

## L 14 R 480/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

14

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 6 R 607/04

Datum

30.05.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 14 R 480/06

Datum

17.06.2010

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zu den medizinischen Voraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30. Mai 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch des Klägers auf Rente wegen Erwerbsminderung bis zum 31. Dezember 2007.

Der 1947 in der Türkei geborene Kläger zog 1972 in das Bundesgebiet zu. Er hat nach eigenen Angaben keinen Beruf erlernt und war hier von 1972 bis zum Januar 1998 als Lagerarbeiter und Staplerfahrer sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend bezog der Kläger mit Unterbrechung durch eine Beschäftigung im April und Mai 1999 bis zum Dezember 2003 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Bei ihm wurden ab 8. März 2001 wegen Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschäden, Spinalkanalstenose, Nervenwurzelreizerscheinungen, Prostatavergrößerung, Entleerungsstörungen der Harnblase und psychovegetativen Störungen ein Grad der Behinderung (GdB) von 30, ab 24. November 2004 ein GdB von 40 und nach Hinzutreten einer Nervenschädigung im rechten Bein ab 1. Juli 2006 ein GdB von 50 sowie das Merkzeichen G anerkannt.

Am 5. Februar 2001 stellte der Kläger erstmals Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung und gab zur Begründung an, er könne aufgrund von Bandscheibenbeschwerden keine Arbeiten mehr verrichten. Die Beklagte ließ den Kläger ambulant durch den Orthopäden Dr. W. begutachten (Gutachten vom 10. Mai 2001). Dabei gab der Kläger als Beschwerden Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein bis zum Kniegelenk sowie Schulternackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm bis zum Kleinfinger an. Der Sachverständige diagnostizierte eine Neigung zu Zervicobrachialgien und Lumboischialgien bei (seit 1995/96 bekannten) Bandscheibenvorfällen C6/7 und L5/S1 rechts ohne neurologische Defizite. Wesentliche Funktionsdefizite stellte er bei der Untersuchung nicht fest. Nach seiner Einschätzung konnte der Kläger noch leichte bis mittelschwere Arbeiten im Wechselrhythmus ohne dauerndes Gehen und Stehen, das Heben

und Tragen von Lasten, Klettern und Steigen auf Leitern und Gerüsten, Zwangshaltungen und häufigem Bücken mindestens sechs Stunden täglich verrichten.

Die Beklagte lehnte den Antrag vom 5. Februar 2001 daraufhin mit der Begründung ab, der Kläger könne noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein (Bescheid vom 1. Juni 2001, Widerspruchsbescheid vom 20. August 2001). Die dagegen zum Sozialgericht Augsburg (SG) erhobene Klage (Az.: S 2 RJ 618/01) nahm der Kläger in einer mündlichen Verhandlung am 11. September 2002 zurück, nachdem der vom SG bestellte Sachverständige Dr. M. in einem orthopädischen Gutachten vom 6. Mai 2002 ebenfalls zu dem Ergebnis gekommen war, dass der ausschließlich über Rückenbeschwerden klagende Kläger leichte bis mittelschwere Arbeiten mit einigen qualitativen Leistungseinschränkungen noch mindestens sechs Stunden

täglich verrichten könne.

Am 8. Januar 2004 beantragte der Kläger erneut eine Rente wegen Erwerbsminderung mit der Begründung, er sei wegen seiner Bandscheibenbeschwerden seit 1997 erwerbsgemindert. Die Beklagte ließ ihn erneut ambulant durch den Orthopäden Dr. W. begutachten (Gutachten vom 15. März 2004). Der Kläger gab bei dieser Untersuchung erneut Kreuzschmerzen (mit Ausstrahlung in das linke und gelegentlich in das rechte Bein mit Gefühlsstörungen) sowie wechselnde Schulterarmschmerzen rechts an. Der Sachverständige diagnostizierte eine Neigung zu Nervenreizerscheinungen bei Mehretagenbandscheibenvorfällen an der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie wechselnde Schulterarmschmerzen rechts bei Bandscheibenverschleiß an der Halswirbelsäule (HWS) und hielt den Kläger weiterhin für fähig, mindestens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein mit der Maßgabe, dass der Kläger nur noch leichte Arbeiten mit den im Vorgutachten beschriebenen qualitativen Einschränkungen verrichten könne.

Daraufhin lehnte die Beklagte auch den Rentenantrag vom 8. Januar 2004 mit der Begründung ab, beim Kläger liege bei einem Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich keine Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit vor (Bescheid vom 5. April 2004). Der nicht näher begründete Widerspruch blieb erfolglos, nachdem die Neurologin und Psychiaterin Dr. W. nach ambulanter Untersuchung des Klägers (Gutachten vom 13. Juli 2004) ebenfalls ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich für leichte Arbeiten festgestellt hatte (Widerspruchsbescheid vom 18. August 2004). Bei dieser Untersuchung gab der Kläger neben den bekannten LWS-Beschwerden auch Nackenschmerzen und Schwindelgefühle bei schnellem Aufstehen, gelegentliche Gefühlsstörungen an der rechten Hand und am rechten Arm und Schmerzen beim Liegen auf der rechten Seite an. Außerdem habe er einen hohen Blutdruck. Die Sachverständige diagnostizierte neben der bekannten Minderbelastbarkeit der LWS wiederkehrende HWS-Beschwerden bei Bandscheibenverschleißerscheinungen ohne neurologische Beeinträchtigungen, einen medikamentös behandelten hohen Blutdruck und Übergewicht. Psychische Auffälligkeiten zeigten sich bei der Untersuchung nicht.

Dagegen hat der Kläger am 20. September 2004 (Eingang beim SG) ohne Angabe einer Begründung Klage erhoben.

Am 20. August 2004 hat sich der Kläger aufgrund einer in diesem Monat eingetretenen Fußheberparese rechts einer Bandscheibenoperation (interlaminäre Fensterung L4/5 rechts) unterzogen. Die Parese wurde hierdurch nicht beseitigt. Während der am 7. September 2004 begonnenen Anschlussheilbehandlung, bei der der Kläger angegeben hat, es sei in den letzten Jahren nur einmalig 2001 und erst wieder Anfang August 2004 zu einer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein gekommen, wurde er vom 15. September 2004 bis 12. Oktober 2004 wegen einer Spondylodiscitis L4/5 erfolgreich stationär behandelt (Entlassungsbericht vom 12. Oktober 2004). Die Entlassung aus der vom 25. Oktober bis 22. November 2004 fortgesetzten Anschlussheilbehandlung erfolgte mit der Angabe eines auf drei bis unter sechs Stunden reduzierten Leistungsvermögens für leichte bis mittelschwere Arbeiten im Wechselrhythmus ohne häufiges Heben oder Tragen schwerer Lasten, häufige Überkopparbeiten oder häufige gebückte Zwangshaltungen (Entlassungsbericht vom 25. November 2004).

Das SG hat einen Befundbericht des behandelnden Internisten H. beigezogen und den Kläger ambulant durch den Neurologen Dr. D. (Gutachten vom 28. Januar 2005) sowie auf Antrag des Klägers durch den ihn behandelnden Orthopäden Dr. N. (Gutachten vom 18. Oktober 2005) begutachten lassen.

Bei der Begutachtung durch Dr. D. hat der Kläger Beschwerden im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in das rechte Bein und eine dauerhafte Gefühlsstörung im rechten Unterschenkel sowie Schmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in den rechten Arm und zeitweisen Gefühlsstörungen in Daumen und Zeigefinger angegeben. Dr. D. hat folgende Diagnose gestellt:

1. Fußheberplegie rechts im Sinne eines Defektsyndroms bei Zustand nach Wurzelkompressionssyndrom L5 rechts nach Bandscheibenvorfall
2. Belastungsabhängiges LWS-Schmerzsyndrom bei Zustand nach Operation eines Bandscheibenvorfalles L4/5 2004
3. Belastungsabhängige HWS-Beschwerden ohne spezifisches radikuläres Defizit
4. Beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts.

Aufgrund der Fußheberlähmung und des belastungsabhängigen LWS- und HWS-Schmerzsyndroms könne der Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten, diese jedoch mehr als sechs Stunden täglich verrichten. Längere Anmarschwege, Arbeiten überwiegend im Stehen, im Sitzen, im Gehen oder in Zwangshaltung, mit häufigem Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, häufigem Bücken, Steigen auf Treppen und Leitern, im Freien oder unter Einwirkung von Kälte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft und Nässe seien dem Kläger nicht mehr zumutbar. Bei Versorgung mit einer Orthese und geeignetem orthopädischen Schuhwerk könne er Strecken von mehr als 500 m in 20 min zurücklegen, wobei die einfache Wegstrecke 1000-2000 m betrage.

Bei der Untersuchung durch Dr. N. hat der Kläger außerdem Kopfschmerzen, verbunden mit Schwindel, Ohrgeräusche rechts stärker als links mit Einschlafstörungen und Schmerzen im rechten Fußgelenk nach 15 min Gehen angegeben. Der Sachverständige hat folgende Diagnosen gestellt:

1. Sensible Wurzelreizerscheinungen rechter Arm bei HWS-Bandscheibenerkrankung und degenerativen Veränderungen
2. Nackenkopfschmerzen bei degenerativer HWS-Erkrankung
3. Chronisches LWS-Schmerzsyndrom mit Nervenwurzelreizerscheinungen, ständige Muskelschmerzen
4. Fallfuß rechts, Gefühlsstörung im rechten Fuß und Unterschenkel
5. Nervenwurzelreizerscheinungen an der LWS bei Zustand nach Bandscheibenoperation L4, Bandscheibenvorfall L3 und Bandscheibendegeneration L5.

Die LWS-Befunde hätten sich seit Februar 2001 kontinuierlich und durch einen Bandscheibenvorfall L4 am 6. August 2004 abrupt verschlechtert. Der Kläger könne aufgrund einer schmerzbedingten Belastungsunfähigkeit der LWS und HWS mit Auswirkungen auf den Schultergürtel und die rechte Hüftregion, Kopfschmerzen, Tinnitus und Gefühlsstörungen schon seit Antragstellung im Februar 2001 nicht mehr erwerbstätig sein. Es bestehe kein positives Leistungsvermögen mehr. Die einfache Wegstrecke betrage circa 500 m.

Das SG hat anschließend ein orthopädisches Gutachten des Orthopäden und Neurochirurgen Dr. G. vom 4. Januar 2006 aus dem Verfahren

S 9 SB 511/05 beigezogen. Dieser Sachverständige hat auf orthopädischem Fachgebiet ein Postnukleotomiesyndrom der LWS mit deutlicher Schmerzsymptomatik und neurologischen Defiziten sowie ein HWS-Syndrom ohne neurologische Defizite diagnostiziert und ausgeführt, durch die Fußheberlähmung rechts werde die Gehfähigkeit des Klägers eingeschränkt. Der Kläger könne aber übliche Fußwege von 2 km in 30 min zurücklegen.

Auf die Ladung zur mündlichen Verhandlung hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers einen Arztbrief des Neurochirurgen Dr. H. vom 16. Mai 2006 vorgelegt mit den Verdachtsdiagnosen eines Rezidivprolaps L4/5 rechts sowie einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom und der Angabe, der Kläger sei in jedem Fall chronischer Schmerzpatient im Sinne der WHO-Definition, wobei die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft seien, und beantragt, den Termin aufzuheben.

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 30. Mai 2006, zugestellt am 4. Juli 2006). Es hat zur Begründung insbesondere ausgeführt, nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. D. liege beim Kläger noch ein Restleistungsvermögen von sechs Stunden und mehr für leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vor. Dieses Ergebnis werde durch das orthopädische Gutachten von Dr. W. vom 15. März 2004, das nervenärztliche Gutachten von Dr. W. vom 13. Juli 2004 und das beigezogene orthopädische Gutachten des Dr. G. vom 4. Januar 2006 bestätigt. Dagegen könne das Gericht dem Gutachten des Sachverständigen Dr. N. nicht folgen. Schon seine Annahme, beim Kläger liege bereits seit Februar 2001 ein aufgehobenes Leistungsvermögen vor, sei durch die nach diesem Zeitpunkt eingeholten Gutachten von Dr. W. (10. Mai 2001 und 15. März 2004), Dr. M. (6. Mai 2002) und Dr. W. (13. Juli 2004) widerlegt. Möglich erscheine daher nur ein Absinken des Leistungsvermögens auf unter sechs Stunden nach dem erneuten Bandscheibenvorfall im August 2004. Dies werde vom Sachverständigen jedoch nicht überzeugend dargelegt. Aus dem Attest des Dr. H. ergebe sich nichts anderes. Die Einholung eines weiteren orthopädischen Gutachtens sei deshalb nicht erforderlich. Aufgrund der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerarbeiter und Staplerfahrer sei der Kläger subjektiv auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar. Eine konkrete Verweisungstätigkeit müsse nicht benannt werden. Dies gelte auch bei mangelnder Sprachkenntnis und Analphabetismus. Diesen mangelnden Fertigkeiten komme allenfalls bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen Bedeutung zu. Eine solche liege jedoch nicht vor. Der Kläger habe daher keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit.

Mit der am 13. Juli 2006 (Eingang bei Gericht) eingelegten Berufung begehrt der Kläger weiterhin die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung haben die Prozessbevollmächtigten des Klägers insbesondere vorgetragen, der Sachverständige Dr. N. habe seine von den Vorgutachten abweichende Leistungsbeurteilung eingehend begründet. Er sei zu dem Ergebnis gekommen, dass die im Rentenverfahren gestellten Diagnosen nicht zutreffend gewesen seien, weil die neurologischen Defizite, ein Facettensyndrom als wesentliche Schmerzursache und ausgeprägte Muskelreizerscheinungen der LWS sowie Nackenkopfschmerzen nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Auch habe Dr. N. ausgeführt, dass aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten eine Verweisung des Klägers schwierig sein dürfte. Gleiches gelte wegen des fortgeschrittenen Alters des Klägers. Im Übrigen sei auf die vorliegende Wegeunfähigkeit des Klägers zu verweisen.

Seit 1. Januar 2008 bezieht der Kläger von der Beklagten aufgrund eines Antrags vom 3. September 2007 Altersrente für schwerbehinderte Menschen (Bescheid vom 12. November 2007).

Auf Antrag des Klägers hat der Senat ihn ambulant durch den behandelnden Neurologen und Psychiater Dr. D. begutachten lassen (Gutachten vom 21. Oktober 2008). Bei der dortigen Untersuchung hat der Kläger angegeben, er habe chronische Schmerzen im unteren LWS-Bereich mit Einstrahlung in das rechte Bein und Schmerzen im Prostatabereich, seit der Operation 2004 leide er unter einer Fußheberschwäche rechts, Schmerzen im rechten Armbereich und im Schulternackebereich sowie einer Ermüdbarkeit des rechten Armes und Schwächeerleben, er habe wegen der Schmerzen Schlafstörungen, sei antriebslos, depressiv und lustlos. Der Sachverständige hat eine leichte Funktionsbehinderung der HWS und LWS sowie eine endgradige Hüftgelenksaffektion bei Außenrotation beidseits festgestellt. Mit Ausnahme der bekannten Fußheberparese rechts und angegebener Gefühlsstörungen am rechten Bein und Fuß sowie einem positiven Lasègue fanden sich bei der neurologischen Untersuchung keine nennenswerten Auffälligkeiten. Ein Tinnitus wurde verneint. Im psychischen Befund hat der Sachverständige den Kläger, mit dem nach seinen Angaben keine wesentlichen Verständigungsschwierigkeiten bestanden, als einfach strukturierte Persönlichkeit beschrieben, deren Selbstwertgefühl durch den Verlust des Arbeitsplatzes verloren gegangen sei. Daraus resultierend hätten sich konversionssymptomatisch zunehmend körperliche Beschwerden an der HWS und LWS entwickelt. Inzwischen sei der Kläger ausgeprägt depressiv fixiert, wobei die geschilderten Beschwerden von ihm adäquat erlebt würden. Durch die Fußheberparese sei für ihn ein vorzeigbarer demonstrativer Nachweis einer völligen Leistungsunfähigkeit gegeben. Eine psychotherapeutische Behandlung sei aufgrund der einfachen Charakterstruktur nicht möglich und eine medikamentöse Behandlung erfolglos geblieben. Die Gedächtnisleistung sei altersentsprechend.

Dr. D. hat folgende Diagnosen gestellt:

1. Zustand nach Diskopathie-OP L4/5 mit komplettem Fibularisausfall rechts, Fußheberparese und Schmerzdynamik im Operationsareal betont L5
2. Zustand nach Diskopathie-OP C6 rechts mit Restreizschmerz bei leichter Narbenbildung rechts entsprechend dem Versorgungsareal des nervus radialis
3. Zustand nach Prostata-OP mit Schmerzdynamik
4. Dysthymie
5. Neurotische konversions- beziehungsweise psychosomatische Erkrankungsneigung
6. Überwertige Schmerz- und Beschwerdeausprägung

Dem Kläger seien bereits seit der Operation 2004 auch leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus aufgrund seiner erheblichen Fixierung nur noch weniger als drei Stunden täglich möglich. Seit 1999 bestünden zunehmende Ausweichtendenzen mit neurotischer Entwicklung, die sich durch Operationen 2004 (LWS), 2007 (Prostata) und 2008 (HWS) verstärkt hätten. Körperlich seien Tätigkeiten einfacher Art möglich. Ausgeschlossen seien das Heben und Tragen mittelschwerer oder schwerer Lasten, Arbeiten an laufenden Maschinen oder Fließband, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, dauerndes Gehen oder Stehen, häufiges Bücken, Zeitdruck oder besondere Anforderungen an die Fingerfertigkeit. Eine wesentliche Merk- oder Konzentrationsminderung bestehe nicht. Für Wegstrecken von viermal 500 m pro Tag liege noch eine ausreichende Belastungsfähigkeit vor. Eine Besserung sei nicht zu erwarten.

Der ärztliche Dienst der Beklagten hat hierzu in einer Stellungnahme vom 28. November 2008 ausgeführt, dass bei der Begutachtung durch Dr. W. im Juli 2004 keine nennenswerte depressive Verstimmung vorgelegen habe. Der psychische Befund sei unauffällig gewesen. Auch anlässlich der Untersuchung durch Dr. D. im Oktober 2008 sei keine nennenswerte depressive Verstimmung beschrieben worden. Den früheren Berichten des Sachverständigen (vom 22. Mai 2003, 10. Oktober 2003, 3. Februar 2004 und 29. Juni 2004), die lediglich neurologische Befunde enthalten, und dem Entlassungsbericht vom 20. September 2004 sei kein krankhafter psychopathologischer Befund zu entnehmen. Rückblickend könne somit keine quantitative Leistungsminderung festgestellt werden.

Die Prozessbevollmächtigten des Klägers haben eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. D. vom 16. März 2009 sowie einen Arztbrief des Urologen Dr. M. vom 28. November 2005 vorgelegt. Dem Arztbrief des Dr. M. ist zu entnehmen, dass die Prostata-Operation nicht - wie von Dr. D. angenommen - 2007, sondern bereits im November 2005 erfolgt ist. Dr. D. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, beim Kläger sei bereits 2004 ein zweimaliger Hörsturz mit nachfolgendem Tinnitus bei zunehmender Chronifizierung aufgetreten. Diese Beschwerden seien als eindeutige psychosomatische Kennzeichen einer konversions- beziehungsweise psychosomatischen Erkrankungsneigung zu werten. Entsprechende ambulante Therapien seien beim HNO Arzt durchgeführt worden. Eine völlige Herauslösung aus der bestehenden Symptomatik sei nicht mehr gelungen. Für diesen Zeitpunkt sei bereits eine Dysthymie deutlich gewesen. Dass Dr. H. und Dr. G. später (2006) fachfremd psychovegetative Beschwerden oder Ähnliches hätten erkennen können, spreche eher für eine bereits deutliche Symptomatik. Vom Kläger selbst seien depressive Symptome als körperliche Beschwerden erlebt worden. Dass in den Unterlagen eine entsprechende Auflistung nicht vorliege, sei eher der Untersuchungsintensität beziehungsweise dem mangelnden psychodynamischen Einbindungsverständnis der untersuchenden Ärzte zuzurechnen.

Der Kläger hat auf Nachfrage mitgeteilt, es könnten auch über die behandelte Hausärztin Dr. H. keine Angaben dazu gemacht werden, wann die Hörstürze eingetreten seien. Er hat für die Zeit seit 2004 als behandelnde HNO-Ärzte Dr. T. und Dr. C. angegeben und mitgeteilt, dass Dr. T. nicht mehr praktiziere und von ihr keine konkrete Stellungnahme mehr zu erhalten sei. Einem von ihm vorgelegten Arztbrief der Dr. T. vom 28. Januar 2005 mit den medizinischen Diagnosen Hochtonschwerhörigkeit beidseits, Tinnitus beidseits, HWS-Syndrom und Cerumen obturans mit Begleitotitis ist zu entnehmen, dass der Kläger sich dort zur Abklärung eines Schwindels vorgestellt und angegeben hat, er leide seit der LWS-Operation unter Schwindel und beidseitigem Tinnitus. Weiter wird beschrieben, dass es dem Kläger bei einer Kontrolluntersuchung Mitte Januar 2005 deutlich besser gehe, der Schwindel aber noch nicht ganz abgeklungen sei.

Der Senat hat Befundberichte von der Psychiaterin Dr. E., Dr. D. und Dr. C. beigezogen. Danach befand sich der Kläger seit 1997 wegen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei Dr. E. in Behandlung, wobei nach dem ausführlichen Bericht psychopathologisch im Wesentlichen nur eine Einengung des Gedankengangs auf "die Problematik" und eine Grübelneigung sowie Schlafstörungen bestanden haben. Der Kläger hat sich dort in der Zeit seit 2002 im Oktober 2002 (einmal in reaktiv deprimierter Stimmung), Juni 2005 (drei mal), Juli 2005 (drei mal), August und September 2005 (je einmal), November und Dezember 2005 sowie Januar 2006 (je zwei mal) - jeweils wegen Belastung durch die Folgen der LWS-Operation und eine Inhaftierung des Sohnes -, März 2006 (einmal wegen emotionaler Belastung durch Krankheit der Ehefrau) und erneut ab April 2009 vorgestellt. Erstmals im April 2009 hat Dr. E. ergänzend die Diagnose einer Dysthymie und eines Tinnitus gestellt. Eine wesentliche und anhaltende Befundveränderung hat Dr. E. nicht bestätigt. Zu Hörstürzen konnte sie auf Nachfrage keine Angaben machen. Dr. D. hat den Kläger von Februar 2002 bis Oktober 2007 sowie erneut ab Mai 2008 wegen eines HWS-Syndroms mit Bandscheibenvorfällen C5 bis Th1 sowie eines chronifizierten L4/L5-Syndroms behandelt. Hinweise auf psychiatrische Befunde und Diagnosen sind seinem Befundbericht nicht zu entnehmen. Bei Dr. C. war der Kläger seit Dezember 2007 wegen einer Sinusitis in Behandlung. Aufgrund einer mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit beidseits wurde die Indikation für eine Hörgeräteversorgung gestellt. Hinweise auf die Behandlung eines Tinnitus enthält der Bericht nicht.

Auf die Mitteilung des Senats, dass eine erneute Begutachtung des Klägers nicht beabsichtigt sei, haben die Prozessbevollmächtigten des Klägers um eine Entscheidung nach Aktenlage gebeten. Die Beklagte hat sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Prozessbevollmächtigten des Klägers beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 30. Mai 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 5. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Rente wegen Erwerbsminderung ab Antragstellung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten der Beklagten und des SG sowie die Akten des ZBFS, Region Schwaben, beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Entscheidung ergeht mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 144 Abs. 2 SGG](#)).

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 5. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2004, mit dem es die Beklagte abgelehnt hat, dem Kläger aufgrund seines Antrags vom 8. Januar 2004 Rente wegen voller oder teilweise Erwerbsminderung oder Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu zahlen. Das SG hat die dagegen erhobene Klage mit Urteil vom 30. Mai 2006 zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit

Der Anspruch des Klägers richtet sich nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung ([§ 300 Abs. 1 SGB VI](#)), wobei ein solcher Anspruch aufgrund der Bewilligung von Altersrente ab 1. Januar 2008 nicht mehr in Betracht kommt ([§ 34 Abs. 4 SGB VI](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung haben Versicherte, wenn sie

1. voll oder teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. 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, bei voller Erwerbsminderung mindestens drei Stunden täglich, erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1, Abs. 2 S. 1](#) und 2 SGB VI).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen auch Versicherte, die

1. vor dem 2. Januar 1961 geboren und
2. berufsunfähig sind.

Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 240 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, 2](#) und 4 SGB VI).

Zwar hat der Kläger aufgrund der von ihm bis zur Antragstellung 2004 zurückgelegten Versicherungszeiten sowohl die allgemeine Wartezeit als auch die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Bei ihm liegt jedoch weder eine volle oder teilweise Erwerbsminderung noch eine Berufsunfähigkeit vor.

Das Leistungsvermögen des Klägers wird im Wesentlichen durch die von ihm seit den neunziger Jahren geklagten Beschwerden an LWS und HWS mit rezidivierenden Ausstrahlungen in das rechte Bein und den rechten Arm sowie seit August 2004 durch eine Fußheberschwäche rechts beeinträchtigt. Nach dem Ergebnis der seit 2001 im Verwaltungsverfahren und im gerichtlichen Verfahren wiederholt durchgeführten Begutachtungen schränken diese Gesundheitsstörungen das Leistungsvermögen des Klägers zwar in qualitativer Hinsicht ein, so dass der Kläger inzwischen nur noch leichte Arbeiten im Wechselrhythmus verrichten kann. Unter Beachtung weiterer qualitativer Einschränkungen ist er aber noch in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Verlauf der orthopädischen Erkrankungen, der durch zahlreiche Arztberichte, Befundberichte und Befunderhebungen durch die Sachverständigen eingehend dokumentiert ist.

Nach den bis in das Jahr 1995 zurückreichenden medizinischen Unterlagen, die bereits Gegenstand des ersten, im Jahr 2001 eingeleiteten Rentenverfahrens waren, wurden beim Kläger im Januar 1995 anlässlich geklagter Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen rechts eine Bandscheibenprotrusion C4/5, ein Bandscheibenvorfall C5/6 und eine Retrospondylose C7 sowie eine Wurzelreizung C6 festgestellt. Im März 1996 gab der Kläger außerdem eine Taubheit der Finger 1-3 an. Im selben Monat wurde aufgrund seit einigen Tagen bestehender Rückenschmerzen eine Lumboischialgie bei Bandscheibenschaden L5/S1 diagnostiziert und im September 1998 bei Angabe seit über eineinhalb Jahren bestehender rezidivierender Zervicobrachialgien rechts mit Schmerzverstärkung im Liegen und bei Kopfseitbeugung sowie rezidivierender Parästhesien an den Fingern 3-5 rechts der Bandscheibenvorfall C6/7 als Bandscheibenvorfall C7/Th1 neu lokalisiert. Bei der Untersuchung im September 1998 fand sich eine endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS vor allem bei Rotation nach rechts mit Ausstrahlung in den rechten Arm bis in die Finger 3-5. Bei der ersten Untersuchung durch den Orthopäden Dr. N. im Juli 1999 gab der Kläger dann an, bereits seit sechs Jahren unter Halswirbelsäulen-Beschwerden rechts mit Ausstrahlung bis in die Finger der rechten Hand zu leiden. Die HWS war damals frei beweglich, die oberen Extremitäten waren neurologisch ohne Befund. In einem Brief an das Versorgungsamt A-Stadt gab Dr. N. im Juli 1999 ohne nähere Befundangaben außerdem ein chronisches Lumbalsyndrom bei Diskopathie L5 an. Im selben Monat erfolgte eine Untersuchung durch den Neurologen und Psychiater Dr. D., bei der der Kläger ein seit eineinhalb Jahren bestehendes Schulter-Arm-Syndrom rechts mit Ausstrahlung in den rechten Arm angab. Dr. D. diagnostizierte damals einen chronischen C8-Wurzelreiz und ein leichtes C8-Drucksyndrom mit sekundärer Sulkus-ulnaris-Symptomatik ohne eindeutige Diskopathie. Angaben zu LWS-Beschwerden wurden damals nicht gemacht. Erst im September 1999 stellte sich der Kläger bei Dr. D. wegen einer seit drei Wochen bestehenden Verstärkung eines LWS-Syndroms mit Ausstrahlung in das rechte Bein vor. Dr. D. diagnostizierte eine Wurzeldruckschädigung L4/5 mit motorischen Ausfällen L5 und sensiblen Ausfällen L4. Kurz darauf erfolgte vom 23. September bis 6. Oktober 1999 eine stationäre Behandlung des Klägers wegen Bandscheibenvorfall L4/5 und L5/S1, Bandscheibenprotrusion L3/4 und C8-Wurzelreizsyndrom. Die Untersuchung bei Aufnahme zeigte eine Reihe pathologischer Befunde (Lasègue rechts bei 80° positiv, Gefühlsstörung in Dermatome L4, Patellasehnenreflex und Achillessehnenreflex rechts nicht auslösbar). Es erfolgte eine intensive physikalische Therapie sowie eine Neuraltherapie mit deutlicher Besserung der Beschwerden. Im April 2000 berichtet der Kläger Dr. D. erneut über seit drei Wochen bestehende LWS-Beschwerden mit Einstrahlung in das rechte Bein bei einem rechts ab 70° positiven Lasègue und fehlendem Achillessehnenreflex rechts sowie über eine gute Rückbildungstendenz. Eine computertomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule ergab einen gegenüber den Vorbefunden unveränderten Zustand. Im Juli 2000 gab der Kläger gegenüber Dr. D. erneut eine seit einer Woche bestehende Ausstrahlung der LWS-Beschwerden in das rechte Bein an. Eine MR-tomographische Untersuchung der Halswirbelsäule ergab im Dezember 2000 einen gegenüber den Voruntersuchungen unveränderten Zustand. Auch im Januar 2001 berichtete der Kläger Dr. D. über seit mehreren Wochen bestehende ausstrahlende LWS-Beschwerden. MR-tomographisch fand sich eine Bandscheibenprotrusion L 2/3. Im Übrigen waren die Befunde unverändert.

Bei der Begutachtung durch Dr. W. im Mai 2001, bei der der Kläger weiterhin Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein sowie Schulternackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm angab, zeigte sich eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule und nur geringe Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule bei im Wesentlichen unauffälligen neurologischen Befunden. Dr. W. diagnostizierte dementsprechend lediglich die bekannten Zervicobrachialgien und Lumboischialgien bei ebenfalls beaktem Bandscheibenvorfall C6/7 und L5/S1, aktuell ohne neurologische Defizite. Aufgrund der Wirbelsäulensymptomatik schloss der Sachverständige die Verrichtung schwerer Arbeiten sowie Tätigkeiten mit dauerndem Gehen und Stehen, dem Heben und Tragen von Lasten, dem Klettern und Steigen auf Leitern und Gerüsten sowie mit Zwangshaltungen und häufigem Bücken aus. Anhaltspunkte für eine zeitliche Leistungseinschränkung fand der Sachverständige dagegen nicht. Zum selben Ergebnis führte die im April 2002 nach vorübergehend verschlimmelter Beschwerdesymptomatik (stationäre Behandlung von 28. Juni bis 20. Juli 2001 wegen LWS-Beschwerden, erneute Behandlung durch Dr. N. im Mai 2002 wegen seit zwei Wochen bestehender Schmerzen an der HWS mit Ausstrahlung) durchgeführte orthopädische Begutachtung durch den Sachverständigen Dr. M ... Obwohl nunmehr auch im Bereich L 2/3 anstelle einer Protrusion ein Bandscheibenvorfall festzustellen war, geben weder die Beschwerdeangaben des Klägers noch die vom Sachverständigen erhobenen Befunde Anhaltspunkte für eine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Beschwerden des Klägers. Am HWS und LWS fanden sich nur leichte Funktionseinschränkungen. Mit Ausnahme eines angegebenen Taubheitsgefühls im linken Unterschenkel war der neurologische Befund unauffällig. Dr. M. hat unter Berücksichtigung der Befundveränderung im Bereich L 2/3 nachvollziehbar beim Kläger ein noch mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Arbeiten festgestellt und - ergänzend zu den bereits von Dr. W. genannten qualitativen Einschränkungen - lediglich dauerhaft mittelschwere Arbeiten sowie Akkordarbeit am Fließband ausgeschlossen und festgehalten, dass eine psychische Beeinträchtigung weder vom Kläger angegeben noch bei der Untersuchung festgestellt worden ist.

Diese Befundlage hat sich in der Folgezeit bis zum August 2004 nicht wesentlich dauerhaft verändert. Auch der behandelnde Orthopäde Dr. N. hat in seinem Befundbericht vom Februar 2004 für die Beklagte für die Zeit ab 1999 zwar eine zunehmende Verschlechterung in den letzten drei Monaten angegeben, hierzu jedoch keine konkreten Befunde genannt. Arztbriefe von Dr. D. vom Mai 2003, Oktober 2003 und Februar 2004 bestätigen das rezidivierende Auftreten der bekannten L4/5-bezogenen LWS-Beschwerden. Auch MR-tomographisch fand sich im Oktober 2003 unter Berücksichtigung des bereits von Dr. M. festgestellten Bandscheibenvorfalles L2/3 keine Befundveränderung. Die erneute Begutachtung durch Dr. W. im März 2004, bei der der Kläger nunmehr eine verstärkte Ausstrahlung der LWS-Beschwerden in das linke Bein angab, ergab erneut eine nur geringe Funktionseinschränkung der LWS und HWS bei weit gehend unauffälligen neurologischen Befunden. Dr. W. schloss aufgrund der gegenüber seiner Vorbegutachtung vom Mai 2001 verschlechterten radiologischen LWS-Befunde nunmehr auch mittelschwere Arbeiten aus, kam im Übrigen aber nachvollziehbar zu der Feststellung, dass der Kläger weiterhin sechs Stunden und mehr leichte Tätigkeiten mit den bereits bekannten qualitativen Leistungseinschränkungen verrichten kann.

Erst durch die im August 2004 eingetretene Fußheberparese rechts, die auf eine im Juni 2004 MR-tomographisch bestätigte Verstärkung des Bandscheibenvorfalles L4/5 zurückging und Anlass zu der noch im August 2004 durchgeführten Operation in diesem LWS-Segment gab, ist eine richtungweisende Verschlimmerung des Beschwerdebild eingetreten, da durch diese Operation die Fußheberparese rechts nicht beseitigt werden konnte. Weitere wesentliche Befundveränderungen haben sich bei der nachfolgenden Begutachtung durch den Neurologen Dr. D. im Januar 2005 dagegen nicht ergeben. Der Kläger gab gegenüber Dr. D. weiterhin LWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in das rechte Bein sowie HWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in den rechten Arm an, wobei die HWS frei beweglich war und sich mit Ausnahme der Fußheberlähmung, der bekannten Gefühlsstörungen und eines verstärkten Lasège rechts erneut ein weit gehend unauffälliger neurologischer Befund zeigte. Nachdem die aufgrund der Fußheberlähmung bestehende Gehbehinderung durch orthopädisches Schuhwerk und eine Orthese gut ausgeglichen werden kann, hat auch Dr. D. nachvollziehbar ein mindestens sechsstündiges Leistungsvermögens des Klägers für leichte Tätigkeiten bestätigt, wobei er ergänzend zu den bereits von den Vorgutachtern genannten qualitativen Leistungseinschränkungen Arbeiten überwiegend im Freien, unter Einwirkung von Kälte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft und Nässe ausgeschlossen und aufgrund der Fußheberparese eine Beschränkung der Wegefähigkeit auf 1000-2000 m angenommen hat.

Diese Leistungseinschätzung wird, wie das SG in seinem Urteil zutreffend ausgeführt hat, durch die bei der späteren Begutachtung durch Dr. N. im Oktober 2005 erhobenen Befunde nicht infrage gestellt. Zwar hat der Kläger bei dieser Untersuchung auch Kopfschmerzen verbunden mit Schwindel sowie erstmals Ohrgeräusche beidseits mit Einschlafstörungen und Schmerzen im rechten Fußgelenk angegeben, doch lassen die vom Sachverständigen hierzu erhobenen Befunde diesbezüglich keine wesentliche weitere Einschränkung des Leistungsvermögens erkennen. Befundangaben oder Angaben über eine gezielte längere Behandlung des Klägers wegen Kopfschmerzen und Schwindel oder über eine wesentliche Beeinträchtigung des Klägers durch den von ihm als seit der Operation 2004 bestehend angegebenen Tinnitus sind den ärztlichen Unterlagen und den Angaben des Sachverständigen Dr. N. nicht zu entnehmen. Vorgelegt wurde lediglich ein Arztbrief der HNO-Ärztin Dr. T. über eine Konsiliaruntersuchung im Januar 2005. Der den Kläger seit Dezember 2007 behandelnde HNO-Arzt Dr. C. hat in seinem Befundbericht von September 2009 lediglich über eine Behandlung wegen Sinusitis mit Kopfschmerzen und Schwerhörigkeit (Indikation zur Hörgeräteversorgung) berichtet. Eine Behandlung wegen sonstiger Kopfschmerzen, Schwindel oder Tinnitus erfolgte dort nicht. Auch hat der Kläger selbst weder anlässlich der nach der Operation 2004 durchgeführten Anschlussheilbehandlung noch gegenüber Dr. W. oder Dr. D. einen Tinnitus erwähnt und diesen gegenüber Dr. D. später sogar verneint. Dem Gutachten des Sachverständigen Dr. N. ist auch nicht zu entnehmen, dass diesen Gesundheitsstörungen für die Leistungsbeurteilung wesentliche Bedeutung zukäme. Er hat Schwindel und Tinnitus nicht näher gewürdigt, die vom Kläger angegebenen Kopfschmerzen als Folge der HWS-Beschwerden angesehen und im übrigen bei seiner Leistungsbeurteilung in erster Linie auf die rezidivierenden neurologischen Defizite und ein Facettensyndrom als wesentliche Ursache der Rückenschmerzen des Klägers abgestellt. Eine nachvollziehbare Begründung für die von den Vorbegutachtungen erheblich abweichende, eine völlige Leistungsunfähigkeit (unter drei Stunden täglich) des Klägers bereits Februar 2001 attestierende Leistungsbeurteilung hat der Sachverständige, der bei bestehender Fußheberparese und angegebenen Beschwerden im Fußgelenk Wegstrecken von 500 m noch für zumutbar hielt, indessen nicht gegeben. Er hat vielmehr zutreffend darauf hingewiesen, dass die beim Kläger feststellbaren Wirbelsäulenbeschwerden in unterschiedlicher Ausprägung bereits seit den neunziger Jahren bestehen. Eine - mit Ausnahme der Fußheberparese - wesentliche Veränderung der Befunde hat der Sachverständige für die Folgezeit nicht dargelegt. Er geht vielmehr davon aus, dass bereits aufgrund der damaligen Wirbelsäulenbeschwerden eine dauerhafte Leistungsunfähigkeit vorgelegen hat. Insoweit liegt lediglich eine andere, medizinisch jedoch nicht nachvollziehbar begründete Beurteilung der aus den unstrittig vorhandenen Gesundheitsstörungen resultierenden Leistungseinschränkungen vor. Auch dem vom SG beigezogenem späteren Gutachten des Sachverständigen Dr. G. im dortigen Schwerbehindertenverfahren sind keinen Befunde zu entnehmen, die die Leistungseinschätzung des Sachverständigen Dr. N. stützen würden. Vielmehr bestätigt Dr. G. insbesondere, dass der Kläger übliche Fußwege von 2 km in 30 min zurücklegen kann, so dass eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Wegefähigkeit auch nach diesem Gutachten nicht anzunehmen

ist.

Auch auf psychiatrischem Fachgebiet liegen dem Kläger keine Gesundheitsstörungen vor, die zu einer Einschränkung seines zeitlichen Leistungsvermögens führen. Erste Hinweise auf psychosomatische Beschwerden des Klägers finden sich in einem Arztbrief des Nervenarztes Dr. B. vom März 2000, in dem er eine neurasthenische Schlafstörung mit Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen diagnostiziert. Er berichtet darin auch über eine offenbar nur 1995 erfolgte frühere Behandlung wegen eines depressiven Syndroms und psychischer Minderbelastbarkeit. Im psychopathologischen Befund beschreibt er den Kläger als bewusstseinsklar, in Kontaktverhalten adäquat, in Stimmung, Antrieb und mnestischen Funktionen ungestört. Im September 2000 stellte sich der Kläger erneut in der Praxis vor und berichtete über Kraftlosigkeit und einen feinschlägigen Tremor. Diagnostiziert wurde ein depressiver Erschöpfungszustand mit funktionellem Tremor. Alle neurologisch-klinischen und neurophysiologischen Untersuchungen waren regelrecht. 2002 begab sich der Kläger (nach früheren Behandlungen 1996 und 1998) dann in die Behandlung der Psychiaterin Dr. E., bei der er allerdings nur sporadisch in den Jahren 2002, 2005, 2006 (und erneut 2009) wegen einer Anpassungsstörung in Behandlung war. Dem ausführlichen Befundbericht der Dr. E. vom September 2009 sind indes keine schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen des Klägers zu entnehmen. Insbesondere werden durchgehend Störungen der Auffassung und der Mnestik sowie Phobien, Zwänge oder Ängste oder eine Störung der Psychomotorik und des Antriebs ausdrücklich verneint. Konzentrationsstörungen werden nur anlässlich einer Untersuchung vom Juni 2005 angegeben, im Übrigen aber durchgehend verneint. Als pathologische Befunde finden sich lediglich Angaben über eine reaktiv deprimierte Stimmung, Schlafstörungen, Grübelneigung und einmalig 2005 eine Affektinkontinenz, wobei die einzige länger dauernde Behandlung 2005/06 offenbar nicht wegen der Belastung des Klägers durch seine körperlichen Beschwerden, sondern durch eine von ihm als ungerechtfertigt empfundene Inhaftierung seines Sohnes erfolgte. Zwischen April 2006 und April 2009 erfolgte danach keine weitere Behandlung.

Die bereits im Widerspruchsverfahren im Juli 2004 durchgeführte neurologisch-psychiatrische Begutachtung durch Dr. W. hat ebenfalls keine Hinweise auf eine psychisch bedingte zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens ergeben. Der Kläger hat bei dieser Begutachtung neben den bereits bekannten LWS- und HWS-Beschwerden auch über Nackenschmerzen mit Schwindelgefühl bei schnellem Aufstehen und Schmerzen beim Liegen auf der rechten Seite berichtet. Wesentliche psychische Auffälligkeiten konnte die Sachverständige jedoch nicht feststellen. Sie beschrieb die Stimmung als ausgeglichen, die Schwingungsbreite als regelrecht bei einer gewissen Grübelneigung im Hinblick auf die bestehenden Wirbelsäulenbeschwerden. Antrieb und Psychomotorik waren regelrecht. Kognitive oder mnestische Funktionsstörungen fanden sich auch bei ihrer Untersuchung nicht. Damit entspricht der von ihr erhobene Befund den von Dr. E. im Rahmen der mehrjährigen Behandlung getroffenen Feststellungen. Einschränkungen des beruflichen Leistungsvermögens lassen sich hieraus mit Ausnahme der Vermeidung besonderen Zeitdrucks nicht ableiten.

Auch das im Berufungsverfahren auf Antrag des Klägers eingeholte Gutachten des Sachverständigen Dr. D. ist nicht geeignet, eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens beim Kläger zu begründen. Zwar führt der Sachverständige darin aus, beim Kläger bestünden bereits seit 1999 zunehmende Ausweichtendenzen mit neurotischer Entwicklung, die sich seit den Operationen 2004 beziehungsweise 2008 verstärkt hätten. Insoweit ist jedoch anzumerken, dass sich der Kläger nach dem vom Sachverständigen später erstellten Befundbericht vom September 2009 bei ihm von 2002 bis 2007 durchgehend in Behandlung befand, wobei weder den vorliegenden Arztbriefen (aus den Jahren 2003 und 2004) noch dem Befundbericht vom September 2009 Hinweise auf psychische Beeinträchtigungen des Klägers zu entnehmen sind. Diese vom Sachverständigen als behandelndem Arzt erstellten Unterlagen enthalten keinerlei psychiatrische Befunde oder Diagnosen und keine Hinweise auf eine anderweitige psychiatrische Behandlung des Klägers in diesem Zeitraum. Mangels entsprechender Vorbefunde beruht die vom Sachverständigen gestellte Diagnose einer neurotischen konversions- beziehungsweise psychosomatischen Erkrankungsneigung ausschließlich auf Angaben des Klägers. Angesichts der Tatsache, dass sich der Kläger jedenfalls ab 2002 durchgehend bei zwei Psychiatern (Dr. E. und Dr. D.) in Behandlung befunden hat, beide jedoch keine die Diagnose des Sachverständigen stützenden Beobachtungen gemacht haben und auch keine diesbezügliche Behandlung erfolgt ist, sind die Ausführungen des Sachverständigen zu dem von ihm angenommenen psychiatrischen Krankheitsgeschehen und die von ihm daraus abgeleiteten Leistungsbeurteilung nicht überzeugend. Dies gilt auch für die von ihm angegebene Dysthymie, wobei die behandelnde Psychiaterin Dr. E., die diese Diagnose erstmals im Jahr 2009 gestellt hat, auch hierzu keine schwerwiegenden Befunde erheben konnte und auch dem Gutachten des Sachverständigen Dr. D. selbst solche nicht zu entnehmen sind. Er beschreibt den Kläger als in der Grundstimmung depressiv-resigniert mit ausgeprägtem Schmerzerleben, Verlust des Selbstwertgefühls, nächtlichem Grübeln, innerer Unruhe und dem Gefühl, nicht ausgeschlafen zu sein. Die von ihm dargestellte Beschwerdefixierung des Klägers ist durchaus nachvollziehbar, rechtfertigt aber angesichts der auch von Dr. E. fortlaufend festgestellten nur geringfügigen psychischen Beeinträchtigungen des Klägers die Schlussfolgerung einer beruflichen Leistungsunfähigkeit nicht. Soweit der Sachverständige in einer ergänzenden Stellungnahme für den Prozessbevollmächtigten des Klägers ausgeführt hat, beim Kläger hätten bereits früher eindeutige psychosomatische Anzeichen für eine konversions- beziehungsweise psychosomatische Erkrankungsneigung vorgelegen, überzeugen auch diese Ausführungen nicht. Der Sachverständige verweist zum einen auf zwei Hörstürze 2004, für die sich in der gesamten medizinischen Dokumentation keine Anhaltspunkte finden und zu denen weder der Kläger selbst noch die von ihm hierzu benannten Ärzte Auskunft geben konnten. Auch hat der Kläger bei keiner der seit 2004 durchgeführten Begutachtungen solche Hörstürze angegeben. Soweit der Sachverständige im Übrigen darauf verweist, dass 2006 durch Dr. G. und später auch durch Dr. H. fachfremd psychovegetative Beschwerden angegeben worden seien, spreche dafür, dass bereits eine deutliche Symptomatik vorgelegen habe, steht dies in Widerspruch zu den Angaben, die der Sachverständige als behandelnde Arzt des Klägers gemacht hat. Wie bereits ausgeführt, hat der Sachverständige in der Zeit seit 2002 selbst keinerlei entsprechende Beobachtungen gemacht, obwohl ihm eine deutliche psychosomatische Symptomatik als Facharzt sicher nicht entgangen wäre. Auch die Angabe, der Kläger habe die Bandscheibenoperation 2004 als einschneidende Traumatisierung erlebt, steht in deutlichem Widerspruch zu den Angaben der behandelnden Psychiaterin Dr. E., deren detaillierten Befundbeschreibungen keine entsprechende Befundverschlechterung entnommen werden kann. Die Prostataoperation im November 2005 hat offenbar ebenfalls nicht zu einer längeren psychischen Beeinträchtigung des Klägers geführt, denn er selbst hat gegenüber Dr. E. im Dezember 2005 von dieser Operation berichtet und angegeben, es gehe ihm aktuell psychisch wieder besser, auch seine Stimmung sei aktuell in Ordnung.

Danach steht für den Senat fest, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in der Zeit bis zum Dezember 2007 noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein konnte. Die von den Sachverständigen übereinstimmend angenommenen qualitativen Leistungseinschränkungen stellen weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen dar, noch beinhalten sie eine schwere spezifische Leistungsbehinderung, die den Zugang des Klägers zum Arbeitsmarkt derart einschränken würde, dass ihm ein Verweisungsberuf zu benennen wäre. Aufgrund dieses festgestellten Leistungsvermögens lag beim Kläger damit weder eine volle noch eine teilweise Erwerbsminderung vor.

Beim Kläger war auch keine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gegeben. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerarbeiter und Staplerfahrer, für die der Kläger nach eigenen Angaben weder eine Berufsausbildung noch eine Qualifizierungsmaßnahme oder (qualifizierte) Anlernung absolviert hat, ist innerhalb des vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Mehrstufenschemas (vgl. [BSGE 55, 45; 57, 291](#)) allenfalls der Gruppe der angelernten Tätigkeiten mit einer Anlern- oder Ausbildungszeit von nicht mehr als 12 Monaten zuzuordnen. Anhaltspunkte für eine höher qualifizierte Beschäftigung des Klägers liegen nicht vor. Er selbst hat im Verfahren auch keine höher qualifizierte Beschäftigung behauptet. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Kläger als Angelernter mit einer Anlernzeit von bis zu 12 Monaten sozial auch auf ungelernte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden (vgl. BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 109](#)). Der Benennung einer Verweisungstätigkeit bedarf es dabei nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf der Erwägung, dass der Kläger mit seinem Klagebegehren auch im Berufungsverfahren erfolglos geblieben ist.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-09-28