

L 5 R 5924/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 12 R 525/06
Datum
25.10.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 5924/07
Datum
24.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25.10.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung. Seit dem 01.05.2004 bezieht die Klägerin von der Beklagten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Die im Jahr 1951 geborene Klägerin ist ausgebildete Krankenschwester. Sie war zuletzt an der Universitätsklinik H. tätig, wo ihr zum 31.12.2003 betriebsbedingt gekündigt wurde.

Einen ersten Rentenanspruch vom 07.08.2001 nahm die Klägerin im Januar 2002 wieder zurück.

In der Zeit vom 07.09.2000 bis 15.10.2000 führte die Klägerin eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in der H.-Klinik in Bad E. durch. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 22.12.2000 wurden als Diagnosen 1. Lumboischialgien links mit ISG-Blockierung links und degenerativen Veränderungen, 2. Cervicobrachialgien- und Cephalgien, 3. Erschöpfung, 4. Retropatellararthrose links und 5. Impingementsyndrom links genannt. Die Klägerin wurde dort als vollschichtig arbeitsfähig für ihre zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit als Krankenschwester entlassen. Auf Grund der Lumboischialgien seien regelmäßiges Heben und Transportieren von schweren Lasten nicht mehr zumutbar. Im Hinblick auf die von der Klägerin geschilderte massive Mobbing-Situation am Arbeitsplatz wurde dringend eine Gesprächstherapie empfohlen.

Die Klägerin führte in der Zeit vom 25.05.2004 bis zum 15.06.2004 erneut eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in der Pf.-Klinik in B. durch. Im dort erstellten Entlassungsbericht vom 19.06.2004 wurden 1. Chronisch rezidivierende Lumboischialgien bei statisch degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, 2. Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom, 3. Initiale Rizarthrose rechts und 4. Depressive Entwicklung diagnostiziert. In sozialmedizinischer Hinsicht wurde die Leistungsfähigkeit der Klägerin für ihre letzte berufliche Tätigkeit als Krankenschwester auf eingeschränkt für drei bis unter sechs Stunden arbeitstätig eingeschätzt. Im Übrigen bestehe ein positives Leistungsbild für leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Haltung zwischen Stehen, Gehen und Sitzen für sechs und mehr Stunden arbeitstätig. In qualitativer Hinsicht ausgeschlossen seien Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10 kg., dauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Überkopfarbeiten und Arbeiten mit dauernder Armvorhalte sowie Exposition von Kälte, Zugluft und Durchnässung. Am 27.07.2004 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Sie gab an, sie könne wegen chronischer Rückenschmerzen, Schwerhörigkeit, Arthrose der Daumengelenke, Fibromyalgie, Depression und Erschöpfung nur noch weniger als drei Stunden täglich arbeiten. Die Beklagte zog die Entlassungsberichte der stationären Heilverfahren, ein im Rehabilitationsverfahren erstelltes nervenärztliches Gutachten der Frau Dr. E. vom 04.04.2004 sowie Befundberichte der behandelnden Ärzte bei. Mit Bescheid vom 12.01.2005 lehnte sie den Rentenanspruch der Klägerin ab.

Die Klägerin erhob hiergegen am 19.01.2005 Widerspruch und machte geltend, bei ihr bestehe ein Grad der Behinderung von 50 und es sei durch mehrere ärztliche Gutachten bestätigt worden, dass sie ihren Beruf als Krankenschwester nicht mehr ausüben könne. Deshalb sei ihr betriebsbedingt zum 31.12.2003 gekündigt worden.

Die Beklagte erhob im Widerspruchsverfahren ein fachorthopädisches Gutachten von Dr. T ... Dieser stellte in seinem Gutachten vom

13.06.2005 die folgenden Diagnosen: 1.) Aktive Gonarthrose links bei arthroskopisch nachgewiesener Chondromalazie Schweregrad II bis III medial und lateral mit noch bestehender Kapselreizung und Funktionseinschränkung nach Arthroskopie am 20.05.2005, 2.) Osteoporose ohne wesentliche Spontanverformung der Wirbelkörper, 3.) Hohlrunder Rücken mit geringen Gefügestörungen, statisch und muskulär ausreichend kompensiert, 4.) Somatoforme Schmerzstörung. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sah er die Klägerin als nicht mehr dazu in der Lage an, für mehr als drei Stunden in ihrem letzten Beruf als Krankenschwester in der Pflege tätig zu sein. Sie sei aber noch dazu in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in wechselnder Körperhaltung mit überwiegendem Sitzen für sechs Stunden und mehr arbeitstäglich auszuüben. Dabei sollten regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über acht bis zehn Kilo sowie vermehrtes Treppen- und Leitersteigen und gehäufte Überkopfarbeit vermieden werden.

Die Beklagte beauftragte ferner den Nervenfacharzt Dr. B. mit der Erstellung eines Gutachtens dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 06.06.2005: 1.) Multiple Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates ohne neurologische Komplikationen, 2.) Ausgeprägte psychogene Überlagerung mit Ausweitung der somatisch beklagten Beschwerden (im Sinne einer konversionsneurotischen Fehlhaltung - vor dem Hintergrund zurückliegender, als Mobbing erlebter Kränkungen/Konflikte am Arbeitsplatz. Als Nebendiagnosen stellte Dr. B. eine Hypakusis links mit kompensiertem Tinnitus bei Zustand nach Tympanoplastik vor ca. 20 Jahren fest, die keine weiterreichenden Leistungseinschränkungen bewirke. Ferner bestehe seit der Kindheit eine Visusminderung rechts (Aphakie nach Unfall), welche mit Brille bei binokulärem Sehen gut kompensiert sei. Dr. B. hielt die Klägerin als grundsätzlich leistungsfähig für sechs und mehr Stunden in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf als Krankenschwester an entsprechend geeigneter Stelle. Im Übrigen sei sie leistungsfähig für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes für sechs und mehr Stunden. Ungeachtet der orthopädischen Beurteilung seien aus nervenärztlicher Sicht körperlich leichte bis in Spitzen auch mittelschwere Tätigkeiten ohne Nacht- und Wechselschicht möglich. Dies schließe die Tätigkeit als Krankenschwester also nicht aus.

Die Beklagte bewilligte der Klägerin daraufhin mit Bescheid vom 13.10.2005 (Bl. 192 LSG-Akte) Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab dem 01.05.2004. Die Klägerin erhob dagegen Widerspruch und machte geltend, die gewährte Rente von 222,15 EUR reiche monatlich zum Leben nicht aus. In ihrem Alter und auf Grund ihrer Behinderung bekomme sie keine Arbeit mehr. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 26.01.2006 zurück.

Am 15.02.2006 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Mannheim. Zur Begründung ließ sie vortragen, sie habe in den vergangenen 37 Jahren hart körperlich gearbeitet, zuletzt fast 30 Jahre im Beruf als Krankenschwester. Sie habe sich von einer Tätigkeit als Putzfrau bis zur Krankenschwester in leitender Position hochgearbeitet. Auf Grund der vorliegenden ärztlichen Befundberichte, insbesondere ihres behandelnden Orthopäden Dr. M. und des Allgemeinmediziners E. sei nachgewiesen, dass ihr schwere belastende Arbeiten nicht mehr zugemutet werden könnten. Alle Ärzte bestätigten einhellig die starke Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit. Sie habe mit umfangreichen kumulativ vorliegenden Krankheitsbildern zu kämpfen, dazu gehörten eine Fibromyalgie, Arthrosen, Schwerhörigkeit, Rückenbeschwerden nach Bandscheibenvorfall, eine nicht erfolgreiche Knieoperation, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung und eine chronifizierte Depression, ausgelöst durch den Verlust des Arbeitsplatzes und durch ihre schwierige wirtschaftliche Situation. Damit liege eine Summierung von Leistungseinschränkungen vor, mit denen eine Verweisungsmöglichkeit auf realistisch vorstellbare Arbeitsplätze nicht mehr gegeben sei. Die Klägerin habe daher Anspruch zumindest auf eine sogenannte Arbeitsmarktrente, die bei einem Leistungsvermögen zwischen drei und sechs Stunden bei Verschlussenheit des Arbeitsmarktes anzunehmen sei. Trotz intensiver Bemühungen sei es der Klägerin gemeinsam mit der Arbeitsagentur nicht gelungen, eine neue Beschäftigung zu finden.

Das Sozialgericht befragte die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen. Die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie S.-K. gab am 30.09.2006 an, sie habe die Klägerin vom 26.06.2001 bis zum 21.03.2002 und seither nur einmal am 19.09.2006 behandelt. Sie habe eine rezidivierende depressive Störung festgestellt auf Grund von Bedrücktheit, Einengung des Gedankengangs, Reduzierung des Antriebs und der Psychomotorik. Wegen der einmaligen Vorstellung zuletzt am 19.09.2006 könne das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin nicht beurteilt werden. Der Rheumatologe Dr. H. teilte am 12.10.2006 mit, die Klägerin habe sich einmalig am 01.07.2004 bei ihm vorgestellt, er habe ein Fibromyalgie diagnostiziert. Dadurch sei das berufliche Leistungsvermögen sicherlich eingeschränkt gewesen, die gegenwärtige Leistungsfähigkeit könne allerdings nicht beurteilt werden, da sich die Klägerin nicht wieder vorgestellt habe. Der Orthopäde Dr. M. teilte in seiner Stellungnahme vom 27.10.2006 mit, die Klägerin stehe seit 1995 in seiner orthopädischen Behandlung. Im Jahr 2004 habe sie sich in der Zeit zwischen April und September mindestens zweimal monatlich in der Praxis vorgestellt, ebenso im Jahr 2005 in den Monaten April bis August. Seit dem 23.03.2006 bis zuletzt zum 30.05.2006 erfolgten ebenfalls regelmäßige Vorstellungen. Im Jahr 2006 sei von ihm zunächst ein Fibromyalgiesyndrom, ein Schulter-Nackensyndrom sowie ein Supraspinatussyndrom links diagnostiziert worden. Im Jahr 2005 sei eine Außenmeniskusläsion links nach Sturz mit dem Fahrrad behandelt worden. Diese sei am 20.05.2005 arthroskopiert und saniert worden. Dabei sei eine beginnende medial betonte Gonarthrose links festgestellt worden. Im Jahr 2006 habe sich die Klägerin erneut wegen Kniegelenksbeschwerden und Rückenbeschwerden sowie wegen Bewegungsschmerzen der Hände vorgestellt. Dr. M. diagnostizierte zuletzt eine lateral betonte Gonarthrose links bei Zustand nach Außenmeniskusteilresektion links, Polyarthralgien der Hände, bekanntes Lumbalsyndrom sowie bekanntes Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 links. Vor dem Hintergrund dieser Beschwerden hielt Dr. M. die Ausübung einer leichten Arbeit im zeitlichen Umfang von täglich sechs Stunden unter qualitativen Leistungseinschränkungen für vertretbar. Der Facharzt für Allgemeinmedizin E. beantwortete die Anfrage des Sozialgerichts am 10.11.2006 dahingehend, die Klägerin sei bei ihm in laufender Behandlung. Sie klage über polyarthrotische Beschwerden, Beschwerden beider Kniegelenke und des gesamten Schulter/Armbereichs mit myogelotischem Beschwerdebild im Sinne einer Fibromyalgie. Darüber hinaus sei die Klägerin wegen einer Depression in ambulanter Behandlung. Seit einer Knieoperation im Mai 2005 klage die Klägerin über ein zunehmendes Beschwerdebild. Eine Somatisierung bei chronischem Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms sei zudem krankheitsverschlechternd. Die Klägerin sei nach seiner Einschätzung nicht mehr in ihrem erlernten Beruf als Krankenschwester einsetzbar. Leichte körperliche Arbeiten in einem Umfang von sechs Stunden täglich seien derzeit nicht möglich. Die Klägerin könne ca. drei Stunden eine sitzende Tätigkeit ausüben, dies sei aber abhängig vom Verlauf der depressiven Erkrankung.

Das Sozialgericht beauftragte ferner von Amts wegen Dr. Sch. mit der Erstellung eines fachpsychiatrischen Gutachtens. Dr. Sch. kam in seinem Gutachten vom 30.03.2007 zu dem Ergebnis, bei der Klägerin liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Die bei der Klägerin auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen führten zu relevanten qualitativen Leistungsdefiziten. Auch vor dem Hintergrund des in den beiden mehrstündigen Untersuchungssitzungen gezeigten Leistungsvermögens ergäben sich keine Hinweise auf eine relevante quantitative Leistungsminderung. Der Klägerin seien leidensgerechte Tätigkeiten weiterhin vollschichtig in einem Umfang von bis zu acht Stunden

werktätlich möglich. Berufliche Tätigkeiten mit erhöhter Stressbelastung (z. B. Akkordarbeit und Nachtschichttätigkeit) seien nicht mehr möglich. Auch Arbeitsplätze mit einem erhöhten Risiko besonders fordernder sozialer Interaktion, etwa mit unmittelbarer Personalverantwortung oder mit unmittelbarem Kundenkontakt in problematischen Situationen seien nicht geeignet. Weitere Leistungseinschränkungen beruhten auf den festgestellten orthopädischen Beeinträchtigungen. Diesen sei in der Stellungnahme des Orthopäden Dr. M. hinreichend Rechnung getragen. Die sensorischen Defizite (Hörstörung linksseitig, Sehstörung rechtsseitig) rechtfertigten möglicherweise weitergehende qualitative Leistungseinschränkungen, sicherlich aber keine relevanten quantitativen Leistungseinschränkungen.

Die Klägerin ließ weiterhin vortragen, aus den kumulativ bei ihr vorliegenden Erkrankungen ergebe sich auch unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. Sch., dass sie erwerbsgemindert sei. Dr. Sch. habe eine rezidivierende depressive Störung mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung festgestellt. Darüber hinaus sei die Klägerin zwischenzeitlich auch am Herzen erkrankt. Deshalb bestehe Veranlassung zu weiterer medizinischer Sachverhaltsaufklärung. Die Klägerin bezog sich auf einen Befundbericht des Internisten und Kardiologen Dr. K. vom 28.06.2007, dem zufolge bei der Klägerin ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck bestehe. Hinweise auf eine Herzerkrankung hätten sich nicht ergeben. Auf Grund sehr hoher Cholesterinwerte solle auch ohne das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung eine Statin-Therapie erfolgen.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 25.10.2007 ab. Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Versichertenrente wegen voller Erwerbsminderung seien nicht erfüllt. Die Klägerin könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch einer Tätigkeit im zeitlichen Umfang von mindestens sechs Stunden täglich nachgehen. Die Klägerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger depressiver Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, an einem Schulter-Nackensyndrom, Supraspinatussyndrom links, lateral betonter Gonarthrose links bei Zustand nach Außenmeniskusteilresektion links, an einer Polyarthralgie der Hände, einem Lumbalsyndrom und Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 links, an Migräne, Bluthochdruck, eingeschränktem Hörvermögen linksseitig und eingeschränktem Sehvermögen rechts. Auf Grund dieser Erkrankungen sei das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin zwar qualitativ, nicht jedoch quantitativ eingeschränkt. Die auf orthopädischem Gebiet bestehenden Leiden der Klägerin bedingten keine rentenberechtigende Leistungsminderung. Dies folge bereits aus der Einschätzung von Dr. M., dem behandelnden Orthopäden der Klägerin. Dieser habe in Kenntnis der bei seiner Patientin vorliegenden Befunde die Frage des Gerichts, ob der Klägerin eine leichte körperliche Tätigkeit im zeitlichen Umfang von sechs Stunden täglich zugemutet werden könne, bejaht. Auch die depressive Störung sowie die anhaltend somatoforme Schmerzstörung könne keine rentenrechtlich relevante Leistungsminderung begründen. Das Gericht schloss sich insoweit der Beurteilung durch den Sachverständigen Dr. Sch. an. Dieser habe dargelegt, dass die gegenwärtig von der Klägerin beschriebene Schmerzsymptomatik auf ein pathologisch erhöhtes Schmerzerleben mit gleichzeitiger Schmerzverarbeitungsstörung hinweise. Eine ausreichende organische Erklärung für die von der Klägerin geschilderte Schmerzwahrnehmung habe sich nicht ergeben. So habe die Klägerin nicht nur die "fibromyalgietyptischen" Triggerpunkte sondern auch praktisch jede beliebige andere Körperstelle bei der neurologischen Untersuchung als schmerzhaft beschrieben. Mit dieser maximalen Schmerzangabe stünden die vergleichsweise geringen schmerztypischen Verhaltensweisen der Klägerin im Rahmen der Untersuchungstermine nicht im Einklang. Es ergebe sich deshalb aus beiden mehrstündigen Untersuchungssitzungen kein Hinweis auf eine relevante quantitative Leistungsminderung. Die geltend gemachte Herzerkrankung habe sich durch den Befundbericht des Kardiologen Dr. K. nicht bestätigt. Dieser habe lediglich die medikamentöse Senkung des Blutdrucks empfohlen. Eine Veranlassung zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen habe sich daraus nicht ergeben. Eine größere Summierung von Leistungseinschränkungen sei nicht anzunehmen. Die Klägerin könne vielmehr eine leichte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes im zeitlichen Umfang von täglich mindestens sechs Stunden ausüben, sodass keine Veranlassung bestehe, eine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen. Es sei davon auszugehen, dass entsprechende, der Klägerin in gesundheitlicher Hinsicht zumutbare Arbeitsplätze auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden seien, wobei das Risiko, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden, nicht in den Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung, sondern den der Arbeitslosenversicherung falle.

Gegen das ihren Bevollmächtigten am 15.11.2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 14.12.2007 Berufung einlegen lassen. Sie macht geltend, das Sozialgericht habe den Sachverhalt nicht ausreichend aufgeklärt. Es sei eine ärztliche Gesamtbeurteilung und nicht nur ein ergänzendes fachpsychiatrisches Gutachten erforderlich gewesen. Einem Psychiater fehle mit Sicherheit die Fachkompetenz, Arthrosen, entsprechende orthopädische Leiden und auch die Fibromyalgie mit chronifizierter somatoformer Schmerzstörung zu beurteilen. Eine entsprechende Beweiserhebung hätte die Summierung der Leistungseinschränkungen bestätigt. Auf Grund dessen hätten Verweisungsmöglichkeiten benannt werden müssen. Auch die sogenannte Arbeitsmarktrente sei nicht hinreichend berücksichtigt worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25.10.2007 aufzuheben und die Bescheide der Beklagten vom 12.01.2005 und vom 13.10.2005, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.01.2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01.07.2004 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und führt aus, nach der medizinischen Sachverhaltsermittlung im Verwaltungsverfahren bestehe eine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit; daneben bestehe aber ein über sechsstündiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies habe sich durch die neuropsychiatrische Begutachtung im erstinstanzlichen Verfahren sowie durch die Zusammenschau aller Befunde, auch der behandelnden Ärzte bestätigt.

Der Senat hat die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen befragt.

Der Facharzt für HNO-Heilkunde Dr. M. hat am 28.4.2008 mitgeteilt, die Klägerin sei bei ihm von September 1999 bis Oktober 2006 in Behandlung gewesen. In der zuletzt am 11.10.2006 erhobenen tonaudiometrischen Untersuchung habe sich bei weitgehender Normakusis rechts eine leichtgradige Hörschwäche links an dem im Jahr 1989 operierten Ohr feststellen lassen. Inwieweit seit dem 01.01.2006 eine Änderung des Gesundheitszustands der Klägerin eingetreten sei, könne er nicht beurteilen, da sich die Klägerin seit dem lediglich am

06.10.2006 sowie am 11.10.2006 auf Grund einer Gehörgangsentzündung links in Behandlung befunden habe.

Die Augenärztin Dr. H. hat in ihrer Stellungnahme vom 30.04.2008 ausgeführt, die Klägerin habe sich bei ihr in der Zeit von Dezember 1994 bis Januar 1999 in Behandlung befunden. Seit dem 29.01.1999 sei die Patientin nicht mehr in der Praxis gewesen. Nach einer im Jahr 1957 erlittenen Hornhaut- und Linsenverletzung am rechten Auge sei 1985 die eingedrückte Augenlinse entfernt worden. Seitdem bestehe Linsenlosigkeit mit Anpassung einer flexiblen Kontaktlinse. Die Sehleistung habe rechts mit Kontaktlinse und zusätzlicher Gleitsichtbrille 60 % und links mit Gleitsichtbrille 100 % betragen. Es bestehe ein großer Refraktionsunterschied beider Augen mit Innenschielen rechts.

Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie Dr. M. hat am 18.06.2008 ausgeführt, die Klägerin sei seit Dezember 1995 bis September 1999 bei ihm in Behandlung gewesen und sodann am 08.05.2007 letztmalig. Sie habe in den Jahren 95 bis 99 vorwiegend über Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich sowie auf Grund von Lumboischialgien geklagt. Am 08.05.2007 habe sie wechselnde Kopfschmerzen, Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich und im Lumbalbereich, Arthrose - Schmerzen im Knie beklagt, sowie deutlich depressive Symptome mit Ein- Durchschlafstörung, innerer Unruhe, Grübelzwang, rascher Aggressivität, zurückgeführt auf psychische Traumen gezeigt. Auf Grund der lediglich einmalig erneuten Vorstellung im Jahr 2007 könne über eine Änderung des Gesundheitszustandes seit dem 02.01.2006 keine Angabe gemacht werden.

Der ebenfalls als sachverständiger Zeuge befragte Orthopäde Dr. R. hat am 05.05.2008 mitgeteilt, dass über die Patientin keine Unterlagen vorlägen. Möglicherweise liege der Behandlungszeitraum länger als zehn Jahre zurück, sodass eventuell vorhandene Unterlagen vernichtet worden seien.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins am 26.11.2008 hat der Senat auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. H. eingeholt. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 17.11.2009 eine rezidivierende depressive Störung mit ausgeprägter Somatisierung auf dem Boden einer narzisstisch-depressiven Persönlichkeitsentwicklung mit deutlich zwanghaften Anteilen sowie kumulative Traumata. Die Klägerin habe eine gewalttätige Dominanz der Mutter in ihrer Kindheit erlebt. Ein weiteres einschneidendes Erlebnis sei eine versuchte Vergewaltigung im Jahr 1968 durch den Schwager gewesen. Als sie sich hilfesuchend an ihre Mutter gewandt habe, habe die ihr nur Vorwürfe gemacht. Der Schwager habe ihr weiterhin sexuell nachgestellt und sie missbraucht. Diese Übergriffe hätten sich hingezogen, bis sie Anfang 20 gewesen sei. Am Arbeitsplatz habe sie in späteren Jahren erhebliche Konflikte erlebt, die sie als Mobbing empfunden habe. Damit einhergehend hätten die körperlichen Beschwerden zugenommen. Diese hätten schließlich zu verschiedenen Rehabilitationsbehandlungen geführt, zuletzt 2004 in der Pf.klinik B., wo man eine fehlende Belastbarkeit für den Beruf als Krankenschwester angenommen, sie aber noch für ausreichend belastbar für eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angesehen habe. Man habe ihr dort auf Grund dieser Konstellation vorgeschlagen, einen Rentenanspruch zu stellen. Die Klägerin habe ferner berichtet, in der Nichtgewährung der Rente eine große Ungerechtigkeit zu sehen. Sie empfinde die Rente als Anerkennung ihrer erbrachten Leistungen und Lebensgeschichte. Rückblickend habe die Klägerin gesagt, dass mit dem Rentenanspruch der ganze Ärger angefangen habe. Die Klägerin habe unter den ablehnenden Bescheiden einen kämpferischen Willen um Wiedergutmachung entwickelt, der auch in den aus den Akten ersichtlichen sehr persönlichen Anschreiben an die mit ihrem Anliegen beschäftigten Personen gemündet habe. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung gelangte der Gutachter Dr. H. zu der Einschätzung, die Klägerin könne in quantitativer Hinsicht allenfalls noch halbschichtig als belastbar angesehen werden. Für diese Einschränkung gelte aber, dass sich die Klägerin parallel in einer regelmäßigen psychotherapeutischen Behandlung befinde. Der Vulnerabilität der seelischen Struktur könne nur insoweit entgegen gewirkt werden, als es ihr möglich sein werde, über Behandlungsmaßnahmen die Selbstwertsituation zu stärken. Die psychische Vulnerabilität der Klägerin müsse auch bei den Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden. Sie benötige ein von besonderem Wohlwollen geprägtes Arbeitsklima. Es sei von einem sehr komplexen Krankheitsbild auszugehen, das seine Wurzeln in einer schwerst traumatisierenden Familiensituation habe. Die psychosozialen Entwicklungsbedingungen der Klägerin seien pathologischerweise geprägt worden. Es seien bei ihr multiple Traumatisierungen anzunehmen, mit der Folge nur eingeschränkter Bewältigungsmöglichkeiten für belastende psychosoziale Interaktionen. Diese vulnerable psychische Struktur sei unter den anhaltenden psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz ab etwa Mitte der 90er Jahre zunehmend beansprucht worden. Die Klägerin habe schließlich nachhaltig dekompenziert und eine Somatisierung entwickelt. Daher sei die psychopathologische Realität nur oberflächlich als Nebendiagnose erfasst worden. Dies habe eine Chronifizierung begünstigt, ohne dass geeignete psychotherapeutische Maßnahmen frühzeitig hätten eingeleitet werden können. Eine ausreichende Introspektionsfähigkeit sei nicht erkennbar, das psychische Erleben sei auf Wiedergutmachen aus, ohne dass die Klägerin dies hinterfragen könne. Die Abweichung seiner Leistungseinschätzung gegenüber denen der Vorgutachter erklärte Dr. H. damit, dass es sich bei den Gutachten von Dr. E. und von Dr. B. um kurz gefasste nervenärztliche Gutachten gehandelt habe, in denen die Tiefe der Psychopathologie nicht hätte herausgearbeitet werden können. Dr. Sch. habe sich zwar in deskriptiver Weise ausführlich mit dem psychopathologischen Befund auseinander gesetzt. Er habe aber keinen Zugang zu den psychischen Funktionen hergestellt und die kernneurotische Entwicklung nicht herausgearbeitet.

Die Beklagte hat hierzu mit Schriftsatz vom 29.01.2010 Stellung genommen und ausgeführt, dem nervenärztlichen Gutachten des Dr. H. könne in der Leistungsbeurteilung nicht gefolgt werden. Im Rentenrecht komme psychodynamischen Aspekten anders als in einer Behandlung nur eine sehr untergeordnete Sichtweise zu. Daher könne man dem nervenärztlichen Sachverständigen Dr. Sch. nicht vorwerfen, hier nur phänomenologisch deskriptiv, orientiert am psychopathologischen Befund vorgegangen zu sein. Entscheidend seien im Rentenrecht nur erwerbsrelevante Funktionseinschränkungen, die sich aus der Psychopathologie ableiten ließen. Bei der Klägerin liege eine allenfalls leichtgradige depressive Störung seit vielen Jahren vor, die sowohl von Dr. Sch. als auch von Dr. H. dargelegt sei. Der jeweilige psychopathologische Befund unterscheide sich nur in Nuancen. Auch die Aussagen zum Tagesablauf und zu den Alltagsaktivitäten differierten in dem Gutachten aus den Jahren 2007 und 2009 nur unwesentlich. Die vom Gutachter Dr. H. beschriebene psychische Vulnerabilität auf Grund von Traumatisierung in der Kindheit könne daher als Beleg für eine untermittelschichtige Leistungsfähigkeit nicht herangezogen werden. Solche Belange seien sicherlich für eine tiefenpsychologisch ausgerichtete Therapie entscheidend. Das Leistungsvermögen der Klägerin liege weiterhin bei sechs und mehr Stunden unter Beachtung bereits aufgeführter qualitativer Einschränkungen.

Der Senat hat daraufhin den Gutachter Dr. H. von Amts wegen mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. Dr. H. hat die Klägerin am 25.03.2010 untersucht und auf neurologischem Fachgebiet Migräne-Kopfschmerz diagnostiziert, dem er keine leistungsmindernde Bedeutung zugemessen hat. Auf psychiatrischem Fachgebiet hat er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert sowie eine rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt als remittiert anzusehen (ICD-10

F33.4). Die Kriterien für das Vorliegen einer auch leichten depressiven Episode seien nicht erfüllt worden, ebenso wenig hätten sich Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Angsterkrankung im Sinne des psychiatrischen Klassifikationssystems ICD-10 ergeben. Die vorliegenden Erkrankungen bedingten gewisse qualitative Einschränkungen, so seien auf Grund der bestehenden psychischen Erkrankung eine Überforderung durch Akkordarbeit, Nachtarbeit oder durch Arbeiten unter besonderem Zeitdruck zu vermeiden. Dies gelte gleichermaßen für Arbeiten mit besonders hohen Ansprüchen an Auffassung und Konzentration sowie mit besonders hoher Verantwortung und besonders hoher geistiger Beanspruchung. Weitere Einschränkungen ergäben sich nicht, die Klägerin sei in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Vom Gutachten Dr. Sch. vom 30.03.2007 habe sich insoweit eine Abweichung ergeben, als damals noch eine leichtgradige depressive Episode nachgewiesen worden sei. Übereinstimmung bestehe hinsichtlich des Vorliegens einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie auch hinsichtlich der Leistungsbeurteilung. Dem Gutachten von Dr. H. vom 17.11.2009 sei insoweit zuzustimmen, als eine rezidivierende depressive Störung vorliege, die jetzt aber als remittiert anzusehen gewesen sei. Zusätzlich sei jetzt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Das von Dr. H. konstatierte unvollständige Leistungsvermögen lasse sich auf Grund des jetzt erhobenen Befundes definitiv nicht nachvollziehen. Auch der von Dr. H. beschriebene psychische Befund stütze die von ihm getroffene Leistungsbeurteilung nicht. Die von Dr. H. dargelegten psychodynamischen Erwägungen hätten im Hinblick auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung keine wesentliche Bedeutung. Leistungseinschränkungen müssten vielmehr aus dem psychischen Befund ableitbar sein. Es sei insbesondere darauf hinzuweisen, dass sich keine Einschränkungen der Auffassung, der Konzentration oder des Durchhaltevermögens gezeigt hätten. Die Klägerin habe konzentriert, flüssig und präzise berichtet. Es sei daher von einem vollschichtigen Leistungsvermögen mit gewissen qualitativen Leistungseinschränkungen auszugehen.

Mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 31. August 2010 ließ die Klägerin eine ärztliche Stellungnahme des Orthopäden Dr. M. vom 27.10.2009 vorlegen. Daraus ergaben sich die Diagnosen: Sulcus-ulnaris-Syndrom links, Lumboischialgie links, NPP L4/5, degeneratives Cervicalsyndrom, myofasciale Schulter-Nacken-Problematik und durch Fehlsichtigkeit bedingte Links-Rotationshaltung des Kopfes. Als Therapie für die von der Klägerin nach Umzug im März 2009 zunehmend beklagten Beschwerden wurden manuelle Therapie und heiße Rolle angegeben. Die Klägerin ließ mitteilen, dass nach ihrer Auffassung die gerichtlich eingeholten Gutachten das tatsächliche schwere Ausmaß ihrer Erkrankungen nicht adäquat berücksichtigen würden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren. Sie hat darauf keinen Anspruch.

Gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Versicherte haben gemäß [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)).

Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin nicht. Der Senat teilt die Auffassung des Sozialgerichts, dass die Klägerin dazu in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von sechs und mehr Stunden arbeitstäglich zu verrichten.

So wie bereits das Sozialgericht geht auch der Senat davon aus, dass die Klägerin vor allem an Erkrankungen auf orthopädischem und neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet leidet. Ausgehend von dem durch die Klägerin zuletzt vorgelegten Befundbericht des behandelnden Orthopäden Dr. M. vom 27.10.2009, bestehen bei der Klägerin ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links, eine Lumboischialgie links, NPP L4/5, ein degeneratives Cervicalsyndrom, eine myofasciale Schulter-Nacken-Problematik und eine durch Fehlsichtigkeit bedingte Links-Rotationshaltung des Kopfes. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehen bei der Klägerin dem zuletzt erhobenen Befund des Gutachters Dr. H. zu Folge eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Als Nebenerkrankungen bestehen bei der Klägerin Migränekopfschmerzen und Bluthochdruck auf internistischem Gebiet, sowie ein eingeschränktes Hörvermögen links und ein eingeschränktes Sehvermögen rechts.

Die orthopädischen Beschwerden der Klägerin begründen keine Leistungsminderung in zeitlicher Hinsicht. Die Klägerin ist im Widerspruchsverfahren auf Veranlassung der Beklagten orthopädisch von Dr. T. begutachtet worden. Dieser diagnostizierte eine aktive Gonarthrose, Osteoporose ohne Spontanverformung der Wirbelsäule und einen Hohlrund-Rücken mit geringen, ausreichend kompensierten Gefügestörungen sowie eine somatoforme Schmerzstörung. Er ging aufgrund dieser Beschwerden von einem Restleistungsvermögen der Klägerin für leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Haltung, überwiegend im Sitzen für mehr als sechs Stunden arbeitstäglich aus. Regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über acht bis zehn Kilo sowie vermehrtes Treppen- und Leitersteigen und gehäufte Überkopfarbeit sollten vermieden werden. Im weiteren Verlauf des Verfahrens haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, die Einschätzung des Gutachters Dr. T. in Frage zu stellen. Die Klägerin befindet sich weiterhin und offenbar ausschließlich bei Dr. M. in

orthopädischer Behandlung. Der im Berufungsverfahren von ihr benannte Orthopäde Dr. R. konnte jedenfalls über eine Behandlung der Klägerin in den letzten zurückliegenden 10 Jahren nichts berichten. Dr. M. hat aber bereits im erstinstanzlichen Verfahren, befragt als sachverständiger Zeuge, mitgeteilt, dass bei der Klägerin kein in zeitlicher Hinsicht eingeschränktes Leistungsvermögen bestehe und damit die Leistungseinschätzung von Dr. T. bestätigt. Dr. M. hatte seine Beurteilung des Leistungsvermögens auf Grund der von ihm im Jahr 2006 gestellten Diagnosen eines Fibromyalgie-Syndroms, eines Schulter-Nacken-Syndroms sowie eines Supraspinatussyndroms links, einer beginnenden medial betonten Gonarthrose links, Polyarthralgien der Hände und einem bekannten Lumbalsyndrom mit Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 getroffen. In dem zuletzt von der Klägerin vorgelegten Arztbericht des Dr. M. vom 27.10.2009 hat dieser weiterhin ein myofasciales Schulter-Nacken-Syndrom festgestellt, sowie im Bereich der Wirbelsäule eine Lumboischialgie links, nunmehr aber unter Diagnose eines NPP L4/5 ohne relevante Wurzelkompression. Ein Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 hat sich in einem MRT-Befund vom 22.07.2009 offenbar nicht mehr nachweisen lassen. Trotz sehr ausführlicher Befunderhebung berichtet Dr. M. in seinem Arztbericht vom 27.10.2009 allerdings nicht mehr von der Gonarthrose links sowie von den Polyarthralgien der Hände. Der Anamnese-Schilderung zufolge hat die Klägerin offenbar nicht mehr über Kniegelenksbeschwerden sowie über Beschwerden in den Händen geklagt. Aktuell hatte Dr. M. am 27.10.2009 lediglich ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links neu diagnostiziert. Die früher gestellte Diagnose eines Supraspinatussyndroms links hat er nicht aufrecht erhalten. Ein Vergleich der Diagnosen des Dr. M. aus dem Jahr 2006 sowie aus dem Arztbericht vom 27.10.2009 lässt damit nicht erkennen, dass sich die Beschwerden der Klägerin in orthopädischer Hinsicht in der Zwischenzeit verschlechtert hätten.

Im Vordergrund stehen vielmehr die Beschwerden der Klägerin in psychiatrischer Hinsicht. Aber auch auf Grund der auf diesem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen der Klägerin vermag der Senat kein in zeitlicher Hinsicht reduziertes Leistungsvermögen der Klägerin zu erkennen. Dies ergibt sich insbesondere aus den ausführlichen und umfassend begründeten Darlegungen im Gutachten von Dr. H. vom 12.04.2010. In Übereinstimmung mit dem im erstinstanzlichen Verfahren beauftragten fachpsychiatrischen Gutachter Dr. Sch. gelangt auch Dr. H. zu der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung. Im Unterschied zum Gutachten von Dr. Sch. vom 30.03.2007 konnte Dr. H. jedoch bei seiner Untersuchung am 25.03.2010 eine depressive Episode nicht mehr feststellen, und ging deshalb von einer remittierten depressiven Störung aus. Ebenfalls in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Gutachters Dr. Sch. bewertete Dr. H. das Restleistungsvermögen der Klägerin dahingehend, dass diese unter qualitativen Leistungseinschränkungen zu einer vollschichtigen Tätigkeit in der Lage ist. Dr. Sch. hat bei seiner Einschätzung auf das im Rahmen zweier mehrstündiger Untersuchungssitzungen gezeigte Leistungsvermögen abgestellt. Dr. H. hat insbesondere darauf hingewiesen, dass sich keine Einschränkungen der Auffassung, der Konzentration oder des Durchhaltevermögens im Rahmen der Untersuchung gezeigt hätten. Der bei der Klägerin bestehenden psychischen Erkrankung könne dem Gutachter Dr. H. zu Folge durch Vermeidung von Überforderungen durch Akkordarbeit, Nachtarbeit oder Arbeiten unter besonderem Zeitdruck begegnet werden. Er hielt ebenso Arbeiten mit besonders hohen Ansprüchen an Auffassung und Konzentration sowie mit besonders hoher Verantwortung und besonders hoher geistiger Beanspruchung für nicht möglich. Auch insoweit stimmt er in vollem Umfang mit der Einschätzung des Dr. Sch. in dessen Gutachten aus dem Jahre 2007 überein. Auf der Grundlage dieser beiden Gutachten ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass eine Leistungsfähigkeit der Klägerin in dem von Dr. H. und Dr. Sch. übereinstimmend beschriebenen Umfang weiterhin besteht.

Nicht folgen kann der Senat demgegenüber dem vom Gutachter Dr. H. in dessen Gutachten vom 17.11.2009 getroffenen Bewertung des Leistungsvermögens der Klägerin. Dr. H. war zu dem Ergebnis gelangt, dass die Klägerin in quantitativer Hinsicht allenfalls noch halbschichtig als belastbar angesehen werden könne, dies aber unter der Voraussetzung, dass sie sich parallel in psychotherapeutischer Behandlung befinde und bei den Arbeitsbedingungen ein von besonderem Wohlwollen geprägtes Arbeitsklima gegeben sei. Diese von den Bewertungen durch Dr. Sch. und Dr. H. abweichende Leistungseinschätzung überzeugt aber schon deshalb nicht, weil auch Dr. H. die gleichen Erkrankungen wie die Gutachter Dr. Sch. und Dr. H. diagnostiziert hat. So geht auch er von einer rezidivierenden depressiven Störung mit ausgeprägter Somatisierung aus. Zwar beschreibt Dr. H. ausführlich die Hintergründe der Somatisierungsstörung und führt diese auf eine narzisstisch-depressive Persönlichkeitsentwicklung mit zwanghaften Anteilen und kumulativen Traumata zurück. Der Senat schließt sich insoweit aber dem von der Beklagten in ihrem Schriftsatz vom 29.01.2010 geäußerten Einwand an, den auch der Gutachter Dr. H. bestätigt hat, dass sich aus den von Dr. H. ausführlich dargestellten psychodynamischen Erwägungen kein Ergebnis ableiten lasse, das für ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen spreche. Dr. H. hat zwar ausdrücklich dargelegt, aus welchen Gründen und Umständen sich die psychischen Erkrankungen der Klägerin entwickelt hätten und insoweit auf die in Kindheit und Jugendzeit von der Klägerin erlebten Traumata abgestellt. Diese Entwicklung ist zwar auch für den Senat durchaus nachvollziehbar. Sie begründet aber jedenfalls keine für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Rentenverfahren maßgeblichen Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin. Derartige Beeinträchtigungen, die ein halbschichtiges Leistungsvermögen der Klägerin begründen könnten, sind allein aus den erhobenen Befunden und den diagnostizierten Erkrankungen abzuleiten und ergeben sich aufgrund der auch von Dr. H. gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit Somatisierung aber gerade nicht. Die Feststellungen des Sachverständigen Dr. H. zur Entwicklung des Krankheitsbildes der Klägerin sind nach Auffassung des Senats gegebenenfalls für die Durchführung einer Psychotherapie bedeutsam, nicht jedoch für die Bewertung des sozialmedizinischen Leistungsvermögens. Darauf hat die Beklagte in ihrem Schriftsatz vom 29.01.2010 zurecht hingewiesen. Dem Gutachten des Dr. H. lässt sich allerdings entnehmen, dass sich bei der Klägerin im Verlauf des Verfahrens ein ausgeprägter Rentenwunsch herausgebildet hat, der auf einer Bewertung der Rentengewährung beruht, die über einen reinen Versorgungswunsch hinaus geht. Die Klägerin hat wiederholt betont, dass sie die Rente als Anerkennung für ihre Lebensleistung empfindet, um die sie im Sinne einer Wiedergutmachung kämpft. Diese subjektive Motivationslage mag zwar verständlich sein, ändert aber nichts daran, dass die für die Gewährung einer Rente erforderlichen objektiven Voraussetzungen einer Erwerbsminderung bei der Klägerin nicht vorliegen.

Gegen eine quantitative Leistungsminderung der Klägerin auf Grund der festgestellten psychischen Erkrankungen spricht nicht zuletzt auch, dass sie sich offenbar gegenwärtig nicht in fachpsychiatrischer oder sonstiger psychotherapeutischer Behandlung befindet. So hat die als sachverständige Zeugin im erstinstanzlichen Verfahren befragte Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie S.-K. am 30.09.2006 angegeben, dass sie die Klägerin in den Jahren 2001 und 2002 und seitdem nur einmal im September 2006 behandelt habe. Auch der im Berufungsverfahren als sachverständiger Zeuge gehörte Neurologe und Psychiater Dr. M. hat am 18.06.2008 angegeben, die Klägerin habe sich in den Jahren 1995 bis 1999 bei ihm in Behandlung befunden und danach nur einmalig im Mai 2007. Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes konnten beide Ärzte daher keinerlei Angaben machen. Diese Aussagen sprechen eher dafür, dass die Klägerin selbst unter ihren psychischen Erkrankungen nicht in so massiver Weise leidet, dass sie sich einer von Dr. H. als erforderlich angesehenen psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hätte.

Es ist auch nicht erkennbar, dass auf Grund internistischer Erkrankungen eine Leistungsminderung in zeitlicher Hinsicht begründet wäre. Zwar hat der die Klägerin behandelnde Hausarzt, der Facharzt für Allgemeinmedizin E., gegenüber dem Sozialgericht am 10.11.2006 angegeben, dass er die Klägerin nur noch in einem Umfang von unter drei Stunden für leistungsfähig halte. Er hat diese Einschätzung jedoch ausschließlich auf Grund orthopädischer und psychiatrischer Fremdbefunde getroffen. Seine Einschätzung kann daher der vom behandelnden Orthopäden Dr. M. getroffenen Leistungseinschätzung ebenso wenig entgegen gehalten werden, wie den fachkompetenten Bewertungen der psychiatrischen Erkrankungen durch die Gutachter Dr. Sch. und Dr. H ... Ebenso hat sich, wie das Sozialgericht bereits zutreffend festgestellt hat, die von der Klägerin behauptete Herzerkrankung nicht bestätigt. Aus dem Befundbericht des Kardiologen Dr. K. vom 28.06.2007 hat sich insoweit lediglich ergeben, dass die Klägerin an einem behandlungsbedürftigen Bluthochdruck sowie an medikamentös zu therapierenden sehr hohen Cholesterinwerten leidet. Hinweise auf eine Herzerkrankung haben nach den Feststellungen des Dr. K. aber gerade nicht vorgelegen. Die sensorischen Defizite am linken Ohr sowie am rechten Auge wurden bereits im Verwaltungsverfahren von Dr. B. im Gutachten vom 06.06.2005 dahingehend gewürdigt, dass sich auf Grund der jeweils vorhandenen guten Kompensation keine weiterreichenden Leistungseinschränkungen ergeben. Diese Einschätzung hat Dr. Sch. in seinem Gutachten vom 30.03.2007 bestätigt. Die im Berufungsverfahren eingeholten Stellungnahmen des behandelnden HNO-Arztes Dr. M. und der Augenärztin Dr. H. haben keinerlei weitergehende Anhaltspunkte dafür ergeben, dass insoweit eine Verschlechterung eingetreten sei.

Entgegen der von der Klägerin vertretenen Auffassung besteht auf Grund der bei der Klägerin bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch keine Summierung außergewöhnlicher Leistungseinschränkungen, sodass auch ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente aus Gründen der Verschlussenheit des Arbeitsmarktes hier nicht in Betracht kommt. Den gutachterlich festgestellten Funktionseinschränkungen kann durch entsprechende von den Gutachtern Dr. T., Dr. Sch. und Dr. H. beschriebene qualitative Leistungseinschränkungen begegnet werden. Diese überschreiten das Maß des Üblichen nicht.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-12-22