

L 5 R 4665/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 24 R 5948/10

Datum

25.09.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 R 4665/13

Datum

12.11.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.09.2013 abgeändert und die Klage insgesamt abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die 1957 geborene Klägerin hat keinen Beruf erlernt. In der Zeit von 1979 bis 1982 war sie als Maschinenbedienerin und zuletzt aus Hausmeisterin bzw. Reinigungskraft in Teilzeit versicherungspflichtig beschäftigt. Ein erstes Rentenverfahren blieb ohne Erfolg (Ablehnungsbescheid der LVA Baden-Württemberg vom 13.11.2003, Widerspruchsbescheid vom 16.09.2004).

Seit Dezember 2008 ist die Klägerin nach einem Unfall arbeitsunfähig erkrankt bzw. ohne Beschäftigung. Im Rahmen einer stationären Behandlung in der Uniklinik T. trat bei der Klägerin am 25.03.2009 eine Synkope unklarer Genese (bei Ausschluss eines Schlaganfalls) auf.

In der Zeit vom 23.12.2009 bis 13.01.2010 führte die Klägerin eine orthopädische Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik S. in D. durch. Im Entlassungsbericht vom 22.01.2010 wird über einen Autounfall im Dezember 2008 berichtet, bei dem die Klägerin von einem Auto angefahren und auf die rechte Körperseite gestürzt sei. Als Diagnosen wurde im Entlassbericht genannt:

1. chronisches HWS-Syndrom mit rezidivierenden Zervikocephalgien und Zervikobrachialgien beidseits, 2. chronisches LWS-Syndrom mit rezidivierenden Lumbalgien bei degenerativen Veränderungen und muskulären Dysbalancen, 3. Impingement-Syndrom beider Schultern bei AC-Gelenksarthrose, 4. Übergewicht und 5. arterielle Hypertonie.

Es hätten sich bereits deutliche Anzeichen einer Schmerzchronifizierung gezeigt. Um eine weitere Chronifizierung zu vermeiden, werde eine berufliche Reintegration innerhalb von 3 bis 4 Wochen nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung empfohlen. Die Klägerin könne unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen noch leichte Arbeiten überwiegend stehend, gehend und sitzend im Umfang von sechs Stunden und mehr verrichten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft sei nur noch für drei bis unter sechs Stunden täglich zumutbar.

Am 09.03.2010 beantragte die Klägerin bei der Beklagten erneut Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht vom 22.01.2010 bei und lehnte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 17.03.2010 ab.

Hiergegen erhob die Klägerin am 29.03.2010 Widerspruch. Sie machte geltend, ihre rechte Hand bzw. der rechte Arm seien seit einem "kleinen Schlaganfall" in der Uniklinik T. nicht mehr gebrauchsfähig. Seit dem Verkehrsunfall sei auch ihre Psyche angeschlagen. Ihr Rechtsanwalt, ihr Arzt und die Krankenkasse hätten ihr zum Rentenanspruch geraten.

Die Beklagte ließ die Klägerin am 20.05.2010 nervenfachärztlich durch Dr. B. begutachten mit integrierter chirurgischer Begutachtung durch Dr. R. ... Dr. R. diagnostizierte rezidivierende Wirbelsäulenbeschwerden bei degenerativen Veränderungen, Spondylolisthesis L5/S1 und NFP C5/C6, nicht komprimierend und ohne Wurzelzeichen, Schulter-Arm-Beschwerden rechts bei AC-Gelenksarthrose, Funktionsminderung. Dr. R. beschrieb eine deutliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Veränderungen, den Klagen und dem Verhalten bei der

Untersuchung. Im zuletzt ausgeübten Beruf als Reinigungskraft sei die Klägerin nur noch für drei bis unter sechs Stunden täglich einsetzbar. Leichte bis mittelschwere Wechseltätigkeiten ohne häufige Zwangshaltungen und ohne häufige Überkopfarbeiten könnten hingegen in einem Umfang von sechs Stunden und mehr täglich ausgeübt werden. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. diagnostizierte eine Somatisierungsstörung mit Hinweisen für auch partiell bewusstseinsnahe Ausgestaltung eines Zustandes nach Autounfall 2008 (Auffahrunfall am 10.11.2008) mit konsekutiv anamnestischer HWS-Distorsion sowie Hinweise für eine mögliche Commotio cerebri. Ferner bestünden klinisch und anamnestisch Hinweise für ein leichtes, sensibles Carpal-Tunnelsyndrom linksseitig ohne relevante Funktionseinschränkung. Inhaltlich sei die Klägerin fixiert auf ihre körperlichen Beschwerden, was ebenso wie die Schmerzáußerungen zumindest partiell auch demonstrativ wirke. Aufgrund der bestehenden Erkrankungen seien eine vermehrte Beanspruchung des Konzentrations- und Reaktionsvermögens sowie Tätigkeiten in Nachtschicht nicht mehr leistungsgerecht. Leichte bis mittelschwere wechselnde Tätigkeiten könnten hingegen ohne häufige Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten in einem Umfang von sechs Stunden und mehr täglich verrichtet werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.08.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 22.09.2010 erhob die Klägerin dagegen Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Zur Begründung machte sie geltend, die Folgen des Verkehrsunfalls vom November 2008, den sie als Beifahrerin unverschuldet erlitten habe, seien bis heute nicht auskuriert. Im Vordergrund ihrer Erkrankung stünden insoweit die Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates. Auch die Beschwerden aufgrund eines vor Jahren erlittenen Bandscheibenvorfalles seien trotz langer Behandlungen und einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nie völlig ausgeheilt. Zudem habe sie die verordneten Medikamente nicht vertragen, sodass sich infolge der notwendigen Medikamenteneinnahme eine chronische Magenschleimhautentzündung entwickelt habe. Die Klägerin leide im gesamten Bereich der Wirbelsäule, insbesondere der Halswirbelsäule sowie der rechten Schulter und des gesamten rechten Armes einschließlich der rechten Hand, an oft unerträglich starken Schmerzen. Subjektiv sei im Bereich der rechten Hand die gesamte Feinmotorik gestört und es komme zu Schwellungen des rechten Handgelenkes. Ärztlicherseits sei insoweit der Verdacht eines Morbus Sudeck geäußert worden. Zudem sei durch die Krankenkasse ein sozialmedizinisches Gutachten beim MDK durch Dr. R. im Dezember 2009 erstellt worden. Dieser habe ausgeführt, dass bei der Klägerin aufgrund des langen protrahierten komplizierten Verlaufs der Krankheit von einer Arbeitsfähigkeit in den nächsten Monaten nicht auszugehen sei, da die Erkrankung weit fortgeschritten sei. Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit sei von diesem Gutachter festgestellt worden.

In dem sozialmedizinischen Gutachten vom 03.12.2009, vorgelegt von der Klägerin, diagnostizierte Dr. R. einen Bandscheibenvorfall LWS 2001 bis 2003, Nierensteine, Herzstolpern, brennende Brustschmerzen ohne kardiologische Ursache und eine chronische Gastritis. Die Klägerin nehme die Medikamente nur eingeschränkt ein. Des Weiteren habe die Klägerin mehrfach die Ärzte gewechselt, sodass eine Kontinuität der Therapie nicht erkennbar sei. Eine Behandlung sei nicht existent. Die Klägerin habe jedoch glaubhaft und nachvollziehbar ein Schmerzsyndrom, vor allem in der rechten Schulter, angegeben.

Das Sozialgericht zog ein unfallchirurgisches Fachgutachten des Chefarztes der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Klinik am E. Prof. Dr. U. vom 30.11.2010 bei, das im Rahmen eines sozialgerichtlichen Verfahrens vor dem SG Stuttgart (S 1 U 959/10) erstellt worden war. Dieser diagnostizierte eine HWS-Distorsion 1. Grades, Bewegungseinschränkung der Hals- und Brustwirbelsäule, Bewegungseinschränkung beider Schultern sowie eine Lumboischialgie links. Die Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule sei eingeschränkt, insbesondere in der Dreh- und Seitneigungsbewegung. Im Bereich der Handgelenke hätten sich erhebliche degenerative Veränderungen des Radiokarpalgelenkes gezeigt. Insgesamt habe bei der Klägerin eine massive Aggravation festgestellt werden können.

Das Sozialgericht forderte ferner Befundunterlagen des Schmerztherapeuten der Klägerin Dr. St. an. Dieser teilte in einer Auskunft vom 18.07.2011 mit, die Klägerin lediglich zur Erstuntersuchung am 15.03.2010 gesehen und danach noch einmalig zur Kontrolle behandelt zu haben. Weitere vereinbarte Termine habe die Klägerin unentschuldig versäumt. In einem beigegeführten Arztbrief vom 15.03.2010 sind als Diagnosen genannt: chronische Schmerzkrankheit, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, chronisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, chronische Zervikozephalgie, chronisch-rezidivierende Zervikobrachialgie rechts, chronisch-rezidivierendes Thorakalsyndrom, chronisch-rezidivierendes LWS-Syndrom, myofasziales Trigger-Syndrom sowie algogenes Psychosyndrom. Die Untersuchung habe sich als sehr schwierig dargestellt, da die Klägerin eine gewisse Passivität habe erkennen lassen. Eine Prognosestellung sei momentan sehr schwierig, da einerseits noch Schmerzensgeldforderungen offen stünden und insoweit auch der Schmerz als Leitmotiv zu sehen sei. Andererseits könne davon ausgegangen werden, dass die Klägerin, wenn es ihr gelinge ihr Gewicht zu reduzieren, auch wieder physiologisch arbeiten könne. Insoweit werde durchaus eine günstige Prognose gesehen.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erhob das Sozialgericht das nervenärztliche Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Schmerztherapie Priv.-Doz. Dr. W. vom 06.02.2012. Der Gutachter diagnostizierte eine chronische Schmerzkrankheit (R52.2 nach ICD10) mit ausgedehnten Schmerzen im Bereich der oberen und unteren Körperhälfte der rechten und linken Seite, wobei die Kriterien einer Fibromyalgie (M79.7 nach ICD10) erfüllt seien. Zudem liege eine Nervenwurzelbeschädigung L5 vor (M51.1 nach ICD10). Für die Ausprägung der Schmerzen der unteren Körperhälfte sei zudem die Adipositas 3. Grades (E66 nach ICD10) relevant. In psychischer Hinsicht habe sich zudem eine chronische depressive Störung multifaktorieller Entstehung entwickelt (M32.1 nach ICD10) bestehend aus einem algogenen Psychosyndrom (d.h. dysphorisch depressive Verstimmung verbunden mit Schlafstörungen durch chronischen Schmerz). Nachgeordnet seien ein vordiagnostizierter Tinnitus (H93.1 nach ICD 10) sowie die internistischen Beschwerden von Nierensteinen, Gastritis und Herzrhythmusstörungen zu nennen. Die Leistungsfähigkeit der Klägerin werde insbesondere durch die chronische Schmerzkrankheit eingeschränkt. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien insoweit nur noch leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeiten im Umfang von drei bis unter sechs Stunden zumutbar. Grund hierfür sei, dass die Ausdauer durch die Schmerzen in körperlicher und psychischer Hinsicht verringert sei. Zudem habe sich eine ungünstige Interaktion mit einer depressiven Entwicklung im Sinne eines Circulus vitiosus eingestellt. Psychopathologisch habe sich eine depressive Störung mit einem starken zum Ausdruckbringen des Schmerzerleidens in Mimik, Gestik und Verhalten entwickelt, welches im Ausdruck allerdings echt gewirkt habe. Bei der Klägerin liege eine schwere Form der Fibromyalgie vor, welche in aller Regel mit einer verringerten psychophysischen Ausdauer einhergehe und auch Schlafstörungen beinhalte.

Dr. E.-D. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten führte hierzu in ihrer Stellungnahme vom 12.03.2012 aus, der Gutachter habe sich bei seiner Diagnosestellung sehr auf die subjektive Schilderung der Klägerin verlassen, ohne diese zu objektivieren. So habe er u.a. die

Diagnose einer chronisch-depressiven Störung gestellt und diese mit mittelgradiger depressiver Episode verschlüsselt. Diese Diagnose stimme jedoch mit dem von ihm erhobenen psychopathologischen Befund nicht überein, da die Klägerin insoweit als gut resonanzfähig und ohne Zeichen einer schweren Depression mit Morgentief oder versteinernder Mimik beschrieben worden sei. Der von ihm erhobene psychopathologische Befund entspreche somit nicht einer chronisch-depressiven Störung in der Ausprägung einer mittelgradigen depressiven Episode. Zudem scheine der psychopathologische Leidensdruck der Klägerin auch vor dem Hintergrund, dass sich diese nicht in nervenärztlicher Behandlung befinde, nicht sehr hoch zu sein.

Das Sozialgericht hat zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts Beweis erhoben durch Einholung eines nervenfachärztlichen Sachverständigengutachtens der Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin R ... Frau R. untersuchte die Klägerin am 10.08.2012 und nannte in ihrem Gutachten vom 15.01.2013 die Diagnosen einer chronifizierten depressiven Störung, in der Gesamtschau zwischen mittelschwer und schwer, vor dem Hintergrund einer zwanghaft-narzisstischen Persönlichkeitsstruktur sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Es bestünden Selbstwertzweifel, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, leichte Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Anhedonie mit komplettem Verlust an Lebensfreude und Vitalität, Grübelneigung, Zukunftssorgen, Morgentief etc ... Das Ausmaß der körperlichen Beschwerden sowie die sich daraus ergebende Fehl- und Schonhaltung seien insoweit nicht ausreichend durch physiologische Vorgänge oder somatische Veränderungen zu erklären. Aufgrund der dargestellten Erkrankungen seien der Klägerin sowohl Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch eine Tätigkeit als Reinigungskraft nur in einem Umfang von unter drei Stunden täglich möglich. Eingeschränkt sei die Klägerin überwiegend durch die Kombination aus psychischen Faktoren (Depressivität, Niedergeschlagenheit, Anhedonie, Antriebsminderung, Selbstwertdefizit, negative Aufmerksamkeitsfokussierung auf die körperlichen Beschwerden, Somatisierungssymptome wie Schwindel und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) und körperlichen Faktoren (Schmerzsyndrom der Wirbelsäule). Insoweit seien die psychischen Faktoren entscheidend für die Leistungsminderung. Diese Symptomatik sei zum einen progredient, zum anderen seien die psychischen Bewältigungsmechanismen ausgeprägt eingeschränkt. Die Klägerin sei in ihrer Symptomatik gefangen, sodass sie weder im Alltag noch in einem beruflichen Kontext in der Lage sei, ihre Symptomatik in ausreichendem Maße zu überwinden und einer beruflichen Tätigkeit unter Wettbewerbsbedingungen nachzugehen. Dies spiegele sich auch in der Alltagsgestaltung und den Tagesabläufen der Klägerin wieder, in welchen sie nicht mehr dazu in der Lage sei, sich zielgerichtet über einen längeren Zeitraum mit notwendigen Haushaltstätigkeiten zu beschäftigen. Während die Gehfähigkeit der Klägerin an sich nicht eingeschränkt sei, stehe der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel entgegen, dass die Klägerin aufgrund ihrer Gangunsicherheit und des Schwindels, allerdings auch aufgrund eines agoraphobischen Rückzugsverhaltens, nicht mehr in der Lage sei, diese Mittel zu nutzen. Erste Probleme seien bereits im Jahr 2001 aufgetreten, hätten sich aber noch gut kompensieren lassen. Nach dem Auffahrunfall 2008 sei es zu einer körperlichen Symptomatik gekommen. Es könne also davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der Einschränkungen bereits seit 2008 bestehe. Allerdings seien in den letzten 12 bis 24 Monaten die wesentlichen Einschränkungen entstanden. Es habe eine massive Fehlverarbeitung eingesetzt, welche die Fähigkeit der Klägerin, einer beruflichen Beschäftigung nachzugehen, aufgrund der fixierten depressiven Symptomatik aufgehoben habe.

Die Klägerin befand sich nach einer Laminektomie L5 in der Zeit vom 21.09.2012 bis zum 19.10.2012 zur Anschlussheilbehandlung im S. Gesundheitszentrum Bad W ... Im Entlassbericht vom 23.10.2012 sind als Diagnosen genannt

1. Spondylolyse L5, Spondylolisthese L5/S1, Spondylodese L5/S1, Laminektomie am 12.09.2012 2. HWS-Distorsion 1. Grades im Rahmen eines Autounfalls 2008 3. Impingement-Syndrom der Schulter bds. 4. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung 5. Nephrolithiasis.

Es bestehe ein Restleistungsvermögen sowohl für die Tätigkeit als Reinigungskraft als auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes von nur unter drei Stunden. Leistungsfähigkeit und Wiederintegration in die Erwerbsfähigkeit würden im Wesentlichen durch die Fähigkeit der Schmerzverarbeitung bestimmt. Eine psychotherapeutische Behandlung sei dringend erforderlich. Das Gangbild sei erschwert, die Klägerin könne kurze Strecken am eigenen Rollator zurücklegen.

Die Beklagte legte eine weitere Stellungnahme von Dr. E.-D. vor. Diese führte unter dem 21.02.2013 aus, Frau R. begründe die von ihr gestellten Diagnosen mit den subjektiven Beschwerden der Klägerin ohne diese zu objektivieren. Eine Konsistenzprüfung der geklagten Beschwerden oder eine Beschwerdevalidierung sei nicht erfolgt. Im Entlassbericht der Rehaklinik Bad W. werde das unter dreistündige Leistungsvermögen mit der Schmerzsymptomatik der Klägerin erklärt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründe aber lediglich qualitative, nicht aber quantitative Leistungseinschränkungen. Die Einschätzung des beruflichen Restleistungsvermögens stehe offenbar sehr im Zusammenhang mit der erst kürzlich durchgeführten Laminektomie vom 12.09.2012. Die Beurteilung könne aber sicher erst nach einem entsprechenden Zeitintervall nach der Operation erfolgen.

Das Sozialgericht holte daraufhin das fachorthopädische Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. h.c. H. vom 29.05.2013 ein. Prof. Dr. H. untersuchte die Klägerin am 15.04.2013 und gelangte zu folgenden Diagnosen

1. Verdacht auf ein myofasziales Schmerzsyndrom im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung 2. Bizepssehnentendinitis beidseits 3. funktionelles Halswirbelsäulensyndrom mit intermittierender Cervikozephalgie links und beschriebener Cervikobrachialgie rechts 4. Überlastungssymptomatik der Rumpfwirbelsäule mit lokalem unterem LWS-Syndrom bei Zustand nach Spondylodese L5/S1.

In orthopädischer Hinsicht sei die körperliche Leistungsfähigkeit nur qualitativ eingeschränkt. Schwere Tätigkeiten, Arbeiten mit kinetischen Kraftspitzen, Arbeiten unter Nässe- und Kälteeinfluss sowie Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen und unter Stress könnten nicht mehr ausgeübt werden. Unter Beachtung dieser Einschränkungen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne gleichförmige Bewegungsabläufe hingegen vollschichtig verrichtbar. Bei der Klägerin bestehe offensichtlich jedoch eine behandlungsbedürftige Depression. Darüber hinaus liege zweifelsfrei auch eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne eines myofaszialen Schmerzsyndroms vor. Die Zubilligung einer Erwerbsminderungsrente sei unter orthopädischen Gesichtspunkten kontraproduktiv und würde nur zu einer weiteren Fixierung des psychischen Krankheitsbildes führen. Insofern seien leichte körperliche Tätigkeiten in diesem Sinne als therapeutischer Ansatz aufzufassen. Wichtigster therapeutischer Ansatz aufgrund der aktuellen Wirbelsäulenbeschwerden sei eine drastische Reduzierung des Körpergewichts. Die Wegfähigkeit sei nicht beeinträchtigt.

Mit Urteil vom 25.09.2013 verpflichtete das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.08.2010, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung im Zeitraum vom 01.09.2012 bis zum

31.08.2015 zu gewähren. Im Übrigen wies es die Klage ab. Die Klägerin sei erwerbsgemindert i.S.v. [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#), weil sie nicht in der Lage sei, täglich wenigstens drei Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig zu sein. Die Klägerin leide in nervenfachärztlicher Hinsicht im Wesentlichen an einer chronischen Schmerzkrankheit in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Fibromyalgie und einer chronischen depressiven Störung multifaktorieller Entstehung vor dem Hintergrund einer zwanghaft narzisstischen Persönlichkeitsstruktur. Dies ergebe sich aus den Gutachten von Dr. W. vom 06.02.2012 und Dr. R. vom 15.01.2013. Sämtliche Fachärzte hätten das Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung bestätigt. Anhaltspunkte dafür, an diesen nachvollziehbaren Einschätzungen zu zweifeln, seien für die Kammer auch unter Berücksichtigung des in der Verhandlung vom 25.09.2013 gewonnenen persönlichen Eindrucks der Klägerin nicht gegeben gewesen. Auch der Orthopäde und Unfallchirurg Prof. Dr. H. bestätigt - insoweit ebenfalls übereinstimmend - jedenfalls den Verdacht auf ein myofaszielles Schmerzsyndrom im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung. In orthopädischer Hinsicht leide die Klägerin zudem an einer beidseitigen Bizepssehnentendinitis, einem funktionellen Halswirbelsäulensyndrom mit intermittierender Cervikozephalgie links und Cervikobrachialgie rechts und einer Überlastungssymptomatik der Rumpfwirbelsäule mit lokalem unterem LWS-Syndrom bei Zustand nach Spondylodese L5/S1. Dies ergebe sich aus dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. H. vom 29.05.2013. Im Vordergrund stünden bei der Klägerin jedoch die Beschwerden auf psychiatrischem und psychosomatischem Fachgebiet. Bereits Dr. W. sei zu der Einschätzung gelangt, dass die Leistungsfähigkeit der Klägerin insbesondere durch die chronische Schmerzkrankheit eingeschränkt werde. Diese Einschätzung werde auch ein Jahr später durch Dr. R. bestätigt, die davon ausgehe, dass die Klägerin überwiegend durch die Kombination aus psychischen Faktoren (Depressivität, Niedergeschlagenheit, Anhedonie, Antriebsminderung, Selbstwertdefizit, negative Aufmerksamkeitsfokussierung auf die körperlichen Beschwerden, Somatisierungssymptome wie Schwindel und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) und körperlichen Faktoren (Schmerzsyndrom der Wirbelsäule) beeinträchtigt sei. Insgesamt seien die psychischen Faktoren jedoch als entscheidend für die Leistungsminderung anzusehen. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch Dr. H. stehe dem nicht entgegen. Das Gericht sei davon überzeugt, dass die Klägerin gerade wegen der genannten psychosomatischen Erkrankungen - und insbesondere der andauernden somatischen Schmerzverarbeitungsstörung - nicht mehr dazu in der Lage sei, in einem Umfang von mehr als drei Stunden erwerbstätig zu sein. Die insbesondere von Dr. R. und Prof. Dr. H. angesprochene Diskrepanz von objektiv messbarer Beeinträchtigung einerseits und dem subjektiven Schmerz- und Beschwerdebild andererseits lasse sich nicht mit einem Simulations- oder Aggravationsverhalten erklären, sondern sei gerade Ausdruck der Schmerzverarbeitungsstörung. Zwar hätten die Dres. R., B. und H. immer wieder von Aggravationstendenzen der Klägerin berichtet. Objektiv kritische Auseinandersetzungen oder gar Ermittlungsversuche, ob das von den Gutachtern festgestellte übertriebene Beschwerdeverhalten aber tatsächlich als reine Aggravation oder gar Simulation zu werten sei, oder - wie die Dres. W. und R. meinten - gerade doch der Schmerzerkrankung der Klägerin geschuldet sei, seien von diesen Sachverständigen nicht durchgeführt worden. Insofern reiche der bloße Verweis, das dargebrachte Schmerzverhalten sei in dieser Form nicht glaubhaft, nicht aus, um die nachvollziehbare und durchaus auch objektiv kritische Einschätzung der Dres. R. und W. in Zweifel zu ziehen: Ausgehend von einem Leistungsfall am 06.02.2012 (Begutachtung durch Dr. W.) sei die Rente als Zeitrente ab dem 01.09.2012 bis zum 31.08.2015 zu bewilligen.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 02.10.2013 zugestellte Urteil am 28.10.2013 Berufung eingelegt. Der Klägerin stehe entgegen der vom Sozialgericht Stuttgart vertretenen Auffassung keine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu. Bei der Klägerin sei zum Teil eine Verweigerungshaltung bei der Untersuchung ersichtlich und eine massive Aggravation festgestellt worden. Auch sei das Ausmaß der körperlichen Beschwerden sowie die sich daraus ergebende Schon- und Fehlhaltung nicht ausreichend durch physiologische Vorgänge und Veränderungen zu erklären gewesen. Aggravationstendenzen verhinderten eine hinreichend sichere Überzeugungsbildung hinsichtlich des Vorliegens einer Leistungsminderung (vgl. OLG Frankfurt Urteil vom 07.06.2005 - [25 U 87/02](#) - Rd.Nr. 27 nach Juris). Die Beklagte legte eine sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. H.-Z. vom 10.10.2013 vor. Diese führte zum nervenärztliche Gutachten Dr. W. vom 06.02.2012 ergänzend aus, dessen Leistungsbeurteilung (Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeiten in drei- bis unter sechsstündigem Umfang, hauptsächlich aufgrund einer Schmerzproblematik) werde nicht geteilt. Der Neuropsychiater Bunz habe schon zuvor eine Somatisierungsstörung mit Hinweisen für partiell bewusstseinsnahe Ausgestaltung festgestellt, die in Bezug auf das Leistungsvermögen nicht als ausschlaggebend angesehen worden sei. Daran habe sich auch durch die zusätzliche psychotherapeutische Begutachtung von Dr. R. keine Veränderung ergeben. Was die Benutzung eines Rollators angehe, so sei weder dem Gutachten Dr. R. 01/2013 ein entsprechendes Hilfsmittel zu entnehmen, noch dem 05/2013 durchgeführten fachorthopädischen Gutachten Dr. H. ... Dort sei auf S. 9 explizit festgehalten, dass das Gangbild lediglich bedächtig vorgetragen worden sei, es kein Hinken, keine Unsicherheit und keine Gehhilfe gegeben habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.09.2013 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Das Sozialgericht habe eine umfassende Sachverhaltsaufklärung durchgeführt und drei gerichtliche Sachverständigengutachten zur Klärung des gesundheitlichen Zustandes der Klägerin eingeholt. Bereits im Vorfeld seien bei den behandelnden Fachärzten der Klägerin schriftliche Zeugenaussagen eingeholt worden. Das Sozialgericht sei im Rahmen der freien Beweiswürdigung dem Ergebnis des Sachverständigengutachtens auf dem Fachgebiet der psychotherapeutischen Medizin von Fachärztin C. R. vom 15.01.2013 gefolgt. Zu Recht werde im erstinstanzlichen Urteil darauf hingewiesen, dass sich sowohl das Ergebnis des Sachverständigengutachtens von Herrn PD Dr. W., als auch das Ergebnis des Sachverständigengutachtens der Fachärztin C. R. in wesentlichen Punkten entsprächen, wobei die Sachverständige Frau R. überzeugend dargestellt habe, dass es zu einer weiteren Verschlechterung und Zementierung der psychischen Erkrankung der Klägerin seit der Begutachtung durch Herrn PD Dr. W. gekommen sei. Demgegenüber sei das Ergebnis des orthopädischen Sachverständigengutachtens von Herrn Prof. Dr. H. nachrangig. Dieser beziehe sich ausdrücklich bei seiner Bewertung der Leistungsfähigkeit der Klägerin auf die von ihm erhobenen Befunde in seinem Fachgebiet der Orthopädie. Er schreibe ausdrücklich, dass bei der Klägerin offensichtlich eine behandlungsbedürftige Depression bestehe, ebenso eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne eines sogenannten myofasziellen Schmerzsyndroms, und verweise insoweit auf die Stellungnahmen der fachfremden Begutachter. Die sozialmedizinischen Stellungnahmen des Ärztlichen Dienstes der Beklagten seien nicht geeignet, die Ergebnisse der eingeholten Sachverständigengutachten ernsthaft in Frage zu stellen. Keiner der Ärzte des sozialmedizinischen Dienstes habe die Klägerin persönlich untersucht. Darüber hinaus seien diese Stellungnahmen als Parteivortrag zu werten; ihnen komme nicht

annähernd derselbe Beweiswert zu, wie den im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Sachverständigengutachten.

Der Senat beauftragte den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens. In seinem Gutachten vom 26.02.2014 führt Dr. H. aus, auf neurologischem Fachgebiet bestünden bei der Klägerin degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, die vorwiegend das orthopädische Fachgebiet betreffen, im weiteren Sinne aber auch in das neurologische Fachgebiet hineinreichen würden. Auf psychiatrischem Fachgebiet stehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45.4) im Vordergrund. Ferner bestehe eine depressive Erkrankung, aktuell eine leichte depressive Episode im Grenzbereich zu einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD 10 F 32.00). Die Klägerin habe zur aktuellen Therapie ihre Medikation angegeben und dass sie sich in hausärztlicher Behandlung befinde. Beim Nervenarzt sei sie seit 2010 nicht mehr gewesen. Die Stimmungslage der Klägerin sei leicht gedrückt, themenabhängig kurzfristig mäßig gedrückt gewesen, andererseits sei es themenabhängig auch zu einer Auflockerung gekommen. Die affektive Schwingungsfähigkeit und der Antrieb seien leicht reduziert gewesen, die Psychomotorik eher ein wenig starr. Damit seien die Kriterien für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode nicht in vollem Umfang erfüllt worden. Ein phasenhafter Krankheitsverlauf im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung habe sich auch auf ausdrückliches Nachfragen nicht herausarbeiten lassen. Eine Angsterkrankung im Sinne des Psychiatrischen Klassifikationssystems ICD 10 habe sich ebenso wenig nachweisen lassen wie eine posttraumatische Belastungsstörung. Kognitive Leistungseinschränkungen hätten sich nicht gezeigt. Auffassung, Konzentration, Durchhaltevermögen und Gedächtnis seien ohne Einschränkungen gewesen. Es sei aufgefallen, dass sich die Klägerin als wesentlich ausgeprägter psychisch krank geschildert habe, als dies im Rahmen der Untersuchung fassbar gewesen sei. Die von ihr beklagten kognitiven Leistungseinschränkungen hätten nicht nachvollzogen werden können. Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien für sechs Stunden an fünf Arbeitstagen in der Woche zumutbar. Dabei seien gleichförmige Körperhaltungen, Arbeiten in Kälte, unter Kälteeinfluss oder im Freien ebenso wie eine Überforderung durch Akkordarbeit, Nachtarbeit oder Arbeiten unter Zeitdruck zu vermeiden. Gleiches gelte für besonderes hohe Ansprüche an Auffassung und Konzentration sowie für besonders hohe Verantwortung und besonders hohe geistige Beanspruchung. Im Verlaufe des laufenden Rentenverfahrens hätten sich keine wesentlichen Änderungen des Leistungsvermögens ergeben. Die Einschätzung des Gutachters Dr. W. sei nicht nachzuvollziehen, sie sei durch den beschriebenen psychischen Befund (keine deutliche depressive Symptomatik) nicht gestützt. Auch die Einschätzung von Frau R. sei nicht nachzuvollziehen. Die Diagnose einer chronifizierten depressiven Störung sei sicher nicht falsch, der Schweregrad liege aber aktuell nicht zwischen mittelgradig und schwer, sondern zwischen leicht- und mittelgradig.

Die Klägerin hat zum Gutachten von Dr. H. einwenden lassen, dieser habe sich nur kurz mit ihr unterhalten und ihr nicht richtig zugehört. Außerdem habe er ihr helfen müssen, sich zu entkleiden und wieder anzuziehen. Ohne den Rollator könne sie nicht laufen, es sei für sie nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter beschrieben habe, sie würde sich am Rollator nur leicht aufstützen und diesen vor sich herschieben. Auf die ausgeprägte Schmerzkrankung, die ihrer Leistungsfähigkeit entgegenstehe, sei der Gutachter nicht eingegangen. Dr. W. und Frau R. hätten sich damit ausführlich befasst. Die Ausführungen von Dr. H. zu den Gutachten von Dr. W. und Frau R. seien nicht überzeugend.

Die Klägerin lässt weiter vortragen, zwischenzeitlich durchgeführte ISG-Infiltrationen hätten zu keiner dauerhaften Linderung geführt. Zu einer empfohlenen Verödung des Nervs könne sie sich nicht entschließen, da das Risiko von Lähmungen im linken Bein bestehe. Vorgelegt wurde ein Arztbrief des D. Klinikums St. vom 23.12.2013 über eine am 18.12.2013 durchgeführte ISG-Infiltration.

Dr. H. hat am 26.03.2014 zu den Einwendungen der Klägerin Stellung genommen und ausgeführt, es treffe nicht zu, dass er auf die Schmerzkrankung nicht eingegangen sei, er habe die anhaltende somatoforme Schmerzstörung als vorrangige Diagnose genannt. Eine quantitative Leistungsminderung ergebe sich daraus aber nicht. Dr. H. bestätigte nochmals den vom Gangbild der Klägerin mit Rollator gewonnenen Eindruck und hielt auch im Übrigen an seiner gutachterlichen Beurteilung fest.

Am 25.06.2014 hat ein Erörterungstermin in dieser Sache stattgefunden. Eine schmerztherapeutische Behandlung fand zu dieser Zeit nicht statt.

Die Klägerin hat zuletzt noch vortragen lassen, den Verwaltungsgutachten Dr. B. und Dr. R. komme nicht der gleiche Beweiswert zu wie den im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Gutachten von Dr. W. und Frau R. ... Zu Recht habe das Sozialgericht seine Entscheidung daher auf diese Gutachten gestützt. Auch der Aussage von Dr. St. komme kein Beweiswert zu. Die Klägerin habe im Erörterungstermin berichtet, sie sei dort nur einmal zur Untersuchung gewesen, habe die dort verordneten Medikamente überhaupt nicht vertragen und daher die Praxis nicht wieder aufgesucht. Der gesundheitliche Zustand der Klägerin habe sich seit den beiden Begutachtungen in der ersten Instanz subjektiv weiter verschlechtert. Sie sei nunmehr in neurologischer und rheumatologischer fachärztlicher Behandlung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts sowie auf die Berufsakten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist auch begründet.

Die Beklagte hat den Rentenantrag der Klägerin zu Recht abgelehnt. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung von Erwerbsminderungsrente. Das Sozialgericht hätte der Klage nicht stattgeben dürfen.

Gem. [§ 43 Abs. 1 Satz 1](#) bzw. Abs. 2 Satz 1 SGB VI haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie teilweise bzw. 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. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)); volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn das Leistungsvermögen auf unter drei Stunden täglich abgesunken ist ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§](#)

Davon ausgehend steht der Klägerin keine Erwerbsminderungsrente zu. Eine Erwerbsminderung aufgrund der bei ihr bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ist nicht nachgewiesen.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet die Klägerin an einem funktionellen Halswirbelsäulen-Syndrom, einer Überlastungssymptomatik der Rumpfwirbelsäule mit lokalem unteren LWS-Syndrom bei Zustand nach Spondylodese L5/S1 sowie einer Bizepssehnentendinitis beidseits. Diese Diagnosen ergeben sich aus dem fachorthopädischen Gutachten des Prof. Dr. H. vom 29.05.2013, der aus diesen orthopädischen Krankheitsbildern zwar zahlreiche qualitative Leistungseinschätzungen hergeleitet hat, nicht jedoch eine Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Er hat vielmehr leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig für zumutbar gehalten. Prof. Dr. H. hat auch keine Einschränkung der Wegefähigkeit festgestellt. Die Klägerin war zur Untersuchung am 15.04.2013 ausweislich der Feststellungen des Gutachters ohne Gehhilfe erschienen und hat ein bedächtiges Gangbild, ohne Hinken und ohne Unsicherheit gezeigt. Auf die Benutzung eines Rollators war die Klägerin zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. H. nicht angewiesen. Aufgrund der Feststellungen des Gutachters ist davon auszugehen, dass sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin auf orthopädischem Fachgebiet, die im Verlaufe des Jahres 2012 zur Durchführung der Spondylodese am 12.09.2012 geführt hatten, erheblich gebessert haben. Die Leistungseinschätzung im Entlassungsbericht des S. Gesundheitszentrums Bad W. vom 23.10.2012 erweist sich deshalb als überholt. Der Senat teilt insoweit die zutreffende Einschätzung von Dr. E.-D. vom 21.02.2013, die darauf hingewiesen hat, dass die Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens in diesem Entlassungsbericht auf dem engen zeitlichen Zusammenhang mit der erst kurz zuvor durchgeführten Laminektomie beruhe und eine sichere Beurteilung erst zu einem späteren Zeitpunkt nach der Operation erfolgen könne. Eine solche Leistungseinschätzung liegt mit dem Gutachten von Prof. Dr. H. vom 29.05.2013 nunmehr vor. Er hat auch die röntgenologischen Befunde der LWS nach Durchführung der Stabilisierungsoperation ausgewertet und einen korrekten Implantatsitz bestätigt. Für eine deutliche Verbesserung der orthopädischen Beschwerden durch die Versteifungsoperation spricht nicht zuletzt auch, dass die Klägerin bereits im November 2012 dazu in der Lage war, nach Montenegro zu reisen, wie sie gegenüber dem Gutachter Dr. H. im Februar 2014 angegeben hat. Soweit die Klägerin bei der Begutachtung durch Prof. Dr. H. erhebliche Beschwerden im gesamten Körperbereich, vor allem aber im Bereich der Schulter-Nacken-Region links und des Armes rechts beklagt hatte, waren diese Beschwerden im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht zu objektivieren. Der Gutachter hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die typischen tender points nicht auffällig waren und sich auch keine muskulären Verspannungen oder Verhärtungen gefunden hätten. Die Funktionalität sei kaum beeinträchtigt gewesen. Prof. Dr. H. berichtete vielmehr, dass bei der Befunderhebung klare Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen auszumachen gewesen seien. Der Gutachter hat als den wichtigsten therapeutischen Ansatz eine drastische Gewichtsreduktion für angezeigt gehalten. Er stimmt insoweit mit der Einschätzung des im erstinstanzlichen Verfahren befragten Schmerztherapeuten Dr. St. überein, der im Rahmen der Behandlungsprognose angegeben hatte, dass bei einer Gewichtsreduzierung für die Klägerin durchaus die Möglichkeit bestehe, wieder physiologisch arbeiten zu können. Diese Beurteilung findet zudem Bestätigung im Gutachten von Dr. W., der die Ausprägung der Schmerzen in der unteren Körperhälfte ausdrücklich auf die bestehende Adipositas 3. Grades zurückgeführt hat. Da sich auch aus dem Vorgutachten von Dr. R. vom 20.05.2010, aus dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik S. vom 22.01.2010 und aus dem vom Sozialgericht beigezogenen unfallchirurgischen Gutachten von Prof. Dr. U. vom 30.11.2010 keinerlei Anhaltspunkte für eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens der Klägerin ergeben hatten, besteht für den Senat kein Zweifel daran, dass die Leistungseinschätzung von Prof. Dr. H. zutrifft. Es ist auch nicht erkennbar, dass sich nach dessen Begutachtung der Gesundheitszustand der Klägerin in orthopädischer Hinsicht in rentenrelevanter Weise verschlechtert hätte. Die Klägerin hat lediglich eine ISG-Infiltrationsbehandlung am 18.12.2013 mitgeteilt. Insbesondere konnte auch der Gutachter Dr. H., der die Klägerin zuletzt im Berufungsverfahren untersucht hatte, keine Beeinträchtigung des Gangbildes feststellen. Vielmehr hat er dieses als sicher und flüssig bei lediglich unterstützender Verwendung eines Rollators beschrieben. Einschränkungen der Wegefähigkeit hat Dr. H. nicht angenommen.

Im Vordergrund der Beschwerden der Klägerin stehen auch nicht die Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet, sondern die im Verlaufe des erstinstanzlichen Verfahrens mehr und mehr geltend gemachten neurologisch-psychiatrischen Beschwerden, insbesondere die chronifizierte Schmerzzerkrankung der Klägerin. Diese wurde sowohl von dem Gutachter Dr. W. im Rahmen der Begutachtung nach [§ 109 SGG](#) (chronische Schmerzkrankheit ICD 10 R52.2) als auch von der vom Sozialgericht als Amtsgutachterin beauftragten Fachärztin für psychotherapeutische Medizin R. (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) diagnostiziert. Auch der im Berufungsverfahren vom Senat beauftragte Gutachter Dr. H. hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als im Vordergrund stehend bestätigt. Anders als das Sozialgericht angenommen hat, kann der Senat jedoch aufgrund dieser Erkrankung keine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens der Klägerin feststellen. Der Senat folgt insoweit der überzeugenden und nachvollziehbaren Leistungseinschätzung von Dr. H. ... Dieser hat auch in der Zusammenschau mit der von ihm weiter festgestellten Diagnose einer depressiven Erkrankung mit leichter depressiver Episode im Grenzbereich zu einer mittelgradigen depressiven Episode leichte Tätigkeiten in einem Umfang von sechs Stunden an fünf Arbeitstagen der Woche für zumutbar erachtet. Dem Gutachter Dr. H. war aufgefallen, dass sich die Klägerin wesentlich ausgeprägter psychisch krank geschildert hatte, als dies im Rahmen der Untersuchung objektivierbar gewesen war. Insbesondere die von ihr beklagten kognitiven Leistungseinschätzungen hätten sich nicht bestätigt. Die Klägerin habe bei der Prüfung der groben Kraft nur zögerlich mitgearbeitet. Entsprechende Mängel bei der Mitarbeit der Klägerin im Rahmen gutachterlicher Untersuchungen ziehen sich durch das gesamte Rentenverfahren hindurch. So haben bereits die Gutachter Dr. B. und Dr. R. im Verwaltungsverfahren eine deutliche Diskrepanz zwischen objektivierbaren Veränderungen und den vorgetragenen Beschwerden sowie dem Verhalten bei der Untersuchung beanstandet und zumindest partiell demonstrative Schmerzáußerungen festgestellt. Im Gutachten von Prof. Dr. U., erstellt im unfallversicherungsrechtlichen Klageverfahren S 1 U 959/10, beigezogen vom Sozialgericht, wird sogar eine massive Aggravation berichtet. Auch im Rahmen dieser Begutachtung hatte die Klägerin bei der körperlichen Untersuchung nicht vollständig kooperiert, so dass der Gutachter aufgrund der Vielzahl der geschilderten Beschwerden, des wechselnden Beschwerdebildes und der auf Suggestivfragen angegebenen Beschwerden eine Fixierung der Klägerin auf die damals im Vordergrund stehende Unfallursache angenommen hatte. Die angegebenen Beschwerden hätten durch keine Untersuchung oder Befragung zweifelsfrei belegt werden können. Selbst Dr. W. beschreibt ausgeprägt unsicheres Verhalten und schwankende Angaben im Rahmen der klinischen Prüfung sowie ausgeprägte paraverbale Schmerzáußerungen an der Grenze zu einem pathologischen Schmerzverhalten liegend. Dr. W. spricht insoweit von starker Verdeutlichung, hält aber dennoch vor diesem Hintergrund ihr objektives Leiden für nachvollziehbar erscheinend. Auch der Schmerztherapeut Dr. St. hat in seiner Auskunft vom 18.07.2011 berichtet, dass sich die Untersuchung der Klägerin als sehr schwierig dargestellt habe, da sie eine gewisse Passivität habe erkennen lassen. Dr. St. wies in diesem Zusammenhang auch auf die im Hintergrund laufende Schmerzensgeldstreitigkeit hin, die den Schmerz zum Leitmotiv habe werden lassen. Auch Prof. Dr. H. hat - wie bereits oben dargestellt - unübersehbare Verdeutlichung und Aggravationstendenzen

beschrieben. Bereits diese gezeigten Verhaltensweisen der Klägerin stehen der Feststellung einer leistungseinschränkenden Schmerzerkrankung entgegen. Insoweit folgt der Senat dem von der Beklagten in ihrer Berufungsbegründung erhobenen Einwand, dass bei aggravierenden Verhaltensweisen eine Überzeugungsbildung vom Vorliegen einer Leistungsminderung verhindert werde.

Anders als das Sozialgericht hält der Senat insoweit auch nicht die Ausführungen der Gutachterin R. für überzeugend, dass der Klägerin jegliches Psychogeneseverständnis fehle, so dass sich eine unüberwindbare Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens aus dem Jahr 2008 ergeben habe. Die Gutachterin begründet mit dieser Argumentation auch, dass die Klägerin nicht dazu in der Lage sei, die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung zu erkennen, und schließt in der Folge auf ein aufgehobenes Leistungsvermögen. Dem vermag der Senat nicht zu folgen. Die Klägerin hat sich keinerlei konsequenter Therapie unterzogen, obwohl ihr schon zu einem frühen Zeitpunkt die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung vor Augen geführt worden war. Bereits im Entlassungsbericht der Reha-Klinik S. war ihr eine ambulante psychologische Betreuung zur Verarbeitung des Autounfalls empfohlen worden. Im sozialmedizinischen Gutachten von Dr. R. vom 03.12.2009 wird hingegen eine fehlende Compliance der Klägerin schon bei der Medikamenteneinnahme beschrieben sowie ein häufiger Arztwechsel, der eine Kontinuität in der Behandlung nicht habe erkennen lassen. Eine Behandlung sei zum damaligen Zeitpunkt nicht existent gewesen. Vor dem Hintergrund der Einschätzung von Dr. St., der den Schmerz als Leitmotiv im Zusammenhang mit den Schmerzensgeldforderungen angesehen hat, spricht vieles dafür, dass die Klägerin tatsächlich eine Verweigerungshaltung aufgebaut hat. Bei Dr. St. hat sie die Behandlung nicht fortgesetzt, und begründet dies damit, die verordneten Medikamente nicht vertragen zu haben. Hätte die Klägerin ihr Leiden tatsächlich behandeln wollen, wäre ohne weiteres eine Umstellung der Medikation in Betracht gekommen. Bei Dr. H. hat sie angegeben, seit 2010 nicht mehr in nervenärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Der Senat teilt daher die Einschätzung von Dr. E.-D. von sozialmedizinischen Dienst der Beklagten, dass die fehlende nervenärztliche Behandlung für einen fehlenden Leidensdruck spricht. Der Leistungseinschätzung der Gutachterin R., die das aufgehobene Leistungsvermögen letztlich mit massiver Fehlverarbeitung begründet, vermag der Senat hingegen nicht zu folgen. Denn die Begründung der Gutachterin ist insoweit auch nicht konsequent, da sie die wesentlichen Einschränkungen erst in den letzten 12 bis 24 Monaten vor der Begutachtung (August 2012) entstanden sieht. Soweit sie auf die fixierte depressive Symptomatik abstellt, folgt der Senat dem Gutachter Dr. H., der zum Zeitpunkt seiner Begutachtung keine mittel- bis schwergradige depressive Episode feststellen konnte, sondern lediglich eine leicht- bis mittelgradige Störung angenommen und dies durch die von ihm erhobenen psychopathologischen Befunde auch nachvollziehbar untermauert hat. Der Leistungseinschätzung von Dr. W. ist schon deshalb nicht zu folgen, weil sich dieser maßgeblich auf die subjektiv geschilderten Beschwerden der Klägerin gestützt hat, ohne diese zu objektivieren. Außerdem ist nicht nachvollziehbar, warum die Ausdauer der Klägerin noch für drei bis unter sechsstündige Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes reichen soll, nicht aber für sechsstündige Tätigkeiten.

Die Klägerin hat zuletzt noch geltend gemacht, ihr gesundheitlicher Zustand auf neurologisch -psychiatrischem Fachgebiet habe sich subjektiv seit den Begutachtungen durch Dr. W. und Frau R. verschlechtert. Sie sei nunmehr in neurologischer und rheumatologischer fachärztlicher Behandlung. Dieses Vorbringen gibt dem Senat keine Veranlassung zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen. Eine lediglich subjektive wahrgenommene Verschlechterung reicht zum Nachweis einer rentenrelevanten Leistungsminderung nicht aus. Der Vortrag, nunmehr in weiterer fachärztlicher Behandlung zu sein, ist zu unsubstantiiert, um Anlass für Ermittlungen von Amts wegen zu geben. Diese würden sich als Ermittlungen ins Blaue hinein darstellen, die nicht der Amtsermittlungspflicht unterfallen.

Die Klägerin hat eine Einschränkung ihres zeitlichen Leistungsvermögens und damit Erwerbsminderung nicht nachgewiesen, so dass der geltend gemachte Rentenanspruch nicht besteht. Das Urteil des Sozialgerichts konnte deshalb keinen Bestand haben und war deshalb auf die Berufung der Beklagten aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-11-24