

L 10 R 2397/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

10

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 9 R 79/13

Datum

15.05.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 10 R 2397/14

Datum

23.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15.05.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung streitig.

Die am 1959 geborene Klägerin, die im Beitrittsgebiet eine Ausbildung zur Chemiefacharbeiterin absolvierte, war zunächst in ihrem Ausbildungsberuf und nachfolgend in verschiedenen Bereichen tätig (nach Ausbildung zur Versicherungskauffrau als Versicherungsinspektorin, Postmitarbeiterin, Verkäuferin, Reinigungskraft). Zuletzt war sie von Oktober 2008 bis Juli 2011 als Pflegehelferin beschäftigt. Wegen Lendenwirbelsäulenbeschwerden trat bei der Klägerin am 03.10.2010 Arbeitsunfähigkeit ein; seither war sie nicht mehr beruflich tätig.

Vom 21.12.2010 bis 07.01.2011 wurde die Klägerin im Ambulanten Zentrum für Reha und Prävention am E. in K. ganztätig ambulant unter den Diagnosen Lumboischialgie rechts bei Bandscheibenvorfall L5/S1 und Osteochondrose lumbosacral, Cervikalsyndrom, Asthma bronchiale behandelt, wobei sie wegen einer akuten Bronchitis vorzeitig entlassen wurde. Die behandelnden Ärzte erachteten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr für leistungsgerecht, hielten jedoch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen unter Vermeidung von häufigem Bücken, Zwangshaltungen der Wirbelsäule und häufigem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sechs Stunden und mehr für zumutbar. Wegen des sich nachfolgend entwickelnden Schmerzsyndroms wurde die Klägerin vom 07.03. bis 18.04.2012 stationär in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe-Rüppurr stationär behandelt (Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, mittelgradige depressive Episode), wobei die behandelnden Ärzte ausweislich des entsprechenden Entlassungsberichtes auf Grund des sehr hohen Behandlungswiderstandes (der Klägerin sei es nahezu unmöglich gewesen, ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu entwickeln, weil dies die Aufgabe des sekundären Krankheitsgewinns bedeutet hätte) eine langfristig angelegte ambulante Psychotherapie für angezeigt erachteten (vgl. S. 445/448 VerwA).

Am 26.04.2012 beantragte die Klägerin die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung, worauf die Beklagte Begutachtungen der Klägerin von chirurgischer Seite durch die Fachärztin für Chirurgie Z. , von neurologisch-psychiatrischer Seite durch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. und von internistischer Seite durch den Arzt für Innere Medizin Dr. M. veranlasste, die die Klägerin im Juli bzw. August 2012 untersuchten. In seiner zusammenfassenden Beurteilung führte Dr. M. als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein LWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen, besonders bei L5/S1 mit muskulärer Dysbalance (ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen, ohne aktuelle Wurzelreizsymptomatik), eine leichte depressive Episode, leichtgradig ausgeprägte Stuhlunregelmäßigkeiten bei Zustand nach Hemicolectomie rechts in Folge eines Karzinoids, ein Asthma bronchiale (keine wesentliche Obstruktion unter Medikation), eine akute Schultersymptomatik rechts (Besserung unter Therapie), ein HWS-Syndrom (ohne funktionelle Einschränkungen) sowie eine leichtgradig ausgeprägte Kniegelenksarthrose auf. Hierdurch seien der Klägerin körperlich schwere und ausschließlich mittelschwere Tätigkeiten, Tätigkeiten in längeren Zwangshaltungen des Rumpfes, Überkopparbeiten, ständiges Stehen, Gehen und Sitzen, Steigen auf Leitern und Gerüste, Arbeiten im Hocken und Bücken sowie auf unebenem Boden und Tätigkeiten mit inhalativen Noxen nicht mehr zumutbar. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne die Klägerin jedoch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden und mehr verrichten. Mit Bescheid vom 21.09.2012 und Widerspruchsbescheid vom 04.12.2012

lehnte die Beklagte die Gewährung von Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, ab.

Am 04.01.2013 hat die Klägerin dagegen beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, nicht mehr über ein zumindest sechsstündiges Leistungsvermögen zu verfügen.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Der Facharzt für Innere Medizin/Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S. hat über verschiedene Allergien und ein Asthma bronchiale berichtet, das sich unter medikamentöser Therapie signifikant gebessert habe. Eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit hat er auf Grund der sehr guten Lungenfunktionsdaten verneint. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. hat im Februar 2013 von jeweils einer Vorstellung im November und Dezember 2012 berichtet, anlässlich derer die Klägerin über Schmerzen in verschiedenen Körperregionen, einschließlich Kopfschmerzen geklagt habe. Diagnostisch ist er von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen und hat die Klägerin für in der Lage erachtet, leichte nervlich wenig belastende Tätigkeiten sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Orthopäde Dr. T. hat im Februar 2013 von Vorstellungen der Klägerin wegen Ischialgie und Rückenschmerzen (Februar 2011) und Schulterschmerzen (Juli, Oktober und November 2012) berichtet, die nach Behandlung wieder abgeklungen seien. Die Ausübung einer leichten beruflichen Tätigkeit im Umfang von zumindest sechs Stunden täglich hat er für möglich erachtet. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. S. hat eine Vielzahl von Diagnosen aufgelistet und einen Auszug aus seiner Patientenakte vorgelegt, die zahlreiche Vorstellungen wegen verschiedener Fragestellungen aufzeigt. Als führende Beschwerden hat Dr. S. chronische Schmerzen und Depressionen genannt und die Klägerin aktuell nicht für mindestens sechs Stunden täglich leistungsfähig erachtet. Für die Beurteilung des Leistungsvermögens seien die Fachgebiete Neurologie/Psychiatrie, Schmerztherapie und Orthopädie maßgebend. Das SG hat sodann das Gutachten des Facharztes für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. auf Grund Untersuchung der Klägerin im Juni 2013 eingeholt. Der Sachverständige hat von neurologisch-psychiatrischer Seite depressive Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie von internistischer Seite ein Asthma bronchiale (keine pulmonalen Dekompensationszeichen), abdominale Verwachsungsbeschwerden nach Dickdarmkarzinoidoperation 1995 und Magenbeschwerden, eine Fettstoffwechselstörung (medikamentös behandelt) und eine Schilddrüsenstoffwechselstörung (medikamentös behandelt) diagnostiziert sowie darüber hinaus ein Wirbelsäulensyndrom (ohne signifikante sensomotorische Ausfälle), Schultergelenksbeschwerden rechts sowie polyarthrotische Beschwerden beschrieben. Der Sachverständige hat die Klägerin für in der Lage erachtet, leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zu ebener Erde in verschiedenen Arbeitshaltungen zu verrichten. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen des Rumpfes, gehäufte Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, Nachtschicht, widrige klimatische Bedingungen, Tätigkeiten mit inhalativen Belastungen, Tätigkeiten mit vermehrten Anforderungen an die Konzentration oder Reaktion und Tätigkeiten mit vermehrt emotionalen Belastungen oder erhöhtem Konfliktpotential.

Mit Urteil vom 15.05.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich dabei auf die übereinstimmenden Einschätzungen des Sachverständigen Dr. S. und der im Verwaltungsverfahren hinzugezogenen Gutachter (Dr. M., Dr. E., Chirurgin Z.) gestützt, die auch von den behandelnden Ärzten Dr. Trauschel, Dr. H. und Dr. S. geteilt worden seien. Der Auffassung des Dr. S. ist es nicht gefolgt.

Am 30.05.2014 hat die Klägerin dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Sie hält die Einschätzung des behandelnden Hausarztes Dr. S. für zutreffend und hat geltend gemacht, nunmehr auch in der Gemeinschaftspraxis der Dres. K. (Arzt für Orthopädie) und K. (Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin/Spezielle Schmerztherapie/Psychotherapie) in Behandlung zu stehen. Zudem werde sie psychotherapeutisch durch den Dipl.-Psych. S. behandelt. Bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K.-O. habe sie im Februar 2015 einen Termin. Derzeit könne sie das Haus schmerzbedingt im Grunde genommen nicht mehr verlassen. Zuletzt hat sie die Bescheinigung des Dr. S. vom 13.09.2016 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15.05.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 21.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04.12.2012 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.04.2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Der Senat hat Dr. K.-O. sowie Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. K.-O. hat im August 2015 von je einer Vorstellung im Februar, April und Juli 2015 berichtet, wobei er die bekannten Diagnosen depressive Entwicklung/Dysthymie, somatoforme Schmerzstörung und Sulcus Ulnaris-Syndrom links gestellt habe. Zur Frage der beruflichen Leistungsfähigkeit der Klägerin hat er ausgeführt, dass nicht davon auszugehen sei, dass sich somatoforme Störungen durch eine Berentung besserten. Für die Symptomkontrolle könne im Gegenteil Beschäftigung/Ablenkung sogar hilfreich sein. Dr. K. hat von Vorstellungen bzw. Behandlungen wegen Kniebeschwerden, HWS- und LWS-Beschwerden berichtet und die Klägerin für weniger als drei Stunden täglich leistungsfähig erachtet. Den Schwerpunkt der Beeinträchtigungen hat sie auf dem Fachgebiet der Psychiatrie und Speziellen Schmerztherapie gesehen. Der Senat hat sodann das Gutachten des Dr. J., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Oberarzt in der Chirurgischen Klinik der St. V. -Kliniken K., auf Grund Untersuchung der Klägerin im März 2016 eingeholt. Der Sachverständige hat eine leichte bis mäßige Wirbelsäulenfehlstatik bei linkskonvexer Thorakolumbalkoliose, geringe Bewegungseinschränkungen in allen drei Wirbelsäulenabschnitten bei regelrechter Entfaltung der Dornfortsätze, degenerative Veränderungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule sowie im Lendenwirbelsäulensegment L5/S1 mit Einengung der knöchernen Nervenaustrittskanäle und möglicher Nervenwurzelirritation (aktuell keine neurologischen Ausfälle, keine Nervenwurzelreizung), eine Bewegungseinschränkung beider Schultergelenke über der Horizontalen bei anzunehmender Impingementsymptomatik und Tendinitis calcarea rechts, eine Koxalgie beidseits bei freier Hüftgelenkbeweglichkeit ohne anzunehmende relevante degenerative Veränderungen, geringe Kniegelenksarthrosen beidseits bei Zustand nach Meniskussanierung (reizfreie, frei bewegliche Kniegelenke) sowie eine leichte Plantarfasziitis rechts und ein geringer Spreizfuß beidseits beschrieben und die Klägerin für in der Lage erachtet, leichte und zeitweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 8 kg mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Zu vermeiden seien Arbeiten in vornüber gebeugter Körperhaltung, in Wirbelsäulenzwangshaltungen,

Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Überkopfarbeiten beidseits, Arbeiten in der Hocke und im Knien sowie Arbeiten in Nässe und Kälte. Der Senat hat darüber hinaus das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. Dr. D. auf Grund Untersuchung der Klägerin im Juni 2016 eingeholt. Der Sachverständige ist diagnostisch von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer Dysthymia ausgegangen, hat auf Inkonsistenzen bei der testpsychologischen Untersuchung hingewiesen und die Klägerin für in der Lage erachtet, leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten in verschiedenen Arbeitshaltungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit ständigem Stehen, Sitzen oder Gehen, das Heben und Tragen von schweren Lasten, häufiges Bücken, Zwangshaltungen, gehäufte Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, Akkord- und Fließbandarbeiten, Nachtschicht, Tätigkeiten mit inhalativen Belastungen und Einwirkungen von Staub, Gas und Dämpfen sowie Tätigkeiten mit erhöhter emotionaler Belastung.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheidet, ist zulässig; die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist allein noch die Frage, ob der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung zusteht. Denn die Klägerin hat den in der mündlichen Verhandlung vor dem SG zuletzt gestellten Antrag, mit dem sie über ihr ursprüngliches Begehren auf Rente wegen voller Erwerbsminderung hinaus, auch die Gewährung von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beantragt hat, im Berufungsverfahren nicht mehr aufrecht erhalten.

Das SG hat die Klage insoweit zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 21.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.12.2012 ist insoweit rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin ist im Sinne der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen nicht voll erwerbsgemindert. Ihr steht deshalb Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht zu.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ist [§ 43 Abs. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - voll erwerbsgemindert sind. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert 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. Volle Erwerbsminderung besteht über die Regelung des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des BSG (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, u.a. [GS 2/75](#) in SozR 2200 § 1246 Nr. 13) bei regelmäßig bejahter Verschlussenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin nicht. Denn die Klägerin ist - wie das SG zutreffend ausgeführt hat - trotz der bei ihr bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch in der Lage, leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen (wechselnde Körperhaltungen, ohne Zwangshaltungen des Rumpfes, ohne gehäufte Überkopfarbeiten des rechten Arms, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten mit inhalativen Belastungen, außergewöhnlicher emotionaler Belastung, erhöhtem Konfliktpotential sowie vermehrten Anforderungen an die Konzentration oder Reaktion) zumindest sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat teilt die Auffassung des SG, das sich auf das überzeugende Gutachten des Dr. S. sowie auf die von der Beklagten im Verwaltungsverfahren hinzugezogenen Gutachten des Dr. M., der Dr. E. und der Chirurgen Z. gestützt hat. Auch die behandelnden Ärzte der Klägerin haben - mit Ausnahme des Dr. S. - keine darüber hinausgehende zeitliche Einschränkung ihres Leistungsvermögens gesehen, weder Dr. H. von neurologisch-psychiatrischer Seite noch der Orthopäde Dr. T. und auch nicht der Internist Dr. S. von pulmonologischer Seite. Der Senat sieht insoweit deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Mit dem beschriebenen Leistungsvermögen liegt im Sinne der obigen Darlegungen volle Erwerbsminderung nicht vor. Die dargelegten qualitativen Einschränkungen sind noch um die von Dr. J. und Prof. Dr. Dr. D. aufgeführten weiteren Einschränkungen (ohne Überkopfarbeiten beidseits, d.h. nicht nur rechtsseitig, ohne Arbeiten in der Hocke oder im Knien, ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten in Kälte und Nässe, ohne Akkord- und Fließbandarbeiten, ohne Nachtschicht) zu ergänzen.

Auch die im Berufungsverfahren durchgeführten weiteren Ermittlungen haben die von der Klägerin geltend gemachte rentenbegründende Leistungsminderung nicht bestätigt. Damit ist keiner der am Verfahren beteiligten Sachverständigen oder Gutachter davon ausgegangen, dass die Klägerin in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeiten so weit eingeschränkt ist, dass ihr selbst leichte berufliche Tätigkeiten bei Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen nicht mehr im Umfang von sechs Stunden täglich zugemutet werden können.

Die Klägerin ist in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit in erster Linie von orthopädischer und nervenärztlicher Seite eingeschränkt, wobei eine chronische Schmerzsymptomatik ganz im Vordergrund steht, die sich von orthopädischer Seite allein nicht erklären lässt. So hat der vom Senat im Berufungsverfahren hinzugezogene Sachverständige Dr. J. eine leichte bis mäßige Fehlstatik der Wirbelsäule (Wirbelsäule steht um ein cm nach rechts aus dem Lot, die rechte Schulterkontur steht gegenüber links um knapp ein cm tiefer) mit am Übergang der Brust- zur Lendenwirbelsäule leichter großbogiger linkskonvexer Seitenausbiegung der Wirbelsäule mit mäßigem Lendenwulst und unterem Rippenbuckel links beschrieben. Dabei hat der Sachverständige die Halswirbelsäulenbeweglichkeit gegenüber der Norm als leicht eingeschränkt beschrieben, ebenso die Drehfähigkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule nach links. Die Nacken- und Lendenstreckmuskulatur sowie den oberen Trapeziusrand beidseits hat er als mäßig verspannt vorgefunden. Nervenwurzelbedingte neurologische Ausfälle hat der Sachverständige nicht gefunden, ebenso wenig Hinweise auf eine vorliegende Nervenwurzelreizung. Relevante degenerative Veränderungen haben sich bildgebend im Bereich der unteren Halswirbelsäule gezeigt, ferner im Lendenwirbelsäulensegment L5/S1, wo sich Einengungen der knöchernen Nervenaustrittskanäle mit möglicher Nervenwurzelirritation dargestellt haben. Im Bereich der oberen Extremitäten hat der Sachverständige beide Schultergelenke als gering verplumpt beschrieben, wobei die Schulterkonturen vorne deutlich und hinten gering druckschmerzhaft gewesen sind. Die Schultergelenksbeweglichkeit hat der

Sachverständige oberhalb der Horizontalen links stärker als rechts eingeschränkt beschrieben, jedoch eine Schultersteife bei weitgehend freier Innen- und Außendrehfähigkeit verneint und deshalb nachvollziehbar eine Impingementsymptomatik im Vordergrund gesehen. Röntgenologisch hat er eine Sehnenverkalkung im Bereich der Rotatorenmanschette rechts objektiviert. Dem gegenüber hat er die Ellenbogen- Hand-, Daumen- und Langfingerergelenke als frei beweglich beschrieben. Lediglich über den Mittelgelenken des zweiten und dritten Fingers beidseits hat er eine leichte Druckschmerzhaftigkeit bei ansonsten allerdings regelrecht gezeichneten Gelenkkonturen vorgefunden. Im Bereich der unteren Extremitäten hat er einen Trochanterklopfschmerz beidseits bei jeweils freier Hüftgelenksbeweglichkeit beschrieben und röntgenologisch keine relevanten degenerativen Veränderungen objektivieren können. Auch die Kniegelenksbeweglichkeit war beidseits frei, wobei keine Überwärmung, keine Kapselschwellung und kein Kniegelenkserguss festzustellen gewesen ist. Insoweit haben sich - so der Sachverständige weiter - relevante Knorpelschäden auch kernspintomographisch und bei den erfolgten Kniegelenkspiegelungen intraoperativ nicht objektivieren lassen. Entsprechend ist die röntgenologisch beschriebene dritt- bis viertgradige Kniegelenksarthrose beidseits nicht bestätigt worden.

Das von dem Sachverständigen Dr. J. aus diesen Befunden abgeleitete Leistungsbild, wonach für die Klägerin wegen der Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule lediglich noch leichte und zeitweise mittelschwere Tätigkeiten in Frage kommen, ist für den Senat ohne Weiteres nachvollziehbar. Lediglich soweit der Sachverständige Hebe- und Tragebelastungen einschränkt auf bis zu 8 kg, erschließt sich deren Notwendigkeit nicht, nachdem der Sachverständige sogar gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten für zumutbar erachtet und damit definitionsgemäß (vgl. Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 81, Juli 2013, S. 22 f) Tätigkeiten, die mit dem Heben und Tragen von Lasten mit mehr als 10 kg verbunden sind, nicht ausschließt. Schlüssig nachvollziehbar ist demgegenüber, dass Arbeiten mit vornüber gebeugter Körperhaltung, Wirbelsäulenzwangshaltungen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, in der Hocke und im Knien sowie Arbeiten in Nässe und Kälte nicht mehr leidensgerecht sind, da sich entsprechende Belastungen nachteilig auf die Beschwerdesituation auswirken können. Auch Überkopparbeiten können wegen der Bewegungseinschränkung in beiden Schultergelenken - anders als vom SG auf Grund des Gutachtens des Dr. S. , der Einschränkungen nur für die rechte Seite bejaht hat - nicht mehr zumutbar verrichtet werden. Soweit der Sachverständige unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen die Ausübung von Tätigkeiten im Umfang von zumindest sechs Stunden täglich für zumutbar erachtet hat, ist dies für den Senat in jeder Hinsicht überzeugend. In diesem Sinne hat sich auch Dr. T. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge geäußert, wobei er darauf hingewiesen hat, dass in dem von ihm beurteilten rund zweijährigen Behandlungszeitraum seit Februar 2011 die aufgetretenen Beschwerden jeweils wieder abklagen und dies, obwohl die von ihm empfohlene physikalische Therapie für die HWS nicht einmal durchgeführt wurde. Soweit es Dr. S. in seiner dem SG unter dem 08.03.2013 erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge "momentan" nicht für möglich erachtet hat, dass die Klägerin zumindest sechs Stunden täglich leichte Tätigkeiten verrichtet, ist dies für den Senat nicht nachvollziehbar. Denn die von Dr. S. vorgelegte Patientendokumentation weist aus, dass sich die Klägerin bei ihm zuletzt am 07.02. und davor am 07.01.2013 vorgestellt hat, wobei mit Ausnahme eines grippalen Infektes im Wesentlichen lediglich Überweisungen und Rezepte ausgestellt wurden. Insbesondere hat Dr. S. auch keinen Befund dokumentiert, der auf eine Leistungseinschränkung hinweisen könnte. Soweit es ausweislich der dem Senat erteilten Auskunft der Dr. K. dann ab April 2013 zu zahlreichen Vorstellungen in der orthopädischen Gemeinschaftspraxis der Dres. K. und K. gekommen ist und auch verschiedene Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden sind, rechtfertigt dies keine abweichende Beurteilung. Zwar hat Dr. K. das Leistungsvermögen der Klägerin auf weniger als drei Stunden täglich eingeschätzt, allerdings hat sie diese Leistungseinschränkung nicht auf die orthopädischen Gesundheitsstörungen zurückgeführt. Sie hat diese vielmehr mit der sich jeweils negativ überlagernden Gesamtsituation begründet, bestehend aus deutlichen organischen Defiziten, chronischer Schmerzerkrankung und psychiatrischer Problematik und den Schwerpunkt der Beeinträchtigungen der Klägerin auf dem Fachgebiet der Psychiatrie und Speziellen Schmerztherapie gesehen und gerade nicht auf dem von ihr vertretenen orthopädischen Fachgebiet. Damit ist letztlich auch Dr. K. nicht davon ausgegangen, dass die Klägerin von orthopädischer Seite in ihrer Leistungsfähigkeit rentenrelevant eingeschränkt ist. In diesem Sinne hat schließlich auch Dr. J. , der die von der Klägerin beklagten Beschwerden mit den klinischen und bildgebenden Befunden nicht für vereinbar erachtet hat, nicht orthopädische Erkrankungen, sondern Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet weit im Vordergrund gesehen und zutreffend darauf hingewiesen, dass dies auch von der Rheumatologin Dr. Kumpke so gesehen worden ist, bei der sich die Klägerin ausweislich des entsprechenden Arztbriefs vom selben Tag am 07.11.2014 (Bl. 74 Senatsakte) vorgestellt hat und die keinen Anhalt für eine entzündlich rheumatische Erkrankung gefunden, aber im Vordergrund des Beschwerdebildes ein Fibromyalgiesyndrom, also eine Schmerzerkrankung, gesehen hat.

Allerdings lässt sich auch von neurologisch-psychiatrischer Seite eine rentenrelevante Leistungsminderung nicht begründen. Ebenso wie zuvor schon der Sachverständige Dr. S. hat auch der vom Senat hinzugezogene Sachverständige Prof. Dr. Dr. D. kein schwerwiegendes Krankheitsbild objektiviert, das der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden täglich entgegen stehen würde. Ebenso wie der Sachverständige Dr. S. und zuvor schon Dr. E. ist auch Prof. Dr. Dr. D. von einer psychosomatischen Störung ausgegangen, die er diagnostisch als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eingeordnet hat. Soweit Dr. S. und Dr. E. in Abweichung hiervon die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt haben, kann dahingestellt bleiben, welcher konkreten Diagnose die Erkrankung der Klägerin zuzuordnen ist. Denn für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist weniger die diagnostische Zuordnung einer Erkrankung von Bedeutung als vielmehr die aus dieser Erkrankung resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen. Entsprechend sind das Ausmaß und die Auswirkungen der von der Klägerin beklagten Schmerzsituation zu würdigen, ohne dass es auf die konkrete diagnostische Zuordnung der Erkrankung ankommt. Entsprechendes gilt für das von Dr. Kumpke diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom.

Der Senat vermag sich nicht davon zu überzeugen, dass die bei der Klägerin vorliegende Schmerzstörung eine solche Schwere erreicht, dass sie die Ausübung einer leidensgerechten Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden täglich unzumutbar erscheinen lassen würde. Das Ausmaß der Schmerzsituation bei der Klägerin lässt sich bereits nicht feststellen. Schon der Sachverständige Dr. S. hat im Rahmen seines Gutachtens deutlich gemacht, dass die Klägerin die aktuelle Schmerzintensität, die sie auf der visuellen Analogskala von 0 bis 10 (0 = kein Schmerz, 10 = unerträglicher Schmerz) bei 8 eingestuft hat, als überdurchschnittlich angegeben hat, ohne dass dies mit dem in der Untersuchungssituation offensichtlich gewordenen Leidensdruck hätte in Einklang gebracht werden können. Auffällig ist in diesem Zusammenhang zudem die Angabe der Klägerin, dass die Medikamente zwar helfen würden, jedoch eine Schmerzfähigkeit nicht erreicht werde. Eine nicht erreichte Schmerzfähigkeit lässt sich aber schwerlich im oberen Bereich der Schmerzskala einordnen. Dr. S. hat zudem als auffällig beschrieben, dass keine regelmäßige neurologische, nervenfachärztliche oder psychiatrische Betreuung stattfindet und auch die Psychopharmakotherapie sehr niedrig dosiert sei, was mit der geltend gemachten Schwere der Schmerzsituation nicht ohne weiteres korreliert. Der Sachverständige hat außerdem ein recht beschwerdezentriertes Verhalten der Klägerin beschrieben, wodurch er in der Gutachtensituation den Eindruck gewonnen hat, dass das laufende Renten- bzw. Rechtsverfahren an sich schon im Sinne des Begehrens

einer Entpflichtung im beruflichen Bereich eine gewisse symptomunterhaltende Komponente hat. Nachdem die Klägerin im Übrigen eine gute geistige Flexibilität gezeigt hat, kognitive Defizite relevanten Ausmaßes nicht vorgelegen haben, sich weder eine Antriebsminderung noch eine psychomotorische Hemmung gezeigt haben und auch das Umstellungs- und Anpassungsvermögen nicht eingeschränkt gewesen ist, ist für den Senat schlüssig nachvollziehbar, dass der Sachverständige die psychische Symptomatik nicht als so schwerwiegend ausgeprägt beurteilt hat, dass sie der Aufnahme und Ausführung einer Tätigkeit im Umfang von wenigstens sechs Stunden täglich entgegen stehen würde.

In diesem Sinne hat sich auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. D. geäußert, der mehr noch als der Sachverständige Dr. S. den Eindruck gewonnen hat, dass die von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden tatsächlich nicht in dem angegebenen Ausmaß vorliegen. So hat sich in der Schmerz-Simulations-Skala nach Bikowski - anders als zuvor bei dem Sachverständigen Dr. S. - nicht nur ein Ergebnis im Grenzbereich gezeigt, vielmehr haben sich bei der Angabe, dass 36 der 51 dargebotenen Schmerzbegriffe bei ihr zutreffen (als auffällig gelten mehr als 15), deutliche Hinweise für eine bewusstseinsnahe Aggravation von Beschwerden gezeigt. Als auffällig hat Prof. Dr. Dr. D. zudem beschrieben, dass die Klägerin im Depressionsinventar nach Beck (BDI-II) und in der allgemeinen Depressionsskala (ADS-L) Angaben gemacht hat, die einem schweren depressiven Syndrom zuzuordnen wären, was jedoch dem klinischen Bild - Stimmungslage nicht belangvoll zum depressiven Pol verschoben, die Klägerin ist zum Teil zum Scherzen aufgelegt - nicht entsprochen hat und auch zu den Angaben der Klägerin im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) in Widerspruch gestanden hat, in dem sie sich gerade nicht als depressiv geschildert hat. Nach den weiteren Darlegungen des Sachverständigen ist zudem das psychosoziale Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung weitgehend intakt gewesen, was ebenfalls gegen derart weitreichende psychische Beeinträchtigungen spricht. Zu Recht hat der Sachverständige schließlich auch darauf hingewiesen, dass schon die behandelnden Ärzte der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, wo die Klägerin im Jahr 2012 stationär behandelt wurde, einen sekundären Krankheitsgewinn beschrieben haben, nachdem es der Klägerin nahezu unmöglich gewesen ist, ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu entwickeln, da dies die Aufgabe des sekundären Krankheitsgewinns bedeutet hätte.

Soweit Prof. Dr. Dr. D. auf Grund des erhobenen klinischen Befundes (keine belangvolle Verstimmtheit, s.o.) und in Übereinstimmung mit Dr. S. und Dr. E. eine Dysthymia diagnostiziert hat, mithin eine lediglich leichte depressive Verstimmungen, lässt sich auch hieraus eine quantitative Leistungsminderung nicht herleiten. Vielmehr kann auch dieser Erkrankung bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit durch die Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen Rechnung getragen werden, indem Akkord- und Fließbandarbeiten, Nachtschicht und Tätigkeiten mit erhöhter emotionaler Belastung gemieden werden.

Soweit die Klägerin Einwendungen gegen das Gutachten des Prof. Dr. Dr. D. erhoben und hierzu die Bescheinigung des Dr. S. vom 13.09.2016 vorgelegt hat, ergibt sich hieraus nichts Abweichendes. Insbesondere lässt sich aus der Vielzahl der von Dr. S. aufgeführten Diagnosen keine rentenrelevante Leistungsminderung ableiten. Insoweit ist nicht die Anzahl der Diagnosen von Bedeutung, sondern vielmehr die hieraus resultierenden funktionellen Einschränkungen. Befunde, aus denen funktionelle Einschränkungen abgeleitet werden könnten, hat Dr. S. aber gerade nicht dokumentiert. Entsprechend ist auch nicht nachvollziehbar, woraus er die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode herleitet. Eine solche ist von nervenfachärztlicher Seite ja gerade nicht bestätigt worden, insbesondere nicht von den Sachverständigen Dr. S. und Prof. Dr. Dr. D. ... Auch die von Dr. S. beschriebene Chronifizierung der Schmerzstörung, die eine Besserung der Symptomatik nicht erwarten lasse, lässt nicht auf eine rentenrelevante Leistungsminderung schließen. Denn der Hinweis auf eine Chronifizierung belegt keine besondere Schwere der Erkrankung. Auch aus dem Umstand, dass die Klägerin durch Nebenwirkungen von Medikamenten stark beeinträchtigt gewesen sei und deshalb Antidepressiva nicht eingenommen habe, ergibt sich nichts anderes. Diesen Gesichtspunkt haben Dr. S. und Prof. Dr. Dr. D. im Rahmen ihres Gutachtens berücksichtigt und gleichwohl keine schwere depressive Erkrankung diagnostiziert. Soweit die Klägerin meint, der Sachverständige Prof. Dr. Dr. D. habe ihre gesundheitlichen Einschränkungen nicht ausreichend gewürdigt und im Gegensatz zu Dr. S. in nicht überzeugender Weise erhebliche Inkonsistenzen festgestellt, teilt der Senat die Auffassung der Klägerin nicht. Zum einen hat auch schon Dr. S. - wie dargelegt - auf Inkonsistenzen hingewiesen und zum anderen überzeugt es nicht, wenn die Klägerin meint, sie habe im Depressions-Inventar nach Beck und in der allgemeinen Depressions-Skala lediglich ihr subjektives Befinden wiedergegeben, was Prof. Dr. Dr. D. ihr nicht absprechen könne. Denn eine Diskrepanz hat Prof. Dr. Dr. D. gerade auch insoweit beschrieben, als sich die Klägerin im Freiburger Persönlichkeitsinventar gerade nicht als depressiv geschildert hat, während ihre Angaben im Depressions-Inventar nach Beck und der allgemeinen Depressions-Skala einem schweren depressiven Syndrom entsprochen haben. Dies lässt sich nicht miteinander vereinbaren. Hieran ändert sich auch nichts dadurch, dass aus dem Beschwerdevalidierungstest TOMM keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation herzuleiten gewesen sind. Entgegen der Auffassung der Klägerin sieht der Senat daher keine Unstimmigkeiten im Gutachten des Prof. Dr. Dr. D., die eine weitere Begutachtung der Klägerin erfordern würden. Vielmehr ist der medizinische Sachverhalt durch die eingeholten Gutachten hinreichend aufgeklärt, weshalb der Senat den Antrag der Klägerin auf Einholung eines weiteren Gutachtens auf psychiatrisch-schmerztherapeutischem Fachgebiet ablehnt.

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

Für eine Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-12-24