Urlaub zu fahren um sich dort zu erholen).

Dipl.-Psych. D. G. hat mit Bericht vom 8. März 2010 über die (in der Muttersprache durchgeführte) Verhaltenstherapie mit der Klägerin seit Mai 2008 berichtet. Bis Juli 2009 habe sie die Klägerin in zwei- bis vierwöchigem Rhythmus gesehen, danach noch jeweils einmal im Oktober 2009, Januar 2010 und Februar 2010. Zu Beginn der Behandlung habe es sich um eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung gehandelt. Nach anfänglicher Verbesserung habe sich durch die schwierigen Umstände eine Stagnation bis Verschlechterung eingestellt.

Nach Auffassung der Ärztin für Psychiatrie S. (Bericht vom 15. April 2010) handele es sich diagnostisch bei der Klägerin, die sie einmal im Januar 2010 und einmal im April 2010 gesehen habe, um eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.1). Sie habe den Eindruck gewonnen, die Klägerin könne leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vier bis fünf Stunden, jedoch keine sechs bis acht Stunden täglich verrichten.

Zum Beweisergebnis hat Dr. B. für die Beklagte mit Schreiben vom 10. Mai 2010 Stellung genommen. Eine ernsthafte Behandlungsmotivation lasse sich aus den Ausführungen der behandelnden Ärztinnen nicht entnehmen. Dies spreche gegen die Annahme eines diesbezüglichen tatsächlichen höhergradigen Leidensdrucks. Eine ambulante adäquate Therapie erscheine zumutbar. Assistenzarzt M., Kreiskliniken E., hat im Entlassungsbericht über die am 24. März 2010 erfolgte Arthroskopie des linken Kniegelenkes berichtet. Postoperativ habe die Klägerin über starke Schmerzen berichtet, die sich unter adäquater Analgesie gebessert hätten. Der weitere Verlauf habe sich regelrecht gestaltet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage mit zutreffender Begründung abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Denn sie hat keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich für die Zeit bis 31. Dezember 2007 nach [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung und für die anschließende Zeit nach [§ 43 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007 ([BGBl. I, 554](#)). Denn gemäß [§ 300 Abs. 1 SGB VI](#) sind die Vorschriften des SGB VI von dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens an auf einen Sachverhalt oder Anspruch anzuwenden, wenn bereits vor diesem Zeitpunkt der Sachverhalt oder Anspruch bestanden hat. Die (aufgehobenen) Bestimmungen der [§§ 43, 44 SGB VI](#) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung finden gemäß [§ 302b SGB VI](#) keine Anwendung, da im vorliegenden Fall ein Rentenbeginn vor dem 1. Januar 2001 nicht in Betracht kommt.

Versicherte haben gemäß [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. gemäß [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (jeweils Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (jeweils Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (jeweils Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) 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. Teilweise erwerbsgemindert sind gemäß [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) 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. Erwerbsgemindert ist gemäß [§ 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.

Zur Überzeugung des Senats steht nach dem Ergebnis der durchgeführten Beweiserhebungen im Gerichtsverfahren fest, dass die Klägerin nicht erwerbsgemindert ist. Denn sie ist noch in der Lage, leichte Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt sich dabei insbesondere auf das Gutachten des Dr. H., den Entlassungsbericht der Reha-Klinik am Kurpark B. K. und die Berichte der behandelnden Fachärzte. Bei der Klägerin liegen zwar Gesundheitsstörungen auf nervenärztlichem und orthopädischem Fachgebiet vor. Diese sind jedoch nicht so ausgeprägt, dass volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Die Klägerin ist noch in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Akkord- oder Nacharbeit, Wechselschicht, Arbeiten unter besonderem Zeitdruck oder mit hohen Ansprüchen an Auffassung und Konzentration sowie mit einer über das normale Maß deutlich übersteigenden besonders hohen Verantwortung mindestens sechs Stunden täglich an fünf Tagen

in der Woche auszuüben. Dabei muss die Klägerin Tätigkeiten, die monotone Haltungen bzw Zwangshaltungen bedingen, Tätigkeiten mit häufigem Knien, Bücken oder Überkopfarbeiten, Tätigkeiten, die zu einer besonderen Belastung der Hände führen und Tätigkeiten, die eine häufige Belastung durch Nässe, Kälte und Zugluft erfordern, meiden.

Im Vordergrund stehen die Erkrankungen auf nervenärztlichem Fachgebiet. Die Klägerin leidet nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. H. an migräneartigen Kopfschmerzen und einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F 32.01). Denn gegenüber Dr. H. hat die Klägerin flüssig und konzentriert berichtet, so dass Dr. H. nachvollziehbar keine Störungen der Konzentration oder des Durchhaltevermögens festgestellt hat. Auch mnestiche Störungen haben nicht vorgelegen. Die Stimmungslage ist während der Untersuchung leicht gedrückt und die affektive Schwingungsfähigkeit leicht vermindert gewesen, wobei die Schwingungsfähigkeit phasenweise auch aufgelockert gewesen ist. Der Antrieb ist leicht reduziert gewesen. Deshalb sind weder die Kriterien einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode noch die Kriterien für das Vorliegen einer eigenständigen Angsterkrankung erfüllt. Auffällig ist im Rahmen der Untersuchung durch Dr. H. gewesen, dass sich die Klägerin depressiver geschildert hat, als dies fassbar gewesen ist, ohne dass die Erkrankung vorgetäuscht worden ist. Dr. H. hat deshalb die von der Klägerin angegebenen Beschwerden in Form von Migräne, Herzklopfen und Panik nicht unkritisch übernommen, sondern ist nachvollziehbar und überzeugend zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Akkord- oder Nachtarbeit, Wechselschicht, Arbeiten unter besonderem Zeitdruck oder mit hohen Ansprüchen an Auffassung und Konzentration sowie mit einer über das normale Maß deutlich übersteigenden besonders hohen Verantwortung mindestens sechs Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Ihrer Beurteilung schließt sich der Senat an.

Der Einschätzung des Sachverständigen K. im Gutachten vom 20. März 2009 kann nicht gefolgt werden. Dahinstehen kann, ob der Sachverständige K. die Klägerin schon am 13. Mai 2008 selbst untersucht hat. Denn die Grenze der erlaubten Mitarbeit mit der Folge der Unverwertbarkeit eines Gutachtens ist bei psychiatrischen Gutachten nur dann nicht überschritten, wenn der Gutachter die persönliche Begegnung mit dem Probanden und das explorierende Gespräch im wesentlichen Umfang selbst durchgeführt hat (Bundessozialgericht (BSG), Beschluss vom 5. Mai 2009, [B 13 R 535/08 B](#), juris mwN). Herr K. hat die Klägerin jedenfalls am 17. Oktober 2008 persönlich untersucht, so dass das Gutachten verwertbar ist. Auch allein die von der Untersuchung bis zur Gutachtenserstattung verstrichene Zeit von zuletzt knapp über fünf Monaten rechtfertigt eine eingeschränkte Verwertbarkeit des Gutachtens nicht per se. Zwar stellt sich - wie auch bei der verzögerten Abfassung von Urteilen nach Verkündung (hierzu Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschluss vom 27. April 1993, [GmS-OGB 1/92](#), [SozR 3-1750 § 551 Nr. 4](#)) - die Frage des abnehmenden Erinnerungsvermögens. Allerdings gibt es weder gesetzliche Vorschriften noch Rechtsprechung, die nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums von der Unverwertbarkeit eines Gutachtens ausgehen. Deshalb kann nur dann die Aussagekraft des Gutachtens angezweifelt werden, wenn sich Anhaltspunkte für eine fehlende Erinnerung des Sachverständigen ergeben. Vorliegend kann davon nicht ausgegangen werden. Denn im Gutachten wird die persönliche Untersuchung, die Biografie und die soziale Situation der Klägerin ausführlich dargelegt.

Unabhängig davon ist jedoch der Leistungsbeurteilung nicht zu folgen. Der Sachverständige K. stützt diese letztlich unter Hinweis auf die von ihm erhobenen Befunde und insbesondere die Schilderungen der Klägerin. Auffällig ist schon, dass der Gutachter im psychischen Befund zwar eine nach kurzer Zeit deutlich nachlassende Aufmerksamkeit und Konzentration schildert, darauf aber bei der ausführlichen Wiedergabe der Angaben der Klägerin nicht näher eingeht und seine Auffassung nicht begründet oder mit Beispielen belegt. Des Weiteren hat sich Herr K. weder mit der Stellungnahme des Herrn W. auseinandergesetzt noch hat er die von Dr. H. angesprochene kritische Würdigung der Angaben der Klägerin überprüft. Gegenüber Dr. H. hat die Klägerin zB ihre tatsächlichen Arbeitszeiten, die von der vereinbarten Wochenstundenzahl abweichend, geschildert und erklärt, sie arbeite von 9:30 Uhr bis 15:00 Uhr oder 15:30 Uhr, da sie Überstunden ansammeln müsse für die Ferien. Wenn die Klägerin damit in der Lage ist, eine mehr als vierstündige (und nicht ausschließlich leichte) Tätigkeit tatsächlich ohne größere Krankheitszeiten auszuüben, sind ihre Schilderungen bezüglich der Schwere der Erkrankung und deren Auswirkungen kritisch zu hinterfragen. Darauf ist Herr K. nicht eingegangen. Letztlich überzeugt auch die Schlussfolgerung, der eingeschränkte Behandlungserfolg der letzten beiden Rehabilitationsmaßnahmen könne als Beleg eines Fortschreitens der depressiven Störung gewertet werden, nicht. Denn die letzte psychiatrisch ausgerichtete Rehabilitationsmaßnahme hat im Jahr 2000 stattgefunden. Der Entlassungsbericht hat bei der Begutachtung durch Dr. H. vorgelegen. Dessen Gutachten ist zu entnehmen, dass der Klägerin nach diesem Heilverfahren ein vollschichtiges Leistungsvermögen attestiert worden ist. Letztlich stützt der Sachverständige K. seine Aussage zum eingeschränkten Behandlungserfolg damit wiederum einzig und allein auf die Angabe der Klägerin, ohne diese kritisch zu hinterfragen.

Hinzu kommt, dass die behandelnde Fachärztin Dr. von F.-P. trotz der Diagnose einer Depression von einer noch mindestens sechsstündigen Belastbarkeit der Klägerin ausgeht. Sie hat sogar eine schwere Depression diagnostiziert, aber die Klägerin dennoch in der Lage erachtet, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Noch mit Bericht vom 12. Juli 2007 hat Dr. von F.-P. keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes (nach anfänglicher Besserung, dann aber wieder einer Verschlechterung) und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt. Diese Einschätzung - hierauf verweist zu Recht Dr. B. mit Stellungnahme vom 7. August 2007 - ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass gehäufte nervenärztliche Vorstellungen weder bei Dr. von F.-P. noch bei anderen Psychiaterinnen erfolgten, nachvollziehbar.

Die von Hausärztin Dr. M. angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird zwar mit der Depression und den schweren Schicksalsschlägen ab 1980 begründet. Denn die Mutter der Klägerin ist 1980 gestorben, der Vater hat 1988 (oder 1989 - Angabe bei Herrn K.) einen tödlichen Verkehrsunfall erlitten, der Bruder ist 1996 (oder 1997) nach schwerer Krankheit verstorben und die Klägerin war und ist teilweise alleinerziehend für die beiden Kinder, wobei der jüngere Sohn einer psychotherapeutischen Behandlung bedurft hat. Aktuelle Schicksalsschläge werden damit nicht berichtet. Zudem hat Dr. M. keine Befunde hierzu erhoben, so dass nicht ihrer, sondern der fachärztlichen Beurteilung durch Dr. F.-P. zu folgen ist.

Die jetzige Hausärztin der Klägerin, Praxisnachfolgerin Dr. D., hat zwar auf eine ständig gedrückte Stimmung der Klägerin hingewiesen und dass diese erschöpft und depressiv wirke. Allerdings hat Dr. D. ebenfalls keine kritische Würdigung der Klägerin vorgenommen und zur Leistungsfähigkeit lediglich die subjektiven Angaben der Klägerin, nicht länger am Stück arbeiten zu können, wiedergegeben. Eine eigene Einschätzung zum Leistungsvermögen hat Dr. D. somit nicht vorgenommen.

Ein massiver Leidensdruck der Klägerin ergibt sich im Übrigen aus den vorliegenden Unterlagen nicht. Schon Neurologin und Psychiaterin H. hatte in den Arztbriefen vom 19. Mai 2008 und 7. April 2009 eine stationäre Behandlung angeregt. Die Klägerin hat es jedoch nach den Angaben der Ärztin H. vorgezogen, in den Urlaub zu fahren. Erst nach der Vorstellung der Klägerin am 26. Mai 2009 in der Tagesklinik für

Psychiatrie und Psychotherapie E. bei Dipl.-Psych. P.-M., die ebenfalls eine stationäre Behandlung empfohlen hat, ist eine Akutbehandlung offensichtlich weiterverfolgt worden, so dass Ende des Jahres die Behandlung in der M.-B.-Klinik stattgefunden hat (nach den Angaben im Entlassungsbericht vom 4. Januar 2010 wohl auf Betreiben der Dr. D. nach zunächst erfolgter Ablehnung des Akutantrags). Dort ist zwar während des stationären Krankenhausaufenthaltes vom 10. November 2009 bis 15. Dezember 2009 von einer schweren Episode der depressiven Störung ausgegangen worden. Während die Klägerin bei Aufnahme Schwachheit und Erschöpfung ausstrahlte, die Stimmung stark gedrückt, die affektive Stimmungsfähigkeit eingeschränkt, Aufmerksamkeit und Konzentration eingeschränkt und der Antrieb reduziert waren, ist ein ausdrücklicher Entlassungsbefund nicht mehr erhoben worden. Schon bei der Aufnahme bestanden keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Wahrnehmungsstörungen, keine Störungen des Ich-Erlebens und somit keine Hinweise auf eine bedeutsame psychiatrische Erkrankung. Die psychologische Testdiagnostik im Lauf des stationären Aufenthaltes dokumentiert zudem eine deutliche Besserung, worauf Dr. B. mit Stellungnahme vom 15. Februar 2010 zu Recht verweist. Denn die Werte, die anfangs alle als auffällig galten bei einem Gesamtscore von 3,1, waren bei Entlassung hinsichtlich der Depressions-, Zwangs-, Somatisierungs- und Zusatzskala unterhalb des auffälligen Wertes und nur noch hinsichtlich der Angstskalet und der Essstörungsskala auffällig. Dabei haben sich auch die beiden letzten Werte gebessert. Denn bei anfänglichen Werten von 4 (Angst) und 3,33 (Essstörung) haben zuletzt nur noch Werte von 2,5 und 2,33 vorgelegen. Damit haben sich selbst diese Werte auf ein Maß gesenkt, das nur noch knapp die Auffälligkeitsmarke von 2 übersteigt. Deshalb hat auch der Gesamtscore bei Entlassung von 1,97 unter dem auffälligen Wert gelegen. Auch die Schilderung des Verlaufs der Behandlung ergibt Hinweise auf eine Besserung des Gesundheitszustandes. Denn ua gelang es der Klägerin, für sich positive Aktivitäten zu erkennen und deren Einfluss auf ihre Stimmung zu identifizieren. Die Klägerin hat von dem Selbstsicherheitstraining zur Förderung der sozialen Kompetenz und Abgrenzungsfähigkeit profitiert. Die Erkenntnis, aus Angst vor Ablehnung die eigenen Wünsche und Bedürfnisse nicht zu äußern, wurde in ersten Ansätzen in die Praxis umgesetzt. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die Empfehlung, der Klägerin (lediglich) bis Weihnachten Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Demnach kann aus den Schilderungen zum Verlauf der Behandlung weder eine längerdauernde schwere Episode noch eine daraus folgende Erwerbsminderung nachvollziehbar begründet werden.

Auch die Behandlung bei der Psychiaterin S., bei der sich die Klägerin bislang lediglich zweimal vorgestellt hat, sprechen gegen eine ernsthafte Behandlungsmotivation und einen höhergradigen Leidensdruck. Ärztin S. hat bei der Klägerin eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Episode diagnostiziert und hierzu auf die angegebenen Beschwerden der Klägerin (Durchschlafstörungen mit Tagesmüdigkeit, Erschöpfung am frühen Abend) verwiesen. Einen psychiatrischen Befund hat die Psychiaterin nicht erhoben und insbesondere keine Ausführungen zur Stimmung der Klägerin, ihrem Antrieb und ihrem Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen gemacht. Sie hat der Klägerin auch keine weitere Arbeitsunfähigkeit attestiert. Deshalb ist die Leistungseinschätzung der Ärztin (leichte Tätigkeiten maximal vier bis fünf Stunden täglich), die sich lediglich auf ihren nicht näher erläuterten Eindruck der Klägerin stützt, nicht nachvollziehbar begründet.

Dipl.-Psych. D. G. hat schließlich keine eigene Leistungsbeurteilung abgegeben und auf schwierige Umstände (bezüglich des Umgangs in der Arbeit und mangelnder Abgrenzung), aber auch auf sich widersprechende Informationen durch die Klägerin über die Behandlung mit Kur, Klinikaufenthalt und Gutachten hingewiesen. Deshalb offenbart sich auch im muttersprachlichen Umgang mit der Klägerin, den Dipl.-Psych. D. G. leistet, die Notwendigkeit, die Angaben der Klägerin kritisch zu hinterfragen.

In der Gesamtschau liegen bei der Klägerin daher zwar zur Überzeugung des Senats durchaus wechselhafte Phasen der depressiven Erkrankung vor. Die sich daraus ergebenden Funktionsstörungen haben jedoch bei der Untersuchung durch Dr. H. keine quantitativen Leistungseinschränkungen nach sich gezogen. Nach dessen Untersuchung hat sich eine Verschlechterung im Gesundheitszustand ergeben, die eine akutstationäre Behandlung erforderlich gemacht hat. Allerdings ist diese Verschlechterung nur vorübergehend gewesen, da schon während der Behandlung eine Besserung erzielt worden ist, in der Folge der Klägerin Arbeitsunfähigkeit nur bis 8. Januar 2010 attestiert wurde und die nachfolgende nur sporadische fachärztliche Behandlung keine weitergehenden Einschränkungen ergeben hat. Deshalb ist das Leistungsvermögen der Klägerin auch seit der Untersuchung durch Dr. H. zeitlich nicht dauerhaft eingeschränkt.

Weitere medizinische Ermittlungen von Amts wegen, insbesondere die Einholung eines weiteren Gutachtens auf nervenärztlichem Fachgebiet, sind daher mangels Aufklärungsbedarfs nicht erforderlich. Das Gutachten von Dr. H. hat dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs 1 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#)). Das Gutachten geht von zutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, enthält keine unlöslichen inhaltlichen Widersprüche und gibt keinen Anlass, an der Sachkunde oder Unparteilichkeit des Gutachters zu zweifeln; weitere Beweiserhebungen waren daher nicht mehr notwendig. Ebenso war der Senat nicht verpflichtet, ein neuerliches Gutachten auf diesem Gebiet auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) einzuholen. Gemäß [§ 109 Abs. 1 SGG](#) muss ein bestimmter Arzt auf Antrag des Versicherten gutachtlich gehört werden. Diesem Antrag ist der Senat bereits mit den beiden Anhörungen des Arztes K. auf psychiatrischem Fachgebiet nachgekommen. Damit ist das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) verbraucht. Nach mittlerweile ständiger Rechtsprechung des Senats steht dem Versicherten das Recht, die gutachtliche Anhörung eines bestimmten Arztes zu beantragen, nur einmal in beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung (Urteil des Senats vom 29. September 2009, [L 11 R 742/09](#), nicht veröffentlicht, ebenso bereits LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 6. Februar 2006, [L 1 U 2572/05](#), zit. nach juris). Das entspricht dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG [SozR 3 - 1500 § 109 Nr. 1](#)). Außerdem handelt es sich bei [§ 109 SGG](#) um eine Ausnahmenvorschrift, die eng auszulegen ist (BSG, Beschluss vom 17. März 2010, [B 3 P 33/09 B](#), veröffentlicht in juris). Eine wiederholte Antragstellung nach [§ 109 SGG](#) rechtfertigt sich daher allenfalls bei Vorliegen besonderer Umstände, die hier weder dargetan noch ersichtlich sind.

Ein anderes Ergebnis ergibt sich auch nicht durch die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet. Bei der Klägerin liegen zwar noch ein chronisch degeneratives Hohlkreuz-LWS-Syndrom mit ISG-Syndrom links und lokaler und linksischialgieformer Symptomatik, ein chronisch degeneratives oberes und unteres HWS-Syndrom beidseits, eine chronische Haltungsinsuffizienz, eine mäßiggradige Fingerpolyarthrose, ein Spreizfuß mit Zehendeformierung, der Verdacht auf ein Engpass-Syndrom im Bereich des rechten Daumenballens, eine initiale Gonarthrose links und eine arthroskopisch behandelte Innenmeniskusläsion des linken Knies vor. Die Gesundheitsstörungen bedingen aber ebenfalls nur qualitative Einschränkungen. Die Klägerin muss Tätigkeiten, die monotone Haltungen bzw Zwangshaltungen bedingen, Tätigkeiten mit häufigem Knien, Bücken oder Überkopparbeiten, Tätigkeiten, die zu einer besonderen Belastung der Hände führen und Tätigkeiten, die eine häufige Belastung durch Nässe, Kälte und Zugluft erfordern, meiden. Dies ergibt sich aus den Befunden, die in der Reha-Klinik am K., von dem behandelnden Orthopäden Dr. R. und dem Gutachter Dr. R. erhoben wurden, und der Stellungnahme der Dr. H. vom 3. Juli 2006.

Schon das SG hat ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, warum der Leistungseinschätzung des Dr. R. nicht zu folgen ist. Dieser Beurteilung schließt sich der Senat nach eigener Überprüfung an und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs 2 SGG](#) ab. Zu ergänzen ist lediglich, dass Dr. R. nur leichtgradige Funktionsstörungen an der HWS festgestellt hat. Die Funktion der BWS, der Arme und Beine war frei, die Funktion der Rumpfwirbelsäule mäßig- bis mittelgradig eingeschränkt. Hinweise für radikuläre neurologische Ausfälle oder Nervenwurzelreizerscheinungen haben nicht vorgelegen. Dr. R. weist selbst darauf hin, bis auf die ISG-Störung ähnliche Befunde erhoben zu haben wie die Reha-Klinik am K. und führt dezidiert auf, welche qualitativen Einschränkungen die einzelnen Befunde nach sich ziehen. Weshalb er darüber hinaus zu einer abweichenden quantitativen Leistungseinschätzung gelangt, begründet er hingegen nicht. Insbesondere wird nicht deutlich, warum der Beschwerdesymptomatik an der LWS nicht ausreichend mit qualitativen Einschränkungen Rechnung getragen werden kann.

Bezüglich der orthopädischen Gesundheitsstörungen hat sich auch keine Verschlechterung ergeben. Dr. R. hat noch mit Bericht vom 6. Juni 2007 an seiner vor dem SG abgegebenen Leistungsbeurteilung festgehalten und keine wesentliche Änderung der Gesundheitsstörungen festgestellt. Eine vorübergehende Verschlechterung mag zwar im Hinblick auf die wegen der Innenmeniskusläsion links am 24. März 2010 erfolgte Arthroskopie des linken Kniegelenkes eingetreten sein. Insbesondere haben sich nach den Angaben des Arztes M. im Entlassungsbericht vom 24. März 2010 zunächst starke Schmerzen entwickelt, die jedoch durch die eingesetzte Schmerzmedikation gebessert werden konnten. Danach hat sich der weitere Verlauf nach dem Eingriff regelrecht gestaltet. Eine erneute Vorstellung der Klägerin bei Dr. R. oder in den Kreiskliniken E. ist offensichtlich nicht erforderlich geworden, da Hausärztin Dr. D. mit der Übersendung des Entlassungsberichtes des Arztes M. ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass ihr keine weiteren Facharztberichte vorliegen. Eine weitere oder anhaltende Verschlechterung hat des Weiteren auch die Klägerin nicht geltend gemacht.

Aus den weiteren Gesundheitsstörungen der Klägerin (arterielle Hypertonie, Adipositas, Hypercholesterinämie, thyroxinsubstitutionspflichtige Struma diffusa) ergeben sich keine Funktionsstörungen, die sich auf das berufliche Leistungsvermögen auswirken könnten.

Die Klägerin hat schließlich keinen Anspruch auf die Gewährung von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben gemäß [§ 240 Abs. 1 SGB X](#) in den ab 1. Januar 2001 geltenden Fassungen (zuletzt durch Art 1 Nr. 61 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes) auch Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind. Berufsunfähig sind gemäß [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach dem die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist gemäß [§ 240 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist gemäß [§ 240 Abs. 2 Satz 4 SGB VI](#) nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Deshalb besteht ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nicht bereits dann, wenn der bisherige Beruf (Hauptberuf) nicht mehr ausgeübt werden kann, sondern erst, wenn der Versicherte nicht auf eine zumutbare andere Tätigkeit verwiesen werden kann. Das Gesetz verlangt dazu einen zumutbaren beruflichen Abstieg. Um bestimmen zu können, auf welche Berufe der Versicherte verweisbar ist, hat die Rechtsprechung des BSG ein sogenanntes Mehrstufenschema entwickelt, das die Angestellten- und Arbeiterberufe in mehrere, durch unterschiedliche "Leitberufe" charakterisierte Gruppen untergliedert. Hiernach sind sowohl für gewerbliche als auch für Angestellten-Berufe mittlerweile sechs Stufen zu unterscheiden (zuletzt BSG, Beschluss vom 27. August 2009, [B 13 R 85/09 B](#), juris). Die erste Stufe bilden dabei ungelernte Berufe, auf der zweiten Stufe folgen Berufe mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren (Angelernte). Grundsätzlich darf im Rahmen des Mehrstufenschemas der Versicherte lediglich auf Tätigkeiten der gleichen oder jeweils nächstniedrigeren Gruppe verwiesen werden (BSG, Urteil vom 24. März 1983, [1 RA 15/82](#), [SozR 2200 § 1246 Nr. 107](#); zuletzt BSG, Beschluss vom 27. August 2009, [B 13 R 85/09 B](#), aaO). Dabei zerfällt die Stufe der Angelernten in einen oberen und einen unteren Bereich. Dem unteren Bereich der Stufe sind alle Tätigkeiten mit einer regelmäßigen, auch betrieblichen Ausbildungs- und Anlernzeit von drei bis zwölf Monaten und dem oberen Bereich dementsprechend die Tätigkeiten mit einer Ausbildungs- oder Anlernzeit von über zwölf bis zu vierundzwanzig Monaten zuzuordnen (BSG, Urteil vom 29. März 1994, [13 RJ 35/93](#), [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 45](#)). Eine konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit ist grundsätzlich (Ausnahmen: sog Unüblichkeitsfälle oder Seltenheitsfälle) nur dann nicht erforderlich, wenn der bisherige Beruf der ersten Stufe angehört oder wenn ein sog einfacher Angelernter (Stufe 2, aber Ausbildung bis zu einem Jahr) auf ungelernte Berufe verwiesen wird (BSG, Urteil vom 29. Juli 2004, [B 4 RA 5/04 R](#), juris). Angelernte des oberen Bereiches können nur auf Tätigkeiten verwiesen werden, die sich durch Qualitätsmerkmale wie zB das Erfordernis einer Einweisung und Einarbeitung oder die Notwendigkeit beruflicher und betrieblicher Vorkenntnisse auszeichnen (BSG, Urteil vom 29. März 1994, [13 RJ 35/93](#), aaO mwN).

Die soziale Zumutbarkeit einer Verwaltungstätigkeit richtet sich somit nach der Wertigkeit des Hauptberufs. Dieser bestimmt sich in der Regel nach der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit, von der auch bei nur kurzfristiger Ausübung auszugehen ist, wenn sie zugleich die qualitativ höchste im Berufsleben des Versicherten gewesen ist. Die Klägerin hat keinen Beruf erlernt und war sowohl vor dem Rentenantrag (als Löterin in einem Elektrounternehmen), als auch nach dem Rentenantrag (Küchenkraft) als angelernte Arbeiterin beschäftigt. Damit kann sie auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, auf dem sie noch Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann (siehe oben), verwiesen werden, die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist nicht erforderlich.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2010-07-07