

L 13 R 102/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 3 R 4195/06

Datum

20.12.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 102/07

Datum

11.06.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 20. Dezember 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung hat.

Der Kläger, der 1970 geboren und italienischer Staatsangehöriger ist, hat keinen Beruf erlernt und war nach seinen Angaben von 1986 bis 1988 als Hilfslackierer tätig, von 1989 bis 1990 als Arbeiter bei der Firma O. , auf Baustellen sowie in einer Fabrik, im Jahre 1991 als Hilfslackierer und Lagerarbeiter, von Januar 1992 bis August 1992 als Fahrer und Möbellieferant, von Mai 1993 bis Juni 1993 als Zusteller im Paketdienst und von Juni 1993 bis Januar 1995 als Eisenbinder. Unterbrochen durch eine selbstständige Tätigkeit von August 2000 bis Juli 2001 und Zeiten der Arbeitslosigkeit war er im Kundenservice als Callcenter-Agent bzw. Telefonist bis März 2003 beschäftigt. Er hat nach dem Versicherungsverlauf vom 29. Februar 2008 mit Unterbrechungen Pflichtbeitragszeiten vom 8. September 1986 bis 5. Februar 2008 zurückgelegt. Er erhält gegenwärtig Arbeitslosengeld II. Ein Grad der Behinderung (GdB) ist nach seinen Angaben nicht festgestellt.

Die Beklagte gewährte nach erfolgter Begutachtung des Klägers durch den Arzt für Orthopädie Dr. B. eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation vom 19. Oktober bis 30. November 2004. Der Entlassungsbericht enthält die Diagnose somatoforme Schmerzstörung. Der Kläger wurde als arbeitsfähig und vollschichtig leistungsfähig für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen. Empfohlen wurden berufsfördernde Maßnahmen der Arbeitsverwaltung und zur Stabilisierung und Erweiterung der bisher erzielten Therapieerfolge die Einleitung/Fortsetzung einer ambulanten Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie am Heimatort. Der Kläger durchlief Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation bereits in den Jahren 1988, 1989, 1996 und 2003.

Am 20. Oktober 2005 beantragte er eine Rente wegen Erwerbsminderung. Er könne keine Arbeiten mehr verrichten und sich aufgrund andauernder Beschwerden nicht vollständig konzentrieren. Er verwies auf den Arztbrief des Arztes für Neurologie Dr. B. vom 20. Oktober 2005, der ausführte, das Leistungsvermögen sei auf nicht absehbare Zeit vor dem Hintergrund des chronifizierten Wurzelreizes und der anhaltenden Schmerzstörung so ausgeprägt eingeschränkt, dass eine Leistungserbringung nicht vorstellbar sei. Der Kläger sei gezwungen, einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Zeit zu stellen, die Prognose sei letztlich aber äußerst ungünstig. Die Beklagte holte das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 12. Dezember 2005 ein. Für die Begutachtung lagen die Befundberichte des Dr. B. vom 22. Juli 2003 und 25. März 2004 und dessen Stellungnahme vom 18. März 2004 vor, außerdem die Befundberichte des Arztes für Orthopädie Dr. S. vom 29. September 2005, des Radiologen Dr. S. vom 15. Juni 2004 zum MRT der Halswirbelsäule, des Arztes für Orthopädie Dr. O. vom 20. April 2004, des Arztes für Orthopädie Dr. O. vom 24. März 2004, des Radiologen Dr. H. vom 22. September 2003 und 4. März 2004, des Radiologen Dr. R. zur Kernspintomographie am 13. Juni 2003 und der neurochirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums der Technischen Universität M. vom 5. August 2003, die Arztbriefe des Klinikums A. vom 1. September 2004, vom 15. Juli 2004 und 26. August 2004, der Bericht der S.-Klinik vom 30. Oktober 2003 zum stationären Aufenthalt vom 20. Oktober 2003 bis 29. Oktober 2003 sowie das Gutachten des MDK nach ambulanter Untersuchung vom 5. Dezember 2005. Die beratende Ärztin Dr. C. os führte aus, wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei eine psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich, außerdem würden degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Bandscheibenvorfall L4/5 und intermittierend Nervenwurzelreizerscheinungen mit ausreichender Belastbarkeit für körperlich leichte Innendiensttätigkeiten vorliegen. Mit Bescheid vom 10. Februar 2006 lehnte daraufhin die Beklagte den Antrag des Klägers auf eine Rente wegen Erwerbsminderung ab. Im Widerspruchverfahren führte dieser aus, zu berücksichtigen sei das Gutachten des MdK vom 5. Dezember 2005. Hierin werde auch auf die

Bewegungs- und Belastungsschmerzen des rechten Schultergelenks und des rechten Unterarms eingegangen. Dies sei nicht berücksichtigt worden. Im Februar 2006 sei noch festgestellt worden, dass ein früher vorhandener Sequester im Lendenwirbelsäulenbereich neben den bereits bekannten Bandscheibenvorfällen des Hals- und Lendenwirbelsäulenbereichs immer noch vorhanden sei. Er wies auf die Stellungnahme des Dr. B. vom 20. Februar 2006 hin, wonach ein Leistungsvermögen selbst für leichte Tätigkeiten von nur noch unter drei Stunden täglich bestehe. Die beratende Ärztin E. stütze sich in der Stellungnahme vom 21. März 2006 auf das Gutachten des Dr. S. ... Die Behandlung der somatoformen Schmerzstörung solle intensiviert werden. Mit Widerspruchsbescheid vom 19. Mai 2006 wies daraufhin die Beklagte den Widerspruch zurück.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Augsburg (SG) erhoben und erneut auf die Stellungnahme des Dr. B. vom 20. Februar 2006 Bezug genommen. Die Beklagte sei nicht auf alle vorgetragene körperlichen Beschwerden eingegangen. Die Bewegungs- und Belastungsschmerzen des rechten Schultergelenks und des rechten Unterarmes, ein früher festgestellter Sequester im Lendenwirbelsäulenbereich und die bekannten Bandscheibenvorfälle im Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich seien nicht berücksichtigt worden. Dr. B. habe genau niedergeschrieben, wie sein Zustand und sein Befinden sei. Seit Teenagerzeiten befasse er sich mit den Rückenbeschwerden. Um eine Besserung zu erzielen, habe er seither Dutzende von Fachärzten konsultiert sowie an Therapiemaßnahmen alles Mögliche durchgeführt. Insgesamt habe sich sein Zustand verschlechtert. Das SG hat den Befundbericht des Dr. B. vom 3. August 2006 mit dessen weiteren Befundberichten vom 20. Oktober 2005, 28. Februar 2006 und 31. Juli 2006, Befundberichte des Dr. S. vom 4. Mai 2006 zum MRT der rechten Schulter, vom 27. März 2006 zum MRT der Halswirbelsäule und vom 13. Juni 2005 zum MRT der Lendenwirbelsäule sowie vom 22. Februar 2006, des Arztes für Neurochirurgie Dr. H. vom 28. Februar 2006 und 4. April 2006, des Radiologen Dr. K. zur Kernspintomographie des Schädels vom 30. Januar 2006, des Dr. S. vom 29. September 2005, 18. November 2005, 12. Januar 2006 und 8. Februar 2006, des Radiologen Dr. L. zur Kernspintomographie der Brustwirbelsäule vom 1. Juli 2004, des Dr. H. zur Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 22. September 2003, des Klinikums A. vom 1. Juli 2004, der HNO-Ärzte Dres. F. und K. vom 28. Juni 2004, den Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. T. vom 25. August 2006 mit weiteren medizinischen Unterlagen (Befundberichte der H.-Stiftung A. vom 25. und 26. Juli 2006, des Dr. B. vom 23. November 2005, 20. Februar 2006 und 26. Juni 2006, des Arztes für Orthopädie Dr. M. vom 24. Mai 2006 und 23. Mai 2006, des Arztes für Chirurgie Dr. T. vom 2. Mai 2006, des Pathologen Prof. Dr. S. vom 13. März 2006 und des Dr. S. vom 22. Februar 2006) beigezogen und die Begutachtung des Klägers mit testpsychologischer Untersuchung durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. veranlasst. Noch im Vorfeld der Begutachtung hat sich Dr. B. an Dr. R. (Schreiben vom 28. September 2006) gewandt, auf seinen Befundbericht vom 31. Juli 2006 sowie einen nicht datierten Auszug eines Befundberichts der Praxis Dres. H./R./W. mit der Diagnose Asthma bronchiale hingewiesen und ausgeführt, aus seiner Sicht sei der Kläger aufgrund einer therapeutisch nicht ausreichend beeinflussbaren schweren neurotischen Fehlhaltung nachhaltig und richtunggebend so ausgeprägt eingeschränkt, dass eine Verwendbarkeit auf dem Arbeitsmarkt unvorstellbar scheine. Er erlaube sich diese Aussage, auch wenn sie seinen Arbeitshorizont als Neurologe überschreite. Es bestehe aufgrund des hochgradig defizitären Leistungsvermögens keine Vermittelbarkeit bei unter dreistündigem Leistungsvermögen. Dr. R. stellte einen Bandscheibenvorfall C5/6 ohne Nervenwurzelreiz mit zervikozepalem Syndrom, einen L5-Wurzelreiz rechts bei Bandscheibenvorfall L3/4, L4/5 sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest. Der Kläger sei in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich leichte Tätigkeiten in überwiegend sitzender Position sechs Stunden und mehr auszuüben, wobei ein Wechsel der Körperhaltung sowie intermittierendes Gehen und Stehen möglich seien. Zu vermeiden seien Arbeiten mit häufigem Heben und Tragen von Lasten, häufigem Bücken und häufigem Treppen- und Leiternsteigen, Arbeiten überwiegend im Freien, unter Einwirkung von Kälte, starken Temperaturschwankungen, Zugluft und Nässe, Zeitdruck- und Akkordarbeit, Fließbandarbeiten und taktgebundene Arbeiten sowie Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit. Beschränkungen des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestünden nicht. Der Kläger hat ausgeführt, das Gutachten des Dr. R. sei weder vollständig noch zutreffend. Es würden immer wieder Aspekte hervorgehoben, aus denen sich angeblich ergebe, dass er sich dann anders verhalte, wenn er sich unter Beobachtung fühle. Er fühle sich durch diese Feststellungen stark getroffen, sie seien für ihn äußerst beleidigend. Gestützt auf ein ärztliches Attest des Dr. T. vom 28. November 2006, wonach das Leistungsvermögen des Klägers dauerhaft eingeschränkt sei, hat er die Einholung eines orthopädischen Gutachtens beantragt. Hingewiesen wurde auf eine Stellungnahme des Dr. B. zum Gutachten des Dr. R. vom 15. November 2006 und den Befundbericht des Dr. S. vom 12. Januar 2006. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Kläger ausgeführt, er habe sich wegen verschlechternder Verhältnisse in orthopädische Behandlung begeben. Dort stünden noch intensive Untersuchungen an. Die Verschlechterung habe ihm sein behandelnder Orthopäde bestätigt. Mit Urteil vom 20. Dezember 2006 hat das SG die Klage abgewiesen und sich auf die Einschätzungen der Sachverständigen Dr. R. und Dr. S. gestützt. Diese würden die Behauptungen der behandelnden Ärzte Dr. B. und Dr. T. zum beruflichen Leistungsvermögen widerlegen.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger Berufung eingelegt und ausgeführt, allein aus dem Umstand, dass er immer wieder bei neuen Arbeitgebern einen Neuanfang gemacht habe, ergebe sich, dass er an einer Beschäftigung sehr interessiert sei. Leider seien die Beschäftigungsverhältnisse immer wieder von Seiten des Arbeitgebers gekündigt worden, und zwar aus den Gründen, die Gegenstand dieses Rechtsstreits seien. Er sei aus besonderen Gründen den an ihn gestellten Anforderungen nicht gewachsen gewesen. Das SG habe notwendige weitere Begutachtungen nicht veranlasst. Er sei seit etwa zehn Jahren in ärztlicher Behandlung bei Dr. B. ... Allein aus dem Umstand der Intensität der ärztlichen Betreuung und dem Umstand, dass er schon vor der Einschaltung des Dr. B. sich intensiver ärztlicher Betreuung habe unterziehen müssen, ergebe sich, dass die geschilderten Beeinträchtigungen tatsächlich vorliegen würden. Er habe aus gesundheitlichen Gründen die Arbeitsstellen verloren. Dr. B. habe ausgeführt, dass umfassende medikamentöse Versuche unternommen worden seien. Im Gutachten des MDK vom 5. Dezember 2005 sei ausgeführt, dass seit wenigstens 15 Jahren immer wieder Behandlungsmaßnahmen erfolgt seien, von einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden müsse und bestätigt, dass das Leistungsvermögen selbst für leichte Tätigkeiten unter drei Stunden täglich liege. Hingewiesen wurde auf das Schreiben des Dr. T. vom 25. August 2006 an das SG, aufgrund dessen Stellungnahme eine weitere Begutachtung durchzuführen sei, auf das Schreiben der H.-Stiftung A. vom 25. Juli 2006 an Dr. T., woraus sich gravierende Beeinträchtigungen ergeben würden, sowie auf die Asthmaerkrankung. Das Gutachten des Dr. R. sei nicht überzeugend. Er sei nur etwas mehr als eine Stunde beim Gutachter gewesen. Größtenteils seien Mitarbeiterinnen des Dr. R. tätig gewesen. Ihm sei völlig verständlich, wie Dr. R. zu dem Ergebnis komme, dass er entspannt dagesessen sei und die Praxis ohne Bewegungseinschränkungen verlassen habe. Unzutreffend sei die Feststellung, dass bezüglich Schulter und Halswirbelsäule in unbeobachtetem Zustand freie Beweglichkeit vorgelegen habe. Dr. R. habe lediglich eine nervenärztliche Beurteilung vorgenommen. Er sei nicht in der Lage, drei Stunden am Tag zu arbeiten. Er hat das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. (MDK) vom 24. Januar 2007 übersandt. In diesem Gutachten würden die vorgetragenen Bedenken und Einwände gegen das Gutachten des Dr. R. bestätigt. Dr. K. diagnostizierte in diesem Gutachten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, eine Zervikobrachialgie sowie eine Lumboischialgie. Der Kläger könne aufgrund seines chronischen Schmerzsyndroms keine Arbeit von wirtschaftlichem Wert ausführen. Sein Restleistungsvermögen liege unter drei Stunden täglich. Aus medizinischer Sicht

bestünde auf Dauer Arbeitsunfähigkeit.

Der Senat hat daraufhin die Begutachtung des Klägers durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. (Gutachten vom 8. Oktober 2007) und den Arzt für Orthopädie und Chirurgie Dr. L. (Gutachten vom 5. Dezember 2007) veranlasst. Der Kläger hat weitere Befundberichte des Dr. B. vom 31. Juli 2007 und der H.-Stiftung A. vom 27. April 2007 vorgelegt. Dr. M. hat bei dem Kläger ein HWS-Syndrom bei degenerativen Änderungen der Halswirbelsäule und Diskusprolaps C5/C6 ohne neurologische bedeutsame Ausfälle, ein LWS-Syndrom bei Diskusprolaps L3/L4 und Spondylolisthesis L4/L5 ohne neurologische bedeutsame neurologische Ausfälle sowie eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt. Der Kläger sei in der Lage, leichte Arbeiten, kurzfristig mittelschwere Arbeiten, wechselschichtig im Gehen, Stehen und Sitzen, im Freien und in geschlossenen Räumen täglich sechs Stunden und mehr zu verrichten. Zu vermeiden seien Arbeiten in Zwangshaltung und das Tragen von schweren Lasten sowie Überkopfarbeiten. Einschränkungen des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestünden nicht. Dr. L. hat nach röntgenologischer Untersuchung der Schultern sowie der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ein leichtgradiges Halswirbelsäulensyndrom, ein leichtes bis mittelschweres Lendenwirbelsäulensyndrom mit sich daraus ergebendem Funktionsdefizit ohne Zeichen eines peripher-neurogenen Defektes, eine Periarthropathie beider Schultergelenke mit Rechtsbetonung bei weitgehend freier Funktion sowie Senkspreizfüße beidseits festgestellt. Im Vergleich zu den Vorgutachten sei ausschließlich eine leichtgradige Zunahme der Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule in Form des gemessenen Fingerspitzen-Boden-Abstandes und eine unspezifische Periarthropathie beider Schultergelenke festzustellen. Der Kläger sei in der Lage, leichte, kurzfristig mittelschwere Arbeiten mit einem Anteil von zwei bis drei Stunden im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen, in geschlossenen Räumen, durchaus intermittierend im Freien acht Stunden täglich auszuüben und arbeitstäglich eine Wegstrecke von mehr als 500 Meter in 20 Minuten zurückzulegen. Zu vermeiden seien Arbeiten unter Zeitdruck, im Akkord, ausschließliche Arbeiten am Fließband sowie in Wechselschicht und bei Nacht, Arbeiten mit länger dauernder Vorhebehaltung des Oberkörpers, das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie häufiges Bücken, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, bei Kälte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft, Nässe, Lärm, Staub, Gas, Dampf, Rauch und Reizstoffen sowie mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit, Stresstoleranz und Ausdauer.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 20. Dezember 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 10. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Mai 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund seines Antrags vom 20. Oktober 2005 Rente wegen Erwerbsminderung zugewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen und zur Ergänzung des Tatbestands wird im Übrigen auf den Inhalt der Akten der Beklagten, des SG und des Bayer. Landessozialgerichts sowie der vorbereitenden Schriftsätze Bezug genommen. Die Beteiligten erklärten sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -), jedoch nicht begründet.

Die Entscheidung ergeht nach erklärten Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) im schriftlichen Verfahren.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 10. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Mai 2006, mit dem die Beklagte es abgelehnt hat, dem Kläger eine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren. Das SG hat die dagegen erhobene Klage mit Urteil vom 20. Dezember 2006 zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung.

Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. 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 tätig zu sein. Volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte nicht in der Lage sind, unter den sonst gleichen Voraussetzungen mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Bei dem Kläger liegen die medizinischen Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht vor. Zwar ist nach den vom Senat durchgeführten Ermittlungen das berufliche Leistungsvermögen des Klägers bereits eingeschränkt. Er ist aber in der Lage, unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses wenigstens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Beschränkungen des Anmarschweges zur Arbeitsstätte liegen nicht vor, weil er die durchschnittlich erforderlichen Fußwege zurücklegen kann. Dieses berufliche Leistungsvermögen des Klägers ergibt sich vor allem aus den im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. M. und des Dr. L. ... Der Senat schließt sich den schlüssigen und überzeugenden Aussagen in diesem Gutachten an. Durch sie sind im Übrigen das im erstinstanzlichen Verfahren eingeholte Gutachten des Dr. R. und das Gutachten des Dr. S. in den wesentlichen Ergebnissen bestätigt worden.

Dr. R. stellte bei vom Kläger geäußerten diffusen Druck-, Klopff- und Stauchschmerzen im gesamten Wirbelsäulenbereich einen Bandscheibenvorfall C5/6 mit zervikozepalem Syndrom, jedoch ohne Nervenwurzelreiz, außerdem einen L5-Wurzelreiz rechts bei Bandscheibenvorfall L3/4 und L4/5 fest. Wesentliche rentenrelevante Funktionseinschränkungen waren jedoch bei der gutachterlichen Untersuchung nicht festzustellen. Diese ergab eine freie Beweglichkeit im Schulterbereich und im Bereich der Halswirbelsäule. Es zeigte sich ein ausgeprägter Muskelhartspann ohne Myogelosen. Radikuläre oder pseudoradikuläre Reizerscheinungen bestanden nicht. Auch im Bereich der Brustwirbelsäule zeigten sich keine Bewegungseinschränkungen. Ein Muskelhartspann war hier nicht festzustellen. Ebenso

bestand im Bereich der Lendenwirbelsäule eine weitgehend freie Beweglichkeit mit diskretem Muskelhartspann ohne Myogelosen. Neben einer, so der Gutachter, am ehesten zu L5 rechts passenden, radikulären Reizerscheinung waren solche oder auch pseudoradikuläre Reizerscheinungen nicht festzustellen. Das Lasèque-Zeichen wurde beidseits bei 20 Grad schmerzhaft angegeben, außerdem stellte der Gutachter eine Hypästhesie passend zu L5 rechts im Fußbereich fest, allerdings keine Paresen, einen normalen Muskeltonus sowie regelrechte Bewegungsabläufe. Auch die Muskeleigenreflexe waren seitengleich mittelmäßig vorhanden. Die Untersuchung bezüglich von der Wirbelsäule ausgehender Beschwerden ergab somit lediglich Funktionseinschränkungen, die, unabhängig von der Diagnostik, eine zeitliche Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens nicht rechtfertigen können. Die Schmerzsymptomatik, die aufgrund der Bandscheibenschäden besteht, führt zwar aus sozialmedizinischer Sicht zu einer Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule. Dies bedeutet jedoch nicht, dass dem Kläger leichte körperliche Arbeiten von sechs Stunden täglich nicht mehr zuzumuten wären. Aufgrund des sozialmedizinischen Gutachtens des Dr. K. für den MDK nach ambulanter Untersuchung am 24. Januar 2007 sah sich jedoch der Senat veranlasst, den medizinischen Sachverhalt weiter durch Einholung der Gutachten des Dr. M. und des Dr. L. aufzuklären. Dr. K. diagnostizierte bei dem Kläger eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, eine Zervikobrachialgie sowie eine Lumboischialgie. Er führte aus, das Leistungsvermögen des Klägers liege unter drei Stunden täglich. Dieser Leistungseinschätzung kann jedoch aufgrund der überzeugenden Ausführungen der vom Senat beauftragten Sachverständigen nicht gefolgt werden.

Der Kläger gab bei Dr. M. an, er leide unter Schmerzen im Nacken, die zu Kopfschmerzen und oft zu Schwindel führen würden. Er habe einen dreifachen Bandscheibenvorfall. Hier würden die Medikamente, auch in Verbindung mit absoluter Entspannung, helfen. Wenn er zu viel Medikamente einnehme, leide er an Magenschmerzen und Übelkeit. Bei Kopfschmerzen könne er nicht einschlafen. Diese habe er einmal eine Woche lang gar nicht, dann in einer Woche zwei- bis dreimal. Zuletzt habe er am Tag vor der Begutachtung Kopfschmerzen gehabt, vom Nacken her zum Gesicht ausstrahlend. Er habe solche Schmerzen andauernd, nur gestern Abend seien sie sehr stark gewesen. Bezüglich des unteren Teils sei seit 2003 eine Verschlechterung eingetreten. Er habe einen konstanten Schmerz im unteren Bereich, im Iliosakralgelenk, im Becken- und Kreuzbereich. Oft würden beide Beine von den Schmerzen schwach. Es helfe, wenn er sich total entspanne. In dem Moment habe er dann richtig schlechte Laune und wolle seine Ruhe haben. Der dreifache Bandscheibenvorfall im unteren Bereich mit einem vorhandenen Sequester mache ihn fertig. Er leide unter einem Schulter-Armsyndrom rechts, die rechte Hand und der rechte Unterarm würden an-, dann wieder abschwellen. Wenn er z.B. ein Blatt Papier von rechts nach links legen wolle, sage ihm eine innere Stimme, tue das nicht, weil alle Schmerzen stärker würden. Sein Alltag werde durch seine Schmerzen beeinflusst. Was die Schmerzen betreffe, sei er empfindlich.

Dr. M. diagnostizierte ein Halswirbelsäulensyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und Diskusprolaps C5/C6, jedoch ohne neurologisch bedeutsame Ausfälle, ein Lendenwirbelsäulensyndrom bei Diskusprolaps L3/L4 und Spondylolisthesis L4/L5, ebenfalls ohne neurologisch bedeutsame Ausfälle, sowie eine somatoforme Schmerzstörung. Aufgrund dieser Gesundheitsstörungen sind dem Kläger aus nervenärztlicher Sicht Arbeiten in Zwangshaltung und mit Tragen von schweren Lasten sowie Arbeiten Überkopf nicht mehr möglich. Der Kläger ist danach aber in der Lage, leichte Arbeiten, kurzfristig sogar mittelschwere Arbeiten, wechselschichtig ihm Gehen, Stehen und Sitzen sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Zusätzliche Arbeitspausen sind aufgrund der aus diesen Gesundheitsstörungen resultierenden Funktionsstörungen nicht erforderlich. Es bestehen auch keine Hinweise für eine wesentliche Einschränkung des Gleichgewichtssinns, des Verantwortungsbewusstseins, der Gewissenhaftigkeit, der Merkfähigkeit, der Auffassungsgabe, des Konzentrations- und Reaktionsvermögens, der praktischen Anständigkeit und Findigkeit, der Selbstständigkeit des Denkens und Handelns sowie der Umstellungsfähigkeit auf einen anderen Beruf. Eingeschränkt sind lediglich die Ausdauer, die nervliche Belastbarkeit, Stresstoleranz sowie die Leistungsmotivation. Der Kläger ist auch in der Lage, die somatoforme Schmerzstörung mit ärztlicher Hilfe zu überwinden.

Bei der Untersuchung des Klägers bestand ein sehr guter Allgemein- und Ernährungszustand mit guter Muskulatur, das Überkopfausziehen des Unterhemdes gelang flüssig und ohne Bewegungseinschränkungen. Die Schuhe konnten teilweise auf einem Bein stehend und ohne Bewegungseinschränkung ausgezogen werden. Während der dreistündigen Begutachtung waren eine völlig schmerzfreie Haltung des Klägers und keine Bewegungseinschränkungen festzustellen. Der neurologische Befund der Kopf- und Hirnnerven zeigte sich unauffällig, insbesondere war auch keine Schwindelsymptomatik auslösbar und kein Nystagmus festzustellen. Im Schulter-Nackengebiet bestand beidseits eine gut ausgeprägte Muskulatur. Zehenspitzengang und Hackengang waren beidseits ohne Bewegungseinschränkungen gut möglich. Es bestanden keine pathologischen Reflexe. Im Bereich der oberen und unteren Extremitäten bestand keine sensible Störung. Das Lasèque-Zeichen war negativ, der Langsitz war möglich und ein Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik bestand nicht. Insbesondere der gute körperliche Allgemein- und Ernährungszustand mit guter Muskulatur spricht gegen eine höhergradige Schonbedürftigkeit, wie sie der Kläger angegeben hat. Die technischen Zusatzuntersuchungen ergaben Normalbefunde, z.B. keinen Hinweis für zerebrale Funktionsstörungen oder eine peripher-neurogene Schädigung.

Auch aus den hierzu vorliegenden medizinischen Unterlagen ergeben sich keine ausreichenden Hinweise für eine rentenberechtigende Beeinträchtigung des beruflichen Leistungsvermögens des Klägers. So ergab die Untersuchung in der neurochirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikums der Technischen Universität M. am 5. August 2003, dass bei der klinisch-neurologischen Untersuchung kein sicheres sensomotorisches Defizit nachgewiesen werden konnte. Prof. Dr. T. ging von pseudoradikulären Schmerzen im Bereich der Iliosakralgelenke und der Rückenmuskulatur aus. Die Kernspintomographieuntersuchung am 22. September 2003 ergab, dass im Vergleich zur Voruntersuchung ein zystischer Sequester deutlich an Größe abgenommen habe und keine wesentlichen Raumforderungszeichen mehr zu finden waren. Im Zuge des Aufenthalts in der Siemsee-Klinik im Oktober 2003 ist ein unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefund beschrieben. Bei der Myelographie der Lendenwirbelsäule am 4. März 2004 konnte ein in der Voruntersuchung beschriebener Sequester nicht mehr nachgewiesen werden. Die Kernspintomographie der Halswirbelsäule am 15. Juni 2004 ergab einen linksmediolateralen Bandscheibenvorfall bei C6/C7, jedoch ohne Berührung des Myelons und ohne Hinweis für eine Myelopathie. Im Bericht zur medizinischen Rehabilitation vom 19. Oktober 2004 bis 30. November 2004 ist angegeben, dass der Kläger als vollschichtig arbeitsfähig für seinen letzten Beruf als Callcenter-Angestellter sowie für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beurteilt wurde. Auffällig ist, dass sich aus den vorliegenden Befunden überwiegend eine unauffällige klinische Symptomatik ergibt.

Den Leistungseinschätzungen des Neurologen Dr. B. kann nicht gefolgt werden. Dieser wies in seiner Stellungnahme vom 15. November 2006 selbst darauf hin, dass der neurologische und neurotechnische Befund des Sachverständigen Dr. R. korrekt dargelegt wurde und hier keine wesentlichen objektivierbaren Regelwidrigkeiten festzustellen waren. Im Arztbrief vom 25. März 2004 beschrieb Dr. B. einen

unauffälligen neurologischen Befund, wobei er in einem früheren EMG-Befund von einem neurogenen Umbau für L5/S1 mit einer chronischen Wurzelreizung ausging, der durch die Unterlagen selbst nicht belegt ist. Am 31. Juli 2006 berichtete Dr. B. über ein S1-Syndrom sensibel schmerzbezogen beidseits rechtsbetont. Dr. M. konnte aber bei seiner Untersuchung eine entsprechende Symptomatik gerade nicht nachweisen. Auch bei den anderen gutachterlichen Untersuchungen ergab sich hierzu kein Hinweis. In der Elektroneurographie gab auch Dr. B. normale Befunde an. Eine S1-Symptomatik war im Übrigen vier Tage vor diesem Befund des Dr. B. nicht erkennbar. Dem Arztbrief der H.-Klinik ist zu entnehmen, dass bei der klinischen Untersuchung ein differenziertes Gangbild gegeben war, der Einbeinstand beidseits war möglich und es bestand lediglich eine Sensibilitätsstörung im Bereich S1. In der Stellungnahme des Dr. B. zum Gutachten des Dr. S. vom 26. Juni 2006 stellte dieser die fachfremde Diagnose einer schweren depressiven Episode. Eine psychiatrische Behandlung wurde aber nach den Angaben des Klägers bei der Untersuchung durch Dr. M. nicht durchgeführt.

Insgesamt deckt sich die diagnostische Zuordnung und die Leistungsbeurteilung durch Dr. M. mit der des Dr. R., der auf eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden unter dem objektivierbaren Befund sowie eine zunehmende Schmerzentwicklung seit 2003 hinwies. Trotz der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, organisch begründbarer und nachvollziehbarer Schmerzen, wie sie aus degenerativen Veränderungen an der Hals- oder Lendenwirbelsäule herrühren, konnte durch die Begutachtungen ein Auslöser hierfür nicht festgestellt werden. Zutreffend ist, dass unauffällige neurotechnische Befunde nicht gegen das Vorliegen eines chronifizierten Schmerzsyndroms sprechen. Die Stellungnahme des Dr. B. vom 15. November 2006 berücksichtigt jedoch nicht, dass ein Patient, der an einem Schmerzsyndrom leidet, dieses bei einer Untersuchung auch zeigt. Dies war jedoch weder bei der Begutachtung durch Dr. R. noch bei der durch Dr. M. festzustellen. Insgesamt war eher ein Auseinanderklaffen zwischen dem vom Kläger angegebenen Leidensdruck und den Untersuchungsbefunden festzustellen.

Der sozialmedizinischen Beurteilung im Gutachten des Dr. K. vom 24. Januar 2007 kann nicht gefolgt werden. Im neurologischen Untersuchungsbefund ist eine Hypästhesie im Dermatom L5 angeführt. Im Vorgutachten war eine Hypästhesie S1 angegeben worden, wobei Dr. M. bei der Untersuchung keine Sensibilitätsstörungen feststellen konnte. Dr. K. beschrieb einen regelrechten neurologischen Untersuchungsbefund. Er setzte sich nicht mit den aktuell durchgeführten Behandlungsmaßnahmen auseinander, sondern orientierte sich offenbar an denen, die Dr. B. mitgeteilt hatte, die aber das Vorliegen einer schweren chronifizierten Schmerzstörung nicht erklären können. Eine schwere somatoforme Schmerzstörung, wie sie Dr. K. diagnostizierte, führt regelmäßig zu einer Inaktivität. Mit dem guten Allgemein- und muskulären Zustand des Klägers ist diese Feststellung somit nicht vereinbar. Die vorhandenen degenerativen Änderungen an der Hals- und Lendenwirbelsäule mit wiederholt auftretenden Schmerzen begründen für sich keine rentenrelevanten Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens.

Die Begutachtung durch Dr. L. auf orthopädisch-chirurgischem Gebiet bestätigte im Wesentlichen die Leistungseinschätzung des Dr. M. ... Dr. L. diagnostizierte ein nur leichtgradiges Halswirbelsäulesyndrom, ein leichtes bis mittelschweres Lendenwirbelsäulesyndrom mit sich daraus ergebendem Funktionsdefizit, jedoch ohne Zeichen eines peripher-neurogenen Defektes, eine Periarthropathie beider Schultergelenke mit Rechtsbetonung, jedoch bei weitgehend freier Funktion, sowie Senkspitzfüße beidseits. Auch aus orthopädisch-chirurgischer Sicht ist somit der Kläger in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsverhältnisses acht Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die bestehenden Gesundheitsstörungen können durch qualitative Einschränkungen ausreichend berücksichtigt werden. Dr. L. wies wie Dr. M. darauf hin, dass der Kläger sogar kurzfristig mittelschwere Arbeiten ausüben kann, wobei die Arbeiten mit der Möglichkeit zum Wechsel der Ausgangslage von Sitzen, Stehen und Gehen, ohne eine längere dauernde Vorbehaltung des Oberkörpers, ohne das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie häufiges Bücken und vorwiegend in geschlossenen Räumen verrichtet werden sollten. Nicht zumutbar sind darüberhinaus Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten unter Zeitdruck, im Akkord und ausschließliche Arbeiten am Fließband sowie in Wechselschicht und bei Nacht sowie Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die nervige Belastbarkeit, Stresstoleranz und Ausdauer. Auch Dr. L. betonte eine muskelkräftig-athletische und idealgewichtige Statur sowie eine ausgezeichnete körperliche Verfassung. Das Ent- und Bekleiden war nur durch etwas steife Bewegungsabläufe der Gelenke der oberen Extremitäten mit einer Betonung der rechten Schulter gekennzeichnet. Die Wirbelsäule zeigte sich jedoch ausreichend entfaltbar bei balancefähigem Einbeinstand. Der Sachverständige konnte eine kräftigst angelegte Nacken- und lange Rückenstreckmuskulatur unter Ausschluss einer Fehlhaltung feststellen.

Im Vergleich zu den Vorgutachten ist keine wesentliche Änderung der Gesundheitsstörungen des Klägers erkennbar. Es bestand lediglich eine leichtgradige Zunahme der Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule in Form des gemessenen Fingerspitzen-Boden-Abstandes und eine unspezifische Periarthropathie beider Schultergelenke. Das Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule vom 26. Februar 2007 zeigte nach radiologischer Beurteilung vom 7. Dezember 2007 einen nur kleinen Bandscheibenvorfall L4/5 ohne eine Einengung der Neuroforamina. Das Schreiben der H.-Stiftung A. vom 27. April 2007 zum stationären Aufenthalt des Klägers vom 24. April 2007 bis 27. April 2007 hat Dr. L. bei seiner Einschätzung ausreichend berücksichtigt. Das Krankenhaus verneint eine Operationsindikation. Genannt ist eine minimal-invasive Wirbelsäulenthherapie bei chronischem Schmerzsyndrom sowie Hals- und Lendenwirbelsäulesyndrom. Ein sensomotorisches Defizit konnte auch hier ausgeschlossen werden. Vorgeschlagen wurde lediglich, in Eigenregie die erlernte krankengymnastische Übungsbehandlung fortzusetzen.

Ein Anspruch des Klägers auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß [§ 240 SGB VI](#) scheidet schon deshalb aus, weil der Kläger erst 38 Jahre alt ist. Eine Rente nach der Übergangsvorschrift des [§ 240 SGB VI](#) kommt nur in Betracht, wenn ein Versicherter vor dem 2. Januar 1961 geboren ist ([§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)).

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG vom 20. Dezember 2006 war somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung gemäß [§ 193 SGG](#) beruht auf der Erwägung, dass der Kläger mit seiner Klage auch im Berufungsverfahren erfolglos geblieben ist.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved
2008-09-22