

L 7 R 5145/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

7

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 4 R 6821/12

Datum

05.11.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 7 R 5145/15

Datum

30.01.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 5. November 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin erhebt Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die 1964 in G./M. geborene Klägerin erlernte ihren Angaben zufolge in ihrer Heimat den Beruf der Näherin, den sie alsdann in M. mehrere Jahre ausübte. Im August 1988 gelangte sie in die Bundesrepublik Deutschland, wo sie - nach einer Zeit der familiären Betreuung ihrer zwei leiblichen sowie von zwei Stiefkindern - ab November 1995 zunächst als Verkäuferin in verschiedenen Bäckereien sowie ab Mitte Januar 1999 als Küchenhilfe im B.-Krankenhaus in S. beschäftigt war. Am 5. Mai 2008 zog sich die Klägerin im Rahmen eines Arbeitsunfalls eine Schädel-Halswirbelsäulenprellung zu. Nach Ende der Entgeltfortzahlung, dem Bezug von Krankengeld (Mitte Juni bis Anfang November 2008) sowie Zeiten der Arbeitslosigkeit mit Leistungsbezug (Anfang November 2008 bis Anfang November 2010) ging sie lediglich noch geringfügigen nicht versicherungspflichtigen Beschäftigungen nach (bis Dezember 2012 als Raumpflegerin, danach als Begleitperson bei einem Schülerfahrdienst). Letztmals sind Pflichtbeitragszeiten im Versicherungsverlauf verzeichnet für die Zeit vom 1. Januar bis 1. November 2010, danach noch Zeiten der Arbeitslosigkeit vom 2. November 2010 bis 6. Februar 2013. Die Klägerin ist seit Juni 2009 als schwerbehinderter Mensch anerkannt (Grad der Behinderung von 50).

In der Zeit vom 8. September bis 6. Oktober 2008 fand in der R.-Klinik in B. K. eine stationäre Rehabilitationsbehandlung statt; die Entlassung erfolgte für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in wechselnder Körperhaltung mehr als sechsstündig leistungsfähig (Bericht des Ltd. Arztes Dr. G. vom 14. Oktober 2008; Diagnosen: chronische rechtsbetonte Cephalgien, Cervicobrachialgie rechts mit Trizepsschwäche, Gonalgien rechts).

Im Juli 2009 beantragte die Klägerin erstmals eine Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S ... Dieser vertrat im Gutachten vom 19. September 2009 - bei den Diagnosen anhaltender psychogen fixierter Kopfschmerzen bei Zustand nach Schädelprellung sowie Schmerzen an der Hals- und Lendenwirbelsäule ohne neurologisch fassbares Korrelat, einem Bandscheibenvorfall im Wirbelgelenk C 5/C 6 ohne neurologisch fassbare Auffälligkeiten sowie einer primär histrionischen Persönlichkeitsstruktur - die Einschätzung, dass die Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten unter Vermeidung von besonderen Belastungen des Bewegungsapparats weiterhin vollschichtig ausüben könne. Nach Beiziehung eines im Auftrag eines privaten Unfallversicherers erstatteten Gutachtens des Orthopäden Dr. K. vom 24. September 2009 wurde der Rentenanspruch durch Bescheid vom 29. Oktober 2009 abgelehnt; der Widerspruch der Klägerin blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 2009). Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Stuttgart - SG - (S 20 R 231/10) wurde der Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. T., als sachverständiger Zeuge schriftlich befragt. Mit rechtskräftig gewordenem Gerichtsbescheid vom 20. Dezember 2010 wies das SG die Klage ab.

Am 20. März 2012 stellte die Klägerin den hier streitgegenständlichen Rentenanspruch, den sie mit einer Lumboischialgie mit Nervenwurzelreizung, einer chronisch-asthmatischen Bronchitis, ständigen starken Schmerzen sowie Depressionen begründete. Dieser Antrag wurde zunächst wegen Verstoßes gegen Mitwirkungspflichten abgelehnt (Bescheid vom 22. Mai 2012). Anschließend gingen bei der

Beklagten Befundberichte des Dr. T. vom 25. Mai und Juli 2012 nebst Arztbriefen u.a. des Hals-Nasen-Ohrenarztes Dr. P. vom 25. Januar 2011, des Orthopäden Dr. E. vom 8. März und 23. Juli 2012 sowie der Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde R. vom 9. März und 2. August 2012 ein. Die Beklagte ließ die Klägerin darauf durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. K. begutachten. Diese diagnostizierte im Gutachten vom 4. September 2012 eine somatoforme Schmerzstörung nach Arbeitsunfall bei histrionischer Persönlichkeitsstörung, eine chronische Atemwegserkrankung (COPD Stadium I nach Gold) mit asthmatischer Komponente, aktuell ohne klinische Auffälligkeiten, eine Meniskusschädigung am rechten Kniegelenk ohne derzeitige funktionelle Defizite sowie eine beidseitige geringgradige Innenohrschwerhörigkeit. Die Klägerin könne zwar Tätigkeiten als Küchenhilfe nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich verrichten; sie sei jedoch noch in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Arbeitshaltung ohne Belastung durch inhalative Reize vollschichtig auszuüben. Mit Bescheid vom 24. September 2012 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch vom 20. März 2012 ab, weil die Klägerin unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein könne. Mit ihrem Widerspruch machte die Klägerin unter Vorlage von Bescheinigungen des Dr. T. und des Dr. E. (beide vom 10. Oktober 2012) u.a. geltend, sie leide an ständigen Schmerzen; ferner sei ihre beidseitige Innenohrschwerhörigkeit sowie ein Tinnitus auri Grad II nicht berücksichtigt worden; außerdem habe sie sich am 7. September 2012 eine Fraktur am rechten Handgelenk zugezogen. Der Widerspruch wurde nach Einholung einer prüfärztlichen Stellungnahme mit Widerspruchsbescheid vom 27. November 2012 zurückgewiesen.

Deswegen hat die Klägerin am 14. Dezember 2012 erneut Klage zum SG erhoben. Zur Begründung hat sie - unter Vorlage zahlreicher ärztlicher Unterlagen, u.a. des im Klageverfahren S 18 SB 3239/10 vom SG bei dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. W. eingeholten Gutachtens vom 1. Juli 2011 - vorgebracht, sie leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Belastungsreaktion mit Angst, an einer degenerativen Veränderung der Halswirbelsäule mit Sensibilitätsstörung im Bereich des Dermatoms C 8 rechts, chronischen Lumbalgien sowie außerdem neuerdings an einer Fibromyalgie. Daneben bestehe eine Meniskusschädigung am rechten Kniegelenk, eine chronische Atemwegserkrankung mit asthmatischer Komponente sowie eine mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit und ein Tinnitus auri Grad II. Im Hinblick auf ihre vielfältigen Leiden sowie insbesondere der von Dr. T. gesehenen chronifizierten Fixierung auf ihre Gesundheit sei sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr leistungsfähig. Das SG hat zunächst die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich gehört. Dr. T. (Schreiben vom 27. Februar 2013), der wiederum zahlreiche Arztunterlagen übersandt hat, ist von einer Chronifizierung der Beschwerden ausgegangen, hat indes die Gesundheitsstörungen der Klägerin überwiegend auf orthopädischem bzw. unfallchirurgischem Gebiet gesehen. Dr. E. hat im Schreiben vom 18. März 2013 mitgeteilt, er stimme mit der Leistungseinschätzung der Dr. K. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überein; es könnten noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Sitzen und Gehen "drei bis unter sechs Stunden täglich" durchgeführt werden. Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G.-P. hat die Leistungsfähigkeit der Klägerin im Schreiben vom 28. März 2013 für körperlich leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf drei bis unter sechs Stunden täglich eingeschätzt. Das SG hat anschließend Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. zum Sachverständigen bestellt. Im Gutachten vom 10. September 2013 hat der Sachverständige auf seinem Fachgebiet eine Somatisierungsstörung - somatoforme Schmerzstörung, eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen, regressiven und depressiven Anteilen, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts sowie ein chronisches Wirbelsäulensyndrom ohne floride neurologische Ausfälle diagnostiziert. Er ist zum Ergebnis gelangt, dass die Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens sechs Stunden täglich ausüben könne. Das SG hat sodann auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Prof. Dr. R. als Sachverständigen beauftragt. Dieser hat im Gutachten vom 18. März 2015 - bei den Diagnosen einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen und histrionischen Wesenszügen - die Auffassung vertreten, dass die Klägerin in der Lage sei, körperlich leichte Tätigkeiten mindestens drei bis unter sechs Stunden zu verrichten. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. Juli 2015 ist Prof. Dr. R. bei seiner Beurteilung verblieben ist. Die Beklagte ist dem Sachverständigen unter Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahmen der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. vom 19. Juni und 31. August 2015 entgegengetreten. Mit Urteil vom 5. November 2015 hat das SG die Klage abgewiesen; wegen der Einzelheiten der Entscheidungsgründe wird auf das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 19. November 2015 zugestellte Urteil verwiesen.

Hiergegen richtet sich die am 11. Dezember 2015 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegte Berufung der Klägerin. Sie hat geltend gemacht, das SG habe sich unzureichend mit dem Inhalt der Akten auseinandergesetzt und das nachvollziehbare und in sich stimmige Gutachten des Prof. Dr. R. nicht ausreichend gewürdigt. Die Klägerin hat Berichte der Dr. G.-P. vom 23. Februar und 11. Mai 2016 und der Assistenzärztin W., R.-B.-Krankenhaus S., vom 26. März 2016 sowie ein Attest des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 1. März 2016 zu den Akten gereicht.

Die Klägerin beantragt (teilweise sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 5. November 2015 aufzuheben und und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. November 2012 zu verurteilen, ihr ab 1. März 2013 eine Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Sie hat sozialmedizinische Stellungnahmen des Internisten Dr. G. vom 29. Januar, 12. April und 9. Juni 2016 sowie der Dr. B. vom 14. April 2016 vorgelegt.

Der Senat hat Dr. G.-P. erneut als sachverständige Zeugin gehört. Im Schreiben vom 29. März 2016 hat sie über Behandlungen der Klägerin in wechselnder Häufigkeit (2008 einmal, 2009 fünfmal, 2010 viermal, 2011 viermal, 2012 zweimal, 2013 dreimal, 2014 zweimal, 2015 nicht, 2016 einmal) berichtet und die Auffassung vertreten, dass auf Grund der von ihr erhobenen Befunde (Diagnosen: somatoforme Schmerzstörung, mittelgradige depressive Episode) sowie des Krankheitsverlaufs bei der Klägerin nur noch eine halbschichtige Leistungsfähigkeit vorliege. Der Senat hat anschließend Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. zur Sachverständigen bestellt. Im Gutachten vom 27. September 2016 ist die Sachverständige - bei den Diagnosen einer depressiven Störung sowie einer somatoformen Störung - zum Ergebnis gelangt, dass die Klägerin körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Gegenständen über 10 kg, ohne anhaltende Überkopfarbeit, ohne Nacharbeit, ohne Akkordtätigkeit sowie ohne Tätigkeiten mit über das

normale Maß hinausgehenden Stress und Druck noch vollschichtig verrichten könne.

Die Beteiligten sind mit richterlicher Verfügung vom 19. Oktober 2016 (jeweils zugestellt am 25. Oktober 2016) darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt ist, die Berufung der Klägerin durch Beschluss der Berufsrichter gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zurückzuweisen. Die Beklagte hat sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt; die Klägerin hat sich nicht geäußert.

Zur weiteren Darstellung wird auf die Verwaltungsakten des Beklagten, die Klageakte des SG ([S 4 R 6821/12](#)), die weitere Akte des SG (S 20 R 231/10) und die Berufungsakte des Senats ([L 7 R 5145/15](#)) Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte über die Berufung der Klägerin ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss der Berufsrichter entscheiden, da er das Rechtsmittel einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten hat. Die Beteiligten sind vorher gehört worden ([§ 153 Abs. 4 SGG](#)).

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt worden sowie statthaft ([§ 143 SGG](#)), weil die Berufung wiederkehrende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft. Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Versicherte haben gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) bis zum Erreichen der Regelaltersrente Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie (1.) voll erwerbsgemindert sind, (2.) in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen) und (3.) vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (Satz 2 a.a.O.). Gemäß [§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB VI](#) haben Versicherte - bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Satzes 1 Nrn. 2 und 3 a.a.O. - bis zum Erreichen der Regelaltersrente Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist 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 (vgl. hierzu allgemein Bundessozialgericht (BSG) [BSGE 80, 24 ff.](#) = [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#)).

Die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren ([§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, § 51 Abs. 1 SGB VI](#)) hat die Klägerin erfüllt. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 4 SGB VI](#)) wären ausweislich der Versicherungsverläufe vom 23. Oktober 2015 und 5. Januar 2016 allerdings nur dann gegeben, wenn eine Erwerbsminderung bis spätestens 1. Februar 2015 eingetreten wäre. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens hat die Klägerin indes keinen Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, weil sie in der streitbefangenen Zeit durchgehend nicht erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 Abs. 1](#) und 2 SGB VI gewesen ist. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)) hat sie zu Recht nicht begehrt, denn sie ist erst nach dem 1. Januar 1961 geboren, sodass sie schon auf Grund ihres Geburtsdatums eine derartige Rente nicht zu erlangen vermag (vgl. Abs. 1 Nr. 1 a.a.O.).

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin berühren vorwiegend das neurologisch-psychiatrische und orthopädische Gebiet. Die bei ihr vorhandenen Gesundheitsstörungen - einschließlich der auf anderen medizinischen Fachgebieten vorliegenden Beeinträchtigungen - führen jedoch zu keinen einen Rentenanspruch auslösenden Leistungseinschränkungen. Auf orthopädischem Gebiet bestehen degenerative Halswirbelsäulenveränderungen bei kernspintomographisch nachweisbaren Vorwölbungen in Höhe der Etagen C 4 bis 6 (vgl. Bericht des Radiologen Dr. M. vom 27. Oktober 2011), ferner ein Schulter-Arm-Syndrom rechts sowie chronische Lendenwirbelsäulenbeschwerden bei Verschleißerscheinungen. Die Untersuchung bei der Rentengutachterin Dr. K., deren Gutachten der Senat urkundenbeweislich verwertet, hat keine wesentliche Bewegungseinschränkung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ergeben (Index nach Schober 10/14,5 cm, Index nach Ott 30/33,5 cm; Finger-Boden-Abstand 5 cm; Kinn-Jugulum-Abstand 2,5/17 cm). Trotz des von der Klägerin anfänglich demonstrierten Funktionsdefizits bei der Abduktion des rechten Arms konnte sie den Arm beim Finger-Nasen-Versuch problemlos bis in die Horizontale und auch nach oben anheben, ebenso beim Haarebinden nach durchgeführter Untersuchung. Über wesentliche Änderungen auf orthopädischem Gebiet hat auch Dr. E. nicht berichtet; im Gegenteil hat der behandelnde Orthopäde im Schreiben an das SG vom 18. März 2013 ausdrücklich angegeben, die von ihm erhobenen Befunde stimmten mit denjenigen von Dr. K. überein. Die von der Klägerin der Rentengutachterin gegenüber geschilderten rechtsseitigen Sensibilitätsstörungen, und zwar zunächst im Unterschenkel, später auch cranial konnten in der Folgezeit neurologischerseits nicht verifiziert werden. Sowohl die vom SG beauftragten Sachverständigen Dr. P. und Prof. Dr. R. als auch die vom Senat bestellte Sachverständige Dr. M. haben im Rahmen der von ihnen durchgeführten klinischen Untersuchungen Sensibilitätsstörungen, segmentale Reiz- oder sonstige neurologische Ausfallerscheinungen nicht gefunden; Dr. M. hat im Übrigen über eine uneingeschränkte Kopfbeweglichkeit sowie über flinke, geschickte Bewegungen berichtet. Neurologische Ausfälle sind ferner sowohl von dem Orthopäden Dr. H. (Bericht vom 10. Juli 2013) als auch von Assistenzärztin W. (Bericht vom 26. März 2016) bei der Klägerin ausgeschlossen worden; Dr. H. hat auch Hinweise auf eine Nervenwurzelreizsymptomatik nicht gesehen ebenso wenig wie auf eine Neuropathie. Eine von Dr. W. (Gutachten vom 1. Juli 2011) noch beschriebene Sensibilitätsstörung des Dermatoms C 8 hat sich mithin im streitbefangenen Zeitraum nicht mehr feststellen lassen. Im Übrigen hat selbst Dr. G.-P. die Angaben der Klägerin zur Sensibilität für "nicht sicher quantifizierbar" gehalten (Schreiben vom 28. März 2013, Bericht vom 11. Mai 2016). Das Ischiasnervendehnungszeichen nach Lasègue war im Rahmen der Untersuchung durch diese behandelnde Neurologin und Psychiaterin am 18. April 2016 (im Gegensatz zu früheren Jahren: dort endgradig positiv, vgl. Bericht vom 4. Oktober 2010, Schreiben vom 28. März 2013) beidseits negativ, bei Prof. Dr. R. rechts nur angedeutet vorhanden. Das noch von Dr. P. beschriebene Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts hat sich bei der Sachverständigen Dr. M. nicht mehr gezeigt. Die am 7. September 2012 erlittene rechtsseitige Handgelenksfraktur am Trapezium ist offensichtlich folgenlos verheilt; sie ist unter den Diagnosen des Dr. E. im Schreiben vom 18. März 2013 nicht mehr aufgeführt. Die Meniskusschädigung am rechten Kniegelenk ist ohne funktionelle Defizite.

Das psychiatrische Zustandsbild der Klägerin hat die Sachverständige Dr. M. unter den Diagnosen einer depressiven Störung (ICD 10 F32.9) sowie einer somatoformen Störung (ICD 10 F45.1) erfasst. Beide psychiatrischen Erkrankungen hat sie in leichter Verlaufsform beschrieben

und dies überzeugend mit dem Behandlungsverlauf mit niedrigfrequenten psychiatrischen Behandlungen (im Jahr 2015 überhaupt nicht, sonst durchschnittlich weniger als quartalsweise), mit der von Dr. G.-P. über die Jahre hinweg mitgeteilten Befundlage ohne Eskalation der Behandlungsmaßnahmen - ambulante Psychotherapie oder stationäre psychiatrische/psycho-therapeutische Maßnahmen wurden von der Behandlerin augenscheinlich nie für notwendig gehalten -, dem offensichtlich geringen Leidensdruck sowie der seit Jahren gleichbleibenden medikamentösen Behandlung (diese ebenfalls ohne Eskalation) begründet. Auf die nur relativ seltenen nervenärztlichen Kontakte sowie auf die von Dr. G.-P. offensichtlich nicht für erforderlich erachteten intensiveren Behandlungsmaßnahmen hat auch der Sachverständige Dr. P. hingewiesen.

Der psychopathologische Untersuchungsbefund bei der Sachverständigen Dr. M. war weitgehend unauffällig bis auf eine zeitweilige Weinerlichkeit sowie eine allenfalls leichte dysphorische Stimmungslage. Der Antrieb war ungestört, die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit nicht beeinträchtigt; es bestand eine gute Auslenkbarkeit. Die Konzentrationsfähigkeit war in der Untersuchungssituation durchgängig vorhanden, eine Tagesmüdigkeit nicht feststellbar; Angst und Panik zeigten sich nicht. Die Klägerin hat der Sachverständigen gegenüber ferner eine gute Gestaltungsfähigkeit im Alltag offenbart; auch das innerfamiliäre Verhältnis hat sie als unbelastet geschildert. Die Tagesstruktur ist erhalten; die Klägerin steht um 6.00 Uhr morgens auf, frühstückt und nimmt ihre Tabletten ein, um 6.40 Uhr fährt sie als Begleitperson zusammen mit ihrem Mann zu dem privaten Beförderungsdienst "Schulbusse S. OHG", um ab 8.20 Uhr Kinder zur Schule zu fahren, fährt zwischendurch zur Medikamenteneinnahme nach Hause, kehrt gegen 10.00 Uhr endgültig nach zu Hause zurück zur Versorgung des Haushalts, kocht gegen 11.00 Uhr das Mittagessen, holt gegen 14.00 Uhr sowie nochmals um 15.00 Uhr zusammen mit ihrem Ehemann die Kinder von der Schule wieder ab, ist schließlich um 17.00 Uhr zu Hause, bereitet um 18.00 Uhr das Abendessen vor, geht danach, soweit sie es einrichten kann, ihren Hobbies nach (Lesen, Stricken, Häkeln), nimmt um 20.00 Uhr ihre Medikamente ein und geht schließlich gegen 23.00 Uhr zu Bett. Die psychometrische Testung durch die Sachverständige Dr. M. hat ergänzend zum klinischen Befund mit ausgeprägten Hinweisen auf Verdeutlichung der Beschwerden vor dem Hintergrund von Schonungs- und Versorgungswünschen ebenfalls Hinweise auf ein Tendenzverhalten erbracht. Das gilt nach den Ausführungen der Sachverständigen zunächst für den Selbstauskunftsbogen nach der ZUNG-Depressions-Skala mit einem Wert von 65 Punkten. Hinweise auf ein Tendenzverhalten zeigten sich ferner im Zahlenverbindungstest (ZVT), bei dem die Klägerin eine massive Verlangsamung demonstrierte mit nachfolgendem Abbruch des Tests, was aber mit dem sonstigen Verhalten der Klägerin, ihren Aktivitäten und Kompetenzen im Alltag nicht in Einklang zu bringen war. Nämliches offenbarte das Demenzscreening, dessen Ergebnis einer mindestens mittelgradigen Demenz entsprochen hätte. Zu diesem Verhalten passend erreichte die Klägerin auch beim strukturierten Fragebogen simulierter Symptome (SFSS) mit 42 Punkten einen auffälligen Wert. Ein depressives Geschehen ist im Übrigen auch von den Sachverständigen Dr. P. und Prof. Dr. R. nur begleitend zu der von ihnen gesehenen Persönlichkeitsakzentuierung bzw. Anpassungsstörung gewertet worden. Die diagnostische Einschätzung der Dr. G.-P., die von einer mittelgradigen depressiven Episode (Bericht vom 23. Februar 2016, Schreiben vom 29. März 2016) bzw. mittelgradigen depressiven Störung (Schreiben vom 28. März 2013) ausgegangen ist, ist nach allem nicht nachvollziehbar, ganz abgesehen davon, dass auch die Behandlerin noch im Bericht vom 23. Februar 2016 den psychischen Befund lediglich mit einer indifferenten bis depressiven Herabgestimmtheit beschrieben hat.

Die bei der Klägerin zu beobachtende Schmerzsymptomatik ist von der Sachverständigen Dr. M. im Gutachten vom 27. September 2016 als somatoforme Störung (ICD 10 F45.1) gewertet und zudem als leichtgradig eingestuft worden; für eine derartige diagnostische Einordnung maßgeblich ist nach der ICD-Klassifikation ein Zustandsbild, bei dem die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig sind, aber noch nicht einmal das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung erfüllt ist. Charakteristikum der unter die somatoformen Störungen (ICD 10 F45.-) zu fassenden Zustandsbilder ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Dr. M., die auch zertifizierte Schmerzgutachterin der Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS) ist, hat trotz der von der Klägerin betonten Schmerzzustände - wie oben bereits dargestellt - eine gute Beweglichkeit beschrieben, auch beim kurzfristigen Bücken, sowie auf das geschickte Benutzen der Hände und das problemlose Entkleiden hingewiesen. Auch die Psychometrie hat - wie ebenfalls bereits dargestellt - ausgeprägte Hinweise auf ein Tendenzverhalten ergeben. Auf ein subjektiv stark überhöhtes und fixiertes Schmerzerleiden hat im Übrigen auch Prof. Dr. R. im Gutachten vom 18. März 2015 hingewiesen. Die Grundfunktionen der Kognition während der Untersuchung hat er ausdrücklich als nicht gestört bezeichnet, obwohl die Klägerin subjektiv Konzentrationsstörungen empfinde und von Gedächtnisschwierigkeiten spreche. Ergänzend hat er ausgeführt, die beharrlichen Klagen über die Schmerzen und die diversen Missempfindungen, über Schwindelgefühle und Kopfdruck, über körperliche Schwäche und anhaltende Müdigkeit sowie über die Abnahme der Leistungsfähigkeit und den Verfall ihrer Lebenskraft trage die Klägerin mit reichlicher Emotionalität und wiederholtem Weinen vor. Messbare somatische Befunde hat Prof. Dr. R. dagegen nicht beschrieben; das Gang- und Standbild hat er als unauffällig bezeichnet. Ein Fibromyalgie-Syndrom, wie es Dr. H. (Bericht vom 10. Juli 2013) und Allgemeinmediziner Dr. S. (Atteste vom 6. November 2013 und 1. März 2016) gesehen haben, liegt nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. P. nicht vor; weder die geforderten Tender points noch die Kontrollpunkte waren im Rahmen seiner Untersuchung positiv. Ganz abgesehen davon decken sowohl die Diagnose einer Fibromyalgie als auch der Bereich der somatoformen Störungen (ICD 10 F45.-), denen sämtliche gerichtlichen Sachverständigen sowie die Rentengutachterin das Zustandsbild der Klägerin zugeordnet haben, ein pathologisches Phänomen ab, dass Schmerzen geäußert werden, für die es ein nachweisbares organisches Korrelat nicht gibt. Ohnehin kommt es aber allein auf die diagnostische Zuordnung der beklagten Beschwerden rentenrechtlich nicht an, weil insoweit nur die funktionellen Auswirkungen der vorhandenen Gesundheitsstörungen auf das Leistungsvermögen zu betrachten sind (vgl. dazu Senatsurteil vom 12. Mai 2016 - [L 7 R 2061/14](#) (www.sozialgerichtsbarkeit.de)).

An gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf anderen medizinischen Fachgebieten bestehen eine beidseitige geringgradige Innenohrschwerhörigkeit sowie ein Tinnitus auri Grad 2, wobei eine Verständigung bei sämtlichen die Klägerin im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren begutachtenden Ärzte allerdings problemlos möglich war; die ihr verordneten Hörgeräte trägt sie offenbar nicht. Darüber hinaus leidet die Klägerin an einer chronischen Atemwegserkrankung (COPD Stadium I nach Gold) mit bronchialem Asthma und ferner an einer leichten Belastungsinkontinenz (Bericht des Urologen Dr. L. vom 28. August 2012). Kardiologischerseits bestehen, wie die Klägerin gegenüber Dr. M. angegeben hat, keine krankhaften Veränderungen; ein Anhalt für eine organische Herzerkrankung war schon in der Vergangenheit ausgeschlossen worden (vgl. Bericht des Dr. P. vom 21. Mai 2010).

Damit sind die bei der Klägerin vorhandenen Gesundheitsstörungen vollständig erfasst. Diese bewirken indessen keine Einschränkung ihres Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht; sie führen lediglich zur Beachtung qualitativer Einschränkungen. Zu dieser Überzeugung gelangt der Senat unter Würdigung des Gesamtergebnisses des Verfahrens einschließlich aller Beweismittel, zu deren Verwertung er im

Rahmen der in freier richterlicher Beweiswürdigung zu treffenden Entscheidung verpflichtet ist ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Der Senat schließt sich der schlüssigen und nachvollziehbaren Leistungsbeurteilung der Sachverständigen Dr. P. und Dr. M. sowie der Rentengutachterin Dr. K. an, die sämtlich bei der Klägerin ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden arbeitstäglich bejaht haben. Die Leistungseinschätzung des Prof. Dr. R., der der Klägerin im Gutachten vom 18. März 2015 selbst körperlich leichte Tätigkeiten nur noch drei Stunden bis unter sechs Stunden täglich hat zutrauen möchten, vermag in Anbetracht von Art und Ausmaß der bei der Klägerin vorhandenen objektivierbaren Gesundheitsstörungen dagegen nicht zu überzeugen. Das Gutachten des Prof. Dr. R. basiert, worauf auch Dr. B. in ihren als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen zu verwertenden Stellungnahmen vom 19. Juni und 31. August 2015 hingewiesen hat, im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeangaben der Klägerin, wobei der Sachverständige sogar selbst gewisse Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden aufgezeigt hat, ohne diesen Umstand jedoch weiter zu diskutieren. Die von ihm erhobenen Befunde stellen sich im Übrigen im Wesentlichen unverändert gegenüber den Vorbefunden bei dem Sachverständigen Dr. P. sowie den späteren Befunderhebungen durch die Sachverständige Dr. M. dar. Dr. M. hat dem Gutachten des Prof. Dr. R. deshalb überzeugend widersprochen; sie hat auf den - trotz der Beschwerdeangaben der Klägerin - niedrigen Leidensdruck und den Behandlungsverlauf mit den Auffälligkeiten in der Beschwerdeschilderung sowie den Inkonsistenzen im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen hingewiesen. In Anbetracht der objektivierbaren Gesundheitsstörungen ist deshalb auch die Leistungseinschätzung der Dr. G.-P. (Schreiben vom 28. März 2013 und 29. März 2016) nicht nachvollziehbar und nur mit ihrer subjektiven Einstellung als Behandlerin, die das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht beeinträchtigen möchte, erklärbar. Hausarzt Dr. T. hat sich im Übrigen im Schreiben vom 27. Februar 2013 zum Leistungsvermögen der Klägerin nicht äußern möchten, sondern lediglich auf eine "Chronifizierung der Beschwerden" hingewiesen. Die Leistungsbeurteilung des Dr. E. ist widersprüchlich und damit nicht verwertbar; so hat er im Schreiben vom 18. März 2013 einerseits sowohl in den erhobenen Befunden als auch in der Leistungseinschätzung eine Übereinstimmung mit der Rentengutachterin Dr. K. bekundet, andererseits jedoch ein bloß drei bis unter sechsstündiges Leistungsvermögen der Klägerin für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten annehmen wollen.

Hinsichtlich des zu beachtenden positiven und negativen Leistungsbildes würdigt der Senat die schlüssigen ärztlichen Äußerungen dahingehend, dass die Klägerin körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen über 10 kg sowie im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen noch mehr als sechs Stunden täglich verrichten kann; nicht zumutbar sind anhaltende Überkopfarbeit, Akkord- und Nachtarbeit sowie mit über das normale Maß hinausgehenden Stress und Druck verbundene Arbeiten, ferner Arbeiten mit Belastung durch inhalative Reizstoffe. Die Notwendigkeit von Arbeitsunterbrechungen in einem das betriebsübliche Maß übersteigenden Rahmen (vgl. hierzu BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 136; BSG, Urteil vom 19. August 1997 - [13 RJ 11/96](#) - (juris)) hat keiner der sich zum Leistungsvermögen der Klägerin äussernden Ärzte beschrieben. Auch eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Gehfähigkeit (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#)) haben alle im Verfahren beauftragten Gutachter - die Sachverständigen Dr. P. sowie Dr. M. und sogar Prof. Dr. R., ferner die Rentengutachterin Dr. K. - verneint.

Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen ist die Klägerin nicht voll erwerbsgemindert. Eine - trotz mindestens sechstündiger Leistungsfähigkeit - eine Rente wegen voller Erwerbsminderung rechtfertigende Ausnahme ist allerdings dann gegeben, wenn qualitative Leistungsbeschränkungen vorliegen, die eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung darstellen (vgl. etwa BSG SozR 3-2600 § 43 Nrn. 17 und 21; SozR a.a.O. § 44 Nr. 12), oder der Arbeitsmarkt sonst praktisch verschlossen ist, etwa weil der Versicherte nicht in der Lage ist, noch unter betriebsüblichen Bedingungen Tätigkeiten zu verrichten oder seine Fähigkeit, einen Arbeitsplatz zu erreichen, aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist (vgl. BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 137 und 139). Die letztgenannten beiden Gründe, die zu einer Verschlussenheit des Arbeitsmarktes führen können, liegen nach dem Beweisergebnis - wie oben ausgeführt - nicht vor. Ebenso wenig stellt das bei der Klägerin zu beachtende positive und negative Leistungsbild eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung dar. Hinsichtlich der vorhandenen qualitativen Beschränkungen hängt das Bestehen einer Benennungspflicht im Übrigen entscheidend von deren Anzahl, Art und Schwere ab, wobei die Frage der Einsatzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zweckmäßigerweise in zwei Schritten zu klären ist. Zunächst ist in einem ersten Prüfungsschritt festzustellen, ob das Restleistungsvermögen der Versicherten körperliche Verrichtungen erlaubt, die in ungelerten Tätigkeiten üblicherweise gefordert werden (wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw.; vgl. [BSGE 80, 24, 32](#)); erst wenn insoweit Zweifel an der betrieblichen Einsetzbarkeit bestehen, folgt eine weitere Prüfung, ob eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt, die alsdann zur Pflicht zur Benennung einer konkreten Verweigerungstätigkeit führt (vgl. BSG SozR 3-2600 § 43 Nrn. 17 und 21; SozR a.a.O. § 44 Nr. 12; [BSGE 109, 189](#) = SozR 4-2600 § 43 Nr. 16; SozR a.a.O. § 43 Nrn. 18 und 19).

Die bei der Klägerin zu beachtenden qualitativen Einschränkungen führen indes nicht zu Zweifeln an ihrer betrieblichen Einsetzbarkeit. Die Mehrzahl der Einschränkungen werden schon vom Begriff "leichter körperlicher Arbeiten" erfasst, z.B. Tätigkeiten im Wechselrhythmus ohne schweres Heben und Tragen von Lasten und ohne Überkopfarbeiten; sie bewirken deshalb keine Verengung der der Klägerin noch möglichen Arbeitsfelder (vgl. hierzu BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 117](#); [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#)). Auch die verbleibenden Einschränkungen (keine Arbeiten im Akkord, mit erhöhter Stressbelastung sowie in Nachtschicht, keine Belastung durch inhalative Reizstoffe) führen nicht zu einer Einengung der beruflichen Einsetzbarkeit der Klägerin im oben genannten Sinn (vgl. hierzu [BSGE 80, 24, 32](#); BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 117](#); BSG SozR 4-2600 § 43 Nrn. 18 und 19). Körperlich leichte Arbeiten werden im Übrigen nicht typischerweise unter diesen Bedingungen ausgeübt. Etwaige häufigere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bewirken für sich allein noch keine verminderte Erwerbsfähigkeit (vgl. [BSGE 9, 192, 194](#); BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 12 S. 23).

Die Klägerin ist nach allem nicht voll erwerbsgemindert; es liegt noch nicht einmal eine teilweise Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) vor.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2017-02-16