S 3 RJ 279/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 RJ 279/99
Datum	14.11.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 RJ 729/00
Datum	02.04.2003

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 14. November 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die GewÃ¤hrung einer Rente wegen Berufs- oder ErwerbsunfÃ¤higkeit.

Der 1948 geborene KlÃ¤ger hat nach eigenen Angaben keinen Beruf erlernt. Er war vom 24. MÃ¤rz 1988 bis 28. Mai 1990 als Lager- arbeiter sowie nach zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit vom 15. Juli 1991 bis 30. April 1995 als ungelernter Arbeiter in einem Baustoffwerk versicherungspflichtig beschÃ¤ftigt. Vom 1. Mai 1995 bis 13. August 1999 bezog er Sozialleistungen, ab 14. August 1999 war er arbeitslos ohne Leistungsbezug. Der KlÃ¤ger betreibt ein landwirtschaftliches Unternehmen, dessen FlÃ¤che nach Mitteilung der Landwirtschaftlichen Alterskasse Schwaben seit 1. Oktober 1998 weniger als 25 % der nach Â§ 1 Abs.5 des Gesetzes Ã¼ber die Alterssicherung der Landwirte (ALG) festgelegten MindestgrÃ¶Ã□e umfasst.

Beim KlÃ¤ger ist wegen Funktionsbehinderung der WirbelsÃ¤ule, degenerativen VerÃ¤nderungen, muskulÃ¤ren Verspannungen, BandscheibenschÃ¤den, Nervenwurzelreizerscheinungen und eines beidseitigen Carpaltunnelsyndroms, rechts operiert, ein GdB von 30 anerkannt.

Am 23. Dezember 1997 beantragte der KlÃ¤ger eine Rente wegen Berufs- oder ErwerbsunfÃ¤higkeit. Er sei wegen zweier BandscheibenvorfÃ¤lle und der Nerven seit Dezember 1995 (Entlassung aus einer RehabilitationsmaÃnahme) nicht mehr erwerbsfÃ¤hig. Die Beklagte holte ein Gutachten des Allgemein- und Sozialmediziners Dr. L. vom 28. Mai 1998 ein. Dieser stellte nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers vom 4. Mai 1998 folgende Diagnosen: 1. Chronisch degeneratives LendenwirbelsÃ¤ulensyndrom mit Schmerzausstrahlung in die Beine bei Bandscheibenvorfall L 5/S 1 (CT-gesichert 1993 und 1996), WirbelsÃ¤ulenverbiegung; 2. Wiederkehrendes HalswirbelsÃ¤ulensyndrom; 3. Restbeschwerden nach Operation eines Carpaltunnelsyndroms rechts 1996, links Mai 1997; 4. AufbrauchverÃ¤nderungen am rechten Kniegelenk (Retropatellararthrose).

Der Gesundheitszustand habe sich gegenÃ¼ber einer Vorbegutachtung vom 26. MÃ¤rz 1996 nicht grundlegend verschlechtert. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne noch vollschichtig leichte Arbeiten im Wechselrhythmus ohne Heben und Tragen von Lasten, einseitige KÃ¶rperhaltung, hÃ¤ufiges BÃ¼cken und ungÃ¼nstige WitterungseinflÃ¼sse verrichten.

Die Beklagte lehnte daraufhin den Rentenantrag vom 23. Dezember 1997 ab (Bescheid vom 16. Juni 1998). Der KlÃ¤ger kÃ¶nne noch vollschichtig leichte Arbeiten verrichten und sei daher weder berufs- noch erwerbsunfÃ¤hig.

Den dagegen vom KlÃ¤ger unter Hinweis auf stÃ¤ndige Bandscheibenbeschwerden erhobenen Widerspruch wies die Beklagte nach Einholung weiterer Ã¤rztlicher Unterlagen zurÃ¼ck (Widerspruchsbescheid vom 23. MÃ¤rz 1999). Aus den eingeholten Ã¤rztlichen Unterlagen ergebe sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, so dass eine erneute Begutachtung nicht erforderlich sei. Der KlÃ¤ger sei noch in der Lage, vollschichtig leichte kÃ¶rperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, auf den er als einfach angelernter Arbeitnehmer verweisbar sei, im Wechselrhythmus ohne hÃ¤ufiges Klettern, Steigen und BÃ¼cken, ohne Ã¼berwiegend einseitige KÃ¶rperhaltung sowie ohne GefÃ¤hrdung durch KÃ¤lte, starke Temperaturschwankungen, Zugluft und NÃ¤sse zu verrichten. Er sei daher weder berufs- noch erwerbsunfÃ¤hig.

Dagegen erhob der KlÃ¤ger mit Schreiben an die Beklagte vom 13. April 1999, bei der Beklagten am 16. April 1999 und beim Sozialgericht Augsburg (SG) am 29. April 1999 (S 3 RJ 260/99) eingegangen, Klage.

Das SG holte Befundberichte der behandelnden ÃrzteDr. W. , Dr. D. und Dr. B. sowie Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. A. vom 24. September 1999 und des OrthopÃ¤den Dr. B. vom 15. Dezember 1999 ein.

Beide SachverstÃ¤ndige kamen nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers zu dem Ergebnis, dieser kÃ¶nne noch vollschichtig leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten im Wechselrhythmus mit einigen qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen verrichten. Eine BeschrÃ¤nkung der WegefÃ¤higkeit bestehe nicht.

ErgÃ¤nzend dazu holte das SG auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. L. vom 13. April 2000 ein. Dieser stellte nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers fest, es bestehe eine bislang nicht ausreichend gewÃ¼rdigte Depression, vor deren Hintergrund der KlÃ¤ger zum jetzigen Zeitpunkt nicht in der Lage sei, regelmÃ¤ÃŒig einer TÃ¤tigkeit von wirtschaftlichem Wert nachzugehen.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 14. November 2000 ab. Nach den vorliegenden Gutachten sei der KlÃ¤ger noch in der Lage, vollschichtig leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in geschlossenen RÃ¤umen, im Wechselrhythmus zwischen Sitzen, Gehen und Stehen auszuÃ¼ben. Die LeistungseinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen Dr. L. Ã¼berzeuge die Kammer nicht. Bei der Untersuchung durch Dr. A. (20. September 1999) und Dr. B. (15. Dezember 1999) sei noch ein vollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen festgestellt worden. Welche konkreten UmstÃ¤nde dazu gefÃ¼hrt haben sollten, dass das LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers bis zur Untersuchung durch Dr. L. (6. April 2000) dramatisch abgesunken sei, sei nicht nachvollziehbar. Darin sehe sich die Kammer auch durch einen Befundbericht der nunmehr als behandelnde ÃŒrztin des KlÃ¤gers tÃ¤tigen SachverstÃ¤ndigen Dr. A. vom Juli 2000 bestÃ¤tigt, die ab September 1999 von einem unverÃ¤nderten Gesundheitszustand des KlÃ¤gers ausgehe. Die von Dr. L. angenommene wesentliche Leidensverschlimmerung werde damit nicht bestÃ¤tigt. Da der KlÃ¤ger als ungelernter Arbeiter auf alle ungelernten Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden kÃ¶nne und dieser fÃ¼r ihn nicht verschlossen sei, liege beim KlÃ¤ger keine Berufs- oder ErwerbsunfÃ¤higkeit vor.

Gegen das ihnen am 21.11.2000 zugestellte Urteil haben die ProzessbevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers mit Schreiben vom 18. Dezember 2000, beim SG am 19. Dezember 2000 und beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) am 27. Dezember 2000 eingegangen, Berufung eingelegt. Nach den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen Dr. L. sei der KlÃ¤ger wegen der bei ihm bestehenden mittelschweren Depression in Zusammenhang mit den Ã¼brigen GesundheitsstÃ¶rungen, insbesondere FunktionseinschrÃ¤nkungen der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule, nicht mehr vollschichtig leistungsfÃ¤hig.

Der Senat hat Befundberichte der Neurologin und Psychiaterin Dr. A. , des OrthopÃ¤den Dr. W. , des praktischen Arztes Dr. D. und des OrthopÃ¤den Dr. H. eingeholt und den OrthopÃ¤den Dr. S. sowie den Neurologen und Psychiater Dr. M. mit einer Begutachtung des KlÃ¤gers beauftragt.

Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 28. September 2001 nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers am 20. September 2001 folgende Diagnosen gestellt: 1. Deutliche Fehlstatik der LendenwirbelsÃ¤ule bei Beinver- kÃ¼rzung links mit

Lumbalskoliose, fortgeschrittener BandscheibenschÃ¤digung L5/S1, Kreuzbein-Darmbeingelenksarthrose beidseits; 2. HÃ¼ftgelenksbeschwerden rechts betont, beginnende Arthrose des rechten HÃ¼ftgelenkes nach OberschenkeltrÃ¼mmerbruch, Fehlstellung des rechten Oberschenkels mit AuÃ□endrehfehlhaltung, ausgeprÃ¤gte Verkalkungen im Bereich des rechten HÃ¼ftgelenks; 3. deutliche Kniegelenksarthrose, rechts ausgeprÃ¤gter als links, mit Knorpelverkalkung auf der linken Seite; 4. BrustwirbelsÃ¤ulenbeschwerden bei leichter Fehlstatik mit Rechtsneigung der BrustwirbelsÃ¤ule; 5. Nacken-Schulter-Arm-Syndrom beidseits, Fehlhaltung der HalswirbelsÃ¤ule, VerschleiÃ□zeichen der Zwischenwirbelgelenke, Einengung des Zwischenwirbelloches zwischen dem dritten und vierten Halswirbel mÃ¤Ã□iger AusprÃ¤gung; 6. nach Schulterluxation rechts Verkalkungen im Bereich des Kapsel-Sehnenapparates der rechten Schulter, beginnende Schultereckgelenksarthrose rechts, beginnende Schultergelenksarthrose links.

Der KlÃ¤ger kÃ¶nne noch leichte, kurzfristig auch mittelschwere Arbeiten zu ebener Erde, aus wechselnder Ausgangslage, ohne schweres Heben und Tragen, BÃ¼cken, Ã□berkopfarbeiten, Zeitdruck, stÃ¤ndiges Gehen und Stehen, verrichten. Die WegefÃ¤higkeit sei nicht eingeschrÃ¤nkt. Zeitlich sei die LeistungsfÃ¤higkeit auf 6 Stunden pro Tag begrenzt.

Der Neurologe und Psychiater Dr. M. hat in seinem Gutachten vom 28. Januar 2002 nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers vom 28. September 2001 folgende Diagnosen gestellt: 1. Dysthymie/depressive PersÃ¶nlichkeit. 2. Zustand nach langjÃ¤hrigem AlkoholabhÃ¤ngigkeits-Syndrom mit mehr als dreijÃ¤hriger Abstinenz; 3. chronisches HalswirbelsÃ¤ulen-Syndrom ohne funktionelle Defizite; 4. Zustand nach operativer Revision eines beidseitigen Carpaltunnelsyndroms; 5. chronisches LendenwirbelsÃ¤ulen-Syndrom ohne funktionelle Defizite; 6. beginnende, vorwiegend sensible Polyneuropathie im Be- reich der unteren ExtremitÃ¤ten.

Neurologisch kÃ¶nne ein den Vorbefunden vergleichbarer Status erhoben werden. Aus nervenÃ¤rztlicher Sicht kÃ¶nne der KlÃ¤ger noch vollschichtig leichte Arbeiten ohne Zwangshaltung, Heben und Tragen von Lasten Ã¼ber 10 kg und Akkord verrichten. Eine wesentliche EinschrÃ¤nkung der WegefÃ¤higkeit und der UmstellungsfÃ¤higkeit bestÃ¼nden nicht.

Der Ã□rztliche Dienst der Beklagten hat sich den Gutachtern Dr. M. und Dr. S. mit der MaÃ□gabe angeschlossen, dass eine orthopÃ¤disch bedingte LeistungseinschrÃ¤nkung auf sechs Stunden pro Tag erst seit dem Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. S. am 20. September 2001 anzunehmen sei.

Der Senat hat auf Antrag des KlÃ¤gers nach Â§ 109 SGG ein weiteres Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. L. vom 27. Juli 2002 eingeholt, der nach ambulanter Untersuchung des KlÃ¤gers vom 19. Juli 2002 folgende Diagnosen gestellt hat: 1. schmerzhaftes WirbelsÃ¤ulensyndrom mit vertebragenen Kopfschmerzen und Wurzelreizsymptomatik L5 rechts; 2. beginnende Neuropathie; 3. Tinnitus; 4. Restbeschwerden nach Carpaltunnelsyndrom-0peration beidseits; 5. Depression.

BezÃ¼glich des Carpaltunnelsyndroms habe sich gegenÃ¼ber den Voruntersuchungen eine Verschlechterung bei der Nervenleitgeschwindigkeit ergeben. Die EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen Dr. M. , es liege lediglich eine subdepressive Stimmung vor, sei nicht nachvollziehbar. Er halte an seiner EinschÃ¤tzung im Vorgutachten fest, das unter suffizienter psychiatrischer und vor allem psychopharmakologischer Therapie mittelbar eine Verbesserung des Zustandes mÃ¶glich sei. Derzeit und in den nÃ¤chsten ein bis zwei Jahren kÃ¶nne der KlÃ¤ger jedoch selbst einfachste TÃ¤tigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht durchfÃ¼hren.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme der Psychiaterin Dr. W. vom 24. September 2002 vorgelegt. In einer vom Senat angeforderten ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 29. Januar 2003 hat Dr. M. mitgeteilt, er halte an der Beurteilung im Gutachten vom 28. Januar 2002 fest.

Der KlÃ¤ger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 14.11.2000 und den Bescheid der Beklagten vom 16.06.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.03.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem KlÃ¤ger Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit bzw. wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit zu gewÃ¤hren.

Ein Anspruch auf Rente wegen BerufsunfÃ¤higkeit bzw. teilweiser Erwerbsminderung bei BerufsunfÃ¤higkeit wird nicht mehr geltend gemacht.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der Senat hat die Beklagtenakten, Akten des Amtes fÃ¼r Versorgung und FamilienfÃ¶rderung Augsburg, des Arbeitsamtes Memmingen sowie die Prozessakte des Sozialgerichts Augsburg beigezogen.

Zur ErgÃ¤nzung des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Akten und die Berufungsakte Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (Â§Â§ 143, 144, 151 SGG) ist zulÃ¤ssig, jedoch nicht begrÃ¼ndet.

Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit oder verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit.

Der Anspruch des KlÃ¤gers auf Versichertenrente richtet sich nach den Vorschriften des 6. Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (a.F.), da der Rentenantrag am 23. Dezember 1997 gestellt wurde und Rente ab diesem Zeitpunkt begehrt wird (Â§ 300 Abs.2 SGB VI). Soweit die Entstehung eines Rentenanspruchs fÃ¼r die Zeit nach dem 31. Dezember 2000 in Betracht kommt, richtet sich der Anspruch des KlÃ¤gers nach den Vorschriften des SGB VI in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung (n.F.).

Nach Â§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB VI a.F. haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit, wenn sie 1. erwerbsunfÃ¤hig sind, 2. in den letzten fÃ¼nf Jahren vor Eintritt der BerufsunfÃ¤hig keit drei Jahre PflichtbeitrÃ¤ge fÃ¼r eine versicherte Be schÃ¤ftigung oder TÃ¤tigkeit haben und 3. vor Eintritt der ErwerbsunfÃ¤higkeit die allgemeine Wartezeit erfÃ¼llt haben.

ErwerbsunfÃ¤hig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃ□er Stande sind, eine ErwerbstÃ¤tigkeit in gewisser RegelmÃ¤Ã□igkeit auszuÃ¼ben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen BezugsgrÃ¶Ã□e (ab 1. April 1999: 630,00 DM) Ã¼bersteigt (Â§ 44 Abs.2 Satz 1 SGB VI a.F.). ErwerbsunfÃ¤hig ist (u.a.) nicht, wer eine TÃ¤tigkeit vollschichtig ausÃ¼ben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen (Â§ 44 Abs.2 Satz 2 Nr. 2 SGB VI a.F.).

Nach Â§ 43 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB VI n.F ist fÃ¼r VersicherungsfÃ¤lle ab 01.01.2002 an Stelle einer ErwerbsunfÃ¤higkeit eine volle oder teilweise Erwerbsminderung Tatbestandsvoraussetzung.

Erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃ□erstande sind, unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden (teilweise Erwerbsminderung) bzw. drei Stunden (volle Erwerbsminderung) tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein (Â§ 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGB VI n.F.). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen (Â§ 43 Abs. 3 SGB VI n.F.)

Die Voraussetzungen der Â§Â§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB VI a.F., 43 Abs. 1 Satz 1, Abs 2 Satz 1 SGB VI n.F. sind beim KlÃ¤ger nicht erfÃ¼llt. Zwar hat er die allgemeine Wartezeit (Â§Â§ 50 Abs.1 Satz 1, 51 Abs.1 SGB VI) erfÃ¼llt. Beim KlÃ¤ger liegt jedoch weder eine ErwerbsunfÃ¤higkeit noch eine verminderte ErwerbsfÃ¤higkeit vor.

Der KlÃ¤ger ist nach den medizinischen Feststellungen der SachverstÃ¤ndigen Dr. S. und Dr. M. noch in der Lage, eine TÃ¤tigkeit vollschichtig auszuÃ¼ben.

Im Vordergrund stehen die Beschwerden an der LendenwirbelsÃ¤ule, weniger ausgeprÃ¤gt an der HalswirbelsÃ¤ule und dem Schulterarmbereich sowie an den HÃ¼ft- und Kniegelenken ohne wesentliche funktionelle Defizite. Eine mÃ¶glicherweise alkoholtoxisch bedingte, beginnende, vorwiegend sensible Polyneuropathie im Bereich der unteren ExtremitÃ¤ten fÃ¼hrt nicht zu nennenswerten EinschrÃ¤nkungen der LeistungsfÃ¤higkeit. Dasselbe gilt fÃ¼r Restbeschwerden nach operativer Revision eines beidseitigen Carpaltunnelsyndroms. Der neurologische Status wird mit Ausnahme einer mÃ¤Ã□iggradigen muskulÃ¤ren Verspannung im Bereich der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule sowie eines herabgesetzten Vibrationsempfindens im Bereich

der FÃ¼Ãe beidseits als regelrecht beschrieben. Hinweise fÃ¼r leistungsrelevante radikulÃ¤re Defizite oder eine neurologische Herdsymptomatik fanden sich nicht. Eine im erstinstanzlichen Verfahren vom SachverstÃ¤ndigen Dr. L. diagnostizierte Depression wird vom SachverstÃ¤ndigen Dr. M. nicht bestÃ¤tigt. Er fÃ¼hrt hierzu aus, Dr. L. habe zwar eine Reihe von typischen depressiven Symptomen zitiert, auffallend sei jedoch, dass diese in den zuvor berichteten Befunden nicht in der Form dokumentiert seien, wie sie letztlich im Rahmen einer schweren depressiven Episode oder rezidivierend depressiven StÃ¶rung beobachtet werden kÃ¶nnten.

Eine Durchsicht der vorliegenden Befundunterlagen zeigt, dass erstmals im Arztbrief des Dr. W. vom 2. Juni 1999 ein reaktiv depressives Syndrom angegeben wird, wohl basierend auf den Beschwerdeangaben des KlÃ¤gers (Niedergeschlagenheit, Zukunftsangst, Antriebsverlust). Im Arztbrief desselben Arztes vom 2. MÃ¤rz 1999 finden sich hierzu noch keine Angaben. Auch der praktische Arzt Dr. D. als Hausarzt des KlÃ¤gers erwÃ¤hnt in seinem Befundbericht vom 23. August 1999 keine psychischen Beschwerdeangaben, keine diesbezÃ¼glichen Befunde oder Diagnosen. In dem vom SG eingeholten nervenÃ¤rztlichen Gutachten der Dr. A. vom 24. September 1999 wird lediglich eine leichte depressive Begleitreaktion angegeben, die sich unter Einnahme von JohanniskrautprÃ¤paraten und pflanzlichen Beruhigungsmitteln in Remission befand. Nach damaligen Angaben des KlÃ¤gers war eine gute Besserung von Stimmung und Schlafverhalten eingetreten. Eine LeistungseinschrÃ¤nkung verneinte die SachverstÃ¤ndige. In einem spÃ¤teren Befundbericht vom 25. Juli 2000 gibt sie als Beschwerden des KlÃ¤gers GrÃ¼belneigung, Stimmungstief und SchlafstÃ¶rungen an und stellt auf dieser Grundlage die Diagnose einer depressiven StÃ¶rung. Der KlÃ¤ger sei depressiv verstimmt. Befunde werden hierzu nicht mitgeteilt. In einem weiteren Befundbericht vom 27. MÃ¤rz 2001 teilt Dr. A. als Beschwerden SchlafstÃ¶rungen, GrÃ¼belneigung, depressive Verstimmung, Ãngste und fehlende Schaffenskraft mit. Es liege eine depressive Verstimmung, SchlafstÃ¶rungen, AntriebsstÃ¶rungen, ausgeprÃ¤gte Anhedonie, allgemeine Leistungsinsuffizienz, erhÃ¶hte ErmÃ¼d- und ErschÃ¶pfbarkeit und innere Unruhe vor. Sie stellt nunmehr die Diagnose einer depressiven ErschÃ¶pfung. Im letzten Jahr sei eine gewisse Chronifizierung und Fixierung der depressiven StÃ¶rung eingetreten. Hausarzt Dr. D. gibt im Befundbericht vom 10. Juli 2001 an, der KlÃ¤ger leide zunehmend unter einer reaktiven Depression wegen der stÃ¤ndigen Schmerzsituation. Befunde werden hierzu nicht mitgeteilt. Dies bestÃ¤tigt die EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen Dr. M. , dass keine Hinweise fÃ¼r eine schwere depressive StÃ¶rung vorliegen.

Auch aus dem weiteren Krankheitsverlauf ergeben sich hierfÃ¼r nach Ansicht des SachverstÃ¤ndigen Dr. M. keine Anhaltspunkte. Der KlÃ¤ger selbst beschreibe den Begriff "Depression" damit, dass er "nichts mehr fertig bringe" und unter Dauerschmerzen leide, ferner schnell kÃ¶rperlich erschÃ¶pft sei. Dies rechtfertige nicht die Diagnose einer Depression. Bei der Untersuchung lasse sich allenfalls eine depressive Symptomatik feststellen, vereinbar mit einer depressiven PersÃ¶nlichkeitsstruktur mit selbstunsicheren ZÃ¼gen. Der SachverstÃ¤ndige verweist hierzu auf dem bisherigen Lebenslauf des KlÃ¤gers, der schon immer ein eher zurÃ¼ckgezogenes Leben gefÃ¼hrt habe und mÃ¶glicherweise vor dem

Hintergrund einer gewissen sozialen Phobie keine partnerschaftliche Beziehung habe aufbauen kÃ¶nnen. Hinweise fÃ¼r eine depressive StÃ¶rung vom endogenen Verlaufstyp oder eine depressive StÃ¶rung, die eine quantitative LeistungseinschrÃ¤nkung begrÃ¼nden kÃ¶nnten, liegen nach Auffassung des SachverstÃ¤ndigen Dr. M. nicht vor.

Auf neurologischem Fachgebiet bestÃ¤tigt er das Bestehen chronischer Schmerzen im Bereich der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule ohne Nachweis funktioneller Defizite oder aktiver Denervierungszeichen. Die bildgebenden Befunde eines schon seit mehreren Jahren bestehenden Bandscheibenvorfalls im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule (L5/S1) erklÃ¤ren die vorgebrachten Beschwerden des KlÃ¤gers nach seiner Ansicht nicht hinreichend und begrÃ¼nden die vom KlÃ¤ger subjektiv beschriebene LeistungsunfÃ¤higkeit in keiner Weise. Der Zustand nach operativer Revision des beidseitigen Carpaltunnelsyndroms und die beginnende, vorwiegend sensible Polyneuropathie im Bereich der unteren ExtremitÃ¤ten bedingen keine nennenswerten LeistungseinschrÃ¤nkungen. Eine ausreichende WegefÃ¤higkeit und UmstellungsfÃ¤higkeit ist nach Ansicht des SachverstÃ¤ndigen gegeben.

DemgegenÃ¼ber kommt der auf Antrag des KlÃ¤gers mit einer Begutachtung beauftrage SachverstÃ¤ndige Dr. L. in seinem Gutachten vom 27. Juli 2002 erneut zu dem Ergebnis, beim KlÃ¤ger liege neben einem schmerzhaften WirbelsÃ¤ulensyndrom mit Ausstrahlungen, Wurzelreizerscheinungen rechtsseitig und Cervikocephalgien, einer leichten Neuropathie, einem Tinnitus und einem Carpaltunnel-Rezidiv beidseits, eine im Vordergrund der Beschwerden stehende Depression vor. Bedingt durch diese Depression seien das DurchhaltevermÃ¶gen sowie die allgemeine Belastbarkeit und UmstellungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers eingeschrÃ¤nkt. Die Lebens- und Tagesgestaltung, die soziale AnpassungsfÃ¤higkeit seien deutlich eingeschrÃ¤nkt. Der KlÃ¤ger hat hierzu angegeben, er sei lustlos, freudlos und matt und habe keinerlei Antrieb und immer wieder Selbstmordgedanken. Er kÃ¶nne nichts lÃ¤nger als wenige Minuten tun, dann habe er bereits keine Kraft mehr. Nachts kÃ¶nne er nicht schlafen, er liege oft wach und grÃ¼ble, dann kÃ¤men Todesgedanken und Todessehnsucht. Er habe Ãngste und ziehe sich immer stÃ¤rker zurÃ¼ck. Die Befundangaben des SachverstÃ¤ndigen beinhalten im Wesentlichen eigene Angaben des KlÃ¤gers Ã¼ber eine psychomotorische Gebundenheit, DurchschlafstÃ¶rungen, Wachliegen, GrÃ¼beln, Gedankenkreisen, zerhackten Schlaf, Ãngste, Panik, teilweise GlobusgefÃ¼hl, Atembeschwerden, SchweiÃausbrÃ¼che, Unruhe, ein allgemeines SchwÃ¤chegefÃ¼hl und ein Morgentief sowie die BefÃ¼rchtung, durch die Einnahme von Medikamenten sÃ¼chtig zu werden. Zum objektiven Befund beschreibt der SachverstÃ¤ndige, der KlÃ¤ger habe sich nach ersten Hemmungen rasch geÃ¶ffnet, im formalen Denken sei abgesehen hiervon kein weitergehender krankhafter Befund festzustellen, inhaltliche DenkstÃ¶rungen lÃ¤gen nicht vor. Zur Divergenz der Diagnosestellung fÃ¼hrt er aus, hier kÃ¶nnten Hemmung oder Misstrauen gegenÃ¼ber dem SachverstÃ¤ndigen Dr. M. zugrunde liegen. Der Verlauf der Erkrankung zeige eine zunehmende Chronifizierung und Fixierung trotz psychiatrischer Behandlung, die inzwischen wegen eines gestÃ¶rten VertrauensverhÃ¤ltnisses abgebrochen worden sei. Bedingt durch die Depression

kÃ¶nne der KlÃ¤ger seit 01.01.1998 nicht mehr erwerbstÃ¤tig sein. Bei suffizienter psychiatrischer vor allem psychopharmakologischer Therapie kÃ¶nne mÃ¶glicherweise innerhalb der nÃ¤chsten ein bis zwei Jahre eine Besserung erreicht werden. ErgÃ¤nzend weist er darauf hin, die kÃ¶rperliche Belastbarkeit des KlÃ¤gers sei auch durch ein Carpaltunnel-Rezidiv hinsichtlich der GebrauchsfÃ¤higkeit der HÃ¤nde, ein WirbelsÃ¤ulensyndrom hinsichtlich des Hebens und Tragens von Lasten sowie der Einhaltung von Zwangshaltungen und wegen eines Tinnitus hinsichtlich der LÃ¤rmbelastbarkeit eingeschrÃ¤nkt.

Die AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen Dr. L. sind nicht Ã¼berzeugend. Wie Dr. M. in seinem Gutachten vom 28. Januar 2002 unter BerÃ¼cksichtigung des Gutachtens Dr. L. vom 13. April 2000 zutreffend festgestellt hat, fehlt es fÃ¼r die Diagnose einer Depression an hinreichenden objektiven Befunden. Auch dem weiteren Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr. L. vom 27. Juli 2002 sind hierzu keine entsprechenden Angaben zu entnehmen. Darauf weisen sowohl der Ãrztliche Dienst der Beklagten (Stellungnahme der Psychiaterin Dr. W. vom 24. September 2002) als auch der SachverstÃ¤ndige Dr. M. in einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 29. Januar 2003 ausdrÃ¼cklich und Ã¼berzeugend hin. Es finden sich auch keine objektiven Anhaltspunkte fÃ¼r die von Dr. L. als Ursache einer divergierenden LeistungseinschÃ¤tzung angenommene Hemmung oder ein Misstrauen des KlÃ¤gers gegenÃ¼ber Dr. M â¦

Dr. M. weist in seiner Stellungnahme ausdrÃ¼cklich darauf hin, dass bei der Untersuchung keine Hinweise von Skepsis, Misstrauen oder Ãngsten bestanden, der KlÃ¤ger vielmehr einen entspannten, zugewandten Eindruck hinterlassen und in den Vordergrund seiner Beschwerdeschilderung neurologische Beschwerden gestellt hat. BezÃ¼glich des Carpaltunnelsyndroms ist seiner Ansicht nach eine Verschlechterung nicht auszuschlieÃen, eine BeeintrÃ¤chtigung fÃ¼r leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten sieht er in Ãbereinstimmung mit der Psychiaterin Dr. W. nicht, was angesichts fehlender Funktionsdefizite nachvollziehbar erscheint. BezÃ¼glich des von Dr. L. angegebenen Tinnitus ist auffallend, dass dieser lediglich in seinen Gutachten ErwÃ¤hnung findet. In den Befunden der behandelnden Ãrzte wie auch in den vorliegenden Gutachten der anderen SachverstÃ¤ndigen finden sich hierzu keinerlei Beschwerdeangaben des KlÃ¤gers. Auch fÃ¼r suizidale Tendenzen, wie sie von Dr. L. beschrieben werden, finden sich in den sonstigen Ã¤rztlichen Unterlagen keinerlei Anhaltspunkte.

Der Senat folgt daher der LeistungseinschÃ¤tzung der SachverstÃ¤ndigen Dr. S. und Dr. M â¦ Beide SachverstÃ¤ndige haben das LeistungsvermÃ¶gen unter BerÃ¼cksichtigung der vorhandenen Vorbefunde und Vorgutachten Ã¼berzeugend, schlÃ¼ssig und widerspruchsfrei bestimmt. Dem behaupteten, nicht objektivierten Tinnitus wird durch den ergÃ¤nzenden Ausschluss von Arbeiten unter LÃ¤rmbelÃ¤stigung Rechnung getragen. Eine die vollschichtige LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers fÃ¼r kÃ¶rperlich leichte Arbeiten ausschlieÃende Depression ist durch die AusfÃ¼hrungen des Dr. L. nicht nachgewiesen.

Der KlÃ¤ger kann somit noch leichte Arbeiten ohne schweres Heben und Tragen, ohne BÃ¼cken, ohne Ãberkopfarbeiten, ohne Zwangshaltungen, ohne stÃ¤ndiges

Gehen und Stehen, ohne Zeitdruck und ohne LÃ¤rmbelÃ¤stigung zu ebener Erde im Wechselrhythmus verrichten. Schwere spezifische Leistungsbehinderungen oder eine Summierung ungewÃ¶hnlicher LeistungseinschrÃ¤nkungen, die bei dem auf ungelernte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbaren KlÃ¤ger ausnahmsweise die Benennung einer konkreten VerweisungstÃ¤tigkeit erforderlich machen wÃ¼rden (vgl. BSGE 80, 24), liegen nicht vor. FÃ¼r ungelernte TÃ¤tigkeiten typische Verrichtungen wie das Zureichen, Abnehmen, Sortieren, Verpacken und Montieren sind dem weder hinsichtlich der Konzentrations- und UmstellungsfÃ¤higkeit noch der Feinmotorik erkennbar eingeschrÃ¤nkten KlÃ¤ger ohne Weiteres mÃ¶glich.

In zeitlicher Hinsicht ist das LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers nach den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen Dr. S. derzeit aus orthopÃ¤discher Sicht auf 6 Stunden tÃ¤glich beschrÃ¤nkt. Nachdem bei der Begutachtung im erstinstanzlichen Verfahren noch eine vollschichtige LeistungsfÃ¤higkeit festzustellen war (Gutachten Dr. B. vom 15.12.1999) und der behandelnde OrthopÃ¤de Dr. W. gegenÃ¼ber dem LSG am 28.03.2001 angegeben hat, die Beschwerden hÃ¤tten sich in letzter Zeit verschlechtert, ist von einer Verschlechterung des LeistungsvermÃ¶gens im laufenden Verfahren auszugehen. FÃ¼r ein untervollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen vor dem 01.01.2001 liegen allerdings keine Anhaltspunkte vor. Der KlÃ¤ger selbst hat weder gegenÃ¼ber dem SG (mÃ¼ndliche Verhandlung am 14.11.2000) noch in der BerufungsbegrÃ¼ndung vom 11.01.2001 eine Verschlimmerung der orthopÃ¤dischen Erkrankungen geltend gemacht. Wesentliche BefundverÃ¤nderungen sind auch dem Befundbericht des Dr. W. vom 28.03.2001 noch nicht zu entnehmen. Insbesondere finden sich noch keine Angaben zu Beschwerden im Nacken-Schulter-Arm-Bereich und an den HÃ¼ften, wie sie von Dr. S. anlÃ¤sslich der Untersuchung vom 20.09.2001 beschrieben werden. Wie in der medizinischen Stellungnahme der Beklagten vom 26.03.2002 zutreffend dargelegt, ist eine zeitliche EinschrÃ¤nkung des LeistungsvermÃ¶gens erst ab der Untersuchung durch Dr. S. nachgewiesen.

Danach ist beim KlÃ¤ger weder vor dem 01.01.2001 der Versicherungsfall der ErwerbsunfÃ¤higkeit nach Â§ 44 SGB VI a.F. noch nach dem 31.12.2000 der Versicherungsfall der Erwerbsminderung nach Â§ 43 SGB VI n.F. (die ein unter sechsstÃ¼ndiges LeistungsvermÃ¶gen fÃ¼r TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes voraussetzt) eingetreten.

Bei dieser Sachlage kann dahinstehen, ob und bis zu welchem Zeitpunkt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit bzw. Erwerbsminderung (Â§Â§ 44 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB VI a.F. i.V.m. Â§Â§ 240, 241 SGB VI a.F. bzw. 43 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB VI n.F. i.V.m. Â§ 241 Abs.2 SGB VI n.F.) erfÃ¼llt wÃ¤ren.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r eine Zulassung der Revision (Â§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Erstellt am: 14.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024