

L 3 R 202/07

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 30 RJ 823/03

Datum

18.01.2007

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 R 202/07

Datum

22.09.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Januar 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung (EM).

Die 1956 geborene Klägerin erlernte in den Jahren 1970 bis 1972 den Beruf einer Facharbeiterin für Textiltechnik, arbeitete danach als Zeitungspackerin, Textilverkäuferin und Sachbearbeiterin in der Aufnahme einer Ambulanz und war nach Übersiedlung mit ihrer Familie aus der ehemaligen DDR ca. acht Jahre bis 1998 als Vertreterin für Tupperware selbständig tätig. Zuletzt arbeitete sie 1999 und 2000 sowie im Februar 2002 als Frühstücksserviererin in einem Hotel. Zwischenzeitlich befand sich die Klägerin vom 02. November 2000 bis zum 18. Januar 2001 zur Rehabilitation (Reha) in der B-Klinik (Diagnosen: Angst und depressive Störung, gemischt, Spondylolisthesis L4/L5 [Wirbelgleiten], Mitralklappenprolaps, arterielle Hypertonie Stadium I), aus der sie, insbesondere aus orthopädischer Sicht, als für leichte körperliche Tätigkeiten in nur unterhalbschichtigem Umfang leistungsfähig entlassen wurde (Bericht vom 24. Januar 2001). Eine am 02. April 2002 begonnene, von der Beklagten als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligte Fortbildungsmaßnahme zur Empfangsassistentin mit Sicherheitsaufgaben (TÜV Akademie GmbH) brach sie am 30. August 2002 krankheitsbedingt ab.

Am 29. Oktober 2002 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Gewährung einer EM-Rente wegen Wirbelgleiten, Herzleiden, Herzrhythmusstörungen, Depression und psychischen Leiden und legte ein Attest des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie L vom 19. Februar 2002 über eine neurologische Untersuchung vom 20. November 2001 (kein Anhalt für eine Polyneuropathie [PNP], keine Hinweise auf eine radikuläre Schädigung in Höhe L 5) vor.

Die Beklagte beauftragte die Ärztin für Innere Medizin Dr. F und die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S mit der Erstellung medizinischer Gutachten nach Untersuchung der Klägerin. Dr. F stellte in ihrem Gutachten vom 20. Dezember 2002 folgende Diagnosen: Mitralklappenprolaps mit Mitralklappeninsuffizienz I, ventrikuläre Extrasystolie, arterieller Hypertonus, Lendenwirbelsäulen(LWS)-Syndrom bei Spondylolisthesis L4/L5, Struma, euthyreote Stoffwechsellage. Dr. S gelangte in ihrem Gutachten vom 09. Januar 2003 zu den Diagnosen: Angst und depressive Störung, Somatisierungsstörung. Beide Gutachterinnen bescheinigten der Klägerin ein aufgehobenes Leistungsvermögen für die letzte Tätigkeit als Serviererin, erachteten sie jedoch als vollschichtig leistungsfähig für leichte Tätigkeiten ohne Nachtschicht, Zeitdruck, Zwangshaltungen, Nässe und Kälte.

Mit Bescheid vom 16. Januar 2003 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, da die Klägerin mit dem vorhandenen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich arbeiten könne. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. April 2003 zurück.

Mit ihrer vor dem Sozialgericht (SG) Berlin erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgt und vorgetragen, es bestünden Leiden im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der LWS, ein schmerzhaftes Schulter-Arm-Syndrom bds., Beeinträchtigungen der Greiffähigkeit und Feinmotorik der Hände sowie der Steh- und Gehfähigkeit durch Hüftgelenksleiden bds., chronische Schwellungen der Unterschenkel und Füße bds. und einer Arthrose der Großzehe rechts, des Weiteren Bluthochdruck und ein chronisches Magen-Darm-Leiden mit dauerhafter Medikation, eine chronische Herzerkrankung mit erheblichen Herzrhythmusstörungen bei Z. n. Herzklappenprolaps mit Infarktgefährdung, eine chronische Schilddrüsenerkrankung bei Überfunktion verbunden mit Nervosität, innerer Unruhe und gestörter Merk- bzw. Konzentrationsfähigkeit.

Vom 19. August bis zum 30. September 2003 hat die Klägerin an einer weiteren stationären Reha-Behandlung in der psychosomatischen Abteilung der B-Klinik teilgenommen. Sie ist mit den Diagnosen "Angst und depressive Störung, gemischt, Somatisierungsstörung, Spondylolisthesis L 4/5 Meyerding II, arterielle Hypertonie, Mitralklappenprolaps mit Mitralinsuffizienz I" als leistungsunfähig für ihre letzte berufliche Tätigkeit entlassen worden. Sie sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten unter Beachtung gewisser qualitativer Einschränkungen vollschichtig einsetzbar, aus psychotherapeutischer Sicht solle jedoch auf besondere Anforderungen an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen verzichtet werden. Die im Anschluss ihr von der Beklagten nach § 10 ff. des Sechsten Buches Sozialgesetzbuchs (SGB VI) gewährten Leistungen zur weiterführenden ambulanten Psychotherapie in der B-Klinik von bis zu 25 Therapieeinheiten innerhalb von acht Monaten hat die Klägerin nach 13 Sitzungen ohne Erreichung des Reha-Ziels abgebrochen (s. einheitlicher Entlassungsbericht vom 23. Februar 2004).

Die Klägerin hat hierzu unter Vorlage von Attesten des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 30. November 2003 und des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie L vom 02. Februar 2004 vorgetragen, die Einschätzung ihres Gesundheitszustandes im Reha-Bericht der B-Klinik sei unzutreffend. Eine Besserung des Krankheitsbildes habe nicht erreicht werden können und die Beurteilung stehe im Widerspruch zu dem Entlassungsbericht der B-Klinik vom 24. Januar 2001, wonach sie als arbeitsunfähig bei unterhalbschichtigem Leistungsvermögen auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen worden sei. Sie hat des Weiteren den Bescheid des Versorgungsamtes Berlin vom 14. Oktober 2004 über die Anerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 vorgelegt.

Das SG hat Befundberichte (BB) des Nervenarztes L vom 10. September 2004 und des Dr. B vom 22. September 2004 eingeholt sowie den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B mit der Begutachtung der Klägerin beauftragt. In seinem am 09. Februar 2005 erstatteten Gutachten ist der Sachverständige nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am selben Tag ohne Erhebung neuer Befunde zu den Diagnosen "Angst und depressive Störung, gemischt, Neurasthenie, somatoforme Störung, chronifiziertes HWS-Syndrom mit Spannungskopfschmerzen, lumbales Schmerzsyndrom mit Funktionsbehinderungen der LWS bei Spondylolisthesis L4/L5 ohne neurologische Ausfallerscheinungen, Bluthochdruck und Mitralklappenprolaps" gelangt. Die psychische Gesundheitsstörung stelle sich als neurotische Depression mit neurasthenen Beschwerden bei depressiv-ängstlicher Persönlichkeitsstruktur mit leichtgradigen depressiven Phasen dar und äußere sich in anhaltender Schmerzsymptomatik, leichtgradiger depressiver Verstimmung, rascher Erschöpfbarkeit und diffuser Angst, wobei ein ausgeprägtes Aggravationsverhalten der Klägerin festzustellen sei. Ausweislich der mitgebrachten Magnetresonanztomographie(MRT)-Aufnahme der LWS vom 03. Januar 2000 bestehe eine ausgeprägte Osteochondrose L 3 bis S 1 bei Spondylolisthesis L4/L5 um etwa $\frac{1}{4}$ Wirbelkörperbreite bei deutlich höhengeminderter Bandscheibe. Die orientierende orthopädische Untersuchung habe aber eine weitgehend freie Beweglichkeit der HWS bei mittelgradiger Funktionsbehinderung im Bereich der LWS gezeigt. Es sei ein Schmerzsyndrom im Bereich der LWS mit muskulären Reizerscheinungen durchaus vorstellbar, die gesamte diffuse Schmerzsymptomatik sei körperlich jedoch nicht hinreichend erklärbar, sondern von somatoformem Charakter, auch habe das lumbale Schmerzbild nicht im Vordergrund der subjektiven Beschwerden gestanden. Die neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen hätten keinen pathologischen Befund ergeben. Die Nervenleitgeschwindigkeit sei im Normbereich, eine Nervenwurzelirritation liege nicht vor, ebenso wenig ein Karpaltunnelsyndrom links. Eine Schädigung der somato-sensiblen Leitungsbahnen beidseits sei myographisch nicht nachweisbar, die Ergebnisse der Elektroencephalographie (EEG) seien ohne pathologischen Befund. Die Klägerin könne täglich noch leichte körperliche sowie einfache bis mittelschwere geistige Arbeiten vollschichtig mit gewissen qualitativen Leistungseinschränkungen verrichten. Die vom Nervenarzt L bescheinigten qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens, insbesondere eine Konzentrationsminderung und eine Störung der Merkfähigkeit könnten nicht bestätigt werden.

Die Klägerin hat massive Einwendungen gegen das Gutachten erhoben und zum Nachweis eines aufgehobenen Leistungsvermögens einen Bericht des psychologischen Psychotherapeuten Dipl.-Psych. R vom 21. Juni 2005, der die Klägerin für erwerbsunfähig aufgrund vielfältiger körperlicher Beschwerden eingeschätzte, vorgelegt.

Im Auftrag der Klägerin hat das SG den Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Dr. S mit der Erstellung eines Gutachtens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragt. In seinem Gutachten vom 08. Dezember 2005 hat der Sachverständige nach Untersuchung der Klägerin am selben Tag folgende Gesundheitsstörungen diagnostiziert: Angststörung mit Panikattacken, ausgeprägte Phobien in Form einer Straßenangst (Agoraphobie), Klaustrophobie sowie Soziophobie, Somatisierungsstörung in Form chronifizierter Schmerzsymptomatik und Erschöpfung, histrionische Persönlichkeit. Als neue Befunde habe er eine Neurose mit ausgeprägter Angststörung und massiven Phobien mit wesentlicher Störung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sowie eine Somatisierung in Form vielfältiger Schmerzen bei den bekannten Erkrankungen und eine depressive Symptomatik erhoben. Die Angststörung mit Panikattacken und die Phobien hinderten die Klägerin, allein ohne Begleitung nach draußen zu gehen. Die Somatisierungsstörung äußere sich in einem chronischen Schmerzsyndrom des Rückens, ausstrahlend ins Bein mit Kribbeln und Schwäche und in die Schultern, Arme und bis in die Hände mit Kraftlosigkeit. Des Weiteren bestehe eine depressive Stimmung mit dem Gefühl der Sinn- und Hoffnungslosigkeit. Die festgestellten Erkrankungen bestünden seit Oktober 2002 mit dem Ausscheiden aus der beruflichen Rehabilitation mit zunehmender Verschlimmerung in den Folgejahren. Aufgrund der Chronizität bestehe keine begründete Aussicht, dass die Leistungsminderung selbst bei psychiatrischer Behandlung ganz oder teilweise behebbar sei. Die Klägerin sei sich dieser Fehlhaltung nicht bewusst, Aggravation liege nicht vor. Dr. B würdige die neurotischen Störungen demgegenüber nicht ausreichend und nehme ein Rentenbegehren an, was der langen Entwicklung der schweren neurotischen Symptomatik seit 1984 nicht entspreche. Die Klägerin könne daher täglich regelmäßig nur noch unter drei Stunden körperlich leichte Arbeiten mit gewissen qualitativen Einschränkungen leisten, wobei die Depressivität und die Angststörung sie in der Ausübung schwieriger und mittelschwerer geistiger Arbeiten beschränkten, vor allem unter Zeit- und Leistungsdruck. Den Weg zu einer Arbeitsstelle könne die Klägerin nur in Begleitung zurücklegen. Diese Einschätzung entspreche auch derjenigen der B-Klinik im Bericht vom 24. Januar 2001.

Dr. B hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 11. März 2006 an seiner Auffassung festgehalten und insbesondere kritisiert, dass die von Dr. S vorgenommenen testpsychologischen Untersuchungen in Form von Selbstbeurteilungsskalen nicht zum Beleg einer Diagnose ausreichen.

Dr. S hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 22. Juni 2006 ebenfalls an seiner Auffassung festgehalten.

Mit Urteil vom 18. Januar 2007 hat das SG Berlin die Klage abgewiesen und unter Bezugnahme auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. B sowie die im Verwaltungsverfahren erstellten Gutachten und auf den Rehabilitations-Entlassungsbericht der B-Klinik vom 23. Februar 2004 ausgeführt, die Klägerin sei noch in der Lage, unter Berücksichtigung ihrer qualitativen Leistungseinschränkungen mindestens 6 Stunden

täglich regelmäßig leichte körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Die Bewertung durch Dr. B, dass kein gravierendes psychisches Leiden vorliege und auch die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht erschöpft seien, sei insbesondere unter Berücksichtigung der von der Klägerin geschilderten Alltagsaktivitäten nachvollziehbar. Auch der Diplompsychologe R bestätige in dem von ihm ausgestellten Attest, dass sich die Klägerin ausreichend versorgen und den Alltagsverpflichtungen nachkommen könne. Demgegenüber könne die Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens in dem Gutachten des Dr. S nicht überzeugen, denn die Diagnosen und den Ausprägungsgrad der Krankheit folgere der Sachverständige vor allem aus den Angaben der Klägerin im Rahmen einer Selbsteinschätzung, wobei frühere Befunde nur sehr eingeschränkt gewürdigt worden seien. Auch die Einschätzungen der behandelnden Ärzte L und Dr. B, dass die Klägerin erwerbsunfähig sei, seien nicht überzeugend. Herr L führe seine Beurteilung insbesondere auf eine Konzentrationsstörung, mnestiche Störungen und ein Schmerzsyndrom zurück, Dr. B auf belastungsabhängige Schmerzen. Eine Konzentrationsminderung hätten die Gutachter bei der Klägerin gerade nicht festgestellt und die anderen Leiden als nicht so gravierend eingestuft, als daraus eine quantitative Leistungsminderung folgen würde. Die Klägerin sei auch wegefähig, wie sich nachvollziehbar aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. B ergebe, der ausführe, dass eine Begleitung nicht notwendig sei. Nach alledem bestehe eine EM bei der Klägerin nicht. Auch die Voraussetzungen einer Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU) lägen nicht vor. Die Klägerin habe den Beruf einer Facharbeiterin für Textiltechnik erlernt, sich jedoch von ihm gelöst, so dass ihr alle ungelerten Tätigkeiten zumutbar seien.

Mit ihrer ausschließlich auf Gewährung einer vollen EM-Rente gerichteten Berufung macht die Klägerin geltend, ihre Gesundheitsstörungen seien nicht ausreichend gewürdigt worden. Der Sachverständige Dr. B verweise auf angeblich nicht ausgeschöpfte therapeutische Möglichkeiten. Tatsächlich sei sie regelmäßig und langjährig in fachärztlicher und therapeutischer Behandlung und gelte wegen Chronifizierung als austherapiert. Demgegenüber schlüssig und nachvollziehbar sei das Gutachten des Dr. S, welches ihr ein aufgehobenes Leistungsvermögen bescheinige. Diese Leistungsbeurteilung stehe in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte L und Dr. B. Die Klägerin hat ein Attest des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie L vom 19. März 2007, ein Gutachten nach Aktenlage der Bundesagentur für Arbeit vom 07. November 2007, einen Bericht über ein MRT der LWS und der Iliosacralgelenke (ISG) vom 09. September 2008 sowie den Bescheid der AOK B vom 12. Februar 2009 über die Bewilligung der Pflegestufe I wegen Rückenschmerzen und Bewegungseinschränkung bei Spondylolisthesis L4/5 vorgelegt.

Der Senat hat BB des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 20. November 2008, des Facharztes für Innere Medizin Dr. L vom 23. November 2008, des Arztes für Innere Medizin Dr. W vom 24. November 2008, des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie L vom 24. Februar 2009, des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K vom 05. März 2009, des Facharztes für Innere Medizin H vom 11. März 2009 sowie des Facharztes für Orthopädie R vom 11. März und 25. Juni 2009 eingeholt.

Die Klägerin hat sich vom 16. März bis zum 21. April 2007 zur operativen Behandlung der bei ihr bestehenden Spondylolisthesis L5/S1 (Repositionspondylodese am 07. April 2009) sowie vom 09. bis zum 14. August 2009 zur Einleitung eines medizinischen Trainingsprogramms und Dekonditionierung der Rumpforthese in der stationären Behandlung des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie der W-W-Klinik in Bad W befunden (s. Berichte vom 27. November 2008, 27. April 2009 und 13. August 2009). Danach hat sie vom 17. September bis zum 08. Oktober 2009 eine stationäre Reha-Maßnahme im Klinikum Bad B absolviert.

Im Auftrag des Senats hat der Facharzt für Orthopädie Dr. G am 16. November 2009 nach Untersuchung der Klägerin am 06. November 2009 ein Sachverständigengutachten erstattet, in dem er folgende Diagnosen gestellt hat: Chronisches Pseudoradikulärsyndrom der HWS bei initialer Osteochondrose und Unkovertebralarthrose HWK5/6 und HWK6/7, chronisches Lumbalsyndrom bei Zustand nach Retrospondylodese LWK5/SWK1 am 07. April 2009, mediale Gonarthrose rechts, Fußfehlstatik, Spreizfuß beidseits, Hallux valgus et rigidus rechts, Plantarfasziitis (Fersenschmerz) rechts. Signifikante neue Befunde habe er nicht erhoben. Bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. B hätten sich keine radikulären Beteiligungen im Bereich der unteren Extremitäten nachweisen lassen. Das lumbale Schmerzbild habe auch nicht im Vordergrund der subjektiven Beschwerden gestanden, dem Vortrag einer dauernden Schmerzbelastung entsprächen nicht die vorgenommenen analgetischen Maßnahmen. Auch der Sachverständige Dr. S habe bei der neurologischen Begutachtung wesentliche Nervenwurzelreizerscheinungen nicht nachweisen können. Das Zeichen nach Lasague habe sich ab 75° positiv gezeigt und spreche kaum für eine strukturelle Schädigung der Nervenwurzel S1. Die Klägerin könne hiernach noch regelmäßig mindestens sechs Stunden täglich körperlich leichte Arbeiten unter gewissen qualitativen Einschränkungen verrichten. Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms am Bewegungsapparat mit Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit seien nur noch einfache geistige Arbeiten zumutbar. Die Klägerin sei wegefähig, sie habe eine zusammenhängende Wegstrecke von ca. einem Kilometer geschildert, die in 30 Minuten zurückgelegt werde. Gesundheitliche Bedenken gegen das Führen eines PKW bestünden aus orthopädischer Sicht nicht. Dem Gutachten haben u. a. die Epikrise der WKlinik vom 13. August 2009 sowie ein vorläufiger Arztbrief des Klinikums Bad B vom 07. Oktober 2009 beigelegt.

Der Senat hat von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie L einen weiteren BB vom 14. Januar 2010 und einen ergänzenden Bericht vom 29. März 2010 mit Angaben zur Medikation und den durchgeführten Therapien sowie eine Auskunft des Dipl.-Psych. R vom 25. Juni 2010 eingeholt.

Die Klägerin hat den Abhilfebescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales vom 22. April 2010 betreffend die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 60 vorgelegt.

Auf Anordnung des Senats hat der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B am 05. Februar 2011 ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten nach Aktenlage erstellt und darin die 2005 gestellte Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt" durch die Diagnosen "Agoraphobie und Dysthymia" ersetzt. Im Übrigen sei aber in Bezug auf das psychiatrische Krankheitsbild nach Anfang 2005 von weitgehender Befundkonstanz auszugehen. Eine Befundverschlechterung lasse sich nach dem Behandlungsverlauf beim Nervenarzt L weitgehend ausschließen. Dieser beschreibe zwar Defizite bei der Konzentration und der Aufmerksamkeit, wobei er aber den subjektiven Beschwerdevortrag der Klägerin und nicht objektiv erhobene Befunde wiedergebe. Die psychotherapeutische Behandlung bei dem Dipl.-Psych. R sei offensichtlich vorzeitig abgebrochen worden, wobei die vom Therapeuten angegebene Begründung der zunehmenden Schmerzzustände deshalb nicht überzeuge, weil Herr L für diesen Zeitpunkt gerade eine Behandlungspause beschrieben habe. Ebenso wenig bestehe eine Übereinstimmung der Angaben der Klägerin zu der eingenommenen Medikation gegenüber dem Sachverständigen Dr. S und der Angaben des Nervenarztes L zu der verordneten Medikation. Die Klägerin habe trotz der geschilderten Ängste, die Wohnung alleine zu verlassen, nie eine Therapie mit Bezug zu Angststörungen, die über die Rezeptur von Beruhigungsmittel im Bedarfsfall hinausgehe,

gemacht. Ebenso wenig sei eine leitlinienorientierte Therapie der Depression nach 2005 durchgeführt worden. Hinsichtlich der Psychopathologie seien Befunde und Beschwerden widersprüchlich. Die Testergebnisse aufgrund der vom Sachverständigen Dr. S verwendeten Selbstbeurteilungsbögen seien nicht zu verwerten. Die Konsistenzprüfung der von der Klägerin geschilderten Beschwerdesymptomatik ergebe, dass das Leistungsbild allgemein und stereotyp geschildert, Konsequenzen von Leistungseinbußen nur allgemein angegeben und die Alltagsbewältigung in der Begutachtungssituation nicht problematisiert werde. Zudem ergäben sich durchaus Hinweise auf eine Beschwerdeaggravation. Obgleich der Klägerin eine Pflegestufe zuerkannt worden sei, sei zu keinem Zeitpunkt ein körperlicher Befund dokumentiert, der die verordnete Hilfe beim An- und Ausziehen und bei der Reinigung begründen könnte. Auffällig sei auch, dass die Klägerin trotz diagnostizierter Agoraphobie sich im Jahr 2009 in ein Krankenhaus in Bad W zur Durchführung einer Repositionsspondylodese L5/S1 begeben habe, obgleich in B ausgewiesene Kapazitäten in Bezug auf Wirbelsäulenchirurgie vorhanden seien. Die Operation sei zufriedenstellend verlaufen, neurologische Komplikationen seien nicht aufgetreten und würden auch nicht in den BB des Nervenarztes L mitgeteilt. Während der Rehabilitation im Jahre 2009 sei die Klägerin dem medizinischen Personal nicht durch ängstliches Vermeidungsverhalten aufgefallen, eine entsprechende Diagnose sei im Entlassungsbericht nicht gestellt worden. Die Klägerin könne daher noch mindestens sechs Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten unter gewissen qualitativen Leistungseinschränkungen ausführen. Arbeiten überwiegend oder teilweise am Computer seien möglich.

Die Klägerin wendet gegen das Gutachten ein, dass Dr. B ausschließlich die Beibehaltung seines Standpunktes aus Februar 2005 vertrete. Es liege der typische Fall für eine Zeitrentengewährung vor, da die Einschränkungen des Leistungsvermögens bereits länger als sechs Monate vorliegen würden. Das Unterlassen einer Therapie führe nicht dazu, die vorhandene Gesundheitsstörung nicht als Krankheit im Rechtssinne anzuerkennen. Nach aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen zu den Behandlungserfolgen bei Depressionserkrankten würden 1/3 der Patienten nur eine partielle Besserung erfahren, bei 10 % zeige sich ein chronischer Verlauf (so Berger, Psychische Erkrankungen, 2. Auflage 2004). Es sei einhellige Fachmeinung, dass das gleichzeitige Vorliegen einer sozialen Phobie und einer Agoraphobie mit Panikattacken den Therapieerfolg erheblich vermindere. Sie reicht eine Bescheinigung des Dipl.-Psych. R vom 12. Januar 2011, erstellt zur Vorlage beim JobCenter C, zur Akte.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Januar 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 16. Januar 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28. April 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab dem 01. November 2002 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Ausweislich der eingeholten orthopädischen und nervenärztlichen Gutachten sei weiterhin von einem vollschichtigen Leistungsvermögen auszugehen. Die Wegefähigkeit sei gegeben.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakten der Beklagten (drei Bände), die bei der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung vorgelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Der Klägerin steht - wie das SG zutreffend festgestellt hat - keine Rente wegen EM zu.

Nach [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 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. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist dagegen nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage insoweit nicht zu berücksichtigen ist.

Von diesen Grundsätzen ausgehend steht nach Auswertung der im Verwaltungs- und im gerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten der Ärztin für Innere Medizin Dr. F (vom 20. Dezember 2002), der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S (vom 09. Januar 2003), des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B (vom 09. Februar 2005 sowie nach Aktenlage vom 05. Februar 2011) und des Facharztes für Orthopädie Dr. G (vom 16. November 2009) sowie des Reha-Entlassungsberichts der B-Klinik (vom 23. Februar 2004) zwar fest, dass die Klägerin an - im Wesentlichen bereits seit Rentenantragstellung am 29. Dezember 2002 bestehenden - Gesundheitsstörungen auf orthopädischem und internistischem Gebiet sowie an psychischen Störungen leidet. Gleichwohl ist sie nicht erwerbsgemindert, denn sie ist auch angesichts der bei ihr festgestellten Leiden und unter Beachtung der daraus folgenden qualitativen Leistungseinschränkungen in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zumindest sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet die Klägerin ausweislich des Gutachtens des Facharztes für Orthopädie Dr. G vom 16. November 2009 an einem chronischen Pseudoradikulärsyndrom der HWS bei beginnender Osteochondrose und Unkovertebralarthrose HWK5/6 und HWK6/7, einem chronischen Lumbalsyndrom bei Zustand nach Retrospondylodese LWK5/SWK1 am 07. April 2009, einer medialen Gonarthrose rechts, einer Fußfehlstatik mit Spreizfuß beidseits, einem Hallux valgus et rigidus rechts sowie einer Plantarfasziitis rechts. Das führende

Leiden, die am 07. April 2009 in der W-Klinik operativ durch Repositionsspondylodese L5/S1 behandelte Spondylolisthesis Grad II bis III, hat sich bereits anhand des MRT der LWS vom 03. Januar 2000 (Spondylolisthesis Grad I bei LWK5) und der Röntgenaufnahmen vom 03. November 2001 (Hyperlordose bei Spondylolisthesis L 4 Grad II) gezeigt, die zudem weitere degenerative Veränderungen der LWS nachgewiesen haben. Des Weiteren zeigte die Röntgenaufnahme des Beckens vom 03. November 2001 eine initiale Coxarthrosis deformans beidseits sowie eine Sakroiliakalarthrose beidseits bei regelrechtem Mineralsalzgehalt.

Auf Grund des Wirbelgleitens und der Bandscheibenvorwölbungen besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Irritation oder Schädigung der abwärts ziehenden Nervenwurzeln mit erheblichen Reizerscheinungen bis hin zu motorischen und sensiblen Ausfallerscheinungen. Jedoch war Derartiges bei der Klägerin zu keinem Zeitpunkt feststellbar, worauf der Sachverständige Dr. G, der bei seiner Untersuchung ebenfalls keine Nervenreizerscheinungen feststellen konnte, hingewiesen hat. So hat der vom SG beauftragte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B bei seiner elektrophysiologischen Untersuchung am 09. Februar 2005 weder eine entsprechende Tangierung der Nervenbahnen und radikuläre Schädigung S1 noch eine spinale Läsion der Cauda equina aufgrund des Gleitwirbels festzustellen vermocht. Auch der von der Klägerin gewählte Sachverständige Dr. S hat es nicht vermocht, bei der neurologischen Begutachtung wesentliche Nervenwurzelreizerscheinungen nachzuweisen. Das Zeichen nach Lasègue ist erst ab 75° positiv gewesen, was nicht für eine strukturelle Schädigung der Nervenwurzel S1 spricht. Schließlich sind Nervenschädigungen auch nicht den Attesten des behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie L zu entnehmen. So fanden sich ausweislich des Attestes vom 19. Februar 2002 über eine neurologische Untersuchung vom 20. November 2001 kein Anhalt für eine PNP und keine Hinweise auf eine radikuläre Schädigung in der Höhe L 5. Das Attest vom 19. März 2007 verhält sich ebenso wenig zu neurologischen Störungen wie die vom Gericht eingeholten BB vom 14. Januar und vom 29. März 2010.

Die geklagten anhaltenden erheblichen Schmerzzustände lassen sich nicht gänzlich mit den vorliegenden Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule erklären. Wie Dr. B in seinem Gutachten vom 09. Februar 2005 ausführte, hat sich im Rahmen der orientierenden orthopädischen Untersuchung der Klägerin eine weitgehend freie Beweglichkeit der HWS bei mittelgradiger Funktionsbehinderung im Bereich der LWS gezeigt. Das Auskleiden ist zügig erfolgt, das Gangbild ist unauffällig und die Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten ist nicht eingeschränkt gewesen. Bei der Untersuchung der Klägerin durch den Sachverständigen Dr. G am 06. November 2009 ist zwar ein verlangsamtes Gangbild mit einem Schonhinken des rechten Beines auf Grund einer akuten Plantarfasziitis aufgefallen, jedoch hat die Klägerin Konfektionsschuhe getragen und keine orthopädischen Hilfsmittel benützt. Bewegungsübergänge wie das Aufstehen vom Stuhl sind ohne wesentliche Einschränkungen durchgeführt worden. Die Stamm- und die Gesäßmuskulatur wird von dem orthopädischen Sachverständigen als ausreichend ausgebildet beschrieben. Eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten hat er ebenfalls nicht feststellen können. Auch ein neueres MRT der LWS und ISG vom 09. September 2008 (Bericht vom 10. September 2008) weist keinen Bandscheiben-Prolaps, keine spinale Enge und keinen Anhalt für eine Nervenbeteiligung oder eine Verschlechterung aus. Ein MRT der HWS vom 04. November 2009 zeigt lediglich beginnende degenerative Veränderungen im Sinne einer Spondylarthrose ohne Bedrängung der Nervenwurzeln. Gegen das Vorliegen einer wegen der Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates beklagten andauernden starken Schmerzbelastung im normalen Alltag spricht zudem die von der Klägerin vorgenommene Bedarfsmedikation mit eher niedrig potenten Analgetika.

Auch bei der im April 2009 durchgeführten Repositionsspondylodese L5/S1, die ausweislich des Entlassungsberichts vom 27. April 2009 ein zufriedenstellendes Ergebnis hatte, sind neurologische Komplikationen nicht aufgetreten. Ausweislich des Arztbriefs des Klinikums Bad B vom 07. Oktober 2009 betreffend den stationären Reha-Aufenthalt vom 17. September bis zum 08. Oktober 2009 ist eine verbesserte Mobilität erreicht worden, das Korsett musste nicht mehr getragen werden, Heben und Tragen von Lasten ist bis zu fünf Kilogramm Gewicht erlaubt worden und die Klägerin ist ohne weitere Hilfsmittel gut mobil gewesen.

Es ist nach alledem der Einschätzung des orthopädischen Sachverständigen Dr. G zu folgen, dass aus den orthopädischen Gesundheitsstörungen lediglich qualitative, nicht jedoch quantitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit der Klägerin resultieren. Die Belastbarkeit der Wirbelsäule ist bei Z. n. Spondylodese LWK5/SWK1 und vorbestehendem chronischen Lumbalsyndrom zwar reduziert, dem wird jedoch durch das Erfordernis körperlich leichter Tätigkeiten - auch überwiegend sitzend bei kurzzeitigem Haltungsverwechsel nach 60 Minuten - unter Vermeidung von Zwangshaltungen Rechnung getragen. Wegen der aufgrund einer Gonarthrose rechts und der Fußfehlstatik ebenfalls reduzierten Belastbarkeit der Beine ist eine überwiegend gehende und stehende Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Demgegenüber zeigt sich die Belastbarkeit der Arme und Hände als nicht wesentlich beeinträchtigt. Die Klägerin ist auch wegefähig, sie hat gegenüber Dr. G eine zusammenhängende Wegstrecke von ca. einem Kilometer geschildert, die von ihr in 30 Minuten zurückgelegt wurde. Gesundheitliche Bedenken gegen das Führen eines PKW bestehen aus orthopädischer Sicht nicht.

Dieser Leistungseinschätzung entsprechen auch die Feststellungen der im Verwaltungsverfahren beauftragten Ärztin für Innere Medizin Dr. F, die in ihrem allgemein-internistischen Gutachten vom 20. Dezember 2002 ausgeführt hat, dass das LWS-Syndrom bei Spondylolisthesis nicht so ausgeprägt sei, dass es über qualitative Einschränkungen hinaus zu quantitativen Einschränkungen führen würde. Ihre neurologische Untersuchung hat seitengleich auslösbare Muskeleigenreflexe, keine Pyramidenbahnzeichen und eine unauffällige Sensibilität ergeben. Die Klägerin hat sich in den oberen und unteren Extremitäten in allen Gelenken frei beweglich gezeigt und die grobe Kraft in Armen, Händen und Beinen war erhalten. Der Nacken- und Schürzengriff ist seitengleich einwandfrei, die Fingerstreckung und der Faustschluss sind vollständig demonstrierbar gewesen. Der Zehenspitzen- und Fersengang ist ohne Schwierigkeiten ausgeführt worden. Die Beweglichkeit von HWS und Brustwirbelsäule (BWS) ist endgradig eingeschränkt und lediglich die der LWS ist stärker eingeschränkt gewesen, ohne dass jedoch neurologische Ausfälle bestanden haben.

Konkrete orthopädische Befunde, die demgegenüber eine quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit belegen würden, finden sich auch in den BB der behandelnden Orthopäden nicht. So enthalten das Attest vom 30. November 2003 sowie die BB vom 22. September 2004 und 20. November 2008 von Dr. B lediglich die bekannten Diagnosen, ohne dass gesagt würde, auf Grund welcher objektivierbarer Funktionseinschränkungen die Leistungsfähigkeit auf unter drei Stunden täglicher Arbeitszeit eingeschränkt sein solle. Abgesehen davon, dass Dr. B keine objektiven Befunde einer Beweglichkeitsprüfung mitgeteilt hat, spricht gegen eine andauernde Schmerzbelastung, dass zwar eine Schmerztherapie behauptet wird, aber eine solche bisher nicht belegt ist. Auch bei der Klägerin selbst stehen Schmerzen der Wirbelsäule nicht im Vordergrund der subjektiven Beschwerden. Den BB des Facharztes für Orthopädie R vom 11. März und 25. Juni 2009 ist keine Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit zu entnehmen, die Klägerin hat sich dort in der Zeit von August 2008 bis Januar 2009 insgesamt vier Mal vorgestellt. Dr. W, der die Klägerin von 1999 bis April 2007 behandelt hat, führt im BB vom 24. November 2008 aus, dass

körperlich-organisch, abgesehen von altersmäßigen orthopädischen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates, keine wesentlichen Gesundheitsstörungen vorlägen, sich vielmehr "das gesamte Spektrum des psychosomatischen Formenkreises" zeige.

Die Klägerin kann sich auch nicht mit Erfolg auf die ärztlichen Gutachten des Arbeitsamtes B-W vom 04. Mai 2001 und der Bundesagentur für Arbeit vom 07. November 2007 stützen. Zwar wird der Klägerin im Gutachten des Arbeitsamtes B-W ein nur unvollständiges Leistungsvermögen bescheinigt. Jedoch lassen die festgestellten Bewegungsausmaße (FBA 15 cm, Nacken-Schürzengriff frei, Fingerspiel frei, Faustschluss komplett, grobe Kraft seitengleich, Zehen-Hackengang durchgeführt) in orthopädischer Hinsicht keinen Hinweis auf eine quantitative Leistungsminderung zu. Im Gutachten der Bundesagentur für Arbeit vom 07. November 2007 wird der Klägerin bei "chronifizierter neurotischer Störung mit Angststörung und Panikattacken, Somatisierungsstörung, histrionischer Persönlichkeitsstörung sowie ausgeprägter Straßenangst" zwar eine aufgehobene Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bescheinigt, jedoch lassen sich dem nach Aktenlage erstellten Gutachten keinerlei Grundlagen oder konkrete Befunde entnehmen, die die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nachvollziehbar stützen könnten. Soweit die Klägerin sich auf den Reha-Bericht der B-Klinik vom 24. Januar 2001 bezieht, in dem ihr bei den Diagnosen "Angst und depressive Störung, gemischt, Spondylolisthesis L4/L5, Mitralklappenprolaps mit ventrikulärer Heterotopie, arterielle Hypertonie Stadium I" ein nur unterhalbschichtiges Leistungsvermögen für leichte körperliche Tätigkeiten bescheinigt wird, ist anzumerken, dass sich diese Leistungseinschätzung im Wesentlichen auf die Angaben der Klägerin stützt ("ich glaube der Patientin, dass sie eine reine sitzende Tätigkeit nicht aushalte") und die Annahme einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit auf der Vermutung basiert, dass "erfahrungsgemäß ein derartiges Leiden irgendwann zwischen 40 und 50 Jahren dekompensiere". Objektive Befunde, die diese Annahme belegen würden, lagen dort nicht vor. Die mitgeteilten Untersuchungsergebnisse (Lasègue negativ, keine neurologischen Ausfälle, keine stärkeren Schmerzpunkte) sprechen jedenfalls nicht für ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen. Schließlich belegt auch die der Klägerin mit Bescheid der AOK B vom 12. Februar 2009 zuerkannte Pflegestufe I nicht ein eingeschränktes quantitatives Leistungsvermögen. In dem nicht auf einer ärztlichen Untersuchung beruhenden Gutachten des MDK Berlin-Brandenburg e. V. vom 09./10. Februar 2009 (pflegebegründende Diagnose: Rückenschmerzen und Bewegungseinschränkung bei Spondylolisthesis L4/5) wird zwar ausgeführt, dass die Klägerin wegen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen Unterstützung bei Körperpflege, Bekleidung und im Haushalt benötige. Es ist jedoch kein körperlicher Befund objektiviert, der diesen Hilfebedarf nachvollziehbar machen könnte. So hat die Klägerin zwar bei der am 25. November 2008 in der W-W-Klinik erfolgten Untersuchung über eine Schmerzzunahme in den letzten Monaten berichtet, wobei Laufen noch 50 bis 60 Minuten möglich sei. Abgesehen davon, dass die Gangprüfung als erschwert aber seitengleich durchführbar beschrieben wird, sind jedoch weder Blockierungen noch ein Klopfschmerz an der Wirbelsäule oder den ISG festgestellt worden, neurologische Defizite haben sich ebenfalls nicht gefunden. Zudem hat weder der orthopädische Sachverständige Dr. G bei seiner Untersuchung eine erhebliche Bewegungseinschränkung der oberen Extremitäten, insbesondere der Schultergelenke, feststellen können, noch finden sich im vorgelegten Auszug der Patientenakte des behandelnden Orthopäden R von 2008/2009 Hinweise auf eine Beschwerdesymptomatik oder einen pathologischen Befund der Schultergelenke.

Ebenso wenig vermögen die vorliegenden internistischen Gesundheitsstörungen, denen mit der Beschränkung auf körperlich leichte Arbeiten ausreichend Rechnung getragen wird, ein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen der Klägerin zu begründen. Wie sich aus dem Gutachten der im Verwaltungsverfahren beauftragten Ärztin für Innere Medizin Dr. F vom 20. Dezember 2002 ergibt, besteht bei der Klägerin ein Mitralklappenprolaps mit Mitralklappeninsuffizienz Grad I, ventrikulärer Extrasystolie und arteriellem Hypertonus. Die EKG-Untersuchung hat zwar Extrasystolen gezeigt, jedoch keine pathologischen Geräusche. Ausweislich des in der Verwaltungsakte befindlichen Untersuchungsberichts des Kardiologen Dr. B vom 08. Juni 2000 (Mitralklappenprolaps mit geringer mitraler Regurgitation und ventrikulären Extrasystolen) ist eine spezifische Behandlung nicht vorgenommen worden. Dr. B hat die geklagten Beschwerden, wie Schwindel und Herzstiche, als durch den erstmals festgestellten arteriellen Hypertonus verursacht angesehen und eine Behandlung mit Beta-Blocker eingeleitet. In der Verlaufskontrolle (Bericht vom 30. Juni 2000) hat er bei Symptombefreiheit keine weiteren Konsequenzen für erforderlich gehalten. Ausweislich des Berichts des Internisten Dr. L vom 07. November 2000 ist bei der ergometrischen Untersuchung unter Medikation mit Beta-Blocker die Ausbelastungsherzfrequenz zwar nicht erreicht worden, jedoch haben sich keine Hinweise auf eine Koronarsuffizienz und eine belastungsinduzierte Heterotopie ergeben. Nach dem Langzeit-EKG haben auch keine anhaltenden ventrikulären Tachykardien bestanden. Eine wesentliche Verschlechterung des internistischen Zustandes ist nicht dokumentiert. So vermochten weder der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K (BB vom 05. März 2009) noch der Facharzt für Innere Medizin H (BB vom 11. März 2009) eine sich auf das quantitative Leistungsvermögen auswirkende Insuffizienz des Herzens festzustellen. Das Schilddrüsenleiden der Klägerin wirkt sich bei euthyreoter Stoffwechsellage nicht leistungsmindernd aus.

Eine schwere, die quantitative Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Störung lässt sich schließlich auch nicht aus psychiatrischer Sicht feststellen.

Der Senat stützt sich bei seiner Beurteilung vorrangig auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B, der in seinem Gutachten vom 09. Februar 2005 die psychiatrischen Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und Neurasthenie vor dem Hintergrund einer chronifizierten depressiven Störung bei akzentuiertem Persönlichkeitsprofil gestellt und diese im Gutachten nach Aktenlage vom 05. Februar 2011 bei im Wesentlichen gleich bleibender psychischer Befundlage mit den Diagnosen einer Agoraphobie und einer Dysthymia modifiziert hat. Bei den Störungen handelt es sich nach seinen Darlegungen zum Teil um eine gestörte Erlebnisverarbeitung, wobei endogene und reaktive Anteile eine Rolle spielten. Die psychische Gesundheitsstörung äußert sich in einem objektiv fassbaren Krankheitszustand leicht- bis maximal mittelgradiger Ausprägung im Sinne einer anhaltenden Schmerzsymptomatik und leichtgradigen depressiven Verstimmung sowie rascher Erschöpfbarkeit und diffuser Angst, wobei die Behandlungsoptionen noch nicht in zielführendem Ausmaß ausgeschöpft worden sind.

Eine schwere, die quantitative Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Störung lässt sich aus diesen Diagnosen auch in Gesamtschau der Ergebnisse der Explorationen und der Vorbefunde nicht herleiten. So hat die Klägerin bei der von Dr. B erhobenen persönlichen Anamnese eine nicht unglückliche Kindheit geschildert, wobei allerdings im Entlassungsbericht der B-Klinik B vom 23. Februar 2004 eine fehlende emotionale Bindung zur Mutter erwähnt wird, wodurch sich bei der Klägerin ein narzisstisches und orales Defizit ausgebildet habe. Der berufliche Lebensweg hat mit erfolgreicher Absolvierung einer Lehre zur Textilfacharbeiterin und Tätigkeiten als Verkäuferin und anschließend in der Anmeldung einer Ambulanz begonnen. Nach zweifelsohne gegebenen psychischen Belastungen im Zusammenhang mit dem Ausreiseantrag hat die Klägerin nach der Übersiedlung nach B in 1987 wieder Fuß gefasst und bis 1997 als Gruppenleiterin bei Tupperware in selbstständiger Tätigkeit, im Anschluss daran als Verkäuferin und Frühstücksserviererin gearbeitet. Beide aus der 1997 geschiedenen Ehe entstammenden Söhne haben erfolgreich eine Berufsausbildung absolviert. Der Kontakt zum jüngeren Sohn ist bis heute

eng. Auch wenn es mit Abbruch der die Klägerin überfordernden Tätigkeit als Frühstücksserviererin, der nachfolgenden Arbeitslosigkeit und dem Beginn der körperlichen Minderbelastbarkeit im Jahr 2000, verbunden mit Existenzängsten nach der Scheidung sowie seelischen Belastungen nach dem Tod des Bruders im Jahr 2002 zwar zu einem psychisch instabileren Zustand gekommen ist, erscheint die Klägerin in ihrer Alltagsgestaltung und -bewältigung nicht wesentlich eingeschränkt. Bereits gegenüber der von der Beklagten beauftragten Gutachterin Dr. S (Gutachten vom 09. Januar 2003) hat sie einen relativ normalen Tagesablauf geschildert. Sie stehe gegen 07:00 Uhr auf, gehe mit dem (mittlerweile verstorbenen) Hund raus, frühstücke, säubere die Wohnung, kaufe ein, sei am Nachmittag wieder mit dem Hund unterwegs, werde von Freunden besucht bzw. besuche diese, sehe abends fern. Sie habe einen großen Freundeskreis, man lade sie oft ein, da sie ja kein Geld habe. Auch habe sie seit kurzem eine lockere Partnerschaft. Wenn diese auch zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B am 09. Februar 2005 zerbrochen war, so lässt sich doch feststellen, dass die Klägerin weiterhin in einem den wirtschaftlichen Umständen entsprechendem, aber geordnetem Umfeld, lebt. So bewohnte sie eine 2 Zimmerwohnung in S - jetzt eine Wohnung in C -, wobei der jüngere Sohn, der im Haus nebenan lebte, sie fast jeden Tag besucht und mit ihr zusammen gegessen oder Einkäufe erledigt hat. Wie sie gegenüber dem Sachverständigen Dr. S angegeben hat, pflegt die Klägerin nach wie vor Freundschaften, sie habe etwa 10 bis 12 ältere Freundinnen, mit denen sie lange telefoniere, insbesondere eine enge Beziehung zu einer Freundin, die sie zum Teil auch zu den Untersuchungen begleitet hat. Die Klägerin war auch trotz der von Dr. S diagnostizierten Agoraphobie, Klaustrophobie und Soziophobie in der Lage, sich im Jahr 2008 zur Untersuchung und im Jahr 2009 wiederholt zur stationären Behandlung der Spondylodese in ein Krankenhaus nach Bad W sowie zur Reha nach Bad B zu begeben. Nach ihren Angaben bei der Begutachtung durch Dr. S ging sie sogar regelmäßig zwei Mal wöchentlich schwimmen. Zudem ist die Klägerin während der 2009 im Klinikum Bad B durchgeführten Reha dem medizinischen Personal nicht durch ein ängstliches Vermeidungsverhalten aufgefallen, wie auch den Berichten der W-W-Klinik keine Hinweise auf Angststörungen zu entnehmen sind, sondern insgesamt ein stabiler emotionaler Zustand beschrieben wird (vgl. Entlassungsbericht vom 27. April 2009). Dass die Klägerin trotz der festgestellten leicht- bis allenfalls mittelgradigen psychischen Störungen meint, nicht leistungsfähig zu sein, mag, wie Dr. B ausführt, seinen Grund auch in einer nicht bewussten Fehlhaltung haben, ist aber vor allem vor dem Hintergrund des sekundären Krankheitsgewinnes zu sehen. In diesem Zusammenhang konnte der Sachverständige eine nicht unerhebliche Aggravation beobachten. So habe die Klägerin im Rahmen der neurologischen Untersuchungen bei der Prüfung der Armbeuger und Fußheber auch nach mehrfacher Aufforderung nicht mitgemacht und etliche Versuche zu Gang, Stand und Koordination nicht ausgeführt, wobei diese begrenzte Mitwirkungsbereitschaft im Widerspruch zum spontanen Bewegungsablauf und zu den Ergebnissen der von der Kooperation unabhängigen elektrophysiologischen Untersuchungen, die - wie bereits ausgeführt - in neurologischer Hinsicht keinen pathologischen Befund zeigten, gestanden haben. Insbesondere vermochten die Untersuchungen nicht die Klagen, die Beine würden versagen und die Finger würden kribbeln oder taub sein, zu verifizieren. Hierzu passt auch, dass die Klägerin einerseits über Ängste bis hin zu Panikattacken klagt, gleichzeitig aber nicht oder nicht ausreichend ärztliche und therapeutischer Hilfe beansprucht, wie sich an den aufgenommenen, aber nicht konsequent durchgeführten ärztlichen und therapeutischen Behandlungen mit langen Pausen, an der nicht systematischen Medikation und dem Abbruch bei eingeforderter Mitarbeit zeigt. In ähnlicher Weise verhält es sich mit den angegebenen Schlafstörungen, die die Klägerin trotzdem nicht veranlassen, von der verordneten Medikation des Nervenarztes Gebrauch zu machen. Für eine erfolgversprechende Therapie wäre eine Motivation, tatsächlich auf den Arbeitsmarkt zurückzukehren, Voraussetzung, die jedoch bei der Klägerin nicht besteht. Dies zeigt auch der Umstand, dass sie sich aufgrund ihres ausgesprochenen Rentenbegehrens von der Beurteilung eines vollschichtigen Leistungsvermögens seitens der B-Klinik enttäuscht gezeigt und die in der B-Klinik weiter geführte Psychotherapie ab Oktober 2003 mit negativem Behandlungsergebnis vorzeitig abgebrochen hat. Dort wird die Vermutung geäußert, die Klägerin sei auf ihren Rentenwunsch und ihre Symptomatik fixiert und werde anscheinend von der Vorstellung "gespeist", endlich eine Art Wiedergutmachung für die in ihrem Leben erlittenen Leiden und Ungerechtigkeiten zu erhalten. Sie habe ihre Verbitterung darüber mitgeteilt, von anderen Menschen, z. B. auch von ihrem ältesten Sohn, enttäuscht und vernachlässigt worden zu sein.

Das Ergebnis der Begutachtung durch Dr. B steht auch mit dem Gutachten der von der Beklagten beauftragten Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. S vom 09. Januar 2003 in Übereinstimmung, die mit den Diagnosen "Angst und depressive Störung, Somatisierungsstörung" allenfalls mittelgradig ausgeprägte seelische Störungen mit der Folge qualitativer Leistungseinschränkungen und ggfs. einer zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat.

Eine abweichende Einschätzung der Leistungsfähigkeit folgt auch nicht aus dem nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie Dr. S vom 08. Dezember 2005. Der Sachverständige hat zwar zum Teil weitere Gesundheitsstörungen festgestellt, nämlich eine Angststörung mit Panikattacken, eine Agoraphobie, eine Klaustrophobie und eine Soziophobie, wogegen sich die Diagnosen einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung und Somatisierungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit nur im festgestellten Ausprägungsgrad von den Diagnosen des Sachverständigen Dr. B unterscheiden. Das Gutachten leidet jedoch zum Einen daran, dass es nahezu ausschließlich der Selbsteinschätzung der Klägerin und ihren Angaben in den Selbstbeurteilungsbögen folgt, ohne diese zu hinterfragen. Derartige Selbstbeurteilungsskalen sind aber - worauf Dr. B zu Recht hinweist - im Rahmen einer Begutachtung, in denen es um die Feststellung der Leistungsfähigkeit geht, ungeeignet und müssen jedenfalls mit objektiven Befunden (objektive Symptomatik, Alltagsaktivitäten, Fremdbefunde etc.) abgeglichen und überprüft werden. So hat die Klägerin beispielsweise angegeben, eine Angststörung mit Panikattacken und Phobien hindere sie, allein ohne Begleitung nach draußen zu gehen, woraus der Sachverständige Dr. S auf eine aufgehobene Wegefähigkeit geschlossen hat, ohne sich jedoch mit den gleichzeitigen Angaben der Klägerin, zu Lebzeiten des Hundes regelmäßig längere Spaziergänge unternommen zu haben und später zwei Mal pro Woche schwimmen zu gehen - was die psychische Fähigkeit impliziert, sich in enge Umkleidekabinen und in Badebekleidung unter fremde Menschen zu begeben - kritisch auseinanderzusetzen. Die bei der Untersuchung erfolgte Selbstdarstellung der Klägerin wird auch in vielen weiteren Punkten nicht hinterfragt, z. Bsp. wird ihren Angaben, an Appetitlosigkeit zu leiden, nicht der tatsächlich bestehende überreichliche Ernährungszustand (70 kg bei 160 cm Körpergröße) gegenübergestellt. Zudem wird von dem Sachverständigen ein aufgehobenes Leistungsvermögen rückwirkend für die Zeit ab Oktober 2002 postuliert, ohne die bei früheren Begutachtungen erfolgten Schilderungen der Klägerin zu ihrer Alltagsbewältigung und sozialen Einbindung, die einer solchen Einschätzung entgegenstehen, zur Kenntnis zu nehmen und sich damit auseinanderzusetzen. Zum Anderen fehlt es völlig an Ausführungen dahingehend, welche konkreten Funktionsbeeinträchtigungen zu einer quantitativen Leistungsminderung führen würden. Vielmehr begründet Dr. S die reduzierte quantitative Leistungsfähigkeit vor allem mit den Diagnosen. Maßgeblich sind jedoch nicht die gestellten Diagnosen, sondern die daraus folgenden funktionellen Einschränkungen. Die von ihm bei der Klägerin bescheinigte Depressivität und Angststörung bedingen nicht zwingend die Annahme eines quantitativ eingeschränkten Leistungsvermögens. Soweit Dr. S auf die Beurteilung der B-Klinik laut Bericht vom 24. Januar 2001 verweist, übersieht er, dass die dortige Annahme einer reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund der orthopädischen Leiden und - wie bereits dargelegt - mit nur knapper Begründung erfolgt ist. Ebenso wenig beschäftigt sich der Sachverständige Dr. S mit den bisherigen Therapiemaßnahmen und der Frage, ob diese bereits ausgeschöpft sind. Er unterstellt vielmehr, dass die Klägerin austherapiert sei, und sieht eine medikamentöse Behandlung

pauschal aufgrund der organischen Störungen als schwierig an. Die sich bereits in den Vorgutachten darstellende fehlende Compliance der Klägerin sowohl hinsichtlich der verordneten niedrigschwelligen medikamentösen Therapie (z. Bsp. Angaben der Klägerin bei der Begutachtung durch Dr. B, dass sie das vom Nervenarzt verordnete Doxepin 50mg nicht einnehme) als auch der verordneten Psychotherapie (wiederholter Abbruch) wird von dem Sachverständigen nicht hinterfragt. Dr. B weist daher zu Recht darauf hin, dass die therapeutischen Möglichkeiten auch unter Berücksichtigung der Behandlung durch den Dipl.-Psych. R in der Zeit von Januar bis August 2005, deren Inhalt und Intensität letztlich unklar bleiben, noch nicht ausgeschöpft sind. Weder ist eine spezifische Verhaltenstherapie für Angsterkrankungen noch eine für depressive Störungen adäquate medikamentöse Therapie durchgeführt worden. So hat die Klägerin die psychotherapeutische Behandlung bei dem Dipl.-Psych. R vorzeitig abgebrochen, wobei die angegebene Begründung der zunehmenden Schmerzzustände nicht überzeugt, weil der behandelnde Nervenarzt L in seinem detaillierten Behandlungsverlauf vom 29. März 2010 für diesen Zeitraum eine Behandlungspause beschrieben hat. Zudem besteht wenig Übereinstimmung zwischen der von der Klägerin gegenüber dem Sachverständigen Dr. S angegebenen Medikation im Vergleich zu den Angaben des behandelnden und verordnenden Nervenarztes L in der Aufstellung vom 29. März 2010. Nach dieser Aufstellung hat sich die Klägerin nie auf eine kontinuierliche Einnahme der sogar nur in niedriger Dosis verordneten Antidepressiva eingelassen. Schlaffördernde oder angstlösende Medikamente werden von ihr nur bedarfsweise eingesetzt. Das Fehlen einer adäquaten, intensiven Therapie sowohl der von Dr. S diagnostizierten Angsterkrankungen/Phobien als auch der depressiven Störung lässt jedoch Rückschlüsse auf die Ausprägung der Erkrankungen und des daraus abzuleitenden - fehlenden - Leidensdruckes der Klägerin zu.

Die Einschätzung eines nur qualitativ eingeschränkten Leistungsvermögens (einfache geistige Tätigkeiten unter Ausschluss von Nachtschicht und Zeitdruck) wird auch nicht anhand der vorgelegten Atteste und BB der behandelnden Ärzte widerlegt. Die Ergebnisse einer angeblich in der Zeit von September 2002 bis März 2003 durchgeführten tiefenpsychologischen Behandlung durch den mittlerweile verstorbenen Dr. B vermochten mangels vorhandener Behandlungsunterlagen nicht verifiziert zu werden. Soweit der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie L (Attest vom 02. Februar 2004, BB vom 10. September 2004, Atteste vom 19. März 2007 und vom 24. Februar 2009, BB vom 14. Januar 2010 sowie ergänzender Bericht vom 29. März 2010 mit Angaben zur Medikation und den durchgeführten Therapien) eine seit dem 18. November 1997 laufende ambulante Behandlung wegen generalisierter Angststörung mit Panikattacken, mittelgradigen depressiven Störungen mit Somatisierungsstörung, diversen Ängsten, Depression, mnestischen Störungen und Schmerzsyndrom bescheinigt und die Klägerin nur für bis zu drei Stunden täglich als arbeitsfähig erachtet, fehlt es an belastbaren Befunden. Konsultationen haben nur ein- bis zweimal pro Quartal statt gefunden, auch wird allenfalls eine leichte Verschlechterungstendenz attestiert. Die Therapieversuche mit niedrig dosierten Antidepressiva und schlaffördernden bzw. angstlösenden Medikamenten bei Bedarf und größeren Behandlungspausen vermögen bei der auch vom Nervenarzt Lust gesehenen fehlenden Motivation der Klägerin zu einer systematischen Behandlung (Medikation) die Annahme einer schwereren psychischen Erkrankung nicht zu belegen. Vergleichbar verhält es sich mit der Einschätzung des Dipl.-Psych. R im BB vom 21. Juni 2005, bei dem die Klägerin sich nur vom 10. Januar bis zum 17. August 2005 in verhaltenstherapeutischer Behandlung befunden hat.

Nach alledem ist der Senat davon überzeugt, dass die Klägerin trotz der vorliegenden Gesundheitsstörungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens sechs Stunden täglich körperlich leichte Arbeiten in geschlossenen Räumen unter Ausschluss von Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und Zugluft im Wechsel der Haltungsarten oder überwiegend sitzend ohne Zwangshaltungen verrichten kann. Einseitige körperliche Belastungen sind nicht zumutbar, desgleichen Akkord- und Fließbandtätigkeiten oder Tätigkeiten an laufenden Maschinen. Das regelmäßige Heben und Tragen sollte auf Gewichte von fünf kg beschränkt werden, Wechselschichten unter Ausschluss von Nachtschichten sind zumutbar. Arbeiten, die die Fingergeschicklichkeit voraussetzen sind zumutbar, die Belastbarkeit der Arme und Beine ist altersentsprechend gegeben. Aufgrund der schulischen und beruflichen Ausbildung und der durch ihre Gesundheitsstörungen etwas eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit ist die Klägerin nur in der Lage, einfache geistige Arbeiten zu verrichten. Das Seh- und Hörvermögen ist nicht eingeschränkt, das Reaktionsvermögen und die Kontaktfähigkeit sind ausreichend vorhanden, ebenso die Lese- und Schreibgewandtheit. Die Auffassungsgabe, die Lern- und Merkfähigkeit sowie das Gedächtnis sind im Hinblick auf einfache Tätigkeitsfelder nicht reduziert, die Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit ist erhalten, ebenso besteht Wegefähigkeit. Die Klägerin ist hiernach nicht erwerbsgemindert ([§ 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 SGB VI](#)). Die im erstinstanzlichen Verfahren noch hilfsweise begehrte Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit macht die Klägerin im Berufungsverfahren nicht mehr geltend.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-12-01