L 13 R 2718/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 3296/10
Datum
14.05.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 2718/12
Datum
22.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 14. Mai 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1957 geborene Klägerin, die keine Berufsausbildung absolviert hat, war im Zeitraum vom 1. September 1972 bis 30. September 2009 - mit Unterbrechungen - versicherungspflichtig beschäftigt, zuletzt als Maschinenbedienerin. Ab 7. Januar 2009 war sie arbeitsunfähig erkrankt.

In der Zeit vom 22. April bis 20. Mai 2009 erfolgte eine stationäre Heilbehandlung in der R.klinik, R. (Diagnosen [D]: Lumboischialgie li. bei NPP L4/L5 li., ED 1/09, arterielle Hypertonie, Adipositas, Gonarthrose bds.). Gemäß dem Heilverfahren-Entlassungsbericht (HV-EB) vom 25. Mai 2009 wurde die Klägerin sechs Stunden und mehr leistungsfähig für eine Tätigkeiten als Maschinenbedienerin und des allgemeinen Arbeitsmarktes (mit qualitativen Einschränkungen) entlassen.

Den Rentenantrag der Klägerin vom 29. September 2009 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 7. Mai 2010 und Widerspruchsbescheid vom 19. August 2010 ab, da die Klägerin noch in der Lage sei, ihr zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten.

Grundlage der Entscheidung waren Berichte behandelnder Ärzte, der oben genannte HV-EB und ein weiterer HV-EB über die stationäre Heilbehandlung in der R.klinik im Zeitraum vom 25. März bis 22. April 2010 vom 26. April 2010 (D: Rezidiv-Spinalkanalstenose L4/5 li. bei Z.n. mikrochirurgischer Sequestrektomie und Dekompression bei NPP L4/5 links, Dekompression und Radikolyse, unilaterale dynamische Stabilisierung L4/5 li. [Februar 2010], arterielle Hypertonie, Gonarthrose bds., Adipositas), nach welchem die Klägerin sechs Stunden und mehr leistungsfähig für Tätigkeiten einer Maschinenbedienerin sowie für leichte Tätigkeiten im Stehen, Gehen und Sitzen - ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn kg, Zwangshaltungen, Bücken, fixiertes Sitzen sowie Stoß- und Erschütterungsbelastungen, Gehstrecken über zwei km, Klettern, Steigen und kniende Tätigkeiten - erachtet wurde. Weiter war Dr. Se. - nach Vorlage einer Bescheinigung des Allgemeinmediziners Dr. St. vom 1. Juni 2010, in der Stellungnahme vom 8. Juni 2010 zum Ergebnis gelangt, unter Berücksichtigung der auch im HV-EG genannten Diagnosen sowie der Äußerung des Hausarztes, der keine definitiven neuen medizinischen Sachverhalte zu entnehmen sei, verbleibe es bei der sozialmedizinischen Beurteilung in den HV-Eben der R.klinik vom 25. Mai 2009 und 26. April 2010.

Wegen der die Gewährung von Rente ablehnenden Entscheidungen hat die Klägerin am 15. September 2010 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und u.a. einen Bericht des sie behandelnden Psychiaters Dr. Ja. vom 22. Mai 2011 vorgelegt.

Nach einem Vorderwandinfarkt am 22. Oktober 2010 hat die Beklagte der Klägerin eine weitere stationäre Heilbehandlung in der Reha-Klinik Hei. vom 11. November bis 9. Dezember 2010 gewährt (D: Z.n. subakutem Vorderwandinfarkt, leicht eingeschränkte LV-Funktion, Z.n. kardiogenem Schock und rezidivierenden kardialen Dekompensationen, Z.n. Zweifach-PTCA/DE-Stenting der LAD [22. Oktober 2010] bei

koronarer Eingefäßerkrankung, arterielle Hypertonie, Z.n. Nikotinabusus). Gemäß dem HV-EB vom 9. Dezember 2010 sind die Ärzte davon ausgegangen, dass nach weiterer Rekonvaleszenz ab Februar 2011 eine Leistungsfähigkeit für leichte bis abschnittsweise mittelschwere Tätigkeiten - ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule (WS) und Nachtschicht - von sechs Stunden und mehr bestehen werde.

Das SG hat behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Über die von ihnen erhobenen Befunde haben der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Ze., N.-Kliniken, am 26. Oktober 2010 (stationäre Behandlungen wegen Lumboischialgie, zuletzt Versteifungsoperation zwischen 4. und 5. LW), der Orthopäde Dr. Sy. (massive LWS-Beschwerden) - unter Beifügung ärztlicher Berichte (u.a. Radiologe Dr. Häussler, MRT vom 24. Juni 2010) - am 10. November 2010 und der Allgemeinmediziner Dr. Ge. - unter Beifügung ärztlicher Berichte (u.a. C.-Krankenhaus M. vom 25. und 28. Oktober 2010 [stationäre Behandlung wegen subakutem Vorderwandinfarkt], Dr. Ze. vom 15. November und 10. Dezember 2010 [unveränderter Sitz des Osteosynthesematerials, aktuell keine Schmerzmittelaufnahme]) - am 10. Dezember 2010 sowie 10. Januar 2011 berichtet.

Das SG hat Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. Pa. vom 8. März 2011 und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Dr. Ni. vom 12. Juli 2011 sowie - auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) des Psychiaters Dr. Ja. vom 11. Dezember 2011 eingeholt.

Dr. Pa., dem auch der Bericht des Kardiologen Dr. Ha. vom 27. Januar 2011 vorgelegen hat ("nahezu normale linksventrikuläre Funktion"), hat die Angaben der Klägerin zu den Beschwerden, zum Tagesablauf sowie zu den sozialen Aktivitäten referiert. Nach Aktenlage und Untersuchung hat er ausgeführt, es bestünden ein myogenes Reizsyndrom der HWS ohne wesentliche Funktionseinschränkung und ohne neurologische Ausfälle, ein myogenes Reizsyndrom der Rumpf-WS mit mäßiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Ausfälle bei radiologisch nachweisbaren geringen degenerativen Veränderungen in mehreren Segmenten der BWS, eine leichte Osteochondrose L3/4 sowie einem Z.n. dorsaler Spondylodese im Segment L4/5, eine Funktionseinschränkung der linken Schulter im Sinne eines Rotatorenmanschetten-Syndroms bei unauffälligen knöchernen Verhältnissen, eine radiologisch nachweisbare mediale Gonarthrose Grad I bis II beidseits ohne Hinweis für ein akutes oder chronisches Reizgeschehen und ohne Funktionseinschränkung, eine Fingerpolyarthrose ohne Beeinträchtigung der Greiffunktion der Hände sowie leichte Senk-Spreizfüße. Außerhalb des orthopädischen Fachgebietes lägen eine unspezifische Hemihypästhesie links, ein Hypertonus mit ophthalmologisch nachgewiesener Organmanifestation, ein Z.n. Vorderwandinfarkt ohne Hinweis auf fortbestehende Belastungscoronarinsuffizienz und eine Panikstörung nach Herzinfarkt (DD somatierte Depression) vor. Ferner hat er einen V.a. ein Rezidiv eines voroperierten CTS links geäußert. Unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen könne die Klägerin aus orthopädischer Sicht leichte körperliche Arbeiten mit der Möglichkeit zum selbstständigen Wechsel der Arbeitshaltung - ohne durchgehend mittelschwere körperliche Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten über acht kg, einförmige Körperhaltungen, Zwangshaltungen oder ständiges Drehen oder Wenden der Rumpf-WS, Tätigkeiten in kniender und/oder hockender Position sowie Tätigkeiten mit Zurücklegen langer Wegstrecken oder ständigem Treppensteigen, mit vermehrter Kälte- oder Nässebelastung, Akkord-, Fließband- und Nachtarbeit und unter vermehrter nervlicher Belastung - acht Stunden arbeitstäglich verrichten. Sie könne auch viermal täglich einen Fußweg von 500 m in jeweils weniger als 20 Minuten als Arbeitsweg zurücklegen und öffentliche Verkehrsmittel benutzen sowie einen PKW selbstständig zum Aufsuchen des Arbeitsplatzes führen. Wegen der Angstzustände im Hinblick auf einen befürchteten neuerlichen Herzinfarkt hat der Sachverständige eine psychosomatisch/psychiatrische Begutachtung angeregt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Dr. Ni. hat nach Aktenlage und einer Untersuchung den ihm gegenüber angegebenen Tagesablauf sowie den von ihm erhobenen psychischen Befund referiert und ist zum Ergebnis gelangt, nach dem psychischen Befund bestünden leichte Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen, eine ängstlich getönte Grundstimmung mit Affektlabilität, Antriebsstörung und Interesseneinengung. Die Klägerin sei dabei ablenkbar und aufheiterbar. Die Persönlichkeit zeige ängstlich vermeidende und depressive Merkmale. Der Sachverständige hat die Diagnosen leichtgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, Angststörung mit Panik nach Herzinfarkt, teilremittiert, chronische Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren nach dreimaliger Bandscheibenoperation, Hypertonie und Adipositas Grad II gestellt. Es bestünden ferner eine Funktionseinschränkung der WS sowie ein abgeschwächtes Berührungsempfinden im Bereich des linken Oberarmes und des gesamten linken Beines sowie des Fußes. Unter Mitberücksichtigung der Leistungsbeurteilung des Dr. Pa. könne die Klägerin noch leichte körperliche Arbeiten mit der Möglichkeit zum selbstständigen Wechsel der Arbeitshaltung - ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als acht kg sowie Tätigkeiten in einförmigen Körperhaltungen, mit durchgehendem Stehen oder Sitzen, mit Zwangshaltungen und/oder ständigem Drehen und Wenden der Rumpf-WS, in kniender und hockender Position, häufiges Treppensteigen, Einwirkungen von Kälte und Nässe, Arbeiten unter Zeitdruck und Stressbelastung, wie Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeiten, Arbeiten mit Publikumsverkehr und erforderlichem höheren Konzentrationsvermögen sowie mit nervlicher Belastung - sechs Stunden pro Arbeitstag verrichten. Betriebsunübliche Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich. Die Klägerin könne viermal täglich einen Fußweg von 500 m in weniger als 20 Minuten bewältigen und sei auch in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen oder einen PKW zu führen. Bei Fortführung der eingeleiteten psychotherapeutischen Behandlung und antidepressiven Medikation sei eine Besserung zu erwarten.

Dr. Ja. hat die Angaben der Klägerin zu ihren Beschwerden und zum Tagesablauf sowie zur Krankengeschichte referiert und außerdem den psychischen Befund dargelegt. Ferner hat er über die Untersuchungen und Behandlungen seit Mai 2011 berichtet. Zusammenfassend ist er zum Ergebnis gelangt, die Klägerin leide unter einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, einer Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung, Essattacken bei anderen psychischen Störungen und einem Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Tabak. Auf internistischem Gebiet bestünden ein alter Myokardinfarkt mit sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten, eine essentielle Hypertonie und eine Adipositas. Auf orthopädisch-neurologischem Gebiet leide sie unter einer Lumboischialgie links, einer Lumbalgie rechts, einem Postnukleotomiesyndrom, einen Z.n. Arthrodese und Spondylodese L4/5 sowie einem "sonstigen" chronischen Schmerz bei Arthropathie der Kniegelenke bds. Auch bei Beachtung - näher beschriebener - qualitativer Einschränkungen seien der Klägerin leichte Tätigkeiten nur unter drei Stunden arbeitstäglich möglich. Diese könne im privaten PKW Strecken im Umkreis von 15 km zurücklegen und eine einfache ebene Gehstrecke von 500 m pro Tag bewältigen. Die Agoraphobie und die Angstsymptomatik mit entsprechendem Vermeidungsverhalten bestünden seit mehr als einem Jahrzehnt, die depressive Entwicklung und die Entstehung einer entsprechenden Krankheitsperiode habe schleichend mit den körperlich bedingten Schmerzen im Jahr 2009 begonnen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Die Klägerin hat geltend gemacht, sie sei auch nach Auffassung ihres Hausarztes zu einer Erwerbstätigkeit nicht in der Lage. Das Gutachten

des Dr. Ni. sei fehlerhaft und würdige nicht alle Befunde. Dr. Ja. habe ebenfalls das Vorliegen einer rentenberechtigenden Leistungsminderung in seinem Gutachten bestätigt.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ed. vom 29. März 2012 vorgelegt. Diese hat sich den Gutachten von Dr. Pa. und Dr. Ni. im Wesentlichen angeschlossen. Demgegenüber sei das Gutachten des Dr. Ja. im Aufbau, der Schlüssigkeit und insbesondere hinsichtlich der Beurteilung des Leistungsvermögens nicht überzeugend. Soweit Dr. Ja. seine abweichende Bewertung der Schwere der depressiven Symptomatik damit begründe, dass Dr. Niesner die psychometrische Testung nicht ausreichend gewürdigt habe, sei festzustellen, dass beide Gutachter Selbstbeurteilungsuntersuchungen verwertet hätten. Diese seien aber eindeutig manipulierbar und daher nicht valide. Dr. Ni. habe die Ergebnisse des Beck'schen Depressionsinventars im Kontext mit der gesamten Exploration mit einbezogen und habe eine leichte depressive Symptomatik angenommen. Demgegenüber habe Dr. Ja. eine isolierte depressive Episode beschrieben. Diese limitiere sich von alleine und sei reversibel. Deshalb sei auch die Annahme einer quantitativen Leistungseinschränkung im Gutachten von Dr. Ja. auf unter drei Stunden täglich unschlüssig und nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der von Dr. Ni. angenommenen Panikstörung sei Dr. Ja. von einer isolierten Phobie im Sinne einer Agoraphobie ohne Panikstörung ausgegangen. Offensichtlich hätten insoweit die eigen-anamnestischen Angaben der Klägerin differiert. Im Übrigen sei auch nicht nachvollziehbar, weswegen die Klägerin bei Agoraphobie, wenn sie 15 km mit dem PKW zurücklegen könne, nicht auch größere Strecken bewältigen könne.

Mit Urteil vom 14. Mai 2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung seien nicht erfüllt. Unter Berücksichtigung der bestehenden Gesundheitsstörungen könne die Klägerin bei Beachtung der in den Gutachten von Dr. Pa. und Dr. Ni. beschriebenen qualitativen Einschränkungen leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten. Dies ergebe sich aus den vorliegenden kardiologischen Berichten wie auch den Gutachten der Dres. Pa. und Ni. sowie den HV-Ebenen der Reha-Klinik Hei ... Demgegenüber sei das Gutachten des Dr. Ja. nicht überzeugend. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 24. Mai 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 25. Juni 2012, einem Montag, Berufung eingelegt.

Der Senat hat ein Sachverständigengutachten des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Schw. vom 2. Januar 2013 eingeholt. Dieser hat die Angaben zur Tagesstruktur und zu den Aktivitäten referiert und die erhobenen Untersuchungsbefunde dargelegt. Im Rahmen der Untersuchungen habe die Klägerin ein Beschwerdebild angegeben, das von affektiven und schmerzbezogenen Beschwerden dominiert gewesen sei. In diesem Zusammenhang hätten sich verschiedene Auffälligkeiten ergeben. Diese hat Dr. Schw. im Gutachten, auf das insoweit verwiesen wird, näher dargelegt. Der Sachverständige hat die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode, spezifische Phobien vom situativen Typus und anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt. Hinweise auf spezifische neurologische Krankheitszustände seien nicht festzustellen. Die für die Klägerin sich ergebenden subjektiven Hemmnisse im Bezug auf ein neuerliches berufliches Engagement seien mittels zumutbarer Willensanstrengung aus eigener Kraft heraus zu überwinden. Es seien keine krankheitswerten Beeinträchtigungen des Willens, der Antriebs- und der Handlungssteuerung festzustellen, die eine willentliche Anspannung zur Überwindung der gesundheitlichen Schwierigkeiten unzumutbar machen würden. Die Gewährung einer Rente würde im Saldo zu einer Fixierung des negativen Selbstbildes beitragen und gleichzeitig erlebte Belastungen vermindern. Insgesamt würde eine richtunggebende Veränderung des Gesundheitszustandes aus der Gewährung einer Rente nicht resultieren, wohl aber eine Förderung des Fortbestehens der Gesundheitsstörung. Die Gesundheitsstörungen auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Gebiet bedingten keine quantitative Leistungsminderung. Die Klägerin könne leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne Tätigkeiten mit erhöhter Stressbelastung, z.B. vermehrtem Zeitdruck, unphysiologischer psychovegetativer Belastung, besonderer Anforderung an die zielgerichtete Gestaltung interpersoneller Beziehungen, erhöhter Verantwortung für Personen oder Sachwerte, Einsatz in Bereichen mit Konfrontation mit Menschen und Gruppen, mit Aufenthalt in engen fensterlosen Räumen oder der Notwendigkeit der unbegleiteten Benutzung von Aufzügen, anhaltend mittelschwere Tätigkeit mit regelmäßigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg sowie Zwangshaltungen der WS - acht Stunden arbeitstäglich verrichten. Möglich seien mithin einfache Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wie Verpacken leichter Industrie- und Handelserzeugnisse, Prüfen, Montieren oder Sortieren solcher Gegenstände oder andere vergleichbare Hilfsarbeiten. Darüber hinausgehende besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich. Übliche Wege von und zu Arbeitsplätzen sollten unter Berücksichtigung der Angaben der Klägerin zu ihrer Gehfähigkeit zu bewältigen sein. Auch erscheine die Benutzung eines PKW für das Zurücklegen von Wegen zum Aufsuchen des Arbeitsplatzes grundsätzlich zumutbar. Die Klägerin gebe Probleme wegen der Knie beim Betätigen der Kupplung an, weswegen sie sich nur Strecken von zehn bis 15 km mit dem PKW zutraue. Indes dürften die Kniegelenksbeschwerden nach dem orthopädischen Gutachten längeren Strecken mit dem PKW kaum im Wege stehen. Dem Gutachten von Dr. Ni. stimme er im Wesentlichen zu, insbesondere hinsichtlich der Leistungsfähigkeit. Dr. Ja. könne er nicht zustimmen. Soweit dieser eine deutlich depressiv herabgeminderte Stimmung konstatiere und eine Denkhemmung und Denkverlangsamung angebe und auf entsprechende nachvollziehbare und glaubhafte Angaben verweise, sei nun bei der mehrstündigen Exploration und Untersuchung eine solche ausgeprägte depressive Symptomatik und Konzentrationsstörung nicht feststellbar gewesen. Eine schwere depressive Episode habe bei der Untersuchung nicht vorgelegen. Die von Dr. Ja. angenommene quantitative Leistungseinschränkung sei nicht festzustellen gewesen und auch auf Grund der diagnostizierten Gesundheitsstörungen ganz unplausibel.

Die Klägerin trägt im Wesentlichen vor, das SG habe das Gutachten von Dr. Ja. nicht ausreichend berücksichtigt. Soweit sich die Beklagte auf HV-EBe und Vorgutachten stütze, stünden diese Ärzte und Gutachter in einer gewissen Nähe zur Rentenversicherung. Es verwundere auch nicht, wenn Dr. Schw. eine Besserung der depressiven Störung feststelle, da sie antriebssteigernde Medikamente einnehme.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 14. Mai 2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 7. Mai 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. August 2010 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung ab 29. September 2009 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren Vortrag im Klageverfahren sowie die Ausführungen im angefochtenen Urteil.

Der Senat hat die Beteiligten auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) hingewiesen und Gelegenheit zur Äußerung gegeben. Die Beteiligten haben sich hierauf nicht mehr geäußert.

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

II.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144 SGG](#) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg, denn diese hat keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die hier von der Klägerin beanspruchte Rente - [§§ 43, 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass die Klägerin die Voraussetzungen für die Gewährung einer solchen Rente nicht erfüllt, weil sie jedenfalls leichte körperliche Arbeiten mindestens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten kann und ihr grundsätzlich alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumutbar sind. Der Senat schließt sich dem nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung des Berufungsvorbringens sowie des von ihm eingeholten weiteren Sachverständigengutachtens des Dr. Schw. uneingeschränkt an und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zurück.

Ergänzend ist festzustellen, dass auch das vom Senat noch ergänzend eingeholte Sachverständigengutachten des Dr. Schw. die Leistungseinschätzung der Beklagten und die Richtigkeit der Entscheidung des SG bestätigt und im Übrigen die Leistungsbeurteilung des in erster Instanz nach [§ 109 SGG](#) gehörten Dr. Ja. widerlegt hat.

Der Sachverständige Dr. Schw. hat schlüssig und nachvollziehbar nachgewiesen, dass sich deutliche Diskrepanzen zwischen den von der Klägerin angegebenen Beschwerden und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation ergeben haben. Auch die behaupteten kognitiven Defizite haben sich nicht verifizieren lassen. Bei den Untersuchungen bei Dr. Schw. hat die Klägerin ein Beschwerdebild angegeben, das von affektiven und schmerzbezogenen Beschwerden dominiert war. In diesem Zusammenhang ergaben sich verschiedene Auffälligkeiten. Deutliche Diskrepanzen zeigten sich in Bezug auf die angegebenen Beschwerden. Bei der gutachterlichen Exploration berichtete die Klägerin von einer multilokulären Schmerzsymptomatik hoher Intensität. Allerdings zeigte sie im Rahmen der mehrstündigen Explorationssitzung wie auch der körperlich-neurologischen Untersuchung nur geringe schmerztypische Verhaltensweisen. Soweit sie von erheblichen Konzentrationsdefiziten berichtete, ergaben sich im Rahmen der mehrstündigen Untersuchungssitzung keine Hinweise auf klinisch relevante kognitive Funktionsdefizite, insbesondere waren Auffassungs- und Konzentrationsvermögen altersentsprechend durchschnittlich gut ausgeprägt. Es fanden sich auch keine Hinweise auf mnestiche Funktionsdefizite im Bezug auf das Kurz- und Langzeitgedächtnis. Diskrepanzen ergaben sich weiterhin zwischen den Angaben in den psychometrischen Untersuchungen und den objektivierbaren Befunden. Abweichend von dem im Funktionsfragebogen angegebenen Beeinträchtigungen führte die Klägerin entsprechende Bewegungsabläufe im Rahmen der körperlich-neurologischen Untersuchung durch. Zum Beispiel war sowohl das Hinlegen wie Aufrichten auf bzw. von der Untersuchungsliege ohne erkennbare Beeinträchtigung möglich. Entsprechend war sie auch in der Lage, sich selbstständig aus- und anzuziehen. Bei den testpsychologischen Beschwerdevalidierungsverfahren ergaben sich Verdeutlichungstendenzen im Bezug auf neurologische, affektive und anamnestische Symptome. Im Verfahren WMT erbrachte die Klägerin in einer verbalen Gedächtnisprüfung Leistungen, die in entscheidenden Teilbereichen weit unter denen kooperationswilliger dementer oder kooperativer mittelgradig bis schwer hirnerkrankter Probanden liegen. Die gezeigten Defizite im Bereich des verbalen Gedächtnisses waren - so der Gutachter - nicht auf tatsächlich kognitive Funktionsdefizite zurückzuführen, sie ergaben sich vielmehr aus einer instruktionswidrigen Anstrengungsminderleistung. Damit finden sich multiple Hinweise auf negative Antwortverzerrungen und instruktionswidrige Anstrengungsminderleistungen, was auf das Vorliegen aggraviorischer Verhaltenstendenzen hinweist. Der Sachverständige hat auf Grund dessen für den Senat nachvollziehbar und überzeugend die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, mit (gegenwärtig) leichtgradiger depressiver Episode, spezifische Phobien vom situativen Typus und anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt. Hinweise auf spezifische neurologische Krankheitszustände waren nicht festzustellen. Die für die Klägerin sich ergebenden subjektiven Hemmnisse im Bezug auf ein neuerliches berufliches Engagement sind mittels zumutbarer Willensanstrengung aus eigener Kraft heraus zu überwinden. Es bestehen keine krankheitswerten Beeinträchtigungen des Willens, der Antriebs- und der Handlungssteuerung, die eine willentliche Anspannung zur Überwindung der gesundheitlichen Schwierigkeiten unzumutbar machen würden.

Die Klägerin kann damit nach den den Senat überzeugenden schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Dr. Schw. leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne Tätigkeiten mit erhöhter Stressbelastung, z.B. vermehrtem Zeitdruck, unphysiologische psychovegetative Belastung, besondere Anforderung an die zielgerichtete Gestaltung interpersoneller Beziehungen, erhöhte Verantwortung für Personen oder Sachwerte, Einsatz in Bereichen mit Konfrontation mit Menschen und Gruppen, mit Aufenthalt in engen fensterlosen Räumen oder der Notwendigkeit der unbegleiteten Benutzung von Aufzügen, anhaltend mittelschwere Tätigkeit mit regelmäßigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg sowie Zwangshaltungen der WS - acht Stunden arbeitstäglich verrichten. Möglich sind mithin einfache Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wie Verpacken leichter Industrie- und Handelserzeugnisse, Prüfen, Montieren oder Sortieren solcher Gegenstände oder andere vergleichbare Hilfsarbeiten.

Weitergehende rentenrechtlich relevante Einschränkungen ergeben sich weder auf orthopädischem, noch auf internistischem Gebiet. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem Gutachten von Dr. Pa. über die stationäre Heilbehandlung vom 11. November bis 9. Dezember 2010 in der Reha-Klinik Hei. sowie dem Bericht des Kardiologen Dr. Ha. vom 27. Januar 2011 dessen Befundangaben die Prognose im HV-EB bestätigt haben. Im Übrigen ist ein das Leistungsvermögen wesentlich limitierender Befund im Weiteren auch nicht beschrieben oder festgestellt worden.

Über die genannten qualitativen Einschränkungen hinausgehende besondere Arbeitsbedingungen sind ebenfalls nicht erforderlich. Übliche

Wege von und zu Arbeitsplätzen sind unter Berücksichtigung der Angaben der Klägerin zu ihrer Gehfähigkeit zu bewältigen. Auch ist die Benutzung eines PKW für das Zurücklegen von Wegen zum Aufsuchen des Arbeitsplatzes grundsätzlich zumutbar. Die Klägerin hat bei Dr. Schw. nun zwar Probleme wegen der Knie beim Betätigen der Kupplung angegeben, weswegen sie sich nur Strecken von zehn bis 15 km mit dem PKW zutraue. Indes ist dies nach dem orthopädischen Gutachten des Dr. Pa. nicht nachvollziehbar. Im Übrigen ist auch nicht nachvollziehbar, weswegen die Klägerin wegen einer Agoraphobie nicht in der Lage sein sollte, Strecken von über 15 km mit dem PKW zu bewältigen, wenn sie 15 km mit dem PKW zurücklegen kann.

Im Übrigen liegt mit den bestehenden qualitativen Leistungseinschränkungen keine Summierung ungewöhnlicher Einschränkungen und auch keine schwere spezifische Leistungsbeeinträchtigung dauerhafter Art vor, die der Ausübung einer Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes entgegenstünde. Dies ergibt sich auch daraus, dass der Sachverständige Dr. Schw. explizit ausgeführt hat, dass die Klägerin einfache Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wie Verpacken leichter Industrie- und Handelserzeugnisse, Prüfen, Montieren oder Sortieren solcher Gegenstände und andere vergleichbare leichte Hilfsarbeiten verrichten kann.

Damit liegt eine einen Rentenanspruch begründende Minderung des Leistungsvermögens nicht vor.

Die Annahme einer weitergehenden, auch zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens des Dr. Ja. überzeugt nicht. Soweit er eine deutlich depressiv herabgeminderte Stimmung konstatiert hat und eine Denkhemmung und Denkverlangsamung angegeben hat und auf entsprechende "nachvollziehbare" und "glaubhafte Angaben" verweist, war bei der mehrstündigen Exploration und Untersuchung bei Dr. Schw. eine solche ausgeprägte depressive Symptomatik und Konzentrationsstörung nicht feststellbar. Eine schwere depressive Episode hat bei der Untersuchung nicht vorgelegen. Zu bestätigen waren zwar die von Dr. Ja. erwähnten klaustrophobischen Ängste. Die von ihm angenommene quantitative Leistungseinschränkung ist nicht festzustellen gewesen und auch auf Grund der diagnostizierten Gesundheitsstörungen und Befunde unplausibel (so Dr. Schw. für den Senat überzeugend).

Dies folgt im Übrigen auch aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. Ed. in ihrer als qualifizierten Beteiligtenvortrag verwertbaren kritischen Stellungnahme zum Gutachten von Dr. Ja. ... Danach ist das Gutachten des Dr. Ja. hinsichtlich Aufbau, Schlüssigkeit und insbesondere hinsichtlich der Beurteilung des Leistungsvermögens nicht überzeugend. Es fehlt eine Darstellung der Arbeitsanamnese und der angegebene Tagesablauf bietet erhebliche Lücken in der Darstellung. Bei Beschreibung des psychischen Befundes finden sich wenig objektivierbare Befunde, sondern vielmehr eher subjektive Angaben der Klägerin. Ein kritisches Hinterfragen der subjektiven Angaben der Klägerin, wie dies gerade bei einer psychiatrischen Begutachtung erforderlich ist, kann dem Gutachten von Dr. Ja., der allerdings auch behandelnder Arzt ist, nicht entnommen werden. Auch bei der Beschreibung der Ergebnisse der körperlichen Untersuchung ergaben sich unterschiedliche Darstellungen im Vergleich zum Vorbefund von Dr. Ni. ... Bei diesem ist noch eine nicht nachvollziehbare und auch nicht begründbare Hypästhesie im linken Oberarm und gesamten linken Bein angegeben worden, während dann bei Dr. Ja. nur ein handtellergroßes Hypästhesieareal am linken Kniegelenk angegeben worden ist. Soweit Dr. Ja. seine abweichende Bewertung der Schwere der depressiven Symptomatik damit begründet hat, dass Dr. Ni. die psychometrische Testung nicht ausreichend gewürdigt habe, ist festzustellen, dass beide Gutachter Selbstbeurteilungsuntersuchungen verwertet hätten. Diese sind indes manipulierbar und daher nicht valide. Dr. Ni. hat die Ergebnisse des Beck'schen Depressionsinventars im Kontext mit der gesamten Exploration mit einbezogen und eine leichte depressive Symptomatik angenommen. Demgegenüber hat Dr. Ja. eine isolierte depressive Episode beschrieben. Diese limitiert sich von alleine und ist reversibel. Deshalb ist auch die Annahme einer quantitativen Leistungseinschränkung im Gutachten von Dr. Ja. nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar.

Da die Klägerin somit in der Lage ist, ihr zumutbare Tätigkeiten wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten, ist sie weder voll, noch teilweise erwerbsgemindert.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, weswegen der Senat die Berufung zurückweist. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-23