L 7 R 1635/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 7110/10
Datum
10.02.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 1635/15
Datum
22.03.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. Februar 2015 abgeändert. Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im vorliegenden Berufungsverfahren steht noch ein Anspruch der Klägerin auf eine zeitlich befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung im Streit.

Die 1957 in Florina (nordgriechische Verwaltungsregion Westmakedonien) geborene Klägerin hat ihren Angaben zufolge in Griechenland zwölf Jahre die Schule besucht, diese jedoch wegen ihrer Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland abgebrochen, um ihre hier schon ansässige Schwester bei der Kinderbetreuung zu unterstützen. Nach zeitweiliger Rückkehr nach Griechenland nahm sie am 31. Dezember 1977 endgültig ihren Wohnsitz im Bundesgebiet. In der Bundesrepublik erlernte die Klägerin ebenfalls keinen Beruf. Nach ihrer Eheschließung (November 1978) sowie der Geburt und Erziehung ihrer beiden älteren Töchter (geb. Februar 1980 und Mai 1981) war sie ab 27. Februar 1984 bei der Firma H. in N., einem Produzenten aus dem Bereich der Kommunikations- und Antennentechnik, als Maschinen- und Montagearbeiterin in verschiedenen Tätigkeitsfeldern versicherungspflichtig beschäftigt. Nach der Geburt der dritten Tochter (geb. April 1987) sowie einjähriger Freistellung (Erziehungsurlaub) nahm sie die Arbeit zum 1. Mai 1988 wieder auf; das Arbeitsverhältnis endete mit dem 31. Dezember 2006 auf Grund arbeitgeberseitiger Kündigung vom Juli 2006 wegen Verlagerung des Betriebsteils nach Ungarn. Ab 1. Januar 2007 bezog die Klägerin zunächst Krankengeld, ab 27. Juni 2008 Arbeitslosengeld, während der vom 3. bis 30. Juni 2008 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme Übergangsgeld sowie anschließend (mit jeweils kurzen Unterbrechungen) bis 8. Oktober 2009 erneut Arbeitslosengeld; bei der Agentur für Arbeit ohne Leistungsbezug gemeldet war sie noch bis 2. November 2010. Derzeit ist bei der Klägerin vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 festgestellt.

Im Sommer 2006 traten erstmals erhebliche Lendenwirbelsäulenbeschwerden auf; das am 3. August 2006 gefertigte Kernspintomogramm ergab einen Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 mit Nervenwurzelreizsyndrom sowie Spinalkanalstenosen bei L4/5 und L3/4. Anschließend erfolgte in der Zeit vom 10. bis 31. Oktober 2006 eine ambulante Rehabilitation im Reutlinger Therapie- und Analysezentrum, aus dem die Klägerin als arbeitsfähig entlassen wurde (Bericht des Dr. W. vom 2. November 2006; Diagnosen: rückläufiges S1-Nervenwurzelreizsyndrom links bei Discusprolaps L5/S1, Protrusion L4/4 links, Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5). Am 29. Dezember 2006 erlitt die Kläger bei einem privaten Unfall eine Fraktur am oberen rechten Sprunggelenk (Typ Weber B), die eine stationäre Behandlung in der Klinik N. bis 5. Januar 2007 erforderlich machte. Eine Computertomographie der Halswirbelsäule zeigte am 28. September 2007 einen medio-rechtslateralen Bandscheibenvorfall in Höhe der Etage C6/7. Auf Kosten der Beklagten wurde sodann in den Fachkliniken H. in der Zeit vom 3. bis 30. Juni 2008 eine teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, wobei die Entlassung für körperlich leichte Tätigkeiten in überwiegend sitzender Position für mehr als sechs Stunden täglich leistungsfähig erfolgte (Bericht des Chefarztes Prof. Dr. Dr. H. vom 4. Juli 2008; Diagnosen: Fraktur am oberen Sprunggelenk mit deutlichem Funktionsdefizit und Restschmerzsymptomatik, Zustand nach Reflexdystrophie, Nucleus pulposus-Prolaps L5/S1 links mit rezidivierender Wurzelreizsymptomatik). Eine nochmalige Krankenhausbehandlung in der Klinik N. fand in der Zeit vom 31. März bis 4. April 2009 statt, nachdem die Klägerin eine Vigilanzstörung am Steuer ihres Kraftfahrzeugs erlitten hatte.

Am 4. Dezember 2009 stellte die Klägerin bei der Beklagten den hier streitgegenständlichen Antrag auf eine Rente wegen Erwerbsminderung, den sie mit Problemen am Sprunggelenk, einem Bandscheibenvorfall (Juli 2006) sowie mit Problemen an der

Halswirbelsäule begründete. Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung durch den Chirurgen/Unfallchirurgen Dr. G ... Dieser diagnostizierte im Gutachten vom 14. Januar 2010 degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Funktionseinschränkung, einen medio-linkslateralen Bandscheibenvorfall bei L5/S1, eine absolute Spinalkanalstenose bei L4/5, eine relative Spinalkanalstenose bei L3/4, einen medialen Bandscheibenvorfall bei C4/5, einen medio-linkslateralen Bandscheibenvorfall bei C5/6 und einen medio-rechtslateralen Bandscheibenvorfall bei C6/7, derzeit ohne belangvolle Wurzelreizsymptomatik, ferner eine Funktionseinschränkung im rechten Sprunggelenk nach osteosynthetisch versorgter Außenknöchelfraktur (Typ Weber B) mit nachfolgender Sudeck'scher Dystrophie, einen Bluthochdruck sowie Adipositas. Dr. G. kam zum Ergebnis, dass die Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5-10 kg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne langes Stehen, häufiges Bücken, Knien und Hocken sowie ohne erhöhten Zeitdruck und ohne Nachtschicht noch mehr als sechs Stunden arbeitstäglich verrichten könne.

Mit Bescheid vom 20. Januar 2010 lehnte die Beklagte darauf den Rentenantrag ab, weil die Klägerin unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein könne. Auf den Widerspruch der Klägerin, zu dem sie u.a. auf die Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Wirbelsäule, die mehrfachen Bandscheibenvorfälle, die vorhandenen Spinalkanalstenosen sowie auf Schulterbeschwerden verwies, zog die Beklagte weitere Befundberichte bei und holte bei Dr. G. die sozialmedizinische Stellungnahme vom 10. Februar 2010 ein. Der Widerspruch der Klägerin wurde anschließend mit Widerspruchsbescheid vom 21. Oktober 2010 zurückgewiesen.

Deswegen hat die Klägerin am 15. November 2010 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Das SG hat zunächst die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen schriftlich befragt. Während die Fachärztin für Neurologie Dr. R.-A. mit Schreiben vom 17. Januar 2011 lediglich Befundunterlagen übersandt hat und die Neurologin Dr. U.-R. sich im Schreiben vom 25. Januar 2011 wegen der nur einmaligen Behandlung der Klägerin zu deren Leistungsfähigkeit nicht äußern wollte, hat der Arzt für Orthopädie Dr. B. das Leistungsvermögen der Klägerin auch für leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf unter drei Stunden eingeschätzt (Schreiben vom 23. Januar 2011).

Das SG hat anschließend den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. zum Sachverständigen bestellt. Im Gutachten vom 13. Mai 2011 hat dieser eine somatoforme Schmerzstörung/Somatisierungsstörung, eine Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, agitiert-depressiven Zügen und emotionaler Instabilität sowie ein chronisches Wirbelsäulensyndrom ohne wesentliche funktionell fassbare neurologische Ausfälle diagnostiziert; er hat die Auffassung vertreten, dass derzeit auf Grund der psychopathologischen Auffälligkeiten keine Leistungsfähigkeit für jedwede Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe, wobei eine abschließende Beurteilung des Leistungsvermögens auf Dauer, das heißt über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus, mangels adäquater Behandlungsmaßnahmen gegenwärtig nicht erfolgen könne.

Das SG hat sodann den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. H., Chefarzt der Klinik für Suchttherapie am Klinikum am W. in W., als Sachverständigen beauftragt. Dieser hat im Gutachten vom 24. September 2012 auf neurologischem Fachgebiet keine relevanten Auffälligkeiten gesehen und auf psychiatrischem Fachgebiet die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer depressiven Erkrankung in Form einer leichten depressiven Episode gestellt. Er ist zum Ergebnis gelangt, dass die Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten könne, wobei eine Überforderung durch Akkordarbeit, Nachtarbeit oder durch Arbeiten unter besonderem Zeitdruck, ferner Tätigkeiten mit besonders hohen Ansprüchen an Auffassung und Konzentration sowie Tätigkeiten mit besonders hoher Verantwortung und besonders hoher geistiger Beanspruchung zu vermeiden seien; die von Dr. P. getroffene Leistungsbeurteilung lasse sich auf dem Boden des jetzt erhobenen Befundes nicht nachvollziehen.

Das SG hat in der Folgezeit den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie T. als sachverständigen Zeugen gehört; dieser ist im Schreiben vom 18. März 2013 von einem Leistungsvermögen der Klägerin von derzeit drei bis unter sechs Stunden täglich ausgegangen. Auf Antrag der Klägerin nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. E., Ärztlicher Direktor des Klinikums Nordschwarzwald in C.-H., als Sachverständigen beauftragt. Im Gutachten vom 23. August 2013 hat der Arzt eine somatoforme Schmerzstörung/Somatisierungsstörung mit deutlicher Chronifizierung und insgesamt schwerer Ausprägung, eine deutliche Akzentuierung der Persönlichkeit mit histrionischen, agitiert-depressiven Zügen, einer emotionalen Instabilität sowie gekränkten Anteilen, ferner einen kernspintomographisch nachgewiesenen Bandscheibenvorfall in Höhe L 4/5 mit leichter Spinalstenose sowie links medio-lateral einen großen Bandscheibenvorfall L5/S1 mit Irritation der S1-Wurzel, weniger auch der L5-Wurzel, diagnostiziert. Er hat die quantitative Leistungsfähigkeit der Klägerin selbst unter Beachtung qualitativer Einschränkungen auf drei bis unter sechs Stunden täglich eingeschätzt, auf Grund der Aktualität der Bandscheibenerkrankung gegenwärtig sogar auf unter drei Stunden; insgesamt sei nicht zu erwarten, dass eine Leistungsfähigkeit von mindestens sechs Stunden bei der Klägerin erreichbar sein werde.

Das SG hat anschließend den Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. D. zum Sachverständigen bestellt. Im Gutachten vom 30. Dezember 2013 hat der Sachverständige eine etwa 10%ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule bei kernspintomographisch dokumentierten vermehrten Verschleißerscheinungen im Sinne einer Chondrose der körpernahen Bewegungssegmente, eine endgradig eingeschränkte Rück-Neig-Beweglichkeit der Brustwirbelsäule, eine etwa 10%ige Gesamt-Beweglichkeitseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei kernspintomographisch dokumentierten vermehrten Verschleißerscheinungen der Bandscheiben in den Bewegungssegmenten L4/5 und L5/S1, jedoch ohne Nachweis entsprechender sensibler oder motorischer Nervenwurzelreizerscheinungen seitens der Spinalnerven L3, L4, L5 und S1 zum Zeitpunkt der Untersuchung, eine endgradig eingeschränkte Armseitwärts- und Armvorwärtsanhebung im linken Schultergelenk bei kernspintomographisch dokumentierter Irritation der Supraspinatussehne ohne Sehnen-(Teil-)Zerreißung sowie eine endgradig eingeschränkte Beugung im rechten Ring- und Kleinfinger ohne Funktionseinschränkung diagnostiziert. Er ist zum Ergebnis gelangt, dass die Klägerin noch in der Lage sei, körperlich leichte Tätigkeiten im Stellungswechsel mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten, wobei regelmäßiges Heben und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über 6 kg, ausschließliches Gehen und Stehen oder ausschließliches Sitzen, Arbeiten mit häufigem Bücken oder Arbeiten in gebückter Zwangshaltung sowie Überkopfarbeiten zu vermeiden seien.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 SGG hat das SG außerdem den Orthopäden und Chirurgen Dr. P. als Sachverständigen beauftragt. Im Gutachten vom 14. Juli 2014 hat Dr. P. auf seinem Fachgebiet bei der Klägerin eine Bewegungsstörung der Halswirbelsäule bei Bandscheibenvorfall C4/C5, C5/C6 und Bandscheibenvorwölbung C6/C7 mit Ausstrahlung in die linke Schulterhöhe und den linken Arm, einen Muskelhypertonus mit lokalem Bewegungs-/Spannungsschmerz an der linken Schulterhöhe, eine Bewegungs- und

Belastungseinschränkung des linken Schultergelenkes bei Impingement-Syndrom durch subacromiale Enge mit der Folge der Tendinitis der Supraspinatussehne, eine beginnende schmerzbedingte Supraspinatussehnen-Symptomatik im rechten Schultergelenk ohne Bewegungseinschränkung, myotendopathisch bedingte Schmerzen und eine Bewegungsseinschränkung der Brustwirbelsäule bei steiler Einstellung und schmerzbedingter Dysbalance, eine Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei Spinalkanalstenose, Bandscheibenvorfall L5/S1, L4/L5 und Bandscheibenprotrusion L3/L4, mit intermittierenden sensomotorischen Ausfallserscheinungen der unteren Extremität, betont links, beginnend rechts, sowie eine verminderte Geh- und Stehfähigkeit nach distaler Fibulafraktur (Typ Weber B) rechts, eine Osteosynthese und Algodystrophie diagnostiziert. Er hat die Auffassung vertreten, dass die Klägerin unter Berücksichtigung der im psychopathologischen, neurophysiologischen und derjenigen im Bereich des Bewegungsapparats vorliegenden Beeinträchtigungen nur noch in der Lage sei, unter drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Das SG hat das Gutachten von Dr. P. an Dr. D. zur ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme übersandt. Dr. D. ist in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 bei seiner Leistungseinschätzung im Gutachten vom 30. Dezember 2013 verblieben. Aus orthopädischer Sicht werde das positive und negative Leistungsvermögen durch die Bewegungsfunktionen, die objektiven Parameter der Muskelbemantelung sowie die neurologischen Untersuchungen bestimmt. Allenfalls ein Psychiater könne zu einer somatoformen Schmerzstörung oder Somatisierungsstörung bei Persönlichkeitsstörung, zu einer emotionalen Instabilität und zur Persönlichkeitsstruktur in kompetenter Weise Stellung nehmen.

Mit Urteil vom 10. Februar 2015 hat das SG die Beklagte unter Abänderung der angefochtenen Bescheide verurteilt, der Klägerin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1. Dezember 2011 bis zum 30. November 2016 zu gewähren, und im Übrigen die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Kammer sei davon überzeugt, dass die Klägerin seit der Begutachtung durch Dr. P. teilweise erwerbsgemindert mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden sei, wobei maßgeblich hierfür die Störungen des psychiatrischen und psychosomatischen Fachgebietes seien. Die Kammer stütze ihre Überzeugung insbesondere auf das Gutachten von Dr. E.; nicht gefolgt werden könne dem Gutachten von Dr. H., da dieser die bei der Klägerin bestehende somatoforme Schmerzstörung nicht hinreichend gewürdigt habe. Ein unter dreistündiges Leistungsvermögen der Klägerin sei durch die erhobenen Befunde allerdings nicht gedeckt; vielmehr sei nur von einer Einschränkung der zeitlichen Leistungsfähigkeit auf unter sechs Stunden auszugehen. Bei einer entsprechenden adäquaten psychiatrischen Behandlung sei sicherlich von einer Besserungsaussicht auszugehen; die Kammer sei jedoch davon überzeugt, dass nicht binnen sechs Monaten eine so erhebliche Besserung erzielt werden könne, dass ein unter sechsstündiges Leistungsvermögen der Klägerin nicht mehr vorliege. Sowohl Dr. P. als auch Dr. E. hätten überzeugend dargelegt, dass die Therapie bei der Klägerin dadurch erheblich erschwert sei, dass sie auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur wenig bis keine Einsichts- und Kritikfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge aufweise; ein zeitnaher Therapieerfolg sei deshalb, selbst bei adäquater Behandlung, nicht zu erwarten. Ein dauerhaftes Absinken des Leistungsvermögens auf unter drei Stunden täglich lasse sich nicht mit den bestehenden orthopädischen Beeinträchtigungen begründen; die Kammer schließe sich insoweit dem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten von Dr. D. an. Dem Gutachten von Dr. P., der unter Mitberücksichtigung der psychiatrischen und psychosomatischen Gesundheitsstörungen der Klägerin von einem unter dreistündigen Leistungsvermögen ausgegangen sei, könne nicht gefolgt werden, da die von ihm vorgenommene integrierende Beurteilung seine Fachkompetenz als orthopädischer Gutachter (ohne psychiatrische oder schmerztherapeutische Ausbildung) überschreite. Insgesamt sei sonach von einem drei- bis unter sechsstündigen Leistungsvermögen der Klägerin auszugehen. Ihr sei jedoch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Grund der Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes zu leisten. Die Rente wegen voller Erwerbsminderung allerdings befristet zu leisten, da sie auch auf der Arbeitsmarktlage beruhe. Ein Anspruch auf Bewilligung einer unbefristeten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bestehe ebenfalls nicht, da es nicht unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden könne.

Gegen dieses der Beklagten am 25. März 2015 zugestellte Urteil richtet sich deren am 24. April 2015 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegte Berufung. Zur Begründung hat sie vorgebracht, auf Grund des gesamten medizinischen Sachverhalts könne nicht davon ausgegangen werden, dass bei der Klägerin Gesundheitsstörungen von einem Ausmaß vorlägen, die ihr Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht einschränkten. Durch das gesamte Klageverfahren habe es sich durchgezogen, dass die Klägerin sich zur Besserung ihres Befindens einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung unterziehen sollte. Seelisch bedingte Störungen, die der Betroffene mit der ihm zuzumutenden Willensanstrengung aus eigener Kraft oder unter ärztlicher Mithilfe sogleich oder innerhalb eines halben Jahres überwinden könne, schieden für die Begründung einer Erwerbsminderung aus, wobei ein strenger Maßstab anzulegen sei. Für das tatsächliche Vorliegen von seelisch bedingten Störungen, ihre Überwindung aus eigener Kraft und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit treffe den Rentenbewerber die objektive Beweislast. In sämtlichen erstinstanzlich erhobenen Gutachten habe eine bedeutsame Neigung der Klägerin zur Antwortverzerrung festgestellt werden können. Indessen hätten weder Dr. P. noch Dr. E. oder Dr. P. sich kritisch mit der Frage möglicher Antwortverzerrungen und instruktionswidriger Anstrengungsminderleistungen auseinandergesetzt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. Februar 2015 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie hat den Bericht des Facharztes für Anästhesie/Schmerztherapeuten T., Leitender Oberarzt der Schmerzklinik an der A.klinik M., vom 17. November 2016 über einen stationären Aufenthalt vom 11. bis 24. Oktober 2016 vorgelegt.

Der Senat hat erneut Dr. B. sowie außerdem den Neurologen und Psychiater Dr. N., den Facharzt für Anästhesie Dr. B. und den Verhaltenstherapeuten Dipl.-Psych. S. als sachverständige Zeugen befragt. Dr. B. hat im Schreiben vom 11. August 2015 die Behandlungsdaten seit April 2011 mitgeteilt; von der Klägerin sei das schmerzhafte Krankheitsbild als in der Schmerzintensität seit 2013 zunehmend angegeben worden. Dr. N. hat im Schreiben vom 28. August 2015 über acht Untersuchungstermine seit März 2014 berichtet; tendenziell sei es in den zurückliegenden gut anderthalb Jahren zu einer weiteren Verschlimmerung der Beschwerden gekommen, wobei das inhaltliche Denken der Klägerin in starkem Maße um die persönlichen und psychischen Beeinträchtigungen kreise. Dr. B., Oberarzt am

Regionalen Schmerzzentrum des Klinikums am S. in R., hat im Schreiben vom 26. Januar 2016 fünfmalige Behandlungen seit August 2015 angegeben, während der eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand nicht habe festgestellt werden können. Dipl.-Psych. S. hat dreimalige Sitzungen im Jahr 2015, zunächst zum Erstinterview, nachfolgend zur Feststellung der Diagnose, der Indikation und Prognose für eine Verhaltenstherapie mitgeteilt, wobei eine psychotherapeutische Behandlung nicht beantragt worden sei (Schreiben vom 10. Februar 2016). Der Senat hat anschließend Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. R., Ärztlicher Direktor der Sankt R. Kliniken Bad S., zum Sachverständigen bestellt. Im Gutachten vom 7. Dezember 2016 ist der Sachverständige - bei den Diagnosen einer leichtgradigen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Dysthymia sowie degenerativen Veränderungen des Skelettsystems - zum Ergebnis gelangt, dass die Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, auch im ständigen Sitzen sowie überwiegendem Gehen, noch acht Stunden täglich verrichten könne; zu vermeiden seien Wirbelsäulenzwangshaltungen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten unter Exposition von Nässe, Kälte, Wärme, Staub, Gasen und Dämpfen, Akkord- und Fließbandtätigkeiten, Arbeiten in Nachtschicht, ferner Tätigkeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung und mit hoher oder höherer Verantwortung, z.B. solche mit Anleiten oder Beaufsichtigen mehrerer Personen oder Überwachen komplexer oder laufender Maschinen.

Zur weiteren Darstellung wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten (1 Bd. Rentenakten, 1 Bd. Reha-Akten), die Klageakten des SG (2 Bde.) und die Berufungsakte des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 20. Januar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. Oktober 2010, mit dem die Beklagte den Antrag der Klägerin auf eine Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt hat. Über die Rechtmäßigkeit dieser Verwaltungsentscheidung ist im Berufungsverfahren lediglich für die Zeit vom 1. Dezember 2011 bis 30. November 2016 zu befinden, nachdem allein die Beklagte Berufung gegen das Urteil des SG vom 10. Februar 2015 eingelegt hat.

Die Berufung der Beklagten 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 der Beklagten ist auch begründet. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 102 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI)), weil sie in der streitbefangenen Zeit durchgehend nicht voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI gewesen ist.

Versicherte haben gemäß § 43 Abs. 2 Satz 1 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.). 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. Ferner wären die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ausweislich der Versicherungsverläufe vom 4. Februar 2014 und 21. Januar 2015 gegeben, wenn die Erwerbsminderung, wie von der Klägerin in der Anlage zum Rentenantrag geltend gemacht, bereits am 29. Dezember 2006 eingetreten wäre; sie wären aber auch noch zu dem vom SG angenommenen Leistungsfall vom 11. Mai 2011 (Untersuchung durch Dr. P.) erfüllt. Die Klägerin hat indes keinen Anspruch auf die hier allein noch umstrittene befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung, weil hierfür die erforderlichen medizinischen Voraussetzungen nicht vorliegen.

Die bei der Klägerin vorhandenen Gesundheitsstörungen berühren vorwiegend das neurologisch-psychiatrische und das orthopädische Gebiet. Auf orthopädischem Gebiet finden sich bei der Klägerin Verschleißerscheinungen insbesondere an der Wirbelsäule und am Schultergelenk sowie Nachwirkungen der am 29. Dezember 2006 erlittenen Fraktur am rechten oberen Sprunggelenk. Durch die kernspintomographische Bildgebung nachgewiesen sind Bandscheibenvorfälle an der Halswirbelsäule in den Segmenten C4/5, C5/6 und C6/7 mit Wirbelkanalverengungen bei C5/6 und C6/7, ferner Bandscheibenvorfälle in den Segmenten L4/5 und L 5/S1 mit Einengungen des Wirbelkanals bei L 3/4 und L4/5. Der Befund an der Wirbelsäule führt zu gewissen Beweglichkeitseinschränkungen an den genannten Wirbelsäulenabschnitten. Die Seitneigung des Kopfes war bei dem Rentengutachter Dr. G. und bei dem Sachverständigen Dr. D. beidseits bis 30 Grad, bei Dr. P. rechts bis 20 Grad und links bis 30 Grad (zum Vergleich Referenzwert: 30-45 Grad), ferner die Drehung des Kopfes bei Dr. G. beidseits bis 50 Grad, bei Dr. D. rechts ebenfalls bis 50 Grad und links bis 55 Grad sowie bei Dr. P. rechts bis 45 Grad, links bis 50 Grad möglich (Referenzwert: 60-90 Grad). Das Vorneigen des Kopfes gelang bei Dr. G. bis 35 Grad, bei Dr. D. bis 45 Grad und bei Dr. P. bis 30 Grad (Referenzwert: 35-45 Grad) und das Rückneigen bei Dr. G. bis 35 Grad sowie bei Dr. D. und bei Dr. P. bis 40 Grad (Referenzwert: 35-45 Grad). Das Schober'sche Zeichen als Entfaltungsindex für die Lendenwirbelsäule ergab bei Dr. G. und Dr. D. 10/13 cm, bei Dr. P. 10/12 cm (Referenzwert: 10/15 cm), das Zeichen nach Ott als Hinweis auf die Beweglichkeit der Brustwirbelsäule sowohl bei Dr. G. und Dr. D. 30/32 cm, bei Dr. P. 30/31 cm (Referenzwert: 30/34 cm). Den Finger-Boden-Abstand führte die Klägerin bei Dr. G. mit 32 cm, bei Dr. D. mit 22 cm, bei Dr. P. mit 50 cm und bei dem behandelnden Orthopäden Dr. B. am 22. Juli 2015 wiederum mit 20 cm vor, wobei Dr. D. auf die Diskrepanz bei der Messung des Finger-/Fußspitzen-Abstands auf der Untersuchungsliege hingewiesen hat, die - bei derselben Relativbewegung des Rumpfes - rechts bei 5 cm und links bei 6 cm lag, also mit einer maximalen Hüftbeugung im Sitzen von 90 Grad (gegenüber 55 Grad im Stehen) möglich war; im Übrigen ließ sich der Abstand schon bei Dr. G. im Rahmen der Überprüfung auf der Untersuchungsliege auf 10 cm reduzieren. Die in teilweiser Diskrepanz zu den von Dr. D. und Dr. G. vorgefundenen Bewegungsausmaßen von Dr. P. beschriebene deutlich verminderte Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule hat dieser Sachverständige auf die "Schmerzempfindung" der Klägerin zurückgeführt.

Eine belangvolle Wurzelreizsymptomatik oder sonstige neurologische Auffälligkeiten im Sinne von Paresen und Sensibilitätsstörungen

konnten weder Dr. G., dessen im Auftrag der Beklagten erstattetes Gutachten der Senat urkundenbeweislich zu verwerten hat (vgl. BSG SozR Nr. 66 zur § 128 SGG; BSG, Urteil vom 8. Dezember 1988 - 2/9b RU 66/87 - (juris Rdnr. 17)), noch die Sachverständigen Dr. P., Dr. H., Dr. D., Dr. P. und Prof. Dr. R. sowie die Neurologinnen Dr. R.-A. und Dr. U.-R. an der Wirbelsäule feststellen. Das Zeichen nach Lasègue war sowohl bei Dr. G., Dr. D. als auch bei Dr. B. (Schreiben vom 23. Januar 2011 und 11. August 2015) sowie bei dem Schmerztherapeuten T. beidseits negativ, während das Lasègue-Zeichen bei Dr. E. und Dr. P. nicht hinreichend überprüfbar war, weil die Klägerin dem orthopädischen Sachverständigen gegenüber einen frühzeitigen lokal-lumbalen Schmerz und bei Dr. E. linksseitig schon im Ansatz Schmerzen angegeben hatte. Eine linksseitige Fußheber- und Fußsenkerschwäche, wie sie Dr. Burkard (vgl. Bericht vom 4. August 2012, Schreiben vom 11. August 2015) in leichtgradigem Ausmaß (Kraftgrad 4/5 bis 5/5), der Orthopäde T. (Schreiben vom 18. März 2013) dagegen in Form einer Teilfußheberlähmung mit einem Kraftgrad 3/5 bis 4/5 gesehen hat - Letzteres wohl auch von Dr. E. vermutet, jedoch nicht verifiziert -, hat sich bei den Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. R. nicht bestätigen lassen. Bei der Prüfung der Kraft durch Dr. D. ergab sich ein Kraftgrad von 5/5. Prof. Dr. R. hat im Rahmen der elektrophysiologischen Untersuchungen (Elektroneurographie und Elektromyographie) auch aus neurologischer Sicht keine Zeichen für eine Schädigung des peripheren Nervensystems gefunden. Auch Dr. P. hat im Übrigen eine beiderseits symmetrisch ausreichende Gesamtfußhebung und -senkung beschrieben. Relevante Muskelverschmächtigungen haben weder er noch die Sachverständigen Dr. D., Dr. H. und Prof. Dr. R. sowie der Rentengutachter Dr. G. festgestellt. Zu den Untersuchungen bei Dr. G., Dr. D. und Dr. P. kam die Klägerin mit Konfektionsschuhen ohne Einlagen, wobei Dr. D. auf die gleichseitige Abnutzung der Schuhsohlen hingewiesen hat. Den einbeinigen Zehenstand, den Zehengang, den beidseitigen Fersenstand, den Fersengang und Einbeinstand konnte die Klägerin bei Dr. D. regelrecht vorführen, während bei Dr. G. lediglich der Einbeinstand links sicher und balancefähig möglich war und Dr. P. die von der Klägerin bei ihm demonstrierten Schwierigkeiten im Balanceverhalten rechts auf eine Schmerzauslösung lumbal zurückgeführt hat. Die Klägerin zeigte sowohl bei Dr. D. als auch bei Dr. P. ein Schonhinken rechts, das aber bei dem Sachverständigen Dr. D. nur diskret ausgeprägt war, wobei sie das Schonhinken ihm gegenüber mit Schmerzen am rechten Sprunggelenk erklärte. Das Gangbild bei Prof. Dr. R. war nur leicht verlangsamt; sie war dort im Übrigen in der Lage, den Seiltänzer-, Blind-, Zehen- und Hackengang für wenige Schritte vorzuführen.

An den Hüft- und Kniegelenken bestehen hinsichtlich der Beweglichkeit keine wesentlichen Auffälligkeiten. Im Bereich der Schultergelenke hat der Sachverständige Dr. D. - bei kernspintomographisch dokumentierter Irritation der Supraspinatussehne links - die Bewegungsausmaße an den Schultergelenken rechts normwertig, links allenfalls endgradig eingeschränkt folgendermaßen mitgeteilt: Ab-/Adduktion rechts 180/0/25 Grad, links 160/0/25 Grad (Referenzwert: 160-180/0/20-40 Grad), Retro-/Anteversion rechts 35/0/170 Grad, links 35/0/150 Grad (Referenzwert: 40/0/150-170 Grad), Rotation auswärts/einwärts bei anliegendem Oberarm beidseits 50/0/90 Grad (Referenzwert: 40-60/0/95 Grad). Auch Dr. G. hat eine weitgehend freie Beweglichkeit beider Schultergelenke (Messwerte bei der Ab-/Adduktion rechts beidseitig 130/0/40 Grad, der Retro-/Anteversion rechts 45/0/150 Grad und links 50/0/145 Grad, der Rotation auswärts/einwärts bei anliegendem Oberarm rechts 35/0/90 Grad und links 40/0/90 Grad) gefunden, während Dr. P. über eine schmerzbedingte Einschränkung der aktiven Beweglichkeit des linken Schultergelenks bei passiv fast vollständig darstellbarer Beweglichkeit sowie über Messwerte bei der Ab-/Adduktion rechts von 170/0/30 Grad und links von 80/0/30 Grad, bei der Retro-/Anteversion rechts von 60/0/170 Grad und links von 30/0/160 Grad sowie bei der Rotation auswärts/einwärts bei anliegendem Oberarm beidseits von 70/0/80 Grad berichtet hat. Die gutachterliche Untersuchung der Ellenbogen sowie der Handgelenke und Hände durch Dr. D. und Dr. P. hat hinsichtlich der Beweglichkeit - bis auf eine endgradige Bewegungseinschränkung des rechten Ring- und Kleinfingers, die aber bei Dr. P. nicht gemessen werden konnte - keine Auffälligkeiten ergeben. Ein Karpaltunnelsyndrom, wie von Dr. N. angegeben und von Dr. P. angedacht, ließ sich im Rahmen der neurologischen Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. R. nicht feststellen; die Sensibilität und Motorik beider Hände war, trotz der von der Klägerin bei der Kraftmessung mit einem Vigorimeter demonstrierten niedrigen Werte, ungestört.

Die Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks ist bei der Klägerin beidseits frei. Die Beweglichkeit beider oberen Sprunggelenke war bei Dr. D. seitengleich vollständig durchführbar; das Heben und Senken des Fußes war beidseitig bei 15/0/35 Grad (Referenzwert 20-30/0/40-50 Grad) möglich. Demgegenüber hatten sich bei Dr. G. insoweit Messwerte rechts von 10/0/35 Grad und links von 20/0/40 Grad ergeben, während Dr. P. beim Heben und Senken des Fußes rechts 0/0/30 Grad, links 10/0/20 Grad gemessen hat. Die Umfangmaße des Knöchels hat Dr. G. rechts mit 29,0 cm, links mit 28,0 cm, Dr. D. beidseitig mit 28,0 cm, Dr. P. rechts mit 28,0 cm, links mit 27,0 cm mitgeteilt. Ein Morbus Sudeck ließ sich bei dem Sachverständigen Prof. Dr. R. nicht mehr feststellen; bei der körperlichen Untersuchung der Klägerin ergaben sich hinsichtlich der Trophik, der Motorik und der Sensibilität keine Auffälligkeiten mehr.

Das psychopathologische Zustandsbild hat der Sachverständige Prof. Dr. R. mit einer leichtgradigen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD 10 F45.4) und einer Dysthymia (F34.1) umschrieben. Hinsichtlich der diagnostischen Einordnung des Schmerzgeschehens, das Dr. P. als myotendopathisch bedingt gedeutet hat, als anhaltende somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht besteht Übereinstimmung zwischen den Sachverständigen Prof. Dr. R. und Dr. H ... Vorherrschendes Kennzeichen für ein solches Zustandsbild ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Der Schmerz tritt häufig, wie sich im Wesentlichen aus allen im vorliegenden Gerichtverfahren erhobenen psychiatrischen Sachverständigengutachten ergibt, zusammen mit psychosozialen Problemen, Depressionen, emotionalen Konflikten oder Schlafstörungen auf. Die Bewertung der Schmerzen als somatoform bedingt durch die Sachverständigen Dr. H. und Prof. Dr. R. ist in Anbetracht der objektivierbaren, auf orthopädischem Gebiet vorhandenen Gesundheitsstörungen, mit denen die von der Klägerin geschilderten Schmerzen in ihrem Ausmaß nicht in Einklang zu bringen sind, für den Senat überzeugend. Dr. P. und Dr. E. haben das Schmerzerleben der Klägerin im Übrigen ebenfalls dem Spektrum der somatoformen Störungen zugeordnet, welche nach der Systematik des international anerkannten Diagnoseklassifikationssystems ICD unter der Codierung (F45.-) zusammengefasst sind, wenngleich diese beiden Sachverständigen sich weder auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung noch auf eine Somatisierungsstörung (F45.0) haben festlegen möchten. Differentialdiagnostisch hatte auch Dr. H. eine Somatisierungsstörung erwogen, jedoch wegen der eindeutig im Vordergrund stehenden Schmerzen die Diagnose nach F45.4 für zutreffender gehalten, was aber, worauf er hingewiesen hat, für die Leistungsbeurteilung letztlich unerheblich ist. Der von Dr. E. gesehenen schwergradigen Ausprägung der Schmerzstörung hat der Sachverständige Prof. Dr. R. überzeugend widersprochen. Er hat insoweit auf den von ihm - wie im Übrigen auch von dem Sachverständigen Dr. H. erhobenen - nur leichtgradig gestörten psychischen Befund (vgl. hierzu nachstehend) sowie die Analyse der Alltagsgestaltung hingewiesen, die zeigt, dass es der Klägerin noch möglich ist, einen geregelten Tagesablauf zu bewältigen. Dem Schweregrad der Schmerzzustände, die Dr. B. und der Schmerztherapeut T. in der Stadieneinteilung nach Gerbershagen mit III angegeben haben, ist der Sachverständige Prof. Dr. R. entgegengetreten. Die Kriterien für das Stadium III, für das ziellose Arztkontakte, mehrmalige Wechsel des Arztes und mehr als drei schmerzbezogene operative Maßnahmen sowie ein "Versagen in der Familie, dem Beruf und der Gesellschaft" gefordert werden, sind nicht erfüllt; vielmehr liegt nach den Ausführungen des Sachverständigen das Stadium II vor, das

dadurch gekennzeichnet ist, dass die Schmerzen zwar Konsequenzen für die familiäre, berufliche und psychophysiologische Stabilität haben, dass aber noch Bewältigungsstrategien vorhanden sind bzw. fehleingesetzt werden im Sinne einer "beginnenden Invalidenrolle".

Ebenso wie Prof. Dr. R. hat auch Dr. H. das depressive Zustandsbild als nur leichtgradig eingestuft. Von der von diesem vorgenommenen Einordnung des Befundes als leichte depressive Episode (ICD 10 F32.0) ist Prof. Dr. R. nur insoweit abgewichen, als er eine Chronifizierung gesehen hat mit dem Übergang der leichten depressiven Episode in eine Dysthymia (F43.1), für die kennzeichnend eine anhaltende, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung ist, die aber weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen. Auffällige, auf eine schwerwiegendere depressive Erkrankung hindeutende Symptome haben sich bei beiden Sachverständigen nicht ergeben. Sowohl Prof. Dr. R. als auch Dr. H. haben kognitive Beeinträchtigungen bei der Klägerin nicht gefunden. Dr. H. hat im psychischen Befund bei Exploration der Klägerin, die zur gutachtlichen Untersuchung gepflegt gekleidet und überpünktlich erschienen war, weder Einschränkungen der Auffassung noch der Konzentration und des Durchhaltevermögens festgestellt; ebenso wenig lagen Störungen der Merkfähigkeit oder des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses vor. Über ihre Lebensgeschichte konnte die Klägerin ihm gegenüber flüssig, konzentriert und präzise berichten. Der formale Gedankengang war geordnet und nicht verlangsamt; inhaltliche Denkstörungen zeigten sich bei Dr. H. nicht. Die Stimmungslage war nach der Schilderung dieses Sachverständigen leicht gedrückt, themenabhängig kam es auch zu einer Auflockerung; streckenweise wirkte sie ein wenig weinerlich. Die affektive Schwingungsfähigkeit sowie den Antrieb hat er als insgesamt leicht reduziert bezeichnet bei etwas starrer, zeitweise aber auch lebendigerer Psychomotorik. Eine weitest gehende Übereinstimmung mit diesem klinischen Befund hat sich bei dem Sachverständigen Prof. Dr. R. ergeben. Auch Prof. Dr. R. hat auf die Pünktlichkeit der Klägerin zum Untersuchungstermin sowie das durch die Kleidung dokumentierte korrekte Erscheinungsbild hingewiesen. Während der Exploration durch Prof. Dr. R. zeigte die Klägerin sich ebenfalls aufmerksam und konzentriert; sie gab auf an sie gerichtete Fragen prompt und bereitwillig Auskunft. Die Auffassungsgabe sowie das Kurz- und Langzeitgedächtnis waren bei ihm ebenfalls ungestört. Im Verlauf der mehrstündigen Begutachtung ist es nach den Darlegungen dieses Sachverständigen zu keinem Nachlassen der Konzentration gekommen. Sie war bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten, also Ort, Person, Zeit und situativ, voll orientiert. Die Antriebslage wirkte leichtgradig reduziert, jedoch ohne Hinweise auf eine äußerlich erkennbare innere Unruhe. Die affektive Modulationslage hat der Sachverständige als leichtgradig eingeschränkt beschrieben; bei überwiegend als subdepressiv beschriebener Stimmungslage kam es jedoch bei angenehmen Themen auch zu einer Stimmungsaufhellung. Im formalen Gedankengang offenbarte sich die Klägerin Prof. Dr. R. gegenüber als umständlich und leichtgradig verlangsamt, wobei die Gedankeninhalte um die körperlichen Beschwerden kreisten.

Die von der Klägerin beiden Sachverständigen - Dr. H. und Prof. Dr. R. - gegenüber angegebenen Alltagsaktivitäten belegen, dass sie durchaus zu einem geregelten Tagesablauf in der Lage ist. Die Klägerin kocht gemeinsam mit ihrem Ehemann, verrichtet gemeinsam mit ihm die Hausarbeit, bügelt die Wäsche alleine und geht zusammen mit dem Ehemann Einkaufen; es besteht weiterhin Kontakt zu den früheren Arbeitskolleginnen sowie den Verwandten in Griechenland, gelegentlich besucht sie auch die Kirche und führt als Fahrerin hin und wieder selbst noch ein Kraftfahrzeug. Die Auswertung der psychometrischen Testung nach dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), einem Selbstbeurteilungsverfahren, ergab bei Prof. Dr. R., der die Klägerin am 26. Oktober 2016 gutachtlich untersucht hat, zwar einen Wert von 31 Punkten, während indes kurz zuvor anlässlich des stationären Aufenthalts der Klägerin in der A.klinik M. bei der entsprechenden Testung lediglich ein Score von 18 Punkte erzielt worden war, was einer lediglich leichten depressiven Symptomatik entspricht (vgl. Bericht vom 17. November 2016). Eine Angsterkrankung oder Panikstörung ließ sich weder bei Dr. H. noch bei Prof. Dr. R. nachweisen. Die antidepressive Medikation erfolgt, worauf Prof. Dr. R. hingewiesen hat, mit Bezug auf Opipramol nur in mittlerer Dosierung (0-0-0-1 ½) und hinsichtlich des schmerzdistanzierenden Antidepressivums Cymbalta lediglich in niedriger Dosierung (1-0-0-0). Demgegenüber hatte die Klägerin noch zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. E. Antidepressiva überhaupt nicht in Regelmäßigkeit eingenommen, wobei sie diesem Sachverständigen gegenüber angegeben hatte, solche nicht zu vertragen.

Auch bei dem nach § 109 SGG vom SG beauftragten Sachverständigen Dr. E. war die Klägerin im Übrigen in allen Qualitäten orientiert und der Rapport und Kontakt ungestört herstellbar. Auch dieser Sachverständige hat das formale Denken, die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit und das Kurzzeitgedächtnis als nicht beeinträchtigt beschrieben. Im Durchhaltevermögen offenbarte die Klägerin zwar, vor allem gegen Ende der Untersuchung, eine Zunahme der Unruhe, wobei die kognitiven Leistungen aber kaum beeinträchtigt waren. Ihre Ausführungen machte sie auch gegenüber Dr. E. überwiegend flüssig und konzentriert in richtiger chronologischer Reihenfolge. Lediglich bei emotionalen Belastungssituationen demonstrierte sie zum Teil eine Sprunghaftigkeit und war etwas unpräzise, jedoch hat Dr. E. den formalen Gedankengang als insgesamt geordnet und nicht durchgängig verlangsamt beschrieben. Die Psychomotorik hat dieser Sachverständige, insoweit nicht wesentlich anders als Dr. H. und Prof. Dr. R., als gehemmt, phasenweise jedoch auch als auflockerbar, aber stets auf die eigenen Beschwerden bezogen, geschildert. Wach, klar und orientiert in allen Qualitäten zeigte sich die Klägerin ferner bei Dr. P., wobei dieser ihr Verhalten als durchgängig sehr agitiert und klagsam und in Teilen sehr demonstrativ mit bewusstseinsnahen Aggravationstendenzen charakterisiert hat; dieser Sachverständige hat - ebenso wie Dr. E. - auf einen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Eine Persönlichkeitsstörung, wie sie Dr. P. - ebenso wie der Verhaltenstherapeut S. - angesprochen hat, haben Sachverständigen Dr. H. und Prof. Dr. R. ausdrücklich verneint; von einer solchen ist Dr. E. ebenfalls nicht ausgegangen, der insoweit lediglich eine deutliche Akzentuierung der Persönlichkeit angenommen hat. Die von dort gesehenen histrionischen Anteile hat im Übrigen auch der Sachverständige Prof. Dr. R. bei der Klägerin nicht ausgeschlossen. Prof. Dr. R. hat indes bei der Klägerin nachvollziehbar als im Vordergrund stehend die Symptome der Dysthymia mit einem depressiven Zustandsbild sowie einer leichten Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit gewertet. Auch der Sachverständige Dr. H., auf den die Klägerin aber weder histrionisch noch im engeren Sinne emotional instabil wirkte, hat die von Dr. P. - später auch von Dr. E. - genannten agitiert-depressiven Züge der bei der Klägerin von ihm diagnostizierten depressiven Erkrankung zugeordnet. Einen "mindestens mittelgradig depressiv verstimmten Eindruck", wie ihn Dr. N. (Schreiben vom 28. August 2015) erwähnt hat, konnte der Sachverständige Prof. Dr. R. bei der Klägerin gerade nicht feststellen; er hat das Stimmungsbild schlüssig als subdepressiv beschrieben. Hinweise auf eine mittelgradige Depression lassen sich zudem weder den Ausführungen des Dr. P. noch denjenigen des Dr. E. entnehmen. Auch der Sachverständige Dr. H. hat eine mittelgradige oder gar schwere depressive Erkrankung auf Grund der Befundlage überzeugend ausgeschlossen, ebenso wie einen phasenhaften Krankheitsverlauf im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung.

Die bei der Klägerin vorhandenen Gesundheitsstörungen, wozu noch ein Bluthochdruck sowie eine Adipositas anzuführen sind, bewirken 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 folgt der Leistungsbeurteilung der Sachverständigen Dr. H., Dr. D. und Prof. Dr. R. sowie des Rentengutachters Dr. G.; alle diese Gutachter haben ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von mehr als sechs Stunden arbeitstäglich bejaht. Dies ist angesichts der bei der Klägerin vorhandenen objektivierbaren Gesundheitsstörungen schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend. Eine derartige zeitliche Leistungsfähigkeit hatte im Übrigen bereits Prof. Dr. Dr. H. im Reha-Entlassungsbericht vom 4. Juli 2008 befürwortet. Soweit die nach § 109 SGG beauftragten Sachverständigen Dr. E. und Dr. P. bei der Klägerin zeitliche Leistungseinschränkungen gesehen und ihr der Sachverständige Dr. P. zum Untersuchungszeitpunkt überhaupt keine Leistungsfähigkeit mehr zuschreiben wollte, ist dies in Anbetracht von Art und Ausmaß der bei der Klägerin vorhandenen objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar. Auf die fehlende Plausibilität des Gutachtens von Dr. P. haben schon Dr. H. und nachfolgend Prof. Dr. R. überzeugend hingewiesen. Der Sachverständige Prof. Dr. R. hat sich darüber hinaus auch mit dem Sachverständigengutachten des Dr. E., der in seiner Leistungsbeurteilung der Klägerin nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich zugetraut hat, auseinandergesetzt. Schlüssig hat Prof. Dr. R. auf die auch von Dr. E. als unbeeinträchtigt geschilderten kognitiven Funktionen hingewiesen und weiter ausgeführt, dass im Fall einer reduzierten quantitativen Leistungsfähigkeit deutliche Einschränkungen der kognitiven Funktionen und eine mindestens mittelschwere Depression hätten vorliegen müssen. Eine solche Diagnose wollte Dr. E. indessen selbst nicht stellen. Die Leistungseinschätzung von Dr. P. hat bereits das SG verworfen. Dieser Sachverständige hat seine Auffassung zu einem nur noch in einem zeitlichen Umfang von unter drei Stunden täglich vorhandenen Leistungsvermögen - bei im Übrigen weitgehender Übereinstimmung mit der objektiven, von dem Sachverständigen Dr. D. dargestellten Befundlage - im Wesentlichen mit dem (subjektiven) Schmerzempfinden der Klägerin darzustellen versucht, eine Wertung, für die ihm, worauf das SG mit Recht hingewiesen hat, als Orthopäde ohne psychiatrische oder schmerztherapeutische Weiterbildung die fachliche Kompetenz fehlt. Der Sachverständige Dr. D. ist deshalb in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 auch unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. P. überzeugend bei seiner Leistungsbeurteilung verblieben. Nicht nachvollziehbar sind aus den oben genannten Gründen ferner die Leistungseinschätzungen der Orthopäden T. und Dr. B., die freilich in der Rolle als Behandler der Klägerin dieser auch nicht mit der gebotenen Neutralität gegenüberstehen. Dr. R.-A. und Dr. U.-R. haben sich zur Leistungsfähigkeit der Klägerin nicht äußern möchten.

Hinsichtlich des zu beachtenden positiven und negativen Leistungsbildes würdigt der Senat die schlüssigen ärztlichen Äußerungen dahingehend, dass die Klägerin körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Heben und Tragen von Lasten bis zu etwa 6 kg in wechselnder Körperhaltung, ohne Arbeiten in ständigem Gehen oder Stehen, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne häufiges Bücken, Knien und Hocken, ohne Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne Belastung durch Nässe, Kälte, Wärme, Staub, Gase und Dämpfe täglich noch mehr als sechs Stunden verrichten kann, wobei außerdem Nachtarbeit, Akkord- und Fließbandarbeiten, Arbeiten unter besonderem Zeitdruck, Tätigkeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung, besonders hohen Anforderungen an Auffassung und Konzentration sowie Tätigkeiten mit hoher oder höherer Verantwortung zu vermeiden sind. Eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Gehfähigkeit (vgl. hierzu etwa BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10) haben weder Dr. H. noch Dr. D. und Prof. Dr. R. - und im Übrigen auch nicht Dr. P. - festgestellt. Dr. H., Dr. D. und Prof. Dr. R. haben außerdem keine Notwendigkeit zu Arbeitsunterbrechungen in einem das betriebliche Maß übersteigenden Rahmen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19. August 1997 - 13 RJ 11/96 - (juris)) gesehen.

Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen ist die Klägerin nicht voll erwerbsgemindert. Eine - trotz mindestens sechsstündiger 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 Verschlossenheit 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 ungelernten 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 Verweisungstätigkeit 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 bereits vom Begriff leichter körperlicher Arbeiten" erfasst, z.B. Tätigkeiten im Wechselrhythmus ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, ohne Zwangshaltungen, ohne häufiges Bücken, Knien, Hocken, ohne Überkopfarbeiten und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten; 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 unter erhöhtem Zeitdruck, im Akkord und am Fließband, im Nachtschichtdienst, keine Arbeiten unter Belastung durch Nässe, Kälte, Wärme, Staub, Gasen und Dämpfe, keine Arbeiten mit besonderer geistiger Beanspruch oder höherer Verantwortung) 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 - hier nicht streitige - teilweise Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 1 SGB VI vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 und 4 SGG.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-04-03