

## L 9 R 3214/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 R 1784/08  
Datum  
05.06.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 9 R 3214/09  
Datum  
31.01.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 05. Juni 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1963 in der Türkei geborene Kläger ist im Dezember 1979 nach Deutschland zugezogen und wurde dann vom 01. Juli 1980 bis 30. April 1981 im Bereich Metallbearbeitung allgemein angelernt. Danach arbeitete er von Mai 1981 bis Juli 1981 als Bohrer-schleifer/Werkzeugschleifer und schließlich von August 1981 bis Dezember 1998 als Lackiererhelfer. Anschließend war er arbeitslos bzw. arbeitsunfähig krank. Er bezieht inzwischen Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Wegen der Einzelheiten der versicherungsrechtlichen Zeiten wird auf den Gesamtkontospiegel in den Verwaltungsakten der Beklagten vom 20. November 2007 verwiesen.

Den Rentenantrag des Klägers vom 30. August 2007 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23. Oktober 2007 und - nachdem dieser auf das Angebot der Beklagten zur Gewährung von Leistungen zur Teilhabe vom 17. März 2008 nicht reagierte - mit Widerspruchsbescheid vom 28. Mai 2008 ab, da er Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden arbeitstäglich bei Beachtung qualitativer Einschränkungen verrichten könne.

Grundlage der Entscheidung war - neben Berichten behandelnder Ärzte - zunächst ein Gutachten des Internisten und Sozialmediziners Dr. R. vom 19. Oktober 2007. Er hatte nach einer Untersuchung und unter Berücksichtigung der vorliegenden ärztlichen Äußerungen eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. In den vorliegenden ärztlichen Äußerungen seien im Wesentlichen die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (Arztbrief der Münsterklinik Zwiefalten vom 22. Juni 2007), chronischer Spannungskopfschmerz, muskuloskelettales Schmerzsyndrom, somatoforme Schmerzstörung (Arztbrief der Schmerzambulanz der Kreisklinik Biberach vom 25. Juli 2007), chronisches Kopfschmerzsyndrom, multiple Tendomyalgien generalisiert, depressive Verstimmung, somatoforme Schmerzstörung (Arztbrief des Orthopäden Dr. H. vom 06. September 2007) und Somatisierungsstörung (Arztbrief des Radiologen Dr. B.-L. vom 19. September 2007) benannt. Die aktuelle Untersuchung habe keine nennenswerte organpathologische Veränderung ergeben. Es lägen auch keine Veränderungen vor, die als sekundäre Folgen stark ausgeprägter oder langwährender Krankheitsprozesse hervorgerufen werden könnten. U.a. fehlten entsprechende Veränderungen an der Muskulatur und Zeichen von Schonung oder Mindergebrauch. Ein wesentlicher psychopathologischer Befund bestehe aktuell nicht. Es seien geringe Veränderungen im Bereich der Affektivität festzustellen. An indirekten Symptomen für eine Depression würden Schlafstörungen berichtet. Im Vordergrund stehe praktisch ausschließlich die somatoforme Schmerzstörung. Der Kläger könne seine letzte berufliche Tätigkeit wie auch mittelschwere Tätigkeiten im Stehen, Gehen oder Sitzen sowie in Tages- oder Früh- und Spätschicht - ohne Zeitdruck, Nachtschicht und anhaltend schwere körperliche Arbeiten - sechs Stunden und mehr verrichten. Eine Sprachbarriere sei bei der Untersuchung nicht vorhanden gewesen. Des weiteren hatte der Arzt für Nervenheilkunde, Psychotherapie, Schäfer im Gutachten vom 07. März 2008 die Diagnosen Somatisierungsstörung und Spannungskopfschmerz gestellt. Bezüglich der bei der Untersuchung angegebenen Tagesaktivitäten wird auf das Gutachten verwiesen. Eine Psychotherapie oder psychosomatische Behandlung finde - so der Gutachter - nicht statt. Bei der Erhebung des psychischen Befundes sei der Kläger bewusstseinsklar, in allen Kategorien orientiert, nicht sicher depressiv, zum ungezwungenen Lachen anregbar gewesen und habe dann in der Mimik ganz locker gewirkt. Die Verständigung in deutscher Sprache sei ohne wesentliche Schwierigkeiten möglich gewesen. Es hätten sich keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen gefunden, auch kein

Psychosezeichen. Insgesamt hatte der Gutachter eine deutliche Diskrepanz zwischen beklagten Beschwerden und objektivem Befund festgestellt. Der Kläger könne leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in Tagesschicht - ohne Akkordarbeit, Schichtbetrieb, Lärmexposition sowie Belastungen durch Nässe, Kälte und Hitze - sechs Stunden und mehr verrichten. Schließlich hatte Dr. R. in seiner abschließenden Stellungnahme vom 13. März 2008 keine bedeutsamen neuen oder andersartigen Gesichtspunkte feststellen können und wegen nicht erkennbarer Motivation und damit mangelnder Erfolgsaussicht medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht empfohlen.

Am 17. Juni 2008 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben und u.a. geltend gemacht, bei den Untersuchungen durch die Gutachter habe er mangels Deutschkenntnissen Verständigungsschwierigkeiten gehabt. Soweit in den Gutachten von einer deutlichen Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden die Rede sei, sei dies nicht nachvollziehbar. Er könne seit über 10 Jahren nicht mehr arbeiten. Seine Beschwerden seien bislang nicht hinreichend berücksichtigt.

Das SG hat die Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der Neurologe Dr. K. hat am 20. August 2008 über Untersuchungen des Klägers und die dabei erhobenen Befunde berichtet und ausgeführt, die chronischen Cervikocephalgien und linksseitigen Lumboischialgien wirkten sich bei einseitigen und körperlich schweren Belastungen nachteilig auf die berufliche Tätigkeit des Klägers als Arbeiter aus. Aus neurologischer Sicht bestehe ein halbschichtiges bis unter vollschichtiges Leistungsvermögen. Der Orthopäde Dr. H. hat am 25. August 2008 über Untersuchungen und von ihm erhobene Befunde berichtet und hierzu auf seine beigefügten Arztbriefe (u.a. vom 24. Juli und 23. Juni 2008 [Diagnosen jeweils: Multiple Tendomyalgien generalisiert, z.B. Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung]) verwiesen. Von rein orthopädischer Seite seien leichte körperliche Tätigkeiten vollschichtig zumutbar, allerdings bestehe eine Einschränkung hinsichtlich der depressiven Verstimmung mit somatoformer Schmerzstörung. Dr. M. hat am 25. August 2008 unter Übersendung weiterer ärztlicher Berichte über die erhobenen Feststellungen und Untersuchungsbefunde berichtet und ausgeführt, der Kläger sei nicht mehr belastbar, weil er trotz mannigfacher Therapieansätze unter ständigen Schmerzen leide.

Außerdem hat das SG ein Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, klinische Geriatrie, spezielle Schmerztherapie, Dr. H. vom 08. April 2009 eingeholt. Er hat den Kläger, der mit ihm kein Wort deutsch gesprochen hat, mit Hilfe einer Berufsdolmetscherin befragt und untersucht. Der Sachverständige hat u. a. den Tagesablauf referiert, den der Kläger dabei angegeben hat. Seine Beschwerden, so der Gutachter, habe der Kläger schriftlich notiert gehabt und detailliert von mehreren handschriftlich beschriebenen DIN-A 4-Bögen abgelesen, was die Dolmetscherin sehr präzise übersetzt habe. Zum psychischen Befund hat der Sachverständige festgehalten, der Kläger habe sich mit der Dolmetscherin ausgesprochen lebhaft in Gestik und Mimik unterhalten. Er habe sehr viel gesprochen und sein Redefluss sei kaum zu unterbrechen gewesen. Insgesamt habe sich kein Nachweis einer tiefergehenden depressiven Verstimmung, einer Psychose oder eines hirnorganischen Psychosyndroms von Krankheitswert ergeben. Es bestehe eine krasse Diskrepanz zwischen den langjährig vorgebrachten körperlichen Beschwerden und dem objektiven Organbefund. Organisch lasse sich im Grunde überhaupt kein pathologischer Befund nachweisen, abgesehen von altersgemäßen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Auch neurologisch fänden sich keine Hirnnervenausfälle und keine Halbseitensymptomatik, keinerlei Störungen der Koordination und der Gleichgewichtsfunktion. Auch die Zusatzdiagnostik sei unauffällig gewesen. Die mehrfach diskutierte "somatoforme Schmerzstörung" habe sich nicht eruieren lassen. Es sei korrekterweise von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung auszugehen. Bei der Untersuchung sei der Kläger keinesfalls tiefergehend depressiv herab gestimmt gewesen, man könne allenfalls von einer Dysthymia ausgehen. Schließlich sei auch unter Berücksichtigung der Angabe einer raschen Erschöpfbarkeit, die sich objektiv allerdings durch nichts belegen lasse, eine "Neurasthenie" zu diskutieren. Dabei handele es sich um eine leichte seelische Störung, die weder objektivierbar sei, noch zu einer schwerwiegenden Leistungsbeeinträchtigung führe. Dass der Kläger seit seinem 35. Lebensjahr beruflich nicht leistungsfähig gewesen sein solle, lasse sich durch nichts begründen. Er suche zwar offenbar immer wieder verschiedene Ärzte auf, eine intensiviertere Therapie habe aber ganz offensichtlich nicht stattgefunden. Sozialmedizinisch lasse sich weder auf Grund der leichten seelischen Störungen noch auf Grund eines objektivierbaren körperlichen Befundes eine zeitliche Leistungsminderung im Erwerbsleben begründen. Damit bestünden eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Dysthymia, eine Neurasthenie, ein Spannungskopfschmerz sowie ein leichtes Cervikalsyndrom ohne gravierende Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik. Unter Berücksichtigung dessen könne er Tätigkeiten als Arbeiter in einer Lackiererei und leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne körperliche Schwerarbeiten, ständige Überkopparbeiten, Einwirkungen von Kälte, Nässe und Zugluft, sowie Tätigkeiten mit besonderer Anforderung an die psychische Belastbarkeit - vollschichtig, acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche, ausüben. Mit dem Gutachten von Dr. R. und dem des Nervenarztes Sch. stimme er voll überein. Soweit behandelnde Ärzte von einer quantitativen Leistungsinderung ausgingen, sei dies in keiner Weise nachvollziehbar. Beigefügt hat der Sachverständige die ihm vorgelegten Arztbriefe des Dr. H. vom 11. November 2008 und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sch. vom 30. März 2009.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 05. Juni 2009 abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung lägen nicht vor, da der Kläger Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nach den Gutachten des Dr. R. und des Nervenarztes S. sowie dem Sachverständigengutachten des Dr. H. sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten könne. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Gerichtsbescheid verwiesen.

Gegen den am 17. Juni 2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 07. Juli 2009 Berufung eingelegt.

Gemäß dem vorgelegten Bericht vom Juni 2009 über eine stationäre Behandlung im Kreiskrankenhaus S. vom 22. bis 26. Juni 2009, Innere Abteilung, ist der Kläger nach zwei Synkopen mit Anschlagen des Kopfes stationär eingewiesen worden. Er habe angegeben, er sei gegen 5.20 Uhr aufgestanden und auf dem Weg ins Bad bei plötzlicher Übelkeit und Schwindel umgefallen. Dabei habe er sich den Kopf gestoßen. Die neurologische Untersuchung habe keinen Hinweis für ein fokalneurologisches Defizit sowie für einen epileptischen Anfall erbracht. Laborchemisch und echokardiographisch sei eine frische Myocardischämie sowie eine Lungenembolie ausgeschlossen worden. Im Belastungs-EKG sei eine maximale Belastung mit 200 Watt erfolgt, worauf sich eine hypertensive Krise mit kollapsähnlichem Zustand gezeigt habe. Die am Folgetag durchgeführte Koronarangiographie habe eine coronare Herzkrankheit ausschließen können. Bei bekannten BSV im cervikalen und lumbalen Bereich gehe man am ehesten von einer neurologischen Genese aus, insbesondere weil der Kläger über rezidivierende Parästhesien im linken Arm und Schmerzen von ausstrahlendem Charakter berichte. Die Entlassung sei weitgehend beschwerdefrei erfolgt.

Der Senat hat zunächst die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. M. hat am 21. Oktober 2009 die Untersuchungsdaten mitgeteilt und über die erhobenen Befunde (u.a. Blutdruckmessungen) sowie seine Diagnosen

(Cervikalsyndrom, Depression, HWS-Syndrom, Ischialgie, Schlafstörungen, Unruhezustände, Bronchitis) berichtet und ihm zugegangene Arztbriefe vorgelegt (Dr. H. vom 13. Oktober 2009, Dr. Sch. vom 10. März 2009, Dr. Sch. vom 05. Mai 2009). Dr. H. hat am 22. Oktober 2009 über Vorstellungen vom März, Juni, Juli und November 2008 sowie Oktober 2009 berichtet. Hierzu hat er seine Arztbriefe vom 11. November 2008 (Vorstellung wegen Nacken- und Rückenschmerzen; Diagnosen: Multiple Tendomyalgien generalisiert, Zervikobrachialsyndrom, muskuläre Dysbalance, z.B. Fibromyalgie, myofasciales Schmerzsyndrom, somatoforme Schmerzstörung; Therapie: gezielte orthopädische Behandlung mit manuellen Techniken, Deblockierung, Relaxantien) und 13. Oktober 2009 (Angabe von Kopf- und Nackenschmerzen, der Kopf sei gefühlt zu schwer, Schmerzausstrahlung in beide Hände; Diagnosen: wie am 11. November 2008, Krankengymnastik, manuelle Therapie und Massagen hätten nur kurzfristige Besserung gebracht, ansonsten keine anhaltende Reaktion; zur Intensivierung wäre eine stationäre Behandlung im Sinne eines Reha-Verfahrens vorzuschlagen, ansonsten Analgetika, Relaxantien). Der Neurologe und Psychiater Dr. Sch. hat am 22. Dezember 2009 über Untersuchungen und Behandlungen im Zeitraum vom 30. März bis 17. Dezember 2009 berichtet. Er hat die Diagnosen Ulnarisläsion links, V.a. Sulcus ulnaris-Syndrom, CTS links und Insomnie gestellt. Der psychische Befund vom 19. November 2009 habe einen bewusstseinsklaren, in allen Qualitäten ausreichend orientierten Mann mit wechselndem Blickkontakt gezeigt, der auf Fragen häufig erst indirekt, erst auf wiederholtes Nachfragen präzise eingehend, geantwortet habe. Stimmungsmäßig sei er eher misstrauisch, verstimmt, teils auch gereizt imponierend bei gestellten Fragen gewesen, so als ob er diese zum Teil als Zumutung erlebe. Es hätten sich keine psychotischen Denkinhalte oder Verhaltensweisen gezeigt, auch keine Antriebsstörungen und keine Hinweise für gröbere neuropsychologische Defizite und kein Anhalt für ein hirnanorganisches Psychosyndrom.

Ferner sind Berichte des Radiologen Dr. W. vom 23. Dezember 2009 (MRT der HWS vom 23. Dezember 2009 [deutliche Fehllhaltung, geringe degenerative BS-Veränderungen mit Protrusionen C4/5 und C5/6, gute foraminale Weiten, relative spinale Enge in Höhe C5/6] und des Dr. H. vom 15. Januar 2010 [Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, verstärkter muskulärer Hartspann cerviko dorsal, positive Triggerzonen in der gesamten Rückenpartie]) zu den Akten gelangt.

Der Senat hat die Akten in einem Berufungsverfahren wegen Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) vom 3. Senat des Landessozialgerichts und die darin enthaltenen ärztlichen Äußerungen (Aussagen Dr. K. vom 02. November 2009 sowie Dr. Sch. vom 05. März 2009) beigezogen.

Der Kläger hat noch den Bericht des Dr. K. vom 15. März 2011 vorgelegt (Diagnosen: Chronische Cervicocephalgie, beidseitige Brachialgia paraesthetica nocturna; MRT: mediane BS-Protrusion C5/6, geringer auch C4/5, ansonsten unauffällige Darstellung der HWS ohne Hinweis auf einen relevanten BSV oder ein signifikante Spinalkanalstenosierung; die chronische Cervicocephalgie sei Folge der Verspannung und Druckempfindlichkeit der Trapeziusränder, darüber hinaus sei vor dem Hintergrund der gedrückten Stimmungslage auch eine somatoforme Schmerzstörung zu erwägen, Anhaltspunkte für eine cervikale Wurzelirritation lägen nicht vor und auch die kernspintomographische Untersuchung des Gehirns vom August 2009 sei unauffällig gewesen; Therapie: physikalische Maßnahmen zur Lockerung der paracervikalen Muskulatur und schmerzmodulatorische Behandlung mit Amitriptylin). Weiter hat der Kläger Berichte des Chirurgen Dr. Sch. vom 18. Februar 2011 (Diagnose: Chronisches HWS-Syndrom; Therapie: sportliche Betätigung) und des Dr. H. vom 16. Februar 2011 (Angabe heftiger Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden in den letzten Wochen Müdigkeit, Schlappeheit und Schlafstörungen; Diagnosen: Multiple Tendomyalgien generalisiert, z.B. Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung, BS-Läsion C4/5, C5/6; Therapie: gezielte orthopädische Behandlung mit manuellen Techniken, Deblockierung, Relaxantien, Krankengymnastik; eine stationäre neurologische Abklärung sei empfohlen worden). Außerdem hat der Kläger (nochmals) das arbeitsamtsärztliche Gutachten der Ärztin Eckelmann vom 13. Juli 2006 zu den Akten gereicht. Zuletzt (in der mündlichen Verhandlung) hat der Kläger Arztbriefe des Orthopäden Dr. M. vom 19.09. und 08.12.2011 sowie vom 16.01.2012 (HWS-/Schulter-Syndrom linksbetont, Lumbosakralgie links, Fehlstatik der Wirbelsäule, lumbale Spondylarthritis, PHS linke Schulter) sowie des Radiologen/Neuroradiologen Dr. N. vom 24.11.2011 über eine MRT des linken Schultergelenks (Nachweis einer mäßigen etwas entzündlich aktivierten ACG-Arthrose. Ansonsten unauffällige Darstellung der linken Schulter ohne weiteren relevant pathologischen Befund) vorgelegt.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, das Gutachten von Dr. H. gehe völlig an der Sache vorbei. Er sei tiefgehend depressiv und es bestehe gerade keine Diskrepanz zwischen den behaupteten körperlichen Beschwerden und dem objektivierbaren Organbefund. So sei er am 26. Juni 2009 zusammengebrochen und habe sich Verletzungen zugezogen, welche eine stationären Aufenthalt im Kreiskrankenhaus S. notwendig gemacht hätten. Er sei in ärztlicher Behandlung, u.a. bei Dr. Sch. ... Seine Beschwerden hätten sich in den letzten Jahren verschlechtert. Insofern verweise er auf die vorliegenden ärztlichen Berichte seiner behandelnden Ärzte. Er würde liebend gerne arbeiten, könne dies jedoch auf Grund seiner psychischen und physischen Leiden nicht. Er sei in psychischer Behandlung und nehme Antidepressiva, insbesondere das Mittel "Lyrica" sowie das Schmerzmittel "Ibu Beta 800". Auch im Gutachten der Agentur für Arbeit aus dem Jahr 2006 sei ein teilweise Minderung der Erwerbsfähigkeit attestiert.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 05. Juni 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 23. Oktober 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Mai 2008 zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. teilweiser Erwerbsminderung ab Antragstellung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie macht im Wesentlichen geltend, eine rentenberechtigende Leistungsminderung sei nicht nachgewiesen. Hierzu hat sie ärztliche Stellungnahmen von Dr. B. vom 11. August 2009, 24. Februar 2010, 05. Mai 2011 und 23. August 2011 vorgelegt. Dr. B. hat im Wesentlichen ausgeführt, nach dem Ergebnis der Ermittlungen des SG sei eine quantitative Leistungsminderung nicht feststellbar. Soweit im vorläufigen Entlassungsbericht des Krankenhauses S. vom Juni 2009 BSve angegeben seien, sei unklar durch welche Untersuchungen sie als belegt angesehen würden. Aus dem Bericht ergebe sich lediglich eine Prellmarke an der linken Augenbraue sowie eine Schürfwunde vor dem rechten Schienbein. Ernsthafte Verletzungsfolgen seien nicht beschrieben. Im Rahmen eines Belastungs-EKG sei der Kläger bis 200 Watt belastet worden und der Abbruch sei auf Grund eines Kollapszustandes bei erhöhtem Blutdruck im Sinne einer hypertensiven Krise erfolgt. Die anschließende Herzkatheteruntersuchung habe jedoch Durchblutungsstörungen im Bereich der Herzkranzgefäße ausschließen

lassen. Auch neurologische Untersuchungen hätten keine Ursache für das zur Aufnahme führende Ereignis erbracht. Im Übrigen sei der Kläger nach dem Bericht weitgehend beschwerdefrei entlassen worden. Aus den Angaben des Zeugen Dr. M. ergäben sich keine Befunde, aus denen sich Funktionseinschränkungen ableiten ließen, ebenso auch nicht aus den von ihm beigefügten Facharztberichten. Beim Orthopäden Dr. H. habe sich der Kläger nur selten vorgestellt. Höhergradige funktionelle Beeinträchtigungen ließen sich den beigefügten orthopädischen Berichten nicht nachvollziehbar entnehmen. Eine quantitative Leistungsminderung ergebe sich aus der Aussage insgesamt nicht. Dr. H. habe am 25. August 2008 auch leichte körperliche Tätigkeiten aus orthopädischer Sicht für vollschichtig zumutbar erachtet. Die Aussage von Dr. Sch. beinhalte lediglich einen neurologischen, hingegen keinen psychischen Befund. Insgesamt habe dieser keinen gravierenden psychopathologischen Befund beschrieben. Es lasse sich den Ausführungen auch nicht entnehmen, dass der Kläger tiefgehend depressiv sei, wie in der Berufungsbegründung geltend gemacht werde. Eine längerfristig zurückreichende nennenswerte depressive Störung lasse sich aus der Aussage nicht entnehmen, zumal Dr. Sch. erstmals am 19. November 2009 einen psychischen Untersuchungsbefund vermerkt habe. Damit ergäben sich keine neuen wesentlichen Erkenntnisse aus den Aussagen der behandelnden Ärzte. Insbesondere sei von keiner adäquaten nervenärztlichen, speziell psychiatrischen Betreuung auszugehen. Dr. K. habe von einem unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefund am 07. August 2009 berichtet. Die bei der Kernspintomographie der HWS am 23. Dezember 2009 bestätigten BS-Vorwölbungen im Bereich C4/5 und C5/6 könnten nach der Äußerung des Orthopäden Dr. H. vom 15. Januar 2010 die geklagten Beschwerden nicht erklären. Ob die von diesem deshalb angeregte stationäre neurologische Abklärung erfolgt sei, sei den Unterlagen nicht zu entnehmen. Hinderungsgründe seien nicht bekannt. Eine nennenswerte funktionelle Beeinträchtigung lasse sich auch aus den Ausführungen des Orthopäden Dr. H. nicht entnehmen, insbesondere nicht den mitgeteilten klinischen Untersuchungsbefunden. Dr. K. habe schließlich im Arztbrief vom 15. März 2011, in dem eine getrübe Stimmungslage erwähnt sei, keine nennenswerte funktionelle Beeinträchtigung genannt und physikalische Maßnahmen empfohlen. Insgesamt ergäben sich auch aus diesen Unterlagen keine eindeutigen neuen medizinischen Gesichtspunkte, die eine andere Leistungseinschätzung nachvollziehbar begründen könnten. Weiter Dr. B. ausgeführt, der Neurologe Dr. K. beschreibe im Bericht vom 15. März 2011 nur eine endgradig eingeschränkte HWS-Rotation und vermerke weiter BS-Vorwölbungen. Die von ihm angesprochene somatoforme Schmerzstörung sei bereits in den zahlreichen Vorgutachten berücksichtigt worden. Dr. K. habe physikalische Maßnahmen und schmerzmodulatorische Behandlungen medikamentöser Art empfohlen. Auch der Chirurg Dr. Sch. habe am 18. Februar 2011 eine endgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit beschrieben sowie krankengymnastische Übungen und sportliche Betätigung empfohlen. Der Orthopäde Dr. H. habe im ferner noch vorgelegten Bericht eine geringgradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS vermerkt und eine stationäre neurologische Abklärung empfohlen, die bisher offensichtlich nicht erfolgt sei und nach den Ausführungen des Neurologen Dr. K. im Bericht vom 15. März 2011 auch nicht erforderlich erscheine. Insgesamt lasse sich hinsichtlich leichter beruflicher Tätigkeiten den vorgelegten neurologischen, chirurgischen und orthopädischen Berichten eine quantitative Leistungseinschränkung nicht entnehmen. Eine erneute Begutachtung erscheine nicht indiziert.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Dieser hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die vom Kläger beanspruchte Rente - § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine solche Rente nicht erfüllt, weil er zumindest leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen in einem zeitlichen Umfang von wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten kann. Der Senat schließt sich dem unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren, der von ihm eingeholten Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte und der vorgelegten ärztlichen Äußerungen nach eigener Prüfung uneingeschränkt an und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gemäß § 153 Abs. 2 SGG zurück.

Ergänzend ist im Hinblick auf das Vorbringen im Berufungsverfahren, die Aussagen der behandelnden Ärzte und die beigezogenen und vorgelegten ärztlichen Äußerungen auszuführen, dass sich aus diesen eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung dauerhafter Art, die eine Abweichung von der Einschätzung des Leistungsvermögens, wie sie in den Gutachten von Dr. R. und des Nervenarztes Sch. sowie des Sachverständigen Dr. H. zum Ausdruck gekommen ist, nicht ergibt. Insbesondere sind keine neuen, dauerhaften Gesundheitsstörungen nachgewiesen worden, die zu einer dauerhaften Leistungsminderung des Klägers, der nunmehr seit 1998 einer beruflichen Tätigkeit nicht mehr nachgeht, führen würden. Der Senat hat keine Zweifel, dass die Leistungseinschätzung in den von der Beklagten eingeholten Gutachten und dem von Dr. H. erstellten Gutachten zutreffend ist.

Dr. H. hat den Kläger, der mit ihm kein Wort deutsch gesprochen hat, mit Hilfe einer Berufsdolmetscherin eingehend befragt und untersucht. Der Kläger gab hierbei an, er stehe unterschiedlich früh auf, je nachdem wie er geschlafen habe, und müsse sich oft wieder vormittags hinlegen, weil er müde sei, er esse gemeinsam mit der Familie zu Mittag und gehe tagsüber viel spazieren. Manchmal lege er sich auch nach dem Mittagessen noch einmal hin. Dabei müsse er eine Nackenrolle verwenden, dann gehe es ihm besser. Er habe keine speziellen Hobbys, beschäftige sich aber vielseitig zu Hause. Nur Lärm könne er schlecht ertragen. Seine Beschwerden hatte er schriftlich notiert und sie bei der Untersuchung detailliert von mehreren handschriftlich beschriebenen DIN-A 4-Bögen abgelesen. Die Dolmetscherin hat dies übersetzt. Bei der Erhebung des psychischen Befundes hat der Kläger sich mit der Dolmetscherin ausgesprochen lebhaft in Gestik und Mimik unterhalten. Er hat sehr viel gesprochen und sein Redefluss war kaum zu unterbrechen. Hierbei war er bewusstseinsklar, örtlich, zeitlich zur Person und situativ voll orientiert und wirkte - so Dr. H. - stark auf die körperlichen Beschwerden fixiert mit Verdeutlichungstendenzen und immer weiter ausufernder Beschwerdeschilderung. Er war dabei keinesfalls tiefgehend depressiv herab gestimmt und es ergaben sich auch keine Hinweise auf Interessenverlust oder Freudlosigkeit. Das Selbstwertgefühl erschien nicht beeinträchtigt. Dr. H. konnte auch keine psychotischen Elemente, keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen, keine Wahnwahrnehmungen und keine Auffassungsstörung, auch nicht im Rahmen des Untersuchungsganges, feststellen. Der Denkablauf war geordnet und gravierende kognitive Leistungseinbußen waren nicht erkennbar. Es zeigte sich keinerlei Antriebsminderung; der Kläger schilderte vielmehr sehr hartnäckig und in allen Einzelheiten sein vielfältiges körperliches Beschwerdebild und zeigte bei der Untersuchung - so Dr. H. - eindeutig demonstrative Verhaltensweisen. Insgesamt fand der Sachverständige keinen Nachweis einer tiefgehenden depressiven Verstimmung, einer Psychose oder eines hirnorganischen Psychosyndroms von Krankheitswert.

Zusammenfassend sah Dr. H. - was von ihm auch für den Senat schlüssig dargelegt wurde - eine krasse Diskrepanz zwischen den langjährig vorgebrachten körperlichen Beschwerden und dem objektiven Organbefund. Dies ergibt sich auch aus den bei der gutachterlichen Untersuchung durch den Nervenarzt S. vom Kläger angegebenen Tagesaktivitäten. Hier hatte der Kläger angegeben, seine Hobbys seien - bei schönem Wetter - Fahrradfahren oder auch Spaziergehen sowie Baden im Thermalbad. Er stehe zwischen 7 und 8 Uhr auf. Nach dem Frühstück gehe er etwa ein bis zwei Stunden in der Stadt spazieren, wobei er sich manchmal auch nur Schaufenster ansehe oder in einen Laden hineingehe. Manchmal treffe er Bekannte und spreche mit diesen. Er kehre dann, ganz abhängig vom Wetter und wie es ihm gehe, nach Hause zurück, lege sich hin und fühle sich dann müde. Während seine Ehefrau das Mittagessen bereite, decke er manchmal den Tisch, mache aber nur kleine Handreichungen. Je nach Wetter gehe er dann wieder hinaus, beispielsweise um seinen Bruder oder seine Schwester zu besuchen. An manchen Tagen schaue er Fernsehen. Gegen 18 Uhr gebe es Abendessen und danach unterhalte er sich mit den Kindern. Er gehe dann etwa ab 22 Uhr, manchmal auch erst um 24 Uhr zu Bett, höre dann auch mal Radio und versuche zu schlafen. Dies lässt sowohl eine Tagesstrukturierung wie auch die Möglichkeit körperlicher Aktivitäten erkennen. Auch neurologisch fanden sich bei den nervenärztlichen Untersuchungen des Dr. H. keine Hirnnervenausfälle und keine Halbseitensymptomatik, keinerlei Störungen der Koordination und der Gleichgewichtsfunktion. Auch die Zusatzdiagnostik war unauffällig.

Dr. H. ist auf Grund dieser Sachlage zu dem den Senat überzeugenden Ergebnis gelangt, dass beim Kläger eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1), eine Dysthymia (F 34.1), eine Neurasthenie (F 48.0), ein Spannungskopfschmerz (G 44.2) sowie ein leichtes Cervikalsyndrom ohne gravierende Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik (M 47.9) vorliegen. Unter Berücksichtigung dessen ist die Beurteilung des Sachverständigen, dass der Kläger Tätigkeiten als Arbeiter in einer Lackiererei und leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne körperliche Schwerarbeiten, ständige Überkopparbeiten, Einwirkungen von Kälte, Nässe und Zugluft, sowie Tätigkeiten mit besonderer Anforderung an die psychische Belastbarkeit - vollschichtig, acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche, ausüben kann, für den Senat schlüssig und überzeugend. Diese Bewertung steht auch in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. R. und dem des Nervenarztes Sch ... Soweit behandelnde Ärzte von einer quantitativen Leistungsminderung ausgingen, ist dies für den Senat nicht belegt.

Soweit der Kläger nach einem Sturz im Juni 2009 fünf Tage in stationärer Behandlung war, ergibt sich daraus kein Anhalt für eine dauerhafte Leistungsminderung. Zunächst ist festzustellen, dass die Schädelprellung unter Berücksichtigung des vorläufigen Entlassungsberichtes keine wesentlichen Folgen hinterlassen hat und der Kläger am 26. Juni 2009 "weitgehend beschwerdefrei entlassen" wurde. Auch die weiteren Untersuchungen haben keine wesentlichen Gesundheitsstörungen, die von Bedeutung für das berufliche Leistungsvermögen (bezogen auf Tätigkeiten leichter Art des allgemeinen Arbeitsmarktes) wären, erbracht. Die neurologischen Zusatzuntersuchungen haben keinen Nachweis für ein fokalneurologisches Defizit sowie für einen epileptischen Anfall ergeben, wie dem Bericht vom Juni 2009 über die stationäre Behandlung zu entnehmen ist. Im Übrigen wären entsprechende Leiden auch medikamentös beherrschbar. Eine entsprechende Therapie ist allerdings unter Berücksichtigung der ärztlichen Berichte weder erforderlich, noch eingeleitet worden. Auch die kardiologische Untersuchung, bei der der Kläger immerhin bis 200 Watt ergometrisch belastet worden ist, hat keinen wesentlichen Befund erbracht, insbesondere war die Echokardiographie unauffällig. Auch CTe von Schädel, HWS und Thorax haben keine wesentlichen Befunde von Krankheitswert ergeben, die auf eine erhebliche qualitative oder gar quantitative Leistungsminderung dauerhafter Art schließen ließen. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig aus der als qualifizierten Beteiligtenvortrag verwertbaren Stellungnahme von Dr. B. vom 11. August 2009, der den Bericht vom Juni 2009 ausgewertet hat. Ferner sind, insbesondere was die Frage des Sturzes und seiner Ursache anbelangt, durch die nachfolgenden Untersuchungen und Berichte hierüber keine Befunde belegt, aus denen sich eine dauerhafte Beeinträchtigung und Leistungseinschränkung bei zumutbaren Tätigkeiten im beruflichen Leben ergeben würde.

Desweiteren haben die Aussagen der behandelnden Ärzte, die der Senat eingeholt hat, nichts erbracht, was eine relevante Leistungsminderung im beruflichen Leben bezogen auf einfache leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, die dem Kläger auch zumutbar sind, ergeben würde. Dr. B. hat insofern in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2010 diese ärztlichen Äußerungen ausgewertet und schlüssig wie auch überzeugend dargelegt, dass auch nach den Angaben des Orthopäden Dr. H. ein Befund, der eine wesentliche Leistungsminderung belegen würde, nicht angenommen werden kann. Dies gilt im Übrigen auch für die Aussage des Neurologen und Psychiaters Dr. Sch ... Dieser hat keinen wesentlichen psychiatrischen Befund erhoben. Nach dem Ergebnis seiner Untersuchung vom 19. November 2009 war der Kläger bewusstseinsklar, in allen Qualitäten ausreichend orientiert mit wechselndem Blickkontakt. Auch wenn er auf Fragen missmutig reagiert hat, ergibt sich aus der Aussage von Dr. Sch., dass keine psychotischen Denkinhalte oder Verhaltensweisen feststellbar waren, auch keine Antriebsstörungen und keine Hinweise für gröbere neuropsychologische Defizite oder für ein hirngorganisches Psychosyndrom. Eine intensivere psychiatrische Behandlung ergibt sich im Übrigen aus keiner der vorliegenden ärztlichen Äußerungen und findet offenbar nicht statt. Auch die weiteren Arztberichte und Untersuchungsergebnisse haben nichts erbracht, was den Nachweis einer relevanten Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens belegen könnte. Dies folgt für den Senat abschließend und überzeugend aus den Ausführungen von Dr. B. vom 23. August 2011. Zu Recht weist er u.a. auch darauf hin, dass die vom Neurologen als "zu erwägen" angesprochene Frage einer somatoformen Schmerzstörung bereits Gegenstand der Verwaltungsgutachten und des Sachverständigengutachtens von Dr. H. war und dort ausreichend und zutreffend gewürdigt worden ist. Die im Verlauf noch festgestellten BS-Vorwölbungen im Bereich C5/6, geringer auch C4/5, führen zu keiner wesentlichen und für zumutbare Tätigkeiten relevanten Funktionseinschränkung. Wie der Chirurg Dr. Sch. am 18. Februar 2011 ausgeführt hat, war die HWS-Beweglichkeit nur endgradig einschränkt. Er hat mit der Diagnose chronisches HWS-Syndrom als Therapie auch nur sportliche Betätigung empfohlen. Angesichts dessen und des Berichts des Neurologen Dr. K. vom 15. März 2011 ist die Empfehlung von Dr. H. vom 16. Februar 2011, eine stationäre neurologische Abklärung durchzuführen, die im Übrigen - jedenfalls unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers - nicht erfolgt ist, überholt.

Damit verbleibt es dabei, dass ein Absinken des Leistungsvermögens des Klägers auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich bezogen auf leichte einfache Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht feststellbar ist. Soweit er zuletzt noch das Gutachten der Ärztin E. vom 13. Juli 2006, erstellt für die Agentur für Arbeit, vorgelegt hat, ergibt sich daraus nichts anderes. Zum einen war dieses Gutachten bereits im Klageverfahren bekannt und aktenkundig, zum anderen ist diesem ausdrücklich zu entnehmen, dass eine dauerhafte Aufhebung des Leistungsvermögens nicht vorliegt. Aus den Arztbriefen des Orthopäden Dr. M.r über Behandlungen des Klägers vom 15.09.2011 bis 16.01.2012 lassen sich keine Gesundheitsstörungen entnehmen, die zu einer quantitativen Leistungseinschränkung auf Dauer führen würden. Bei der von Dr. M. veranlassten MRT des linken Schultergelenks vom 24.11.2011 konnte kein gravierender Befund erhoben werden. Eine Rissbildung im Bereich der Rotatorenmanschette und ein Schultergelenkserguß waren nicht vorhanden, der Verlauf der langen Bizepssehne war unauffällig. Es fand sich lediglich eine mäßige etwas entzündlich aktivierte ACG-Arthrose, die behandelbar ist und

dementsprechend auch medikamentös und mittels Physiotherapie behandelt wird, wie dem Arztbrief von Dr. M. vom 16.01.2012 zu entnehmen ist. Damit ist schon nicht feststellbar, dass es sich bei den Schulterbeschwerden links überhaupt um dauerhafte Gesundheitsstörungen handelt. Aber selbst wenn eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter bestehen bliebe, würde dies lediglich zu qualitativen Leistungseinschränkungen (keine Überkopfarbeiten und kein schweres Heben und Tragen mit dem linken Arm) führen.

Da der Kläger somit leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne relevante zeitliche Einschränkung nachgehen kann, ist er nicht erwerbsgemindert.

Das Risiko, dass er einen leidensgerechten Arbeitsplatz findet, unterstellt, er bemüht sich überhaupt ernsthaft, sich ins Erwerbsleben wieder zu integrieren, geht angesichts seines noch vorhandenen Leistungsvermögens nicht zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung.

Da das SG somit zu Recht die Klage abgewiesen hat, weist der Senat die Berufung zurück.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-02-06