

L 9 R 568/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 R 2928/08
Datum
15.01.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 568/10
Datum
16.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. Januar 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1956 geborene Klägerin, die keine Berufsausbildung absolviert hat, war zuletzt seit 1994 als Raumpflegerin in Turnhallen und Schwimmbädern 30,5 Stunden wöchentlich beschäftigt. Ab 5.9.2006 war sie arbeitsunfähig und beantragte, nachdem sie vom 1.4. bis 29.4.2004 ein Heilverfahren in der Z.-Klinik St. B. absolviert hatte, am 23.10.2006 erneut Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Beklagte ließ die Klägerin daraufhin von der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. untersuchen. Diese stellte im Gutachten vom 23.11.2006 bei der Klägerin ein chronifiziertes Lumbalsyndrom bei erosiver Osteochondrose lumbosacral und Spondylarthrose ohne Wurzelreizsymptomatik, einen Diabetes mellitus Typ IIb und Adipositas fest. Sie verneinte dringende medizinische Gründe für eine vorzeitige Maßnahme und hielt die ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeiten nicht für ausgeschöpft. Daraufhin lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Bescheid vom 1.12.2006 ab. Hiergegen legte die Klägerin am 19.12.2006 Widerspruch ein.

Am 18.12.2006 beantragte die Klägerin, bei der ab 8.9.2006 ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgestellt ist (Schwerbehindertenausweis vom 6.12.2006), die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Beklagte gewährte der Klägerin nunmehr ab 7.2.2007 ein erneutes Heilverfahren in der Z.-Klinik, aus dem die Klägerin wegen eines Spritzenabszesses am 16.2.2007 vorzeitig entlassen wurde.

Die Beklagte ließ die Klägerin auf orthopädischem (Dr. S.), neurologisch-psychiatrischem (Dr. S.) und internistischem Gebiet (MDir. L.) untersuchen. Zusammenfassend stellte MDir. L. bei der Klägerin im Gutachten vom 10.5.2007 folgende Diagnosen: Restwundhöhle lumbosacral links nach großem Spritzenabszess, Belastungsschmerzen und mäßiggradige Bewegungsbehinderung der Lendenwirbelsäule (LWS) bei Osteochondrose und Arthrose der kleinen Wirbelgelenke und lumbosakraler Einengung der Nervenaustrittslöcher ohne nachweisbarer Ausfälle, mit Tabletten gut eingestellter Diabetes mellitus Typ IIb ohne relevante Sekundärkomplikationen und medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck. Er führte aus, nach vollständiger Abheilung des Spritzenabszesses lumbosacral könne die Klägerin leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen und zu ebener Erde sechs Stunden täglich verrichten. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen der Rumpfwirbelsäule, häufiges Bücken, Klettern und Steigen sowie überwiegendes Stehen und Gehen. Bis zum völligen Abheilen der lumbosacralen Wundhöhle bestehe Arbeitsunfähigkeit auch für leichte Tätigkeiten. Mit Abschluss der Wundbehandlung sei in spätestens zwei Monaten zu rechnen.

Mit Bescheid vom 11.5.2007 lehnte die Beklagte den Rentenantrag der Klägerin ab. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30.7.2007 zurück.

Vom 4.9. bis 25.9.2007 befand sich die Klägerin in der Rehabilitationsklinik H. in B. Die dortigen Ärzte stellten bei der Klägerin im Entlassungsbericht vom 15.10.2007 folgende Diagnosen: Pseudoradikuläres LWS-Syndrom links, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, undifferenzierte Somatisierungsstörung, arterielle Hypertonie und Adipositas. Sie entließen die Klägerin als sofort

arbeitsfähig und führten aus, als Raumreinigerin könne die Klägerin täglich sechs Stunden und mehr arbeiten sowie in diesem Umfang leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne regelmäßiges Heben und Tragen schwerer Lasten und ohne häufige Zwangshaltungen verrichten.

Am 12.10.2007 beantragte die Klägerin, die bis zum 31.10.2007 Krankengeld bezog, erneut die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Beklagte ließ die Klägerin wiederum auf internistischem, orthopädischem und neurologisch-psychiatrischem Gebiet untersuchen. MDir. L. stellte unter Mitberücksichtigung der Gutachten des Orthopäden Dr. S. und des Neurologen und Psychiaters Dr. S. im Gutachten vom 11.2.2008 folgende Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Lumbalsyndrom mit mäßiger Bewegungsbehinderung bei Bandscheibenschaden L5/S1 ohne neurologische Ausfälle, latente Schilddrüsenunterfunktion, enzymaktive, vermutlich diabetische Fettleber, gut eingestellter Diabetes mellitus, Bewegungsstörung des Herzens anteroseptal (Echokardiographie) bei Verdacht auf koronare Herzkrankheit und Adipositas Grad II. Er führte aus, die Klägerin könne ihre bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin (Schwimmbad, Sporthalle) nicht mehr verrichten. Leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung zu ebener Erde könne sie täglich sechs Stunden und mehr ausüben. Nicht mehr zumutbar seien Zwangshaltungen der Wirbelsäule, häufiges Bücken, Knien, Hocken, Klettern, Steigen sowie Arbeiten mit erhöhtem Zeitdruck und erhöhter Verletzungsgefahr.

Mit Bescheid vom 12.2.2008 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch vom 12.10.2007 ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung und auch keine Berufsunfähigkeit vorliege.

Hiergegen legte die Klägerin am 6.3.2008 Widerspruch ein und Atteste des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. H. aus der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis A., später: D., vom 10.3.2008 (Im Vordergrund stehe ein ausgeprägtes psychosomatisches Beschwerdebild, das es der Patientin unmöglich mache, in ihrem bisherigen Tätigkeitsbereich auch nur stundenweise zu arbeiten. Bei der gebotenen Schmerzsymptomatik halte er eine Wiedereingliederung in einen wie auch immer gearteten Arbeitsprozess für unmöglich) sowie des Chirurgen Dr. S. vom 19.2.2008 (Die Patientin sei zumindest teilweise erwerbsgemindert. Unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes könne sie nicht mehr täglich sechs Stunden und mehr arbeiten) vor. Die Beklagte wies den Widerspruch nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme bei MDir. L. vom 21.4.2008 mit Widerspruchsbescheid vom 19.6.2008 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 4.7.2008 Klage zum Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhoben, mit der sie die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung weiter verfolgt und einen Arztbrief über eine Testanästhesie der Rami dorsales L3 bis S1 beidseits im Rahmen einer stationären Behandlung vom 8.7. bis 9.7.2008 (Rückbildung der Beschwerden um 70 %) vorgelegt hat.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen gehört, den Arztbrief des Rheuma-Zentrums B. über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 6.5. bis 26.5.2009 beigezogen und Gutachten auf orthopädischem und neurologisch-psychiatrischem sowie auf internistisch-rheumatologischem Gebiet eingeholt.

Dr. K. (D.) hat unter dem 16.10.2008 erklärt, die Klägerin befinde sich seit vielen Jahren in ihrer hausärztlichen Behandlung. Bei der Klägerin stünden Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates im Vordergrund. Seit mehreren Jahren komme es immer wieder zu schwer therapierbaren Ischialgien bei degenerativem LWS-Syndrom. In den letzten Monaten habe sich ein Fortschreiten des generalisierten Schmerzsyndroms entwickelt. Derzeit sei aus ihrer Sicht eine vollschichtige Tätigkeit nicht möglich.

Der Chirurg Dr. S. hat unter dem 29.12.2008 über Behandlungen der Klägerin vom 26.5.2006 bis 23.9.2008 berichtet und die Ansicht vertreten, die vorliegenden Befunde schlossen – entgegen dem Reha-Entlassungsbericht – eine vollschichtige Verrichtung auch leichter Tätigkeiten aus. Seines Erachtens seien leichte körperliche Tätigkeiten nur noch drei Stunden täglich möglich.

PD Dr. R., Chefarzt der Klinik für Orthopädie-Rheumatologie in Bad S., hat bei der Klägerin im Gutachten vom 15.7.2009 folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: Chronische Lumbalgien mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein bei mäßigen degenerativen Veränderungen der LWS, im MRT 9/2006 erosive Osteochondrose lumbosacral mit zirkulärer Bandscheibenprotrusion und Spondylarthrosen, Teileinengungen der lumbosacralen Neuroforamina, deutliche Fehllhaltung, Hohlrücken, schmerzhafte Muskelverspannungen, geringe nachweisbare Funktionseinschränkungen, Zervikobrachialgien beidseits bei leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) und einem Blockwirbel HWK 5/6, geringe schmerzhafte Muskelverspannungen, geringe nachweisbare Funktionseinschränkungen, Polyarthralgien beider Arme und Hände bei geringen radiologischen Hinweisen auf eine beginnende Polyarthrose, geringe nachweisbare Funktionseinschränkungen, Übergewicht (BMI 35 kg/m²), Aggravation, Verdacht auf psychische Gesundheitsstörungen, Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Er hat ausgeführt, die von der Klägerin angegebenen schwersten anhaltenden Schmerzen im Rücken und im linken Bein und das sehr vorsichtige, teilweise schwerst eingeschränkte Gehvermögen seien durch objektive Befunde bei der körperlich orientierten orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung nur teilweise zu erklären. Die Klägerin könne schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen mit Rumpfvorhaltung, mit häufigem Bücken, ständig über Schulterniveau, in Kälte und Nässe, auf Leitern und Gerüsten, mit Absturzgefahr, Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeiten nicht mehr verrichten. Leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen bzw. in wechselnder Körperhaltung könne die Klägerin dagegen noch vollschichtig (6 bis 8 Stunden) ausüben. Das Zurücklegen einer Wegstrecke von viermal täglich 500 m in weniger als 20 Minuten sei möglich. Öffentliche und private Verkehrsmittel könne die Klägerin benutzen. Das Führen eines Pkws oder das Mitfahren seien 30 bis 60 Minuten möglich. Der von ihm festgestellte Zustand bestehe mit Wahrscheinlichkeit seit Ende 2006 bzw. seit 2007. Eine wesentliche Änderung mit Einfluss auf das quantitative Leistungsvermögen sei aufgrund der Befragung der Klägerin und der Aktenlage nicht festzustellen.

Dr. R., Chefarzt der Klinik für Neurologie und Arzt für Neurologie, Psychiatrie, spezielle Schmerztherapie und Sozialmedizin in Bad S., hat bei der Klägerin im Gutachten vom 30.7.2009 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit leichtem Ausprägungsgrad diagnostiziert. Er ist zum Ergebnis gelangt, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit sei es der Klägerin noch möglich, leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg zu verrichten. Akkord- oder Nachtarbeiten sollten wegen der Gefahr einer Zunahme der Schmerzen bzw. der Schlafstörung vermieden werden. Die noch zumutbaren Tätigkeiten sollten in Übereinstimmung mit der Auffassung von PD Dr. R. vorzugsweise im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen ausgeführt werden. Sollte dies berufsbedingt nicht möglich sein, könne die Klägerin noch überwiegend sitzende, überwiegend stehende und teilweise gehende Tätigkeiten verrichten. Eine besondere geistige Beanspruchung mit erhöhter oder hoher Verantwortung könne der Klägerin aufgrund der leichtgradigen Störung des

Kurzzeitgedächtnisses nicht mehr zugemutet werden. Eine leichte körperliche Arbeit mit qualitativen Einschränkungen könne sie noch mindestens sechs Stunden pro Tag verrichten. Letztlich könne auch eine achtstündige Tätigkeit an fünf Tagen pro Woche ausgeübt werden. Die Klägerin könne eine Strecke von ca. 500 m mit einem Zeitaufwand von max. 15 bis 18 Minuten zurücklegen sowie öffentliche und private Verkehrsmittel benutzen. Der nunmehr auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet festgestellte Gesundheitszustand bestehe seit dem Jahr 2006. Eine wesentliche Änderung sei hinsichtlich der Leistungsfähigkeit seit dem Jahr 2007 nicht eingetreten.

Auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG Dr. H., Internist, Rheumatologe und Endokrinologe, mit der Begutachtung der Klägerin beauftragt. Dieser hat im Gutachten vom 16.11.2009 folgende Diagnosen aufgeführt: Chronische Schmerzkrankung vom Fibromyalgie-Typ mit ausgeprägter "weichteilrheumatischer" Komponente im Sinne einer raschen Ermüdbarkeit der Muskulatur bei anhaltender bzw. wiederkehrender Betätigung bereits auf niedrigem Belastungsniveau, ausgeprägter Schmerzüberempfindlichkeit ("Hyperalgesie"), gar Empfindung von Berührungen als schmerzhaft ("Allodynie") und weiteren psychovegetativen Stigmata, degenerative Wirbelsäulenveränderungen ("Verschleiß") im Sinne der Osteochondrose und Spondylarthrose, die von diesen strukturellen Veränderungen ihren Ausgang nehmenden Schmerzreize würden verstärkt durch die bei der Klägerin vorliegende Schmerzverarbeitungsstörung im Zentralnervensystem. Es bestehe kein Anhalt für eine Reizung oder gar Bedrängung von Nervenwurzeln. Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ IIb bei Adipositas. Es handle sich um eine Schmerzkrankung von hohem Schwere- und Chronifizierungs-grad. Die Klägerin könne nur noch leichte Arbeiten im Wechsel zwischen gelegentlichem Gehen und Stehen und überwiegendem Sitzen unter Vermeidung gehäufter Zwangshaltungen ausführen. Die Gebrauchsfähigkeit der Hände sei aufgrund der krankheitsbedingten raschen muskulären Ermüdbarkeit sowohl hinsichtlich der Grob- als auch der Feinmotorik erheblich eingeschränkt. Das gehäufte Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten sei nicht möglich. Arbeiten unter Zeitdruck (Akkord, Schichtarbeit, Nachtschicht) könnten nicht erbracht werden. Die gehäufte Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft und Lärm sei zu meiden. Aufgrund des deutlich eingeschränkten Durchhaltevermögens im Rahmen der Schmerzkrankung liege auch eine quantitative Leistungsminderung vor. Auch leichte Arbeiten mit entsprechenden qualitativen Einschränkungen könnten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Regelmäßigkeit lediglich nur noch drei bis deutlich unter sechs Stunden – nicht über vier Stunden – arbeitstäglich ausgeübt werden. An guten Tagen könne die Klägerin Strecken von ca. 500 m in max. 15 bis 18 Minuten zu Fuß zurücklegen. Dagegen könne der Klägerin diese Strecke nicht regelmäßig viermal täglich abverlangt werden. Zur Führung eines Pkws sei die Klägerin in der Lage. Längere Wegstrecken (über 10 bis 20 km), insbesondere in nicht vertrauter Umgebung, könnten nicht mit Regelmäßigkeit abverlangt werden. Das Leistungsvermögen sei seit 2007 unverändert.

Mit Gerichtsbescheid vom 15.1.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe weder einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 43](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) noch nach [§ 240 SGB VI](#). Die Klägerin sei auch in der Lage, eine körperlich leichte Arbeit mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Das SG schließe sich der überzeugenden Einschätzung der Gutachter Dr. S., Dr. S. und Dr. L. sowie der Sachverständigen PD Dr. R. und Dr. R. an. Nicht zu folgen vermöge das SG hingegen der Ansicht des Sachverständigen Dr. H., der ein Leistungsvermögen von vier Stunden täglich annehme. Die Klägerin sei auch in der Lage, eine Arbeitsstelle zu erreichen. Dabei könne dahingestellt bleiben, ob sie in der Lage sei, viermal täglich eine Wegstrecke von 500 m in nicht mehr als 20 Minuten zurückzulegen, zumal sie in der Lage sei, 45 Minuten Auto zu fahren. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, da sie als allenfalls angelernte Arbeiterin des unteren Bereichs auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar sei.

Gegen den am 15.1.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 2.2.2010 Berufung eingelegt und vorgetragen, sie halte den Gerichtsbescheid für rechtswidrig. Aufgrund ihrer Krankheiten sei sie nicht in der Lage, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Der Sachverhalt sei unzureichend aufgeklärt und beruhe auf einer fehlerhaften Beweiswürdigung. Den Entlassungsbericht des Rheuma-Zentrums B. vom 26.5.2009 hätten Dr. R. und PD Dr. Rohe nicht berücksichtigen können, da diese sie schon am 18.2.2009 untersucht hätten. Es sei nicht nachvollziehbar, warum das SG nicht die angeregte ergänzende Stellungnahme eingeholt habe. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass das SG der Einschätzung von Dr. H. nicht gefolgt sei. Aus seinem Gutachten ergäben sich erhebliche Einschränkungen im Tagesablauf. Soweit das SG die Wegefähigkeit bejahe, da sie ein Kfz führen könne, weise sie darauf hin, dass ihr nicht ständig ein Kfz zur Verfügung stehe. Dr. W. aus der Rheuma-tologischen Schwerpunktpraxis Dr. B./Dr. K./Dr. W. habe ihr Anfang März 2010 stärkere Medikamente verordnet. Sie habe sich darüber hinaus in psychotherapeutische Behandlung zu Frau S. begeben. Die Klägerin hat ein ärztliches Attest von Dr. B. (D.) vom 24.2.2010 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. Januar 2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab 1. Oktober 2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erwidert, sie verweise auf ihr bisheriges Vorbringen und die Ausführungen im angefochtenen Gerichtsbescheid. Ergänzend weise sie darauf hin, dass nach den Feststellungen der Gutachter Dr. S., Dr. R. und Dr. R. keine rentenrelevante Einschränkung der Gehstrecke vorliege. Daher sei es unerheblich, ob der Klägerin ein PKW zur Verfügung stehe.

Der Senat hat die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie S. (D.) und die Ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. W. (Rheumatologische Schwerpunktpraxis Dr. B./Dr. K./Dr. W.) schriftlich als sachverständige Zeugen gehört und ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten eingeholt.

Die Psychiaterin S. hat unter dem 15.11.2010 über die Behandlungen der Klägerin vom 28.1. bis 26.10.2010 berichtet und folgende Diagnosen gestellt: Reaktive depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyn-drom und Schmerzmittelabhängigkeit vom Morphin-typ.

Die Internistin und Rheumatologin Dr. W. hat unter dem 28.11.2010 erklärt, im Zeitraum von Februar 2009 des November 2009 sei keine wesentliche Verschlimmerung eingetreten. Seit Frühsommer 2010 sei es zu einer Zunahme der Schmerzen der Hände und Finger beidseits mit schmerzhafter Volarflexion gekommen.

Die Klägerin hat ein ärztliches Atteste von Dr. H. (D.) vom 21.1.2011 und ein Schreiben von Dr. W. an die Bevollmächtigten der Klägerin vom 21.1.2011 sowie den Entlassungsbericht der A.-Kliniken B. vom 5.7.2011 über eine stationäre Behandlung vom 15.6. bis 5.7.2011 (derzeit kein Hinweis für eine entzündliche Erkrankung aus dem rheuma-tologischen Formenkreis bei erhöhten anti-CCP-Antikörpern) vorgelegt.

Professor Dr. Dr. W., Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Ärztlicher Direktor der Klinik für Neurologie am Bezirkskrankenhaus G., hat im Gutachten vom 13.9.2011 ausgeführt, trotz annähernd zweistündiger, zum Teil provozierender Befragung bezüglich psycho-sozialer Probleme gelinge es nicht, auch nur im Ansatz zu einem möglichen Kern der Problematik vorzustoßen. Die Klägerin wehre heftig ab, dissimuliere psychische Probleme, schildere sich als lebhaft und in einem rundherum glücklichen Umfeld lebend, wenn nur die Schmerzen nicht wären. Die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis erschienen nicht beeinträchtigt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei gut erhalten, Antriebsstörungen seien nicht zu eruieren. Angegeben werde allerdings ein erheblicher sozialer Rückzug, der ausschließlich auf die Schmerzsymptomatik zurückgeführt werde. Formale und inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Die neurologische Untersuchung zeige mit Ausnahme einer Adipositas permagna keine belangvollen objektivierbaren Befunde. Die Einschätzung im vorliegenden Falle sei auch nach mehrfacher Durchsicht der Akten und der selbst erhobenen Befunde ausgesprochen schwierig, da die Klägerin ein sehr widersprüchliches Bild biete. Dies beginne bereits bei der Diagnose. Zwar sprächen die beiden nervenärztlichen Vorgutachten von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Voraussetzung hierfür sei das "Auftreten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukomme". Dieser Nachweis fehle in beiden Gutachten. Er habe dies ebenfalls nicht feststellen können, auch wenn er eine zu Grunde liegende psychosoziale Problematik nicht ausschließen könne. Die von der Psychiaterin S. gestellten Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer Persönlichkeitsveränderung vermöge er nicht nachzuvollziehen. Wenig verwertbar seien auch die auf internistischem-rheumatologischem Fachgebiet geäußerten Diagnosen. Die von Dr. H. genannte chronische Schmerz Erkrankung vom Fibromyalgie-Typ "mit ausgeprägter weichteilrheumatischer Komponente" werde im Bericht des Rheumazentrums B. vom Sommer 2011 ausdrücklich ausgeschlossen. Diagnostiziert werde eine "klassische" Fibromyalgie. Diese Diagnose werde nach den längst überholten Kriterien der amerikanischen Rheumaliga-Gesellschaft ad absurdum geführt, wenn davon gesprochen werde, dass neben den fibromyalgietyptischen Tenderpoints auch alle möglichen anderen Punkte druckdolent seien. In der Gesamtschau vermöge er weder auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet noch auf schmerzmedizinischem Gebiet eine eindeutige Diagnose zu stellen. Darüber hinaus vermöge er anhand der fassbaren Funktionsstörungen keinen eindeutigen Beleg dafür zu finden, dass bei der Klägerin über verschiedene qualitative Leistungseinschränkungen hinaus auch eine quantitative Leistungseinschränkung vorliege. Aufgrund der Adipositas permagna erschienen lediglich körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar, die kein dauerhaftes Stehen, häufiges Bücken und Treppensteigen, Steigen auf Leitern und Gerüsten erforderten. Angesichts des Fehlens belangvoller Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen vermöge er nicht zu erkennen, warum Arbeiten mit Publikumsverkehr sowie mit erhöhter Verantwortung nicht möglich sein sollten. Gründe, warum die Klägerin nicht in der Lage sein sollte, mindestens sechs Stunden täglich zu arbeiten, vermöge er nicht zu erkennen. Aufgrund der Adipositas permagna erschienen Wegstrecken von mehr als 500 m grenzwertig. Im Rahmen der Begutachtung sei die Klägerin allerdings in der Lage gewesen, einen Weg von mehr als einen Kilometer einschließlich 20 Höhenmetern zurückzulegen. Probleme bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel vermöge er nicht zu erkennen. Die Klägerin erscheine auch in der Lage, selbst einen PKW zu führen.

Die Klägerin hat Stellungnahmen von Dr. H. (D.) sowie der Internistin und Rheumatologin Dr. W. vom 24.10. und 31.10.2011 zum Gutachten von Professor Dr. Dr. W. vorgelegt. Die Beklagte hat Stellungnahmen des Arztes für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. M. vom 21.12.2011 und 4.1.2012 vorgelegt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des SG sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) entschieden hat, ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, da die Klägerin keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung hat.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (s. hierzu [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - SGB VI](#) -). 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](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (s. hierzu [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)). 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](#)).

Darüber hinaus ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen

Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigten ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Die Klägerin ist, an diesem gesetzlichen Maßstab orientiert, zur Überzeugung des Senats nicht erwerbsgemindert.

Eine Erwerbsminderung der Klägerin, das heißt ein Absinken ihrer beruflichen und körperlichen Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lässt sich zur Überzeugung des Senats nicht belegen. Dies ergibt sich im Wesentlichen aus der Gesamtwürdigung der Gutachten von MDir. L. vom 10.5.2007 und 21.4.2008 nebst Zusatzgutachten des Orthopäden Dr. S. und des Neurologen und Psychiaters Dr. S., des Entlassungsberichts der Reha-Klinik H. vom 15.10.2007 sowie der Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. R. vom 15.7.2009 sowie der Neurologen und Psychiater Dr. R. und Professor Dr. Dr. W. vom 30.7.2009 und 13.9.2011.

Auf orthopädisch-rheumatologischem Gebiet stehen bei der Klägerin chronische Lumbalgien mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein bei mäßigen degenerativen Veränderungen der LWS im Vordergrund. Daneben liegen Zervikobrachialgien beidseits bei leichten degenerativen Veränderungen der HWS und Polyarthralgien beider Arme und Hände bei geringen radiologischen Hinweisen auf eine beginnende Polyarthrose vor. Die von der Klägerin angegebenen schwersten anhaltenden Schmerzen im Rücken und im linken Bein und das sehr variable, teilweise schwer eingeschränkte Gehvermögen sind durch objektive Befunde nur teilweise zu erklären. Möglicherweise sind die Schmerzen, wie Dr. S., Dr. R. und die Ärzte der Reha-Klinik H. angenommen haben, zu einem erheblichen Teil auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. undifferenzierte Schmerzstörung zurückzuführen, auch wenn die für diese Diagnose erforderlichen emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen bei der Klägerin nicht herausgearbeitet werden konnten, wie Professor Dr. Dr. W. zutreffend dargelegt hat. Eine relevante Depression bzw. eine länger anhaltende mittelgradige depressive Episode, die die Psychiaterin Dr. S. angenommen hat, ist für den Senat bei der Klägerin nicht nachgewiesen. Der Neurologe und Psychiater Dr. S. hat weder anlässlich der Begutachtungen im Mai 2007 noch im Januar 2008 bei der Klägerin eine Depression diagnostiziert, auch nicht die Ärzte der Reha-Klinik H. im September 2007, wo sich die Klägerin drei Wochen aufgehalten hat, und auch nicht die Neurologen und Psychiater Dr. R. und Professor Dr. Dr. W. Darüber hinaus liegen bei der Klägerin ein Übergewicht (85 - 89 kg bei 154 cm), ein medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck, eine Bewegungsstörung des Herzens antero-septal, ein gut eingestellter Diabetes mellitus, eine Fettleber und eine latente Schilddrüsenunterfunktion vor.

Die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen führen zwar dazu, dass sie ihre früher ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin von Schwimmbädern und Turnhallen, die mit schweren körperlichen Tätigkeiten und Zwangshaltungen bzw. häufigem Bücken verbunden ist, nicht mehr verrichten kann. Vermeiden muss die Klägerin schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen des Rumpfes, ständig über Schulterhöhe, mit häufigem und regelmäßigem Bücken, Hocken und Knien, mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, mit Steigen auf Leitern und Gerüsten, mit Absturzgefahr, in Kälte und Nässe, mit überwiegendem Stehen und Gehen, mit erhöhtem Zeitdruck (Akkord- und Fließbandarbeiten) sowie mit Schicht- und Nachtarbeiten. Die Klägerin ist jedoch nicht gehindert, körperlich leichte Tätigkeiten zu ebener Erde überwiegend im Sitzen bzw. in wechselnder Körperhaltung täglich sechs Stunden zu verrichten. Zu dieser Überzeugung gelangt der Senat aufgrund der im Wesentlichen übereinstimmenden Beurteilungen der Ärzte der Reha-Klinik H. vom 15.10.2007, des MDir. L. (zusammen mit dem Orthopäden Dr. S. und dem Neurologen und Psychiater Dr. S.) in den Gutachten vom 10.5.2007 und 11.2.2008, des Orthopäden und Rheumatologen Dr. R. im Gutachten vom 15.7.2009, des Neurologen und Psychiaters Dr. R. im Gutachten vom 30.7.2009 sowie zuletzt des Professor Dr. Dr. W. im Gutachten vom 13.9.2011, der den gesamten Akteninhalt mit den ärztlichen Unterlagen seit 2001 und des Gutachtens von Dr. H. vom 16.11.2009 nochmals umfassend gewürdigt hat.

Dem von den oben genannten Beurteilungen allein abweichenden Gutachten des Dr. H. vermag sich der Senat – ebenso wie das SG – nicht anzuschließen. Eine überzeugende Begründung, warum das Durchhaltevermögen der Klägerin für körperlich leichte Tätigkeiten ohne besondere Beanspruchung der Muskulatur aufgrund der Schmerzerkrankung auch quantitativ eingeschränkt und auch vier Stunden täglich beschränkt sein soll, vermag der Senat dem Gutachten von Dr. H. nicht zu entnehmen. Die Einschätzungen der behandelnden Ärzte der Klägerin aus der Praxisgemeinschaft D. (Dr. H., Dr. K., Dr. B. sowie der Psychiaterin Dr. S.) sowie der Internistin und Rheumatologin Dr. W. sind nicht geeignet, die zahlreichen und umfangreichen Gutachten von MDir. L., Dr. S., Dr. S., Dr. R., Dr. R. und Professor Dr. Dr. W. sowie die Beurteilung im Entlassungsbericht der Reha-Klinik H., wo sich die Klägerin drei Wochen aufgehalten hat, zu erschüttern oder gar zu widerlegen. Bei den behandelnden Ärzten steht die Behandlung im Vordergrund und nicht das kritische Hinterfragen von angegebenen Funktionseinschränkungen sowie die Beurteilung des Leistungsvermögens nach gutachterlichen Kriterien.

Der Senat ist auch davon überzeugt, dass die Klägerin in der Lage ist, Arbeitsplätze in zumutbarer Zeit zu erreichen. So haben der Orthopäde Dr. R. und der Neurologe und Psychiater Dr. R. aufgrund der Gesundheitsstörungen ihrer Fachgebiete Wegstrecken von viermal täglich über 500 m am Tag in zumutbarer Zeit (500 m in weniger als 20 Minuten) und die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel für möglich und zumutbar gehalten. Die Klägerin selbst hat – so z.B. bei der Untersuchung durch Dr. R. – eingeräumt, dass sie noch 30 Minuten ein bis zwei km mit Unterbrechungen gehen könne und war auch in der Lage, den Weg vom Bahnhof zur Begutachtung bei Professor Dr. Dr. W. (mehr als 1 km) zu Fuß zurückzulegen. Darüber hinaus sind im Haushalt der Klägerin (Ehemann und zwei Töchter) drei Pkws vorhanden, so dass es der Klägerin auch möglich sein müsste, eine Arbeitsstelle mit einem Pkw aufzusuchen, zumal sie im Besitz eines Führerscheins ist und nach eigenen Angaben kürzere Strecken auch mit dem Pkw fährt.

Da die auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbare Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, eine besondere spezifische Leistungsbehinderung nicht vorliegt und auch keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen, ist sie weder voll noch teilweise erwerbsgemindert.

Die Voraussetzungen für eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit liegen ebenfalls nicht vor. Insoweit wird auf die Ausführung des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen.

Nach alledem war der angefochtenen Gerichtsbescheid des SG nicht zu beanstanden. Die Berufung der Klägerin musste deswegen zurückgewiesen werden.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-21