

L 7 R 1135/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 2557/13
Datum
10.03.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 1135/15
Datum
16.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 10. März 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1955 in Kroatien geborene Klägerin zog 1971 in die Bundesrepublik Deutschland zu. Sie erlernte keinen Beruf und war als Küchenhilfe, Montiererin, Reinigungskraft und zuletzt als Verpackerin - mit Unterbrechungen - versicherungspflichtig beschäftigt. Seit 2. März 2012 ist sie arbeitsunfähig bzw. arbeitslos.

In der Zeit vom 19. April 2012 bis zum 10. Mai 2012 absolvierte die Klägerin eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik B., aus der sie arbeitsunfähig und mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen (sechs Stunden und mehr) für leichte Wechseltätigkeiten im Sitzen, Gehen und Stehen entlassen wurde (Entlassungsbericht des Prof. Dr. H. vom 10. Mai 2012; Diagnosen: Zervikobrachialgiesyndrom, chronische Bronchitis, chronische Gastritis).

Am 30. Januar 2013 beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Beklagte lehnte diesen Antrag durch Bescheid vom 20. Februar 2013 ab, weil die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Dagegen legte die Klägerin am 4. März 2013 Widerspruch ein. Die Beklagte veranlasste im Rahmen des Widerspruchsverfahrens eine internistische Begutachtung der Klägerin. Der Facharzt für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. L. gelangte in seinem Gutachten vom 26. Juni 2013 - unter Berücksichtigung der Diagnosen zervikale und lumbale Bandscheibenschäden sowie degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Beweglichkeitseinschränkung mit Impingement-Symptomatik der linken Schulter, Anpassungsstörung, chronische obstruktive Lungenerkrankung bei langjährigem Nikotinabusus, aktuell kompensiert, medikamentös behandelter Bluthochdruck - zu der Einschätzung, dass die Klägerin leichte bis zeitweilig mittelschwere Arbeiten sechs Stunden und mehr verrichten könne. Häufiges Bücken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn Kilogramm, regelmäßig erforderliche Zwangshaltungen und Überkopparbeiten sowie die Einwirkung von Nässe, Kälte und Zugluft sollten vermieden werden. Die sozialmedizinisch relevante Gehstrecke könne unter dem vorgesehenen zumutbaren Zeitaufwand zurückgelegt werden. Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 20. Februar 2013 zurück (Widerspruchsbescheid vom 26. August 2013, abgesandt am 27. September 2013).

Dagegen hat die Klägerin am 9. Oktober 2013 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben und Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung begehrt. Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen einvernommen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahmen des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. vom 25. November 2013 (Blatt 17/20 der SG-Akten), der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. G. vom 26. November 2013 (Blatt 21 der SG-Akten), der Internistin und Lungenärztin Dr. R. vom 6. Dezember 2013 (Blatt 22 der SG-Akten) sowie des Allgemeinarztes Dr. W. vom 12. Dezember 2013 (Blatt 23 der SG-Akten) Bezug genommen. Die Beklagte ist unter Vorlage einer sozialmedizinischen Stellungnahme des Facharztes für Innere Medizin Dr. B. vom 16. Januar 2014 (Blatt 25/27 der SG-Akten) bei ihrer Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens der Klägerin geblieben.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens. Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Sozialmedizin Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 14. Februar 2014 (Blatt 31/51 der SG-Akten) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und

psychischen Faktoren, eine Dysthymia, ein chronisches Zervikal- und Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen ohne schwerwiegende Funktionseinschränkung und ohne radikuläre Symptomatik sowie einen Bluthochdruck beschrieben. Der Klägerin seien mittelschwere und schwere Arbeiten, Einzel- und Gruppenakkord, Fließband- und taktgebundene Arbeiten, Arbeiten in Zwangshaltung verbunden mit häufigem Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, ständiges Bücken, Ersteigen von Treppen und Leitern, Überkopparbeiten, Tätigkeiten überwiegend im Freien unter Einwirkung von Kälte, Zugluft und Nässe sowie Tätigkeiten mit besonders hoher Anforderung an die psychische Belastbarkeit unzumutbar. Sie sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden täglich bei fünf Tagen in der Woche auszuüben.

Weiter hat das SG auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein neurologisches Gutachten eingeholt. Der Facharzt für Neurologie und Rehabilitationswesen Prof. Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 30. April 2014 (Blatt 58/73 der SG-Akten) degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule mit belastungsabhängigen Schmerzen und gelegentlichen zervikalen und lumbalen Wurzelreizerscheinungen diagnostiziert. Daraus ergäben sich Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit für alle die Wirbelsäule beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, das ständige Arbeiten in gebückter Haltung oder über Kopf, Tätigkeiten, die erhebliche Beweglichkeit der Wirbelsäule erforderten oder ausschließlich im Stehen oder Gehen erfolgten, Tätigkeiten unter Einwirkung von Kälte oder Zugluft seien zu vermeiden. Unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen sei die Klägerin in der Lage, Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden täglich bei fünf Tagen in der Woche auszuüben.

Auf weiteren Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) hat das SG ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Privatdozent Dr. K. hat in seinem Gutachten vom 10. November 2014 (Blatt 81/99 der SG-Akten) ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Über die aufgrund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen bestehenden qualitativen Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit bestünden auch Einschränkungen aufgrund der angeführten psychischen Beeinträchtigungen. Diese führten zu einer weitgehenden Beschränkung der Aktivitäten der Klägerin, u.a. aufgrund vermehrter Erschöpfbarkeit bei erhöhtem Ruhebedürfnis. Die Klägerin könne unter Berücksichtigung der Leistungseinschränkung täglich drei bis sechs Stunden an fünf Tagen der Woche leichte Tätigkeiten ausüben. Das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin könne durch eine konsequente physiotherapeutische Behandlung mit regelmäßigem Aufsuchen einer Physiotherapeuten und Fortführung der physiotherapeutischen Behandlung, eine medikamentöse Schmerzbehandlung durch einen schmerztherapeutischen Arzt, eine antidepressive Therapie in ausreichender Dosis sowie eine intensive stationäre Behandlung deutlich verbessert werden.

Die Beklagte ist unter Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vom 4. Februar 2015 (Blatt 102/103 der SG-Akten) der Leistungseinschätzung des Privatdozenten Dr. K. entgegengetreten.

Das SG hat die Klage durch Urteil vom 10. März 2015 - gestützt insbesondere auf die Gutachten des Dr. H. sowie des Prof. Dr. H. - abgewiesen.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 12. März 2015 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer am 19. März 2015 beim SG eingelegten Berufung, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Dem Gutachten des Privatdozenten Dr. K. sei zu folgen. Weiter sei zu berücksichtigen, dass sie in zwei Wirbelsäulenabschnitten sehr große Probleme habe und unter ständigen Schmerzen leide.

Die Klägerin beantragt - teilweise sinngemäß -,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 10. März 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 20. Februar 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. August 2013 zu verurteilen, ihr ab 1. Januar 2013 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf das angefochtene Urteil.

In der Zeit vom 4. Mai 2015 bis zum 11. Mai 2015 hat eine stationäre Behandlung der Klägerin in der Klinik T. stattgefunden. Dort ist eine Hemilaminektomie LWK5/SWK1 durchgeführt worden. Anschließend hat sie in der Zeit vom 15. Mai 2015 bis zum 12. Juni 2015 eine stationäre Anschlussheilbehandlung in der Rehabilitationsklinik B. absolviert, aus der sie arbeitsunfähig entlassen worden ist. Dr. M. hat in dem Entlassungsbericht vom 12. Juni 2015 (Blatt 23/27 der Senats-Akten) rückläufige Lumboischialgien links, einen Zustand nach BSV-OP LWK 5/SWK 1 links am 5. Mai 2015, chronisch-rezidivierende Zervikobrachialgien bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, eine arterielle Hypertonie und eine chronische Bronchitis beschrieben. Das Beschwerdebild habe sich während der Rehabilitation verbessert. Schwere körperliche Arbeiten, häufiges Bücken, Überkopftätigkeiten, Heben und Tragen von schweren Lasten sowie häufige einseitige Wirbelsäulenzwangshaltungen seien der Klägerin nicht möglich. Einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit, die wechselnd im Sitzen, Gehen und Stehen ausgeübt werden könne, könne die Klägerin sechs Stunden täglich bei regelrechtem Verlauf im Anschluss an eine Rekonvaleszenz von drei bis sechs Monaten nachgehen.

Der Senat hat zunächst bei dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. eine sachverständige Zeugenaussage eingeholt (Schreiben vom 2. Juli 2015, Blatt 31/37 der Senats-Akten) sowie sodann Beweis durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens erhoben. Der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 17. November 2015 (Blatt 54/77 der Senats-Akten) ein wiederkehrendes Zervikalsyndrom (zervikale Bandscheibenschäden vor allem in den unteren Segmenten ohne Bandscheibenvorfall, muskuläre Reizerscheinungen, Bewegungseinschränkungen, mit vorbeschriebenen Nervenwurzelreizen, ohne neurologische Ausfälle), eine Lumboischialgie links, zuletzt auch rechts (lumbale Bandscheibenschäden, degenerative Veränderungen, Bandscheibenoperation LWK 5/SWK 1 links Mai 2015, muskuläre Reizerscheinungen, schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen, statomyalgische Insuffizienz, ohne relevante neurologische Ausfälle) sowie fachfremd eine gering beeinträchtigte linksventrikuläre Globalfunktion bei Linksschenkelblock, eine

Koronarsklerose, eine einmal dokumentierte paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie (aktuell ohne Rezidiv-Herzrhythmusstörungen), eine medikamentös eingestellte Hypertonie, eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung bei langjährigem Zigarettenrauchen, Oberbauchbeschwerden sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren, depressive Störungen und eine Somatisierung beschrieben. Generell seien nur noch leichte körperliche Tätigkeiten ohne jegliches Heben und Tragen sowie ohne die Einnahme aller Zwangshaltungen für den Rumpf und die Wirbelsäule möglich. Die Tätigkeiten müssten überwiegend sitzend erbracht werden können, dazwischen müsse die Gelegenheit zum Aufstehen und Umhergehen bestehen. Tätigkeiten mit Klettern und Steigen auf Leitern oder Gerüsten und/oder Absturzgefahr, unter besonderem Zeitdruck, in Nacht- oder Wechselschicht, an laufenden Maschinen, in Akkord, unter ungünstigen Witterungsverhältnissen mit Einfluss von großen Temperaturschwankungen, Zugluft, Kälte und/oder Nässe, mit besonderen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn, an die nervliche Belastbarkeit und an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit seien der Klägerin nicht zuzumuten. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen könne die Klägerin leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeitstäglich noch über sechs Stunden verrichten. Für sitzende Tätigkeiten sollte ein orthopädischer Schreibtischstuhl sowie eine höhenverstellbare und neigbare Arbeitsfläche zur Verfügung stehen. Arbeitsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Die sozialmedizinisch relevante Gehstrecke könne bewältigt werden.

Der Senat hat das Ablehnungsgesuch der Klägerin gegen den Sachverständigen Dr. B. (undatierter Schriftsatz ihres Bevollmächtigten, Eingang beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg am 7. Dezember 2015) durch Beschluss vom 21. Januar 2016 zurückgewiesen (Blatt 87/91 der Senats-Akten).

In der Zeit vom 2. Mai 2016 bis zum 25. Mai 2016 hat die Klägerin eine weitere stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in der F.-Klinik B. absolviert, aus der sie arbeitsunfähig und mit einem Leistungsvermögen unter drei Stunden entlassen worden ist. In dem Entlassungsbericht vom 25. Mai 2016 hat Prof. Dr. K. (Blatt 114/119 der Senats-Akten) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine chronische Depression bei chronischer Schmerzstörung, eine chronische rezidivierende Lumboschialgie links (Zustand nach NPP-OP 5. Mai 2015 L5/S1), eine chronische rezidivierende Zervikobrachialgie links sowie einen Linksschenkelblock mit ventrikulärer Extrasystolie diagnostiziert. Die Klägerin sei mit der sozialmedizinischen Einschätzung nicht einverstanden gewesen und habe eine Leistungsbeurteilung für leichte Tätigkeiten unter drei Stunden angestrebt. Sie habe aggraviert, um ihr Leiden darzustellen, ein hinkendes Gangbild, manchmal auch provozierend, dargestellt. Das sehr starke Ausmaß an Belastung und Beeinträchtigung, das die Selbstbeurteilungsfragebögen nahelegten, könne nach dem klinischen Eindruck nicht bestätigt werden. Gleichwohl bestehe ein signifikanter Leidensdruck mit Einschränkung von angenehmen Aktivitäten, reduzierter Vitalität, reduziertem Durchhaltevermögen, Besorgnis bezüglich der eigenen körperlichen Situation und der des Ehemannes. Die Klägerin schätze sich nicht mehr als leistungsfähig ein. Weiter hat Prof. Dr. K. im Entlassungsbericht ausgeführt, dass die Leistungsfähigkeit aus psychischer Sicht sowohl für die letzte Tätigkeit als auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt mit unter drei Stunden zu beurteilen sei, auch wenn die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Es bestehe eine signifikante Schmerzbelastung mit entsprechendem Leidensdruck, zudem ein dysfunktionaler Umgang mit den bestehenden Beschwerden und Einschränkungen mit ausgeprägtem sozialen Rückzug und Vermeidungsverhalten. Außerdem bestehe eine chronische depressive Symptomatik mit Antriebs- und Interessenminderung, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und reduziertem Durchhaltevermögen. Aufgrund mangelnder Selbstwirksamkeitserwartung und Umstellungserschwertheit bei somatischem Krankheitsmodell sei auch bei entsprechender psychotherapeutischer Behandlung keine ausreichende Besserung der Schmerzsymptomatik zu erwarten. Aus orthopädischer Sicht könne die Klägerin leichte Tätigkeiten vollschichtig verrichten. Schweres Heben und Tragen, häufiges Bücken, Überkopfarbeiten und Zwangshaltungen der Wirbelsäule sollten vermieden werden.

Die Beklagte ist unter Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vom 27. Juni 2016 (Blatt 130 der Senats-Akten) der Leistungseinschätzung des Privatdozenten Dr. G.M. entgegengetreten.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat ein orthopädisches Gutachten eingeholt. Der Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 7. Oktober 2016 (Blatt 132/145 der Senats-Akten) ein chronisches, gemischt radikuläres und pseudoradikuläres Lumbalsyndrom links mit fortgeschrittenen, degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen und Kreuzdarmbeinelenkarthrose beidseits, ein chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom links bei mehrfachen Bandscheibenschäden und ein Impingement-Syndrom der linken Schulter sowie fachfremd eine chronische Depression bei chronischer Schmerzstörung diagnostiziert. Wegen der fortgeschrittenen Wirbelsäulenveränderungen und den damit verbundenen Funktionseinschränkungen seien Arbeiten, die mit Heben oder Tragen verbunden seien, in gebückter Haltung, Überkopfarbeiten, Arbeiten mit gleichförmiger Haltung und ständigem Sitzen zu vermeiden. Auch bei vorwiegend sitzenden Tätigkeiten wäre die Möglichkeit zum Haltungswechsel und zwischenzeitlichen Aufstehen und kurzen Gehstrecken erforderlich. Zugluft und Nässe, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten seien zu vermeiden. Bei alleiniger Bewertung des orthopädischen Befundes sei noch eine Einsatzfähigkeit von drei bis unter sechs Stunden arbeitstäglich gegeben. Wegen der bereits eingetretenen Schmerzchronifizierung und der chronischen Depression in Verbindung mit dem Wirbelsäulenleiden erscheine eine Arbeit von täglich sechs Stunden nicht mehr möglich. Zu dem Gutachten des Dr. B. hat die Beklagte die sozialmedizinischen Stellungnahmen des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vom 18. November 2016 (Blatt 148 der Senats-Akten) sowie der Fachärztin für Orthopädie J. vom 6. Dezember 2016 (Blatt 149 der Senats-Akten) vorgelegt.

Auf Anfrage des Senats hat der behandelnde Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. mit Schreiben vom 19. Dezember 2016 (Blatt 151/152 der Senats-Akten) mitgeteilt, dass sich die Klägerin nach Abschluss der stationären Behandlung in B. lediglich am 22. Juni 2016 vorgestellt habe.

Schließlich hat der Senat ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 13. Juli 2017 (Blatt 183/204 der Senats-Akten), gestützt auf die übersandten Akten sowie die persönliche Untersuchung am 28. März 2017, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine chronische Schmerzstörung, ein chronisches Zervikal- und Lumbalsyndrom, eine Tabakabhängigkeit und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Die Klägerin sei aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen zur Zeit nicht beruflich einsetzbar. Ihre "von ihr beschriebene Leistungsfähigkeit" beschränke sich auf leichte Haushaltstätigkeiten weniger als drei Stunden täglich. Die ungünstigen Rahmenbedingungen für die rezidivierende depressive Störung hätten sich seit 2012 nicht verbessert und schienen von Dauercharakter zu sein. Gleichzeitig werde die Klägerin aus psychiatrischer Sicht nicht ausreichend wegen ihrer schweren depressiven Störung behandelt. Sie benötige neben einer seit Anfang 2017 begonnenen psychopharmakologischen Behandlung psychotherapeutische Unterstützung, die wenigstens ambulant erfolgen sollte.

Die Beklagte hat an ihrer Leistungsbeurteilung unter Berufung auf die sozialmedizinische Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vom 29. September 2017 (Blatt 210/211 der Senats-Akten) festgehalten. Die Klägerin hat den Arztbrief der Kardiologin Dr. D. vom 12. Oktober 2017 über eine Untersuchung vom gleichen Tag (Blatt 215 der Senats-Akten) vorgelegt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).
2. Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist der Bescheid vom 20. Februar 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. August 2013 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. Januar 2013 abgelehnt hat. Dagegen wendet sich die Klägerin statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1 und 4, 56 SGG](#)) und begehrt die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit macht sie - zu Recht - nicht geltend, da sie - als ungelernete Arbeiterin - keinen qualifizierten Berufsschutz genießt (vgl. § 240 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI)).
3. Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat einen Anspruch der Klägerin auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung zutreffend verneint. Der Bescheid der Beklagten vom 20. Februar 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. August 2013 verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.
 - a. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung (Gesetz vom 19. Februar 2002, [BGBl. I, S. 754](#)) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung gemäß Gesetz vom 20. April 2007 [[BGBl. I, S. 554](#)] bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ([§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#)). Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn neben den oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).
 - b. Die Klägerin hat die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sowie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenanspruchstellung erfüllt, was auch zwischen den Beteiligten unstrittig ist. Der Senat ist jedoch nicht davon überzeugt, dass die Klägerin erwerbsgemindert ist. Er vermochte nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) nicht festzustellen, dass die Klägerin wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden erwerbstätig zu sein.

Die Tatsachengerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben von Amts wegen ([§ 103 SGG](#)) mit Hilfe (medizinischer) Sachverständiger ([§ 106 Abs. 3 Nr. 5 SGG](#)) zu ermitteln und festzustellen, a) Art, Ausprägung und voraussichtliche Dauer der Krankheit(en) oder Behinderung(en), an denen der Versicherte leidet, b) Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der quantitativen und qualitativen Leistungseinschränkungen (Minderbelastbarkeiten, Funktionsstörungen und -einbußen) sowie den c) Ursachenzusammenhang ("wegen") zwischen a) und b) (z.B. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - juris Rdnr. 13).

Zur Überzeugung des Senats leidet die Klägerin an einer Lumboischialgie und einer Zervikobrachialgie bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, einer arteriellen Hypertonie, einer gering beeinträchtigten linksventrikulären Globalfunktion bei Linksschenkelblock (mit Belastbarkeit bis 75 Watt ohne Angina pectoris und nur mäßiger Dyspnoe) und einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung. Dies folgt für den Senat aus den Entlassungsberichten der Reha-Ärzte Prof. Dr. H. vom 10. Mai 2012, Dr. M. vom 12. Juni 2015 und Prof. Dr. K. vom 25. Mai 2016, den Befundberichten bzw. Stellungnahmen der Lungenärztin Dr. R. vom 29. Januar 2013 und 6. Dezember 2013, der Kardiologin Dr. D. vom 16. Dezember 2012, 30. Juli 2014, 6. August 2015 und 12. Oktober 2017, der Orthopädin Dr. G. vom 26. November 2013 und 25. August 2015, des Radiologen Dr. Br. vom 3. März 2014 und vom 7. August 2015, des Radiologen Dr. E. vom 18. April 2016, der Fachärztin für Neurochirurgie Dr. T. vom 27. August 2015, dem Rentengutachten des Dr. L. vom 26. Juni 2013 sowie den Gutachten der Sachverständigen Dr. H. vom 14. Februar 2014, Prof. Dr. H. vom 30. April 2014, Dr. B. vom 17. November 2015 und Dr. B. vom 7. Oktober 2016.

Nach der im Mai 2015 durchgeführten Hemilaminektomie im Bereich LWK 5/SWK 1 hat Dr. M. im Rahmen der Anschlussheilbehandlung (Entlassungsbericht vom 12. Juni 2015) einen guten Allgemein- und adipösen Ernährungszustand, auskultarisch einen unauffälligen Herz- und Lungenbefund, einen steifen, mittelschrittigen Gang ohne Schon- und Verkürzungshinken, eine lotrechte Wirbelsäulenhaltung, eine leichte linkskonvexe Seitenverbiegung im Bereich der Wirbelsäule, eine schmerzhaft endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der

Wirbelsäule, eine postoperativ trockene Wunde im Bereich der Lendenwirbelsäule, einen Druckschmerz im Lendenwirbelsäulenbereich, ein negatives Zeichen nach Lasègue, eine schwach ausgeprägte Muskulatur, keine Paresen und eine normale Muskelkraft festgestellt. Während der Rehabilitation konnte eine Verbesserung der Beweglichkeit und eine Reduzierung der Schmerzen erreicht werden. Dr. M. ist von einem komplikationslosen postoperativen Behandlungsverlauf ausgegangen und hat eine konsequente ambulante Weiterbehandlung empfohlen. Ausweislich des Befundberichts des Facharztes für Radiologie Dr. Br. vom 7. August 2015 hat sich im Vergleich zur Voruntersuchung vor der Operation im Abgangsbereich der S1-Wurzel links ein Weichteilplus (typische postoperative narbige Veränderungen, Differenzialdiagnose: Rezidiv-Bandscheibenvorfall) und im Übrigen eine unveränderte Darstellung des breitbasigen Bandscheibenvorfalles L2/L3 und L4/5 ohne spinale und neuroforaminale Enge, eine Arthrose des Kreuzdarmbeingelenks sowie altersentsprechende Hüftgelenke gezeigt. Die Fachärztin für Neurochirurgie Dr. T. hat im August 2015 von einem regelrechten postoperativen Zustand berichtet. Die Orthopädin Dr. G. hat im August 2015 eine schmerzhaft eingeschränkte Oberkörperbeweglichkeit, ein diskret linkshinkendes Gangbild bei durchführbarem Zehenspitzen- und Fersengang beschrieben und radikuläre Ausfälle verneint.

Der Sachverständige Dr. B., der dem Senat als erfahrener Kliniker und gründlicher und ausgewogener sozialmedizinischer Gutachter bekannt ist, hat im Rahmen seiner ausführlichen Untersuchung am 17. November 2015 u.a. einen guten Allgemein- und Ernährungszustand, ein selbständiges An- und Auskleiden mit gewissen Einschränkungen in der Lendenwirbelsäule (beim An- und Ausziehen der Strümpfe), ein etwas vorsichtiges und verlangsamtes Gangbild ohne Schmerz- und Entlastungshinken, einen beidseits sicheren Einbeinstand, ein unmögliches monopodales Hüpfen, einen Hockstand und ein Aufstehen aus der Hocke ohne Abstützen, eine koordinierte und selbständige Alltagsmotorik, eine Streckfehlhaltung der Lendenwirbelsäule, auskultarisch und perkutorisch einen unauffälligen Herz- und Lungenbefund, eine Wirbelsäule im Lot, ein symmetrisches Taillendreieck, eine tief lumbal reizfreie Narbe über der Dornfortsatzreihe nach Bandscheibenoperation LWK 5/SWK 1, eine eingeschränkte Inklination des Rumpfes, ein Ott-Zeichen von 30/33 Zentimeter, ein Schober-Zeichen von 10/13 Zentimeter, eine Einschränkung der Seitneigung rechts/links, der Rotation und Reklination, einen Klopfeschmerz im Lendenkreuzbeinbereich, Facettendruckschmerzen im operierten Segment LWK 5/SWK 1, Muskelverspannungen im Bereich der Brustwirbelsäule, eine Muskelhartspann im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine normale Haltung und Beweglichkeit der Halswirbelsäule, mäßig verspannte Nackenmuskulatur, eine freie Beweglichkeit der Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger-, Daumen-, Hüft-, Knie-, Sprung-, Fußwurzel- und Zehengelenke, einen regelrechten Nacken- und Schürzengriff, negative Impingement-Tests, einen vollständigen Faustschluss, eine vollständige Streckung sämtlicher Langfinger, einen kraftvollen Spitzgriff, gerade Beinachsen, ein negatives Zeichen nach Lasègue, einen beidseits möglichen Ballen- und Hackengang sowie eine ungestörte Sensibilität und grobe Kraft im Bereich der oberen und unteren Extremitäten festgestellt. Der körperliche Untersuchungsbefund hat im Wesentlichen den von Dr. H. am 14. Februar 2014, Prof. Dr. H. am 11. April 2014 und Privatdozent Dr. K. am 17. und 22. Oktober 2014 erhobenen körperlich-neurologischen Befunden entsprochen.

Dr. B. hat anlässlich seiner Untersuchung am 4. April 2016 über einen reichlichen Ernährungs- und guten Allgemeinzustand, keine Atemnot in Ruhe, keine pathologischen Befunde der inneren Organe, ein verlangsamtes, schwerfälliges Gangbild, einen deutlich erschwerten Zehen- und Hackengang, eine aufgehobene Lendenlordose, einen Klopf- und Druckschmerz über der unteren Lendenwirbelsäule und beiden Kreuzbeindarmgelenken, eine Verhärtung im Bereich der Gesäßmuskulatur links, eine Verhärtung der Rückenmuskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit (u.a. Ott-Zeichen von 30/32 Zentimeter, ein Schober-Zeichen von 10/12 Zentimeter), einen vermehrten Muskeltonus im Bereich der Schulter- und Nackenmuskulatur, ein negatives Zeichen nach Lasègue (Pseudolasègue rechts bei 60 ° und links bei 45 ° positiv), eine freie Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes, eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter, einen freien Schürzengriff, einen Nackengriff unter endgradiger Schmerzangabe, eine freie Beweglichkeit der Hüftgelenke bis auf die Aufhebung der Überstreckung wegen angegebener Schmerzen in den Kreuzbeindarmgelenken, eine angegebene herabgesetzte Empfindlichkeit der Sensibilität an der Fußaußenseite sowie unauffällige Ellenbogen-, Hand-, Finger-, Knie- und Sprunggelenke berichtet. Anlässlich der kurze Zeit später durchgeführten stationären Rehabilitation hat Privatdozent Prof. Dr. K. im Entlassungsbericht vom 25. Mai 2016 u.a. einen unauffälligen Allgemeinzustand, auskultarisch und perkutorisch einen unauffälligen Lungenbefund, regelmäßige reine Herztöne ohne Geräuschbefund, seitengleich auslösbare Reflexe, ein negatives Zeichen nach Lasègue, einen problemlosen Zehen- und Fersengang, ein ungestörte grobe Kraft und Sensibilität der oberen und unteren Extremitäten, die Angabe von starken Schmerzen, eine eingeschränkte Inklination des Rumpfes (Finger-Boden-Abstand 41 Zentimeter bzw. 51 Zentimeter bei Entlassung), eine aggravierende Darstellung der Leiden und eines hinkenden Gangbildes sowie das Fehlen motorischer und sensibler Ausfälle dokumentiert.

In Einklang mit diesen Befunden sind Dr. L., Dr. H., Prof. Dr. H., Dr. M., Dr. B. und Prof. Dr. K. - im Übrigen in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärztinnen Dr. G. und Dr. R. - überzeugend zu der Einschätzung gelangt, dass die bei der Klägerin vorliegenden orthopädischen und internistischen Gesundheitsstörungen keine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht bedingen. Vielmehr kann ihren Gesundheitsstörungen durch qualitative Einschränkungen (vorliegend: regelmäßiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf Kilogramm, Arbeiten in gebückter Zwangshaltung, mit häufigem Bücken, Überkopparbeiten, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, an unmittelbar gefährdenden Maschinen, ausschließlich im Gehen oder Stehen, im Freien unter Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft, mit besonderen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn, Akkordarbeit, Nacht- oder Wechselschicht) Rechnung getragen werden.

Der Senat folgt nicht der abweichenden Leistungseinschätzung des wahlärztlichen Sachverständigen Dr. B. ... Dieser ist zwar von einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden ausgegangen, hat jedoch übersehen, dass den orthopädischen Erkrankungen der Klägerin durch qualitative Leistungseinschränkungen Rechnung getragen werden kann. Dr. B. hat im Vergleich zur Untersuchung durch Dr. B. keine wesentlich abweichenden orthopädischen Befunde beschrieben, sondern seine Leistungsbeurteilung maßgeblich mit psychiatrischen Gesundheitsstörungen begründet. Im Übrigen ist, worauf die Fachärztin für Orthopädie J. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 überzeugend hingewiesen hat, der durch Dr. B. erhobene orthopädische Untersuchungsbefund unvollständig. Zudem lassen sich diesem lediglich mittelgradige Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule sowie geringgradige Funktionseinschränkungen im Bereich der Hüftgelenke und der linken Schulter entnehmen. Auch setzt sich Dr. B. nicht mit der Leistungseinschätzung des Privatdozenten Dr. G.M. auseinander, der aufgrund der nach der Untersuchung durch Dr. B. durchgeführten stationären Rehabilitation (Mai 2016) aus orthopädischer Sicht überzeugend von einem vollschichtigen Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgegangen ist.

Dagegen ist der Senat nicht überzeugt vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die die Klägerin bei zumutbarer Willensanspannung

aus eigener Kraft nicht zumindest soweit überwinden kann, dass sie leichte Tätigkeiten sechs Stunden arbeitstätig ausüben kann. Grundsätzlich handelt es sich - auch soweit psychische Leiden vorliegen - um Krankheiten im Sinne von § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI, d.h. um regelwidrige Körper- bzw. Geisteszustände, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit herabzusetzen (BSG, a.a.O. Rdnr. 14). Voraussetzung ist nach der Rechtsprechung des BSG jedoch, dass der Versicherte sie auch bei zumutbarer Willensanstrengung nicht aus eigener Kraft überwinden kann (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 5 RJ 48/03 R - juris Rdnr. 30). Für das tatsächliche Vorliegen von seelisch bedingten Störungen, ihre Unüberwindbarkeit aus eigener Kraft und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit trifft den Rentenbewerber die (objektive) Beweislast (BSG, a.a.O.).

Vorliegend hat der Rentengutachter Dr. L. im Juni 2013 - bei ungestörter Orientierung und Kooperation sowie ungestörtem Bewusstsein, Kontakt und Denken - lediglich einen leicht reduzierten Antrieb, eine monotone Sprachmodulation, eine eingeeengte emotionale Schwingungsbreite und eine vermehrte Hinwendung zu körperlichen Beschwerden sowie Verdeutlichungstendenzen beschrieben und ist von einer Anpassungsstörung ausgegangen. Er hat darauf hingewiesen, dass die Klägerin bestehende Therapieoptionen nicht genutzt hat.

Der Sachverständige Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 14. Februar 2014 auf Grundlage der durch ihn erhobenen Befunde, einer ausführlichen Anamnese und der Vorbefunde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Dysthymia, d.h. eine depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen und eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht zu begründen, diagnostiziert. Seinerzeit hat die Klägerin bewusstseinsklar, orientiert, gepflegt, zugewandt, kontaktbereit, lebhaft und affektiv stimmungsfähig gewirkt. Sie hat ihre Beschwerden betont dargeboten sowie keinen Interessenverlust, keine Freudlosigkeit, keine Schuldgefühle, kein Gefühl der Wertlosigkeit, keine negativen Zukunftsperspektiven, keine Suizidgedanken, keine Appetitminderung, keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen, keine Auffassungsstörung, keine Beeinträchtigung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, keine Gedächtnisstörung und keine Antriebsstörung gezeigt. Die testpsychologische Untersuchung hat Hinweise auf ein nicht authentisches Verhalten im Sinne einer Simulation ergeben. Insgesamt hat Dr. H. keinen Nachweis für eine tiefergehende depressive Verstimmung, eine Psychose oder eines hirnorganischen Psychosyndroms gesehen und überzeugend eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit auf nervenärztlichem Gebiet ausgeschlossen.

Der wahlärztliche Sachverständige Prof. Dr. H., Facharzt für Neurologie, hat die Klägerin als vollorientiert, bewusstseinsklar, freundlich zugewandt und affektiv schwingungsfähig beschrieben. Er hat keine Hinweise für inhaltliche oder formale Denkstörungen, kognitive Beeinträchtigungen, Simulation und Aggravation gesehen. Der wahlärztliche Sachverständige Privatdozent Dr. K. hat in seinem Gutachten vom 10. November 2014 ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Im Rahmen seiner Untersuchungen am 17. und 22. Oktober 2014 hat er folgenden Befund erhoben: bereitwillige und freundliche Kontaktaufnahme, offene Schilderung, wache, klare Bewusstseinslage, vollständige Orientierung, gute Auffassung, keine erhöhte Ablenkbarkeit, kein Nachlassen der Konzentration, intaktes Zeiterleben, Kurz- und Langzeitgedächtnis ohne Minderung und Lücken, Angabe von Konzentrationsstörungen, herabgestimmte Stimmungslage, eingeschränkte, aber zwischenzeitlich gegebene affektive Ausdrucksfähigkeit mit dazu passender Psychomotorik, keine relevante Minderung des Antriebs, Angabe eines Rückganges früherer Aktivitäten, geordneter Gedankengang, kein Gedankendrängen, keine Denkhemmungen. Er hat eine schwere Depression ausgeschlossen und eine konsequente physiotherapeutische Behandlung, eine medikamentöse Schmerzbehandlung durch einen schmerztherapeutisch tätigen Arzt, eine ausreichende antidepressive Therapie und eine intensive stationäre Behandlung hinsichtlich der Schmerzsymptomatik empfohlen. Die Leistungseinschätzung des Privatdozenten Dr. K., die Klägerin könne täglich drei bis unter sechs Stunden leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten, lässt sich nicht aus dem von ihm erhobenen Befund ableiten. Insbesondere hat er gerade keine Einschränkung von Antrieb, Konzentration und Ausdauer objektiviert. Auch hat er im Hinblick auf die Angaben der Klägerin zu ihrem Tagesablauf und ihren Aktivitäten, die deutlich von ihren früheren Angaben gegenüber Dr. H. und Prof. Dr. H. abweichen, sowie die Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen (Dr. L.) und auf ein nicht authentisches Verhalten (Dr. H.) keine hinreichende Konsistenzprüfung durchgeführt. Auch die Stellungnahme des Privatdozenten Dr. K. vom 23. Februar 2015, die der Klägervertreter eigenmächtig bei dem gerichtlichen Sachverständigen eingeholt hat, enthält keine Begründung dafür, warum es der Klägerin nicht mehr möglich sein soll, eine leichte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden zu verrichten.

Im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation im Frühjahr 2015 (einschließlich psychologisches Einzelgespräch) hat die Klägerin ausweislich des Entlassungsberichts des Dr. M. vom 12. Juni 2015 psychische Belastungen verneint. Dr. B. ist anlässlich seiner Untersuchung am 17. November 2015 lediglich eine depressiv gefärbte, aber auflockerbare Stimmungslage bei ungestörtem Bewusstsein, Denken, Gedächtnis und Affekt sowie ungestörter Orientierung, Aufmerksamkeit und Konzentration aufgefallen.

Prof Dr. K. hat in dem Entlassungsbericht vom 25. Mai 2016 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine chronische Depression diagnostiziert und folgenden Befund festgestellt: bewusstseinsklar, voll orientiert, keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörungen, formale oder inhaltliche Denkstörungen, keine phobischen oder Zwangsstörungen, keine Halluzinationen, ungestörte Ich-Funktionen, gedrückte, zeitweise unterschwellig gereizte Stimmung, labilisierte affektiver Ausdruck, affektive Schwingungsfähigkeit zum positiven Pol eingeschränkt, reduzierte Selbsterwartung, passive Veränderungserwartung, keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Er hat von einem schwierigen stationären Aufenthalt berichtet, weil die Klägerin mit der sozialmedizinischen Einschätzung nicht einverstanden gewesen ist und eine Leistungsbeurteilung für leichte Tätigkeiten unter drei Stunden angestrebt hat, und ist von Aggravation ausgegangen. Das sehr starke Ausmaß an Belastung und Beeinträchtigung, welches die von der Klägerin ausgefüllten Selbstbeurteilungsfragebögen nahegelegt haben, konnte nach dem klinischen Eindruck nicht bestätigt werden. Die Leistungseinschätzung des Prof. Dr. K., dass die Klägerin aus psychischer Sicht sowohl die letzte Tätigkeit als auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch unter drei Stunden verrichten könne, überzeugt schon deshalb nicht, weil die therapeutischen Möglichkeiten nicht ansatzweise ausgeschöpft gewesen sind. Zudem hat er nicht berücksichtigt, dass die Klägerin bereits seit Oktober 2013 in dem vorliegenden Gerichtsverfahren um die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente streitet und ein massives Interesse an der Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden hat. Im Hinblick auf das in der Vergangenheit (Dr. L., Dr. H.) und während der stationären Rehabilitation im Mai 2016 gezeigte aggraviorische Verhalten sowie seinerzeit das Fehlen jeglicher nervenfachärztlicher Therapie fehlt es für eine nachvollziehbare Leistungsbeurteilung an einer kritischen Prüfung des angenommenen Leidensdrucks sowie des berichteten sozialen Rückzugs und Vermeidungsverhalten.

Dr. F. hat in seinem aktuellen Gutachten vom 13. Juli 2017 folgenden objektiven Befund beschrieben: ordentliches Äußeres,

altersentsprechend gekleidet, keine Sprachbarriere, bewusstseinsklar, allseits orientiert, keine kognitiven Defizite, unauffälliges formales, inhaltlich auf leidvolle Aspekte des Lebens eingeschränktes Denken, negativ fixiert, jedoch nicht wahnhaft, keine Halluzinationen, keine Angst- und Zwangssymptome, freundlich und bemüht zugewandt, deprimiert gestimmt, stilles und beherrschtes Weinen, das wieder beendet werden kann, eingeeengter Affekt zum negativen Pol, leicht reduzierter Antrieb, keine Fremd- und Eigengefährdung, keine Suizidalität, Hinweise auf Aggravation. Soweit er im Rahmen des psychischen Befundes die Angaben der Klägerin wiedergibt, diese habe von morgendlichem Grübeln, nur noch wenig Freude empfinden zu können, von ausgeprägtem Interessenverlust, deutlichem Antriebsverlust im Vorfeld, von Aggressivität dem Ehemann gegenüber und von passiven Todeswünschen berichtet, macht er sich diese Angaben gerade nicht zu eigen, sondern beschreibt lediglich einen leicht reduzierten Antrieb und schließt eine Fremd- und Eigengefährdung aus. Seine Leistungseinschätzung auf leichte Haushaltstätigkeiten weniger als drei Stunden täglich steht nicht in Einklang mit dem von ihm erhobenen psychiatrischen Befund. Offensichtlich stützt er diese auf die Selbsteinschätzung der Klägerin, wenn er ausdrücklich auf die "von ihr beschriebene Leistungsfähigkeit" abstellt. Dabei ist zu beachten, dass der von Dr. F. dargestellte Tagesablauf eine ausreichende Selbstsorge, eine erhaltene Struktur und hinreichende Aktivitäten (Aufstehen, dabei auch Unterstützung des Ehemannes, Frühstück, leichte Haushaltstätigkeit, kurzes Lesen der Zeitung, Begleiten des Ehemannes, Einkaufen von Lebensmitteln, Kochen des Mittagessens, Arzttermine, Telefongespräche mit Familienangehörigen, Abendbrot, Fernsehen etc.) dokumentiert und eine Beschränkung auf leichte Haushaltstätigkeiten bis zu drei Stunden gerade nicht widerspiegelt. Weder der von Dr. F. dokumentierte Befund noch der von der Klägerin angegebene Tagesablauf begründen eine schwere depressive Störung, worauf der Beratungsarzt der Beklagten B. in seiner Stellungnahme vom 29. September 2017 überzeugend hingewiesen hat. Auch kann die Leistungsbeurteilung des Dr. F. nicht auf den bisherigen Krankheitsverlauf gestützt werden. Zwar besteht - wie bereits dargelegt - bei der Klägerin schon über längere Zeit eine depressive Erkrankung und eine Schmerzsymptomatik, jedoch lässt sich auch im Verlauf eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung nicht nachweisen. Die Leistungsbeurteilung des Privatdozenten Dr. K. überzeugt - wie dargelegt - nicht. Dr. B. hat keinerlei entsprechenden Befund erhoben, die von Prof. Dr. H. und Dr. B. sowie im Rahmen der stationären Rehabilitation in B. dokumentierten Befunde sprechen eher gegen eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung und eine daraus resultierende quantitative Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens. Weiterhin ist zu beachten, dass die von Dr. F. diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störungen zwar zu wiederholter und teilweise längerer Arbeitsunfähigkeit führen können, sie aber regelmäßig keine erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bedingen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischer Störung, 2006, S. 37). Allein aus dem Umstand, dass bei der Klägerin - trotz des durchgehend gezeigten Aggravationsverhaltens - eine rezidivierende depressive Störung vorliegt und sie ggf. verschiedene depressive Episoden unklaren Schweregrades durchgemacht hat, kann nicht zwangsläufig von einer eingeschränkten Ausdauerbelastung und einer Belastbarkeitsminderung, die der Aufnahme einer Tätigkeit mit arbeitstäglich mindestens sechs Stunden entgegensteht, ausgegangen werden.

Der die Klägerin ambulant behandelnde Facharzt Dr. B. ist von einer depressiven Störung, einer Schmerzsymptomatik und einer Persönlichkeitsänderung ausgegangen. Er hat von Vorstellungen in der Zeit vom 30. Juli 2013 bis zum 8. November 2013 (Schreiben vom 25. November 2013), vom 30. Juli 2013 bis zum 23. Juni 2014 (Schreiben vom 2. Juli 2015) sowie am 22. Juni 2016 (Schreiben vom 19. Dezember 2016) berichtet. Seinen Stellungnahmen vom 25. November 2013 und 2. Juli 2015 kann ein objektiver psychiatrischer Untersuchungsbefund, auf den eine Leistungsbeurteilung gestützt werden kann, nicht entnommen werden. Weiterhin fällt auf, dass eine kontinuierliche Behandlung - trotz der von der Klägerin geltend gemachten gravierenden psychiatrischen Erkrankungen - tatsächlich nicht stattgefunden hat. Den durch Dr. B. mitgeteilten Behandlungsdaten ist zu entnehmen, dass eine regelmäßige und kontinuierliche fachpsychiatrische Behandlung nicht erfolgt ist. Ausweislich des Entlassungsberichts des Prof. Dr. K. vom 25. Mai 2016 hat eine psychotherapeutische Behandlung nicht stattgefunden. Gegenüber den Ärzten der medizinischen Rehabilitation im Frühjahr 2015 hat die Klägerin lediglich eine hausärztliche Behandlung angegeben und psychische Belastungen verneint. Auch Dr. B. hat sie im November 2015 lediglich von einer hausärztlichen Behandlung berichtet. Obwohl der Klägerin im Rahmen der stationären Rehabilitation in B. im Mai 2016 eine ambulante Psychotherapie dringend empfohlen worden ist, hat sie sich lediglich einmalig am 22. Juni 2016 bei Dr. B. vorgestellt (vgl. nochmals dessen Schreiben vom 19. Dezember 2016). Die empfohlene ambulante Psychotherapie hat sie offensichtlich nicht durchgeführt. Gegenüber Dr. F. hat sie im März 2017 angegeben, nun nehme sie das ärztlich verordnete Antidepressivum ein, mithin hat zuvor keine psychopharmakologische Behandlung stattgefunden. Eine psychotherapeutische Unterstützung hat sie immer noch nicht in Anspruch genommen. Dr. F. hat die Anfang des Jahres 2017 erst wieder aufgenommene Behandlung der psychischen Erkrankung für unzureichend erachtet. Die dargestellte geringe Behandlungsfrequenz und -intensität, die fehlende Psychotherapie und die fehlende Schmerztherapie durch einen entsprechenden Facharzt sprechen aber gegen eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung der Klägerin.

Der Senat ist mithin nicht davon überzeugt, dass die bei der Klägerin vorhandenen Gesundheitsstörungen Einschränkungen ihres beruflichen Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht bewirken. Vielmehr ist die Klägerin noch in der Lage, jedenfalls körperlich leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat schließt sich insoweit der überzeugenden Beurteilung des Reha-Arztes Dr. M., des Rentengutachters Dr. L. sowie der Sachverständigen Dr. H., Prof. Dr. H. und Dr. B. an, welche sämtlich zeitliche Leistungseinschränkungen schlüssig verneint haben.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin in der Lage ist, noch mindestens sechs Stunden täglich jedenfalls eine körperlich leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen mit Ausnahme von Tätigkeiten wie regelmäßiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf Kilogramm, in gebückter Zwangshaltung, mit häufigem Bücken, Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, an unmittelbar gefährdenden Maschinen, ausschließlich im Gehen oder Stehen, im Freien unter Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft, mit besonderen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn und an die psychische Belastbarkeit, Akkordarbeit, Nacht- oder Wechselschicht, zu verrichten.

Steht das krankheits- bzw. behinderungsbedingte (Rest-)Leistungsvermögen fest, ist im nächsten Prüfungsschritt die Rechtsfrage zu klären, ob der Versicherte damit außerstande ist, "unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts" tätig zu sein (dazu BSG, a.a.O. Rdnr. 17 ff. m.w.N.) Diese Frage ist hier zu verneinen. "Bedingungen" sind dabei alle Faktoren, die wesentliche Grundlage des Arbeitsverhältnisses sind. Hierzu gehört vor allem der rechtliche Normrahmen, wie etwa Dauer und Verteilung der Arbeitszeit, Pausen- und Urlaubsregelungen, Beachtung von Arbeitsschutzvorschriften sowie gesetzliche Bestimmungen und tarifvertragliche Vereinbarungen. Die Bedingungen sind "üblich", wenn sie nicht nur in Einzel- oder Ausnahmefällen anzutreffen sind, sondern in nennenswertem Umfang und in beachtlicher Zahl. Der Arbeitsmarktbegriff erfasst alle denkbaren Tätigkeiten, für die es faktisch "Angebot" und "Nachfrage" gibt. Das Adjektiv "allgemein" grenzt den ersten vom zweiten - öffentlich geförderten - Arbeitsmarkt, zu dem regelmäßig nur Leistungsempfänger

nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - und Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung - Zugang haben, sowie von Sonderbereichen ab, wie beispielsweise Werkstätten für behinderte Menschen und andere geschützte Einrichtungen.

Die Klägerin kann - wie dargelegt - an fünf Tagen in der Woche mindestens sechs Stunden arbeiten. Sieht man davon ab, dass ihr Schichtarbeiten krankheitsbedingt nicht mehr zugemutet werden dürfen, benötigt sie im Hinblick auf Dauer und Verteilung der Arbeitszeit keine Sonderbehandlung, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unüblich wäre. Sie hat auch keinen erhöhten, betriebsunüblichen Pausen- oder Urlaubsbedarf und ist in einem Betrieb, also außerhalb geschützter Einrichtungen, einsetzbar. Dabei ist der Senat der Auffassung, dass die Klägerin über die für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit notwendigen kognitiven Grundfähigkeiten verfügt. Nach der Rechtsprechung des BSG werden unter den Begriff der üblichen Bedingungen "auch tatsächliche Umstände" verstanden, wie z.B. die für die Ausübung einer Verweisungstätigkeit allgemein vorausgesetzten Mindestanforderungen an Konzentrationsvermögen, geistige Beweglichkeit, Stressverträglichkeit und Frustrationstoleranz, mithin ausschließlich kognitive Grundfähigkeiten (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 78/09 R](#) - juris Rdnr. 29). Wie dargelegt, kann im Hinblick auf die eingeschränkte Kooperation der Klägerin kein Nachweis eines Leidens objektiviert werden, das leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausschließt. Die angesprochenen kognitiven Grundfähigkeiten sind nicht betroffen, sondern allenfalls qualitative Leistungsausschlüsse für geistig anspruchsvolle Tätigkeiten.

Die gesundheitlichen Einschränkungen sind weder in ihrer Art noch in ihrer Summe geeignet, die Gefahr der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes zu begründen (dazu BSG, a.a.O. Rdnr. 24 ff.). Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass ein Versicherter, der nach seinem verbliebenen Restleistungsvermögen noch in der Lage ist, körperlich leichte und geistige einfache Tätigkeiten - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Denn dem Versicherten ist es mit diesem Leistungsvermögen in der Regel möglich, diejenigen Verrichtungen auszuführen, die in ungelerten Tätigkeiten in der Regel gefordert werden, wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw. (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. zuletzt Urteil vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 79/09 R](#) - [BSGE 109, 189](#)). Der Senat ist der Überzeugung, dass das Restleistungsvermögen der Klägerin es dieser erlaubt, die oben genannten Verrichtungen oder Tätigkeiten, die in ungelerten Tätigkeiten üblicherweise gefordert werden, auszuüben. Es liegt weder eine spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor.

Der Senat ist weiter davon überzeugt, dass bei der Klägerin die erforderliche Wegefähigkeit vorliegt. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit des Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (beispielsweise BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 79/11 R](#) - [BSGE 110, 1](#)). Eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die dem Versicherten dies nicht erlaubt, stellt eine derart schwere Leistungseinschränkung dar, dass der Arbeitsmarkt trotz eines vorhandenen vollschichtigen Leistungsvermögens als verschlossen anzusehen ist (BSG, Beschluss vom 19. Dezember 1996 - [GS 2/95](#) - [BSGE 80, 24/35](#)). Nach dieser Rechtsprechung gilt (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011, [a.a.O.](#)): Hat - wie hier - der Versicherte keinen Arbeitsplatz inne und wird ihm ein solcher auch nicht angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm noch möglich sein müssen, - auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs - nach einem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel sowie vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege absolvieren muss. Eine (volle) Erwerbsminderung setzt danach grundsätzlich voraus, dass der Versicherte nicht viermal am Tag Wegstrecken von über 500 Metern mit zumutbarem Aufwand (also jeweils innerhalb von 20 Minuten) zu Fuß bewältigen und ferner zweimal täglich während der Hauptverkehrszeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Dazu gehört z.B. auch die zumutbare Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeugs.

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe ist der Senat der Überzeugung, dass bei der Klägerin Wegefähigkeit vorliegt. Dr. L., Dr. H., Prof. Dr. H., Dr. M. und Dr. B. haben in Einklang mit den von ihnen erhobenen objektivierbaren Befunden und für den Senat überzeugend begründet, dass die Klägerin in der Lage ist, viermal am Tag Wegstrecken von über 500 Metern mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß zu bewältigen und ferner zweimal täglich während der Hauptverkehrszeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Die bei der Klägerin vorliegenden somatischen Erkrankungen sind nicht geeignet, eine Einschränkung der Wegefähigkeit zu begründen.

Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist die Klägerin in dem hier streitigen Zeitraum weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 SGB VI](#). Somit hat die Berufung keinen Erfolg.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-11-22