

L 13 R 1734/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 7 R 1860/11
Datum
31.03.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 1734/14
Datum
23.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 31. März 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Im Übrigen verbleibt es bei der erstinstanzlichen Kostenentscheidung.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten nach einem angenommenen Teilerkenntnis noch darum, ob der Kläger darüber hinaus Anspruch auf eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung bereits ab April 2011 hat. In Folge dieses Anerkenntnisses gewährt die Beklagte der Kläger im Anschluss an eine zuvor bezogene Zeitrente wegen Berufsunfähigkeit vom 1. Dezember 2000 bis zuletzt 31. Dezember 2010 nunmehr eine Rente wegen Berufsunfähigkeit auf Dauer und ferner befristet vom 1. März 2013 bis 29. Februar 2016 Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der 1972 geborene Kläger erlernte nach seinen Angaben den Beruf des Kfz-Mechanikers und arbeitete bis ca. 1997 in diesem Beruf. Ein erster Rentenanspruch vom Mai 2000 blieb im Verwaltungsverfahren erfolglos (Bescheid der damaligen Landesversicherungsanstalt Baden vom 31. August 2000 sowie Widerspruchsbescheid der früheren Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg vom 13. Februar 2001). Im anschließenden Gerichtsverfahren (S 8 R 342/01) vor dem Sozialgericht Konstanz (SG) bot die Beklagte auf der Grundlage des Gutachtens des Nervenarztes Privatdozent Dr. St. vom 17. Juli 2002 im Vergleichswege die Gewährung von Rente wegen Berufsunfähigkeit ab Zeit vom 1. Dezember 2000 bis 31. Juli 2005 an. Das Vergleichsangebot nahm der Kläger im April 2003 an und erklärte Rechtsstreit in der Hauptsache für erledigt.

Im Juli 2005 stellte der Kläger einen Weitergewährungsantrag. Die Beklagte lehnte den Antrag nach Einholung eines Gutachtens bei dem Neurologen und Psychiater Dr. St. mit Bescheid vom 10. Oktober 2005 ab und wies den dagegen eingelegten Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 24. April 2006 zurück. Der Kläger erhob daraufhin Klage beim SG (S 8 R 1176/06). Nach Anhörung der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen veranlasste das SG ein nervenärztlich-psychosomatisches Gutachten von Prof. Dr. St. vom 18. April 2007. Dieser hielt leichte, kurzfristig auch mittelschwere Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen für zumutbar. Das SG wies die Klage mit Urteil vom 20. September 2007 ab. Der Kläger müsse sich auf die Tätigkeit eines Registrators verweisen lassen. Im anschließenden Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg ([L 6 R 5142/07](#)) holte dieses auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ein psychiatrisch-schmerzpsychologisches Gutachten von Dr. B. vom 29. April 2009 ein. Dieser nahm ein Leistungsvermögen von zwei bis drei Stunden arbeitstäglich an. Nach Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. G. durch die Beklagte erfolgte gemäß [§ 109 SGG](#) eine ergänzende Stellungnahme von Dr. B. vom 16. Juli 2009. Mit rechtskräftigem Urteil vom 10. Dezember 2009 änderte das Landessozialgericht Baden-Württemberg das Urteil des SG vom 20. September 2007 sowie den Bescheid vom 10.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. April 2006 ab und verurteilte die Beklagte, dem Kläger Rente wegen Berufsunfähigkeit über den 31. Juli 2005 hinaus bis zum 31. Dezember 2010 zu gewähren. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

Am 12. November 2010 legte der Kläger der Beklagten den Bericht des Arztes Sch. vom 3. November 2010 vor. Die Beklagte wertete dies als Weitergewährungsantrag und teilte dem Kläger mit Schreiben vom 17. Dezember 2010 mit, da voraussichtlich erst im Januar 2011 über den Weitergewährungsantrag entschieden werden könne, werde sie die Rente ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bis zum 31. Januar 2011 verlängern. Die Beklagte veranlasste das Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. N.-Sch. vom 26. Januar 2011. Diese diagnostizierte eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, Lumboischialgien bei Zustand nach Operation eines Bandscheibenvorfalles 1997

ohne motorische Ausfallerscheinungen oder sensible Defizite und einen Tinnitus aurium beidseits. Der Kläger könne leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten von einfachem bis leicht gehobenem geistigen Anspruch, entsprechend seiner Schulausbildung und seiner Berufsausbildung, ohne Einnahme von Körperzwangshaltungen, ohne überwiegende Überkopfarbeiten, ohne Nachtschicht und ohne besondere Anforderung an den Hörsinn mindestens sechsständig verrichten. Mit den genannten Einschränkungen sei dem Kläger die Tätigkeit als Kfz-Mechaniker möglich. Die Beklagte lehnte den Weitergewährungsantrag mit Bescheid vom 7. Februar 2011 ab. Der Kläger könne wieder mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein.

Am 15. Februar 2011 erhob der Kläger Widerspruch. In seiner Widerspruchsbegründung führt er aus, ihm sei weiterhin zumindest Rente wegen Berufsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte wies den Widerspruch nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. N.-Sch. vom 3. Mai 2011 mit Widerspruchsbescheid vom 8. Juli 2011 zurück.

Der Kläger hat am 12. Juli 2011 Klage zum SG erhoben. Während des Klageverfahrens hat der Kläger stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen absolviert.

Vom 31. Januar 2012 bis 28. Februar 2012 absolvierte der Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Z.-Klinik St. B ... Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 7. März 2012 werden eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Neurasthenie, ein Lendenwirbelsäulensyndrom, ein Zustand nach Bandscheibenvorfaloperation ohne sensomotorische Ausfälle, ein Tinnitus und eine Hypercholesterinämie diagnostiziert. Mittelschwere Arbeiten ohne ausgeprägte Anforderungen an die geistig-psychische Belastbarkeit, des Gedächtnisses, ohne Nachtschicht, ohne Heben und Tragen von Lasten über 12 kg, ohne Tätigkeiten mit dauernden Zwangshaltungen oder Torsionshaltungen seien sechsständig zumutbar. Als Kfz-Mechaniker könne der Kläger drei bis unter sechs Stunden arbeiten. Der Kläger sei arbeitsunfähig entlassen worden. Mit Bescheid vom 14. März 2012 hat die Beklagte dem Kläger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach bewilligt.

Eine weitere stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist vom 5. Juli 2012 bis 3. August 2012 in der Reha-Klinik S. in D. durchgeführt worden. Im Entlassungsbericht vom 15. August 2012 ist eine degenerative Instabilität L4/5 beidseits, eine foraminale Stenosierung, eine Pseudospondylolisthesis L4/5, eine interspinöse Dekompression L4/5, dynamische Stabilisierung mittels Klammersystems, eine mittelgradige schwere Depression und ein Tinnitus beidseits beschrieben worden. Auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien derzeit nur unter drei Stunden am Tag möglich. Führend bei der Beurteilung des Leistungsvermögens sei die Depressionserkrankung des Klägers.

Das SG hat weiter den Neurologen und Psychiater Dr. R., den Arzt Sch., den Neurochirurgen Dr. R. und die Diplom-Psychologin Dr. K.-B. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört.

Dr. R. hat mit Schreiben vom 20. Juni 2012 ausgeführt, Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Heben und Tragen schwerer Lasten und Arbeiten unter ungünstigen Witterungseinflüssen sollten unterlassen werden. Sofern der angebotene Arbeitsplatz die bestehenden Beeinträchtigungen angemessen berücksichtige, könne der Kläger als Kfz-Mechaniker wahrscheinlich vollschichtig tätig sein. Ergänzend hat Dr. R. auf Anfrage des Gerichts im Schreiben vom 10. Dezember 2012 mitgeteilt, der Kläger habe sich am 20. November 2012 erneut in der Praxis vorgestellt. Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes des Klägers sei seither nicht eingetreten. Die Beurteilung des Leistungsvermögens bleibe unverändert.

Der Arzt Sch. hat in der Zeugenauskunft vom 19. Oktober 2012 ausgeführt, er glaube nicht, dass derzeit überhaupt eine Eingliederung in einen geregelten Arbeitsprozess möglich sei. An eine Reintegration wäre sicher erst nach erfolgreicher Behandlung der depressiven Erkrankung zu denken, wobei diese Voraussetzungen bis heute nicht gegeben seien. In einer schriftlichen Zeugenaussage vom 25. Oktober 2012 hat Dr. R. dargelegt, langes Stehen und langes Sitzen, Heben von schweren Gegenständen sollten vermieden werden. Aus medizinischer Sicht sollte das Ziel verfolgt werden, dass der Kläger für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder in Frage kommen sollte. Bei Ausheilung der Beschwerden sollte dies wieder der Fall sein. Dr. K.-B. hat mit Schreiben vom 21. Januar 2013 dargelegt, der Kläger sei sehr arbeitswillig und würde gerne wieder in seinem Beruf als Kfz-Mechaniker arbeiten. Aufgrund der vorhandenen massiven Gesundheitsstörungen sei der Kläger nach ihrer Auffassung nicht mehr in der Lage, dieser beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Eine leichte Tätigkeit von maximal vier Stunden könnte der Kläger nur unter der Voraussetzung verrichten, dass die Ursache der mittlerweile chronifizierten Schmerzzustände gefunden, behandelt und behoben werde.

Das SG hat ein Gutachten bei Prof. Dr. St. vom 8. Juli 2013 eingeholt, der eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Dysthymia und eine Agoraphobie sowie soziale Phobie beschrieben hat. Aufgrund der Schmerzstörung mit einem somatischen Kern und einer psychosomatischen Überlagerung resultierten die für Rückenleiden typischen Einschränkungen (keine einseitige Körperhaltung, keine Tätigkeiten ausschließlich im Stehen, kein Steigen auf Leitern, keine ungünstigen Witterungsexpositionen usw.). Die depressive Störung sei in der Intensität nur mäßiggradig und bedinge eine allgemeine qualitative Leistungsminderung in Bezug auf alle Arten von Tätigkeiten. Im vorliegenden Fall seien insbesondere Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Konzentration nicht geeignet. Aufgrund der Angststörungen seien Tätigkeiten mit intensivem Kundenkontakt und Reisen alleine nicht geeignet. Besonders schwierig sei hier die Frage nach der qualitativen Leistungsfähigkeit zu beantworten. Eine Tätigkeit im Beruf als Kfz-Mechaniker dürfe aufgrund der beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen weiterhin nicht zumutbar sein. Für sich allein genommen seien weder die Schmerzstörung noch die depressive Störung noch die Angststörungen so ausgeprägt, dass daraus eine quantitative Leistungseinschränkung abgeleitet werden könnte. Was aber im Laufe der Zeit eingetreten sei, sei eine weitere Chronifizierung mit einer völligen Verfestigung der neurotischen Fehlhaltung. Er persönlich neige unter pragmatischen Kriterien (wegen der Dauer der Störung und der Erfolglosigkeit der sehr zahlreichen durchgeführten Therapien verschiedenster Art) zu der Ansicht, dass die in der Persönlichkeit verwurzelte Fehlhaltung inzwischen tatsächlich unkorrigierbar sei und sich mit Krankheitssymptomen in unheilvoller Weise verbunden habe, teilweise auch noch gestützt durch ärztliche Attestierungen. Insofern neige er zu der Ansicht, dass der Kläger tatsächlich nicht mehr in der Lage sei, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungseinschränkung in der qualitativ beschriebenen Weise bestehe wohl schon seit 2002. Was die Annahme einer Unüberwindbarkeit der subjektiven Fehlhaltung betreffe, könne man diese nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt datieren. Sie dürfe jedoch zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Weitergewährung der Rente schon vorgelegen haben. Zur Prognose hat Prof. Dr. St. ausgeführt, aus

den bereits ausgeführten Gründen gehe er davon aus, dass der Kläger ständig weitere Therapiemaßnahmen der verschiedensten Art in Anspruch nehmen werde und dass diese erfolglos bleiben würden.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21. August 2013 anerkannt, dass über den 31. Januar 2011 hinaus Berufsunfähigkeit auf Dauer vorliege. Außerdem hat sie anerkannt, dass der Kläger seit 4. August 2012 voll erwerbsgemindert sei. Die Beklagte sei bereit, die bisherige Rente wegen Berufsunfähigkeit auf Zeit ab 1. Februar 2011 in gesetzlicher Höhe auf Dauer weiter zu gewähren. Darüber hinaus bestehe vom 1. März 2013 bis 29. Februar 2016 neben dem bisherigen Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit auch ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung. Für den Zeitraum des Zusammentreffens leiste die Beklagte nur die höhere Rente. Die außergerichtlichen Kosten würden dem Grunde nach übernommen, sofern der Rechtsstreit durch das Anerkenntnis übereinstimmend als erledigt angesehen werde. Die Beklagte hat zugleich die beratungsärztliche Stellungnahme des Obermedizinalrats F. vom 7. August 2013 vorgelegt. Dieser hat die Auffassung vertreten, bei zusammenfassender Bewertung aller vorliegenden Befunde sollte beim Kläger eine unter dreistündige bzw. unter zweistündige Belastbarkeit für den bisherigen Beruf eines Kfz-Mechanikers anerkannt werden, jetzt auch ohne zeitliche Befristung. Zusätzlich sollte jetzt auch für entsprechende Betätigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine unter dreistündige Belastbarkeit im Berufsleben anerkannt werden. Diese sei zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. N.-Sch. im Januar 2011 noch nicht anzunehmen gewesen. Trotz unterschiedlicher diagnostischer Einschätzung sollte die Beurteilung der Betätigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit der Belastungserprobung bzw. Berufsorientierung in der Reha-Klinik B. bzw. mit der Beurteilung anlässlich der Heilbehandlung in der Reha-Klinik S. anerkannt werden. Die Belastbarkeitsbeurteilung gelte mit dem Tag nach der stationären Entlassung, somit ab dem 4. August 2012. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. St. sei bei dem Kläger auch nicht von ausreichenden Besserungsaussichten auszugehen. Bei Berücksichtigung des Lebensalters sollte aber eine Nachbegutachtung in etwa 3-5 Jahren in Betracht gezogen werden.

Der Kläger hat zunächst nicht auf dieses Anerkenntnis reagiert. Im Termin zur Erörterung des Sachverhalts vom 8. Januar 2014 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers mitgeteilt, der Kläger sei in im Herbst 2013 in der Fachklinik E. gewesen. In dem Termin hat das SG darauf hingewiesen, dass derzeit nicht ersichtlich sei, wann ein Umwandlungsantrag in volle Erwerbsminderungsrente gestellt worden sein könnte. Es gebe einen Hinweis in der Widerspruchsbegründung vom April 2011. Die Beklagte hat in dem Termin klargestellt, dass die Berufsunfähigkeitsrente über den 31. Dezember 2010 hinaus nahtlos weiter zu gewähren sei. Der Kläger hat das Angebot vom 21. August 2013 als Teilanerkentnis angenommen. Der Rechtsstreit solle im Übrigen fortgeführt werden. Der Kläger hat ferner den Entlassungsbericht der Fachklinik E. vom 4. September 2013 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 17. Juli 2013 bis 14. August 2013 vorgelegt. Darin werden ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen bei myofaszialem und degenerativem Lendenwirbelsäulensyndrom, vorwiegend myofaszialem Halswirbelsäulensyndrom, Tinnitus aurium beidseits, myofaszialem Brustwirbelsäulensyndrom, Postnukleotomie-Syndrom bei Zustand nach Nukleotomie L4/5 1997 sowie Titanimplantation 2012, zusammenfassend eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und ferner eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 20. Januar 2014 mitgeteilt, dass sie die Widerspruchsbegründung vom 4. April 2011 als Umwandlungsantrag gedeutet habe.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 31. März 2014 abgewiesen. Der Kläger habe -nach Darlegung der gesetzlichen Voraussetzungen im Einzelnen- keinen Anspruch auf unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung bereits ab April 2011. Maßgebend für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Klägers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien die Gesundheitsstörungen im nervenärztlichen Bereich.

Insoweit folge das SG der Beurteilung im überzeugenden Gerichtsgutachten von Prof. Dr. St. ... Daraus ergebe sich, dass bei dem Kläger eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Dysthymia und eine Agoraphobie sowie eine soziale Phobie bestehen. Zwar seien, wie Prof. Dr. St. schlüssig ausgeführt habe, für sich allein genommen weder die Schmerzstörung noch die depressive Störung noch die Angststörungen so ausgeprägt, dass sich daraus eine quantitative Leistungsminderung ergeben würde. Prof. Dr. St. habe jedoch auch schlüssig eine weitere Chronifizierung mit einer Verfestigung der neurotischen Fehlhaltung beschrieben. Hieraus habe er für den vorliegenden Fall nachvollziehbar abgeleitet, dass der Kläger nicht mehr in der Lage sei, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen. Dieser Beurteilung sei die Beklagte unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme des Obermedizinalrats F. vom 7. 2013 gefolgt. Die Beklagte habe auch zutreffend den Anspruch auf eine lediglich befristete Rentengewährung anerkannt. Der Rentenanspruch im vorliegenden Fall bestehe gemäß [§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI](#) unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es sei jedoch nicht im Sinne dieser Bestimmung unwahrscheinlich, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden könne. Die Voraussetzungen des [§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI](#) seien nur dann erfüllt, wenn schwerwiegende medizinische Gründe gegen eine rechtlich relevante Besserungsaussicht sprechen, so dass ein Dauerzustand vorliege. Davon könne erst ausgegangen werden, wenn alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien und auch danach ein aufgehobenes Leistungsvermögen bestehe. Entscheidend sei die Möglichkeit, das Leistungsvermögen eines Versicherten auf der Grundlage anerkannter Behandlungsmethoden wieder herzustellen.

Im vorliegenden Fall sei festzustellen, dass zwar die Begründung von Prof. Dr. St. für ein aufgehobenes Leistungsvermögen, die unkorrigierbare, in der Persönlichkeit verwurzelte Fehlhaltung, die sich mit Krankheitssymptomen verbunden hat, zunächst zu implizieren scheine, dass eine relevante Besserungsaussicht im Sinne des [§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI](#) nicht bestehe. Prof. Dr. St. habe auch zur Prognose ausgeführt, er gehe davon aus, dass der Kläger ständig weitere Therapiemaßnahmen der verschiedensten Art in Anspruch nehmen und dass diese erfolglos bleiben würden. Andererseits ergebe sich jedoch auch aus dem Gutachten von Prof. Dr. St. die Schwierigkeit der vorliegenden Leistungsbeurteilung. Der Sachverständige habe die Problematik der Abgrenzung von Nicht-Wollen und Nicht-Können, d.h. die Frage, inwieweit die grundsätzliche neurotische Fehlhaltung noch willentlich korrigierbar sei, im Einzelnen dargelegt. Im Unterschied zum Entlassungsbericht der Reha-Klinik S. vom 15. August 2012 habe er die quantitative Leistungsminderung zutreffend nicht auf eine Depressionserkrankung gestützt, sondern mit der neurotischen Fehlhaltung des Klägers begründet. Diese verbleibenden Unsicherheiten im Rahmen der Leistungsbeurteilung und die spezifische, der Leistungsminderung zu Grunde liegende Problematik führen dazu, dass das SG in Verbindung mit dem jungen Lebensalter des 1972 geborenen Klägers eine Unwahrscheinlichkeit der Besserung im Sinne des [§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI](#) nicht annehme. Das SG gehe davon aus, dass das vorliegende Krankheitsbild auch in seiner Entwicklung nicht nur von therapeutischen Maßnahmen, sondern auch von Lebensumständen beeinflusst werden kann, die derzeit nicht abgesehen werden könnten. Bestätigt werde die Einschätzung, dass eine Möglichkeit zur Besserung bleibe, durch die - wenn auch auf die dort angenommene schwere depressive Episode gestützten - Ausführungen im Entlassungsbericht der Fachklinik E. vom 4. September 2013, die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei für mindestens ein Dreivierteljahr auf unter drei Stunden einzuschätzen und ein Aufenthalt in einer Akut-

Psychosomatik sei dringend indiziert. Zutreffend habe die Beklagte bei ihrem Anerkenntnis den Dreijahreszeitraum des [§ 102 Abs. 2 S. 2 SGB VI](#) ausgeschöpft. Sie habe auch den Beginn der Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit gemäß [§ 101 Abs. 1 SGB VI](#) aufgrund des Leistungsfalles vom 4. August 2012 rechtmäßig mit dem 1. März 2013 bestimmt. Zwar habe Prof. Dr. St. in seinem Gutachten ausgeführt, die Annahme einer Unüberwindbarkeit der subjektiven Fehlhaltung dürfte zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Weitergewährung der Rente schon vorgelegen haben. Zum Einen bleibe jedoch, da ein ausdrücklicher Weitergewährungsantrag nicht gestellt, sondern von der Beklagten mit der Übersendung des Befundberichts des Arztes Sch. angenommen worden sei, letztlich offen, welcher genaue Zeitpunkt auf der Grundlage des Gutachtens von Prof. Dr. St. insoweit anzunehmen wäre. Zum anderen habe Prof. Dr. St. klargestellt, dass man die Annahme einer Unüberwindbarkeit der subjektiven Fehlhaltung nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt datieren könne. Angesichts der vorliegenden ärztlichen Beurteilungen im zeitlichen Verlauf halte das SG die Annahme des Eintritts der quantitativen Leistungseinschränkung bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem Tag nach der Entlassung aus der Reha-Klinik S. für zutreffend. Denn noch im Januar 2011 sei die von der Beklagten beauftragte Sachverständige Dr. N.-Sch. zu dem Ergebnis gelangt, dass ein sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen gegeben sei. Eine vergleichbare Leistungsbeurteilung werde im Entlassungsbericht der Ziegelfeld-Klinik St. B. nach der vom 31. Januar 2012 bis 28. Februar 2012 durchgeführten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme vorgenommen. Erst im Entlassungsbericht der Reha-Klinik S. werde auch unter Berücksichtigung der in der Reha-Klinik B. durchgeführten Belastungserprobung - hier allerdings unter Bezugnahme auf eine Depressionserkrankung - eine im Sinne des [§ 43 SGB VI](#) relevante quantitative Leistungsminderung beschrieben. Wesentliche weitere Erkenntnisse in Bezug auf die Entwicklung des beruflichen Leistungsvermögens des Klägers bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt würden nicht aus den im SG-Verfahren veranlassten Zeugenauskünften der behandelnden Ärzte herzuleiten sein. Das SG gehe deshalb auf der Grundlage des zeitlichen Verlaufs der medizinischen Beurteilungen von einem Eintritt der quantitativen Leistungsminderung mit dem 4. August 2012 aus.

Bei dieser Sachlage könne die verfahrensrechtliche Frage offen bleiben, ob und gegebenenfalls wann neben dem Weitergewährungsantrag in Bezug auf die Rente wegen Berufsunfähigkeit ein Umwandlungsantrag in eine Rente wegen voller Erwerbsminderung gestellt bzw. eine Umdeutung gemäß [§ 116 SGB VI](#) vorzunehmen wäre sowie ob und gegebenenfalls wann ein solcher Antrag verbeschieden wurde. Die Beklagte habe den Weitergewährungsantrag in der Übersendung des Befundberichtes des Arztes Sch. gesehen. Hinweise auf die Geltendmachung eines Anspruchs auf Rente wegen voller Erwerbsminderung könnten in den Ausführungen in der Widerspruchs begründung vom 4. April 2011 gesehen werden, dem Kläger sei weiterhin "zumindest" Rente wegen Berufsunfähigkeit zu gewähren. Allerdings würde, während im Bescheid vom 7. Februar 2011 [§ 43 SGB VI](#) n.F. zitiert wird, im Widerspruchsbescheid vom 8. Juli 2011 ausdrücklich lediglich der Anspruch auf Weitergewährung der Rente wegen Berufsunfähigkeit abgelehnt. Da das Teilerkenntnis der Beklagten vom 21. August 2013 mit der Klarstellung im Erörterungstermin vom 8. Januar 2014 den Kläger nicht rechtswidrig belaste, sei über die genannten verfahrensrechtlichen Fragen letztlich nicht zu entscheiden gewesen. Die über das angenommene Teilerkenntnis vom 21. August 2013 hinausgehende Klage sei somit abzuweisen gewesen.

Gegen das am 14. April 2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16. April 2014 Berufung eingelegt. Er macht u.a. geltend, dass aus den Ausführungen von Prof. Dr. St. etwas anderes folge als vom SG angenommen. Man müsse erst mal einen Arzt finden, der eine Möglichkeit der Besserung ausschließe. Dem Entlassungsbericht Fachklinik E. komme weniger Bedeutung zu als vom SG beigemessen. Auch der Annahme des Eintritts eines Versicherungsfalles erst am Tag nach der Entlassung aus der Reha-Klinik S. werde entgegengetreten. Der Kläger beantragt teilweise sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts vom 31. März 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 7. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2011 über das Teil-Anerkennnisses vom 21. August 2013 hinaus zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung ab April 2011 auf Dauer zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält ihre Entscheidung aus den Gründen des Urteils und ihrer letzten ärztlichen Stellungnahmen heraus für zutreffend.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens bei Prof. Dr. B., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, B. S ... In seinem psychiatrisch-schmerzpsychologischen Gutachten vom 24. November 2014 stellte er für sein Fachgebiet die Diagnosen anhaltende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, (DD: organisch affektive Störung, unter Umständen Narkose- induziert) sowie für den schmerzpsychologischen Bereich ein chronisches Schmerzsyndrom nach Gerbershagen Stadium 3, myofasiales und degeneratives LWS-Syndrom, ein vorwiegend myofasiales HWS-Syndrom, ein myofasiales BWS-Syndrom, eine Postnukleotomie-Syndrom, Zustand nach Nukleotomie und Titanimplantationen sowie lumbal auf dem Boden der orthopädischen Diagnosen Bandscheibenoperation L4/L5, Bandscheibenoperation mit nachfolgend Ischialgie-Postnukleotomie-Syndrom, Zustand nach Bandscheibenoperation im Lendenwirbelsäulenbereich sowie fachfremd für den HNO-Bereich schwerer Tinnitus aurium sowie Schwerhörigkeit beidseits, sexuelle Dysfunktion (Potenzschwäche) sowie restless-leg-Syndrom, eher leichter Ausprägung und Zustand nach Borreliose. Bei dem Kläger lägen als psychiatrische Diagnosen eine anhaltende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome vor. Wahrscheinlich gebe es Phasen, in denen der Kläger mittelschwer depressiv sei. Wie in seinem eigenen Erstgutachten vom April 2009 aufgeführt könne er nicht ausschließen, ob es sich um eine organische affektive Störung handele, welche unter Umständen durch eine Narkose induziert worden sei. Denn der zeitliche Zusammenhang mit der Narkose und seinem psychiatrischen Krankheitsverlauf sei gegeben. Es handele sich um eine seelisch bedingte Störung: Der Kläger sei depressiv. Er leide unter Antriebsstörungen, Impulsdefizit, Lustverlust, Selbstaufgabendenzen, Grübeln, Kreisdenken, gedanklicher Einengung, Negativismus, permanentem Insuffizienzerleben. Es komme das Schmerzsyndrom hinzu. Ordne man es in dem Grenzbereich Neurologie/Psychiatrie ein, dann müsse man hier von organisch bedingten Schmerzen ausgehen. Es liege ein chronisches Schmerzsyndrom nach Gerbershagen im Stadium 3 vor, die Grundlage hierfür seien orthopädische Degenerationen, die mehrfach auch schon operiert worden seien im LWS-Bereich und somit unstrittig organisch bedingt. Allerdings komme - wie auch schon in der Fachklinik E. völlig zu Recht diagnostiziert - eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen hinzu. Derartige Schmerzserkrankungen würden sich regelhaft im seelischen Apparat niederschlagen und würden mit jedem Jahr des Andauerns zu einem erhöhten Risiko für chronifizierte depressive Störungen führen. Es handele sich keineswegs um bloße Krankheitsvorstellungen. Der Chronifizierungsgrad im Schmerzbereich wie auch im seelischen Apparat

(Depression) sei ausgeprägt. Sämtliche bisherige Maßnahmen seien nicht von Erfolg gekrönt gewesen und hätten allenfalls vorübergehend zu gewissen Erleichterungen geführt. Wie von ihm weiter aufgeführt, seien limitierende Faktoren das depressiv bedingte Impulsdefizit, die Antriebslosigkeit, Konzentrationsmangel, Lustverlust, Wertlosigkeitserleben, formalgedankliche Störungen wie hartnäckiges Grübeln, Ängste und innere Unruhezustände. Der Kläger könne nicht mehr arbeiten. Es sei ihm in guten Phasen wohl noch möglich, leichte Tätigkeiten im Haushalt auszuüben, aber selbst hierfür brauche er nach eigenen Angaben und fremdanamnestisch immer wieder externe Motivatoren. Er schaffe es aus eigener Kraft schlichtweg nicht. Es sei auch während der Untersuchung deutlich gewesen, dass der Kläger immer wieder habe im Kontakt gehalten werden müssen, zentriert und fixiert werden müssen, angehalten werden müssen die Fragebögen und Testungen zu durchlaufen, was relativ langwierig ablief. Man könnte sich bestenfalls noch vorstellen, dass bei Zurückdrängen der Schmerzen und der Depression noch eine geringfügige Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte denkbar wäre. Er halte allerdings selbst das dauerhaft für nicht sehr wahrscheinlich. Die Leistungseinschränkungen seien von ihm naturgemäß zeitlich schwer zu erfassen. Er gehe davon aus, dass sie seit ca. 1999 bestehen, aber erst später chronifizierten. Die Vergangenheit habe gezeigt, dass die Möglichkeiten, das Leistungsvermögen des Klägers auf der Grundlage anerkannter Behandlungsmethoden wieder zu erhöhen, ausgeschöpft seien. Das Ergebnis sei für den Betroffenen und die Behandler frustant. Es handele sich um einen besonderen Fall der chronifizierten somatopsychischen Interdependenz. Man müsse sich auch vorstellen, dass der Kläger nicht nur in einer Fachklinik für Schmerzen behandelt worden sei, sondern auch bei extrem hohen Leidensdruck und ausbleibender Besserung, eine Schweizer Privatklinik aufgesucht wurde, was nur dadurch möglich war, dass es gelungen sei, auch die Kostenübernahme über eine Stiftung zu erlangen. Dies habe gezeigt, dass der Kläger nichts unversucht gelassen habe. Es handele sich hier schon um einen außergewöhnlichen Fall von Suche nach Heilung.

Zur Frage, ob es um eine ausschließliches Nicht-Wollen oder bereits ein um Nichtkönnen handele, das heißt inwieweit eine grundsätzliche neurotische Fehlhaltung überhaupt noch willentlich korrigierbar sei, sieht der Gutachter Schwierigkeiten. Es sei in der Tat schwierig, dies herauszuarbeiten. Prof. St. erkenne zwar, dass keine ausreichenden Hinweise dafür da seien, dass eine Korrigierbarkeit der offensichtlichen Leistungsfähigkeit in anderen Lebensbereichen vorläge. Er neige dann dazu, eine Fehlhaltung anzunehmen, die inzwischen unkorrigierbar sei. Wie er dann allerdings dazukomme, aus dieser unkorrigierbaren Fehlhaltung dennoch in seinem Gutachten grundsätzlich eine Belastbarkeit anzunehmen, erschließe sich Dr. B. nicht. Allerdings stimme er zu, dass der Kläger immer wieder Therapien aufsuchen werde, weil er diese auch brauche. Sichtbarer Beweis dafür sei die erlangte Behandlung in einer Schweizer Klinik auf Kosten einer Stiftung. Dies würde er aber eher als Ausdruck der Verzweiflung und Suche nach Linderung und Heilung werten und nicht etwa als eine neurotische Fehlhaltung, die noch korrigierbar wäre.

Die Beklagte ist dem mit Stellungnahme von Dr. B. vom 3. Dezember 2014 entgegengetreten. Nicht allein auf Grund des Gutachtens von Prof. Dr. B., aber auf Grund der gesamten vorliegenden Akten, insbesondere auch mit Fokus auf das Gutachten von Prof. Dr. St. vom 8. Juli 2013 (also aus dem letzten erstinstanzlichen Verfahren) und auch mit Verweis darauf, dass eben dieser Gutachter den Kläger zum damaligen Zeitpunkt schon zum dritten Mal begutachtet habe, könne man von einer Besserungsaussicht mit Wahrscheinlichkeit auf Grund der chronifizierten neurotischen Fehlhaltung nicht mehr ausgehen. Herr Dr. F. habe im erstinstanzlichen Verfahren im Wesentlichen mit dem relativ jungen Alter des jetzt gerade einmal knapp 43-jährigen Klägers argumentiert - was ja unter psychiatrischen Gesichtspunkten durchaus auch eine gewisse Ressource darstellen könne. Im Übrigen handele es sich beim Störungsbild des Klägers nicht um eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, eine chronifizierte Suchterkrankung mit entsprechenden neuropsychiatrischen und körperlichen Folgeerkrankungen, eine demenzielle Erkrankung oder eine hirnorganische Erkrankung. Vielmehr bewege man sich beim Kläger auf dem Boden der erlebnisreaktiven Störungen (nach alter Diktion) mit Entwicklung einer offensichtlichen Rentenneurose (ebenfalls nach alter Diktion). Wenn auch - wie schon erwähnt - eine Besserung mit Wahrscheinlichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr benannt werden könne, so könne man auf der anderen Seite "ob der Möglichkeit einer Besserung im weiteren Verlauf" durch Einflüsse wie beispielsweise Änderung von Lebensumständen oder auch einfach auf Grund der Tatsache, dass neurotische Störungen sich mit zunehmendem Lebensalter auch "verwachsen" könnten, eine leistungsrelevante Besserung nicht auszuschließen. Wenn er die gesamten Akten durchschaue mit Fokus auf die relevanten Gutachten, so erscheine seiner Meinung nach unter dem Aspekt der neurotischen Symptomfixierung dann auch problematisch, dass man den Kläger überhaupt für den allgemeinen Arbeitsmarkt quantitativ heruntersetzt habe. Maßgeblich hierfür sei ja das letzte Gutachten von Herrn Prof. Dr. St. gewesen, wobei dieser - wenn man das Gutachten genau und auch etwas "zwischen den Zeilen" lese, sich einer offensichtlichen Restunschärfe bewusst gewesen sei, die das übliche Maß im psychiatrischen Fachgebiet übersteige, wenn er die Beantwortung der Gutachtenfragen damit einleitet, dass er diese "versuchen" möchte zu beantworten und an anderer Stelle zum Ausdruck bringe, dass es letztendlich sein subjektiver Eindruck sei, dass der Kläger dauerhaft bei unter drei Stunden verharren werde, die üblichen sozialmedizinisch geforderten Kriterien hier aber nicht greifen würden. Er würde im vorliegenden Fall tatsächlich den zuständigen Senat entscheiden lassen und zu bedenken geben, dass, wenn man dem Kläger dauerhaft eine Rente zubillige, dieses unter verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten einem negativen Verstoß gleichkomme, was den Kläger zusätzlich noch in seiner neurotischen Fehlhaltung fixiert. Zusammengefasst sei also das Leistungsvermögen auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt mit unter drei Stunden täglich ab März 2013 zu bestimmen, jedoch an einer Befristung bis Februar 2016 festzuhalten.

Zuletzt hat der Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme als Anschlussheilbehandlung vom 7. Oktober 2014 bis 28. Oktober 2014 in der Reha-Klinik S. in D. durchgeführt. Im Entlassungsbericht vom 30. Oktober 2014 werden ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen mit somatischen und psychischen Faktoren, eine mittelgradige bis schwere Depression, ein Zustand nach interspinöser Dekompression L4/5 bei dynamischer minimal invasiver Stabilisierung mittels Klammersystem, Zustand nach degenerativer Instabilität im Sinne einer Pseudospondylothese, bds. foraminale Stenosierung L3/4, BS-OP Ä97 sowie ein Zervikobrachial-Syndrom links bei Polyarthralgien beschrieben. Auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien derzeit nur unter drei Stunden am Tag möglich. Die psychische Komorbidität mache es dem Kläger möglicherweise unmöglich die chronische Schmerzerkrankung zu verarbeiten. Der Kläger sei erheblich beeinträchtigt durch die bestehenden Depressionen. Es sei eine psychologische Dauerbetreuung durchzuführen.

Ausweislich einer Mitteilung der Beklagten vom 21. April 2015 ist die zum Teil-Anerkenntnis der Beklagten vom August 2013 noch kein Ausführungsbescheid ergangen, weil der Kläger weitere Fragen trotz mehrmaliger Anforderungen durch die Beklagte noch nicht beantwortet habe. Eine Auszahlung der bereits bewilligten Rente sei bis dahin noch nicht erfolgt.

Wegen des weiteren Vorbringens und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf die Prozessakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen weitergehenden Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer bereits ab April 2011.

Da eine Rente wegen Berufsunfähigkeit nunmehr unbefristet weitergewährt wird und eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 1. März 2013 bis 29. Februar 2016 anerkannt worden ist, ist noch die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung bereits ab April 2011 in der Vergangenheit sowie unbefristet für die Zukunft streitgegenständlich. Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (vgl. Bundessozialgericht [BSG] [SozR 3-2600 § 44 Nr. 7](#)) ist der das Rentenbegehren des Klägers ablehnende Bescheid der Beklagten vom 7. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2011 sowie des (Teil-) Anerkenntnisses vom 21. August 2013. Diese erweisen sich als rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung zu einem früheren Zeitpunkt sowie auf Dauer.

Der Kläger ist zur Überzeugung des Senats gesundheitlich nicht mehr in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumindest sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Er ist damit voll erwerbsgemindert. Eine quantitative Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auf ein unter sechsstündiges Maß ist derzeit gegeben. Dies hat das SG im Anschluss an das angenommene Angebot der Beklagten in nicht zu beanstandender Würdigung der erhobenen Beweise, insbesondere des Gutachtens von Prof. Dr. St., nachvollziehbar zu Grunde gelegt. Hierbei hat es ebenso schlüssig dargelegt, weshalb der Auffassung des Reha-Zentrums S. gefolgt werden kann und ein Leistungsfall erst nach Abschluss des dortigen Aufenthalts nachgewiesen ist. Der Senat nimmt auf die diesbezüglichen Ausführungen des SG zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug, macht sich diese aufgrund eigener Überzeugungsbildung voll inhaltlich zu eigen und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Ergänzend ist zunächst klarzustellen, dass aus diesen Gründen ein früherer Rentenbeginn bereits ab April 2011 nicht in Betracht kommt.

Ferner ist festzuhalten, dass auch eine unbefristete Rentengewährung auf Dauer nicht in Betracht kommt, da die Normvoraussetzungen [§ 102 Abs. 2 SGB VI](#) nicht nachgewiesen sind. Unwahrscheinlich im Sinne des Abs. 2 Satz 4 ist dahingehend zu verstehen, dass aufgrund der medizinischen Prognose schwerwiegende medizinische Gründe gegen eine - rentenrechtlich relevante - Besserungsaussicht sprechen müssen, so dass ein Dauerzustand vorliegt (vgl. Majerski-Pahlen, a. a. O.; Jörg in Kreikebohm, SGB VI, 3. Aufl. 2008, § 102 Rz 5). Von solchen Gründen kann jedoch erst dann ausgegangen werden, wenn alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und auch hiernach ein aufgehobenes Leistungsvermögen besteht. Daher liegt es nahe, Unwahrscheinlichkeit im Sinne des Abs. 2 Satz 4 dann anzunehmen, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Verlaufs nach medizinischen Erkenntnissen - auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten - eine Besserung nicht anzunehmen ist, durch welche sich eine rentenrechtlich relevante Steigerung der Leistungsfähigkeit des Versicherten ergeben würde ([BSGE 96, 147 = SozR 4-2600 § 102 Nr. 2](#)). Rein vom Wortsinn kann es nicht darauf ankommen, dass eine solche Besserung "auszuschließen" ist (Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, (33. Lfg. 1/2008), § 102 Rz 18; KomGRV (57. Lfg. 6/2007, § 102 Rz 5). Erheblich ist allein, dass alle therapeutischen Möglichkeiten in Betracht gezogen werden müssen, um ein qualitatives oder quantitatives Leistungshindernis zu beheben (vgl. insgesamt Fichte in: Hauck/Noftz, SGB VI K § 102, Rn. 9).

Die Behebung der Leistungsminderung muss zudem - im Gegensatz zur früheren Rechtslage - nicht "in absehbarer Zeit" wahrscheinlich sein. Mithin kann auch die frühere Rechtsprechung des BSG (vgl. [BSGE 53, 100 = SozR 2200 § 1276 Nr. 6](#)), wonach die Behebung der Erwerbsminderung innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren wahrscheinlich sein muss, zur Auslegung des Merkmals "unwahrscheinlich" nicht - auch nicht im Umkehrschluss - herangezogen werden (Bayerlein, Bönisch u. a., MittLVA Ofr. 2001, 10 ff., 69). Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der Behebung der Leistungsminderung ist gerade nicht erforderlich; Unsicherheiten der Prognose gehen zu Lasten des Versicherten, wobei allerdings sowohl Rentenversicherungsträger als auch Sozialgerichte nach dem Amtsermittlungsgrundsatz ([§ 20 SGB X; § 103 SGG](#)) weiterhin gehalten sind, den Sachverhalt erschöpfend aufzuklären. (Fichte in: Hauck/Noftz, SGB VI K § 102, Rn. 8 unter Hinweis auf [BSGE 96, 147 = SozR 4-2600 § 102 Nr. 2](#)).

Unwahrscheinlich im Sinne von [§ 102 Abs. 2 Satz 4 SGB VI](#) ist dahingehend zu verstehen, dass schwerwiegende medizinische Gründe gegen eine - rentenrechtlich relevante - Besserungsaussicht sprechen müssen, so dass ein Dauerzustand vorliegt (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 20. Januar 2015 - [L 11 R 2944/12](#) -, Rn. 35, juris). Ein entsprechender Vollbeweis ist trotz umfassender Sachaufklärung nicht erfolgt.

Zunächst ist angesichts zahlreicher Gutachten von Amts wegen und weiterer Beweismittel der Sachverhalt erschöpfend aufgeklärt worden. Es sind zwar Gesichtspunkte erkennbar, die es rechtfertigen könnten, von der vom Gesetz für den Regelfall vorgegebenen Befristungsdauer hier ausnahmsweise abzuweichen. Allerdings beschränken sich die Ausführungen von Prof. Dr. St. und dem im Berufungsverfahren gehörten Prof. Dr. B. allein auf die Frage einer therapeutischen Beeinflussung. Prof. Dr. B. sieht vor allem durch die vom Kläger in der Schweiz durchgeführten Maßnahme alle notwendigen Anstrengungen zur Mitwirkung an einer Besserung erfüllt. Nach Ansicht des Senats weist Dr. B. zu Recht für die Beklagte auch auf eine Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse aus anderen Gründen hin. Gerade weil das Lebensalter des Klägers mit knapp über 40 hier auch aus lebens- und entwicklungsgeschichtlichen Aspekten heraus noch mögliche Änderungen auch im Sinne einer Verbesserung zulässt (von der Beklagten als Verwachsen bezeichnet) und diese ebenfalls zu berücksichtigen ist, greift das alleinige Abstellen auf die Behandlungsoptionen und hier teilweise ausgebliebenen Erfolge zu kurz. Darüber hinaus macht Prof. Dr. St. auch deutlich, dass die Frage, ob ein Nicht-Können oder Nicht-Wollen vorliegend, gerade von der leistungslimitierenden Erkrankung selbst abhängt. Nur die diesbezüglichen Behandlungen sind dann auch erschöpfend. Zutreffend hat das SG ausgeführt, dass im Unterschied zum Entlassungsbericht der Reha-Klinik S. vom 15. August 2012 Prof. Dr. St. die quantitative Leistungsminderung nicht auf eine Depressionserkrankung gestützt, sondern mit der neurotischen Fehlhaltung des Klägers begründet hat. Diese verbleibenden Unsicherheiten im Rahmen der Leistungsbeurteilung und die spezifische, der Leistungsminderung zu Grunde liegende Problematik führen dazu, dass das SG in Verbindung mit dem jungen Lebensalter des 1972 geborenen Klägers eine Unwahrscheinlichkeit der Besserung im Sinne des [§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI](#) nicht angenommen hat. Das SG geht davon aus, dass das vorliegende Krankheitsbild auch in seiner Entwicklung nicht nur von

therapeutischen Maßnahmen, sondern auch von Lebensumständen beeinflusst werden kann, die derzeit nicht abgesehen werden könnten. Diese tatrichterliche Annahme ist nicht zu beanstanden, denn angesichts dieser verbleibenden, auch in den ärztlichen Unterlagen angelegten Unsicherheiten zu den Ursachen der Leistungsminderung ist gerade auch die Frage einer passgenauen weiteren Behandlung nicht abschließend beantwortet. Allein mit der Zahl der Maßnahmen bzw. deren Finanzierung zu argumentieren, wie Prof. Dr. B. es tut, greift zu kurz.

Der Schwerpunkt der Erkrankungen und damit auch der Behandlungsansätze hat sich jedoch, wie dokumentiert, zuletzt verschoben. Ein Dauerzustand ist damit nicht zur vollen Überzeugung dargetan. Auch die vom Bevollmächtigten des Klägers mit Schriftsatz vom 19. Juni 2015 vorgelegten ärztlichen Berichte (Arztbriefe des Neurochirurgen Dr. R. v. 30. Januar 2014 und 4. September 2014; CT-Bericht der Radiologischen Praxis Dr. Klopscheck v. 1. Juli 2014) vermögen an der Gesamtbeurteilung nichts zu ändern.

Da das SG somit die Klage zu Recht abgewiesen hat, weist der Senat die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass der Kläger mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtko, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 197a SGG](#) Rdnr. 3; erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in Juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-02