L 5 R 2151/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 5503/11
Datum
10.04.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 2151/14
Datum
21.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 10.04.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1968 geborene Kläger wurde in den Jahren 1995 bis 1997 zum Industriemechaniker umgeschult. Zuletzt hat er als Bauhelfer gearbeitet. Seit 2006 ist er arbeitslos bzw. arbeitsunfähig. Im Versicherungsverlauf des Klägers sind Pflichtbeitragszeiten ab 01.07.1988 gespeichert. Gespeichert sind Pflichtbeiträge ab 2005 wie folgt: 2005 acht Monate (Januar bis Juni und November und Dezember), 2006 zwölf Monate, 2007 acht Monate (Januar bis Juni und November und Dezember), 2008 neun Monate (Januar bis September) (Versicherungsverlauf der Beklagten vom 18.08.2015).

Am 08.11.2004 erlitt der Kläger einen (von der B. H. und M. als Wegeunfall anerkannten) Verkehrsunfall. Im Durchgangsarztbericht des Klinikum Bad H. vom 09.11.2004 ist eine Prellung des rechten Kniegelenks, eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks und eine Risswunde am Kopf diagnostiziert. Im Nachschaubericht der Chirurgen Dres. W./T. vom 10.11.2004 sind die Diagnosen: ausgeprägte Verspannung der paravertebralen Muskulatur mit ausstrahlenden Schmerzen über der linken Schulter, Distorsion der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie Prellungen der linken Schulter und des rechten Brustkorbes festgehalten.

Mit Bescheid vom 28.12.2006 erkannte die (damalige) Berufsgenossenschaft M. S. als Folgen des Wegeunfalls vom 08.11.2004 eine erstgradige Distorsion der Halswirbelsäule, eine Prellung des rechten Kniegelenks, eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks und eine Risswunde im Bereich des Schädels an; die Gewährung von Leistungen über den 01.03.2005 hinaus wurde abgelehnt. Die deswegen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren (Widerspruchsbescheid vom 29.11.2007) beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage (Verfahren S 9 U 6619/07) wurde mit Urteil vom 23.06.2009 abgewiesen; das Urteil ist rechtskräftig. Im Klageverfahren hatte das SG Gutachten des Orthopäden Dr. von St. vom 18.07.2008 (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis 08.03.2005) und des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom 10.07.2008 (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit für die Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet über den 08.03.2005 hinaus nicht anzunehmen) eingeholt.

Am 18.10.2010 wurde der Kläger im Universitätsklinikum F. ambulant behandelt (Befundbericht vom 20.10.2010: Spinalkanalstenose HW 1 bei deformiertem hinterem Atlasbogen; Spinalkanalstenose HW 4/5 und HW 6/7; Z. n. Unfall 2004 und Z. n. ventraler Plattenspondylodese und dorsaler Schrauben-Stab-Spondylodese HW 5/6 2007 sowie einer dilatativen Arteriopathie). Die vom Kläger daraufhin begehrte Anerkennung einer cervikalen Myelopathie als Folge des Wegeunfalls vom 08.11.2004 lehnte die (damalige) Berufsgenossenschaft M. N. S. mit Bescheid vom 14.12.2010 ab; die Behandlung der alters- und verschleißbedingten Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie die nunmehr aufgetretene cervikale Myelopathie seien nicht dem Wegeunfall zuzurechnen. Nach erfolglosem Widerspruchsverfahren (Widerspruchsbescheid vom 30.06.2011) erhob der Kläger am 04.08.2011 Klage beim SG Freiburg (Verfahren S 11 U 4212/11), die das SG mit Gerichtsbescheid vom 17.10.2012 abwies. Dagegen hat der Kläger am 23.11.2012 Berufung eingelegt (Verfahren L 10 U 4871/12); das Berufungsverfahren ruht derzeit (Beschluss vom 17.05.2013).

Bereits am 23.08.2005 hatte der Kläger bei der L. (Rechtsvorgängerin der Beklagten) erstmals Rente wegen Erwerbsminderung beantragt. Zuvor hatte er vom 01.08.2005 bis 22.08.2005 eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in der B.-Klinik, Bad K., absolviert (Davor: im Jahr

2002 stationäre Rehabilitationsbehandlung in der Reha-Klinik, H.-K.; Entlassungsbericht vom 24.04.2002: als Industriemechaniker und auf dem Arbeitsmarkt über sechsstündiges Leistungsvermögen). Im Entlassungsbericht der B. vom 04.09.2005 sind die Diagnosen posttraumatisches Belastungssyndrom, Folgen eines schweren Autounfalls, degeneratives Vertebralsyndrom mit spinaler Enge sowie Muskelkontrakturen der Lendenstrecker festgehalten. Der Kläger könne als Industriemechaniker nur unter 3 Stunden täglich arbeiten und auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur in diesem Umfang verrichten.

Der Neurologe und Psychiater Dr. P. führte im Zusatzgutachten vom 27.01.2006 aus, der Tagesablauf des Klägers zeige, dass keinesfalls eine schwere Depression vorliege, die den Kläger in seinen Alltagsfunktionen hemme. Ebensowenig könne von einem Leistungsversagen, einem schweren Antriebsverlust oder einem Verlust der Lebensfreude gesprochen werden. Die Stimmung sei ausgeglichen, der Kläger sei keineswegs depressiv verstimmt. Obwohl massive Ausfälle und ein Leistungsversagen geklagt würden, nutze der Kläger naheliegende therapeutische Möglichkeiten nicht. Ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sei nicht hinzugezogen worden und eine stationäre neurologisch-psychiatrische Behandlung habe nicht stattgefunden. Auch in der Untersuchungssituation hätten sich deutliche Auffälligkeiten gezeigt. So begleite der Kläger seine sehr langsam ausgeführten Handlungen mit einem leisen Stöhnen, während er nach dem Verlassen der Praxis (vermeintlich unbeobachtet) sehr flüssig die Straße hinuntergegangen sei. Daraus ergebe sich der Verdacht auf eine gewisse Aggravation. Beim Kläger liege eine psychische Störung im Sinne eines posttraumatischen Belastungssyndroms vor, die aber nicht massiv ausgeprägt sei. Der Kläger könne als Industriemechaniker 6 Stunden täglich und mehr arbeiten und in gleichem Umfang leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (unter qualitativen Einschränkungen) verrichten.

Der Chirurg und Sozialmediziner Dr. K. diagnostizierte im Gutachten vom 15.02.2006 aufgrund einer Untersuchung am 17.11.2005 und unter Berücksichtigung des von Dr. P. erstatteten Gutachtens Lumboischialgie links, ausstrahlend mit Kribbelparästhesien des linken Beines bis zur Fußsohle bei bekanntem degenerativem Vertebralsyndrom und anamnestisch bekannter spinaler Enge, Hypertonus 167/101 mmHg, Puls 75 sowie leichte Innenohrschwerhörigkeit, links mehr als rechts, bei verstandener Umgangssprache. Der Kläger könne als Industriemechaniker 6 Stunden täglich und mehr arbeiten und in gleichem Umfang leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (unter qualitativen Einschränkungen) verrichten.

Mit Bescheid vom 01.03.2006 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab. Den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 08.06.2006 zurück. Klage wurde nicht erhoben.

Am 06.10.2006 beantragte der Kläger erneut Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte erhob weitere Gutachten. Der Orthopäde Dr. S. diagnostizierte im Gutachten vom 23.01.2007 chronisch rezidivierende Lumboischialgie bei Diskusprotrusionen L3 - S1, ohne signifikante spinale Einengung mit endgradiger Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule, ohne Hinweis auf eine lumbale Nervenwurzelkompression sowie rezidivierende Cervikalbrachialgie bei Bandscheibenprotrusion C5/6 mit spinaler Enge mit endgradiger Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule ohne Hinweise auf eine cervikale Nervenwurzelkompression. Die bei der Untersuchung geklagten Beschwerden ließen sich nicht in vollem Umfang objektivieren. Nachdem die Rückenbeschwerden nach dem Verkehrsunfall von der Berufsgenossenschaft für nicht mehr als drei Monate anerkannt worden seien, bestehe der dringende Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Der Kläger könne (unter qualitativen Einschränkungen) vollschichtig erwerbstätig sein.

Der Neurologe und Psychiater Dr. B. diagnostizierte im Gutachten vom 29.01.2007 Schulter-Nacken-Schmerz mit blander C6/7-Symptomatik links sowie latenter cervikaler Myelopathie, bislang ohne weiterreichende neurologische Symptomatik, zurückliegende Lumboischialgie, jetzt ohne diesbezügliche neurologisch radikuläre Ausfälle, zusätzliche Neigung zur Somatisierung vor dem Hintergrund biografischer Problematik und leicht akzentuierten Persönlichkeitszügen. Eine eigenständige depressive Symptomatik bestehe nicht. Auch eine Antriebsstörung liege nicht vor. Die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sei durchaus erhalten. Eine in den üblichen Kriterien definierte posttraumatische Belastungsstörung sei sicherlich nicht zu definieren. Eine nervenärztliche oder psychopharmakologische Behandlung finde nicht statt. Die Befunde im Zusammenhang mit einem am 15.02.2007 stattfindenden Vorgesprächs in der Universitätsklinik H. wegen einer geplanten HWS-Operation sollten abgewartet werden. In der Zusammenschau sei eine überdauernde quantitative Leistungsminderung beim Kläger sicherlich nervenärztlich nicht zum jetzigen Zeitpunkt bereits zu beschreiben. Wenigstens leichte körperliche Tätigkeiten könne er (mit qualitativen Einschränkungen) sicherlich auch weiterhin vollschichtig verrichten. Die Prognose sei allerdings in manchem noch ungewiss.

Im mehrfachärztlichen (zusammenfassenden) Gutachten vom 26.02.2007 hielt der Internist und Sozialmediziner MDir L., dem die Ergebnisse der Untersuchung des Universitätsklinikums H. nicht vorlagen, die Diagnosen latente cervikale Myelopathie mit blander C6/7-Symptomatik, Somatisierungsneigung und leicht akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie endgradige Funktionsminderung der Rumpfwirbelsäule und rezidivierende Lumboischialgien bei Bandscheibenvorwölbungen L3 - S1 ohne neurologische Ausfälle fest. Der Kläger könne zumindest leichte Tätigkeiten (unter qualitativen Einschränkungen) vollschichtig verrichten.

Mit Bescheid vom 15.03.2007 lehnte die Beklagte den Rentenantrag (wiederum) ab. Der Kläger legte Widerspruch ein. Während des Widerspruchsverfahrens absolvierte er nach einer wegen der cervikalen Myelopathie im Universitätsklinikum H. durchgeführten Versteifungsoperation (stationäre Behandlung vom 03.07.2007 bis 28.07.2007) vom 10.10.2007 bis 31.10.2007 eine stationäre Rehabilitationsbehandlung (Anschlussheilbehandlung) in der Reha-Klinik H., B ... Im Entlassungsbericht vom 08.11.2007 sind die Diagnosen chronifiziertes Schmerzsyndrom mit möglicher Somatisierungsstörung, residuale Myelopathie und chronische Cervikalbeschwerden nach Fusion C5/6, chronische Lumbalgien mit pseudoradikulärer Ausstrahlung sowie arterielle Hypertonie festgehalten. Der Kläger könne als Industriemechaniker 6 Stunden täglich und mehr arbeiten und in gleichem Umfang leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (unter qualitativen Einschränkungen) verrichten. Bei der Untersuchung habe der Kläger in fast allen betroffenen Gebieten deutliche Schmerzen angegeben; daher sei eine gewisse Demonstrationstendenz nicht sicher auszuschließen. Unter den Rehabilitationsdiagnosen ist im Entlassungsbericht u.a. ein Rentenbegehren erwähnt. Bei den regelmäßig durchgeführten fachärztlichen Kontrolluntersuchungen habe sich immer wieder eine erschwerte Untersuchbarkeit aufgrund muskulären Gegenspannens gezeigt; teilweise habe auch eine deutliche Beschwerdedemonstration bestanden. Simulation sei unwahrscheinlich, allerdings seien gewisse Aggravationstendenzen nicht sicher auszuschließen. Im Bericht über die psychologische Mitbehandlung des Klägers ist ausgeführt, ein bewusstseinsnahes Aggravieren und Demonstrieren von Beschwerden sei nicht erkennbar gewesen, hingegen sei von einer Somatisierungstendenz im Rahmen der während des Heilverfahrens immer wieder erneut aufgetretenen Beschwerden auszugehen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück, worauf dieser (nach Ablauf der

Klagefrist) am 01.04.2008 Klage beim SG Freiburg erhob (Verfahren S 13 R 1647/08). Die Klage wurde am 23.04.2009 zurückgenommen.

Vom 19.10.2009 bis 06.11.2009 absolvierte der Kläger eine Maßnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung im Berufsförderungswerk H ... In der Stellungnahme der Ärztin für Betriebsmedizin Z.-R. vom 18.12.2009 ist hierzu ausgeführt, beim ärztlichen Aufnahmegespräch habe der äußerst schmerzbelastete, wehleidige und klagsame Kläger zahlreiche Beschwerden berichtet, wobei Verdeutlichungstendenzen nicht hätten ausgeschlossen werden können. Er habe versichert, an einer beruflichen Wiedereingliederung dringend und ernsthaft interessiert zu sein, sich gleichzeitig aber für höchstens 3 Stunden täglich belastbar erachtet. Der Maßnahmeverlauf habe sich, wie aufgrund der vorliegenden Diagnosen und der geklagten zahlreichen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen zu erwarten, sehr schwierig gestaltet. Aufgrund der starken Schmerzen und der zur Entlastung eingelegten Pausen sei der Kläger in der Erprobung nur sporadisch anwesend gewesen. Bei Anwesenheit habe er sich auf die Arbeitsinhalte nicht konzentrieren können; er habe immer wieder starke Schmerzen und Erschöpfung beklagt, wobei breiten Raum auch erlebte Ungerechtigkeiten in Verbindung mit vorliegenden Gerichtsverfahren eingenommen hätten. Der Kläger könne nicht nachvollziehen, dass seine Beschwerden nicht als Unfallfolgen anerkannt würden und ihm auch keine Rente gewährt werde. Als bei einer max. 1,5 - 2-stündigen Tagesbelastbarkeit kein Leistungs- und auch kein Belastungszuwachs in der Erprobung zu verzeichnen gewesen sei, habe man die Maßnahme mangels derzeit bestehender beruflicher Integrationsfähigkeit beendet. Der Kläger habe eingeräumt, dass ihn inzwischen die gerichtlichen Auseinandersetzungen psychisch mehr belasteten als das Unfallereignis vom 08.11.2004 selbst. Gegen körperlich leichte Tätigkeiten (unter qualitativen Einschränkungen) wäre aus ärztlicher Sicht nichts einzuwenden.

Am 19.01.2010 stellte der Kläger einen weiteren Antrag auf Gewährung von Erwerbsminderungsrente, worauf die Beklagte ihn (erneut) begutachten ließ.

Der Sozialmediziner Dr. Sch. diagnostizierte im Gutachten vom 03.05.2010 eine posttraumatische Verbitterungsstörung nach bg-lichem Unfall vom 08.11.2004 ohne bisher anerkanntes Entschädigungsbegehren seitens der BG, unverändert seit Unfall anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei vorbeschriebener Somatisierungsstörung, operative Fusionierung C5/C6 nach Spinalkanalstenosediagnose in diesem Bereich und persistierend eingeschränkter Kopfbeweglichkeit und leichter Halbseitenschwäche linker Arm, rezidivierende Lumbalgien bei rumpfbetontem Übergewicht und leichten mäßigen degenerativen Veränderungen L4/L5 sowie Adipositas Grad I mit 1-fach medikamentös eingestelltem essentiellem Hypertonus. Als Industriemechaniker könne der Kläger nur unter 3 Stunden täglich arbeiten, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes aber (unter qualitativen Einschränkungen) 6 Stunden täglich und mehr verrichten.

Einer von Dr. Sch. angeregten neurologisch-psychiatrischen Begutachtung unterzog sich der Kläger nicht (Aktenvermerk vom 02.06.2010).

Mit Bescheid vom 15.06.2010 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab. Zur Begründung führte sie aus, ausgehend von einem möglichen Eintritt von Erwerbsminderung zum 19.01.2010 (Tag der Antragstellung) seien die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente nicht erfüllt. Im maßgeblichen Fünfjahreszeitraum vom 19.01.2005 bis 18.01.2010 seien nur 29 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt.

Zur Begründung des dagegen am 23.06.2010 eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, er halte sich bereits seit dem Verkehrsunfall im Jahr 2004 nicht mehr für erwerbsfähig.

Vom 18.01.2011 bis 24.01.2011 wurde der Kläger in der Universitätsklinik F. stationär behandelt (operative Dekompression der cervikalen Spinalkanalstenose HW 1 sowie HW 4/5). Im Anschluss daran absolvierte er vom 02.02.2011 bis 02.03.2011 eine stationäre Anschlussheilbehandlung in den R. Kliniken, W. D., D ... Im Entlassungsbericht vom 08.03.2011 sind die Diagnosen Resektion des HW1-Bogens und dorsale Kompression am 19.01.2011 bei Myelopathie, relative Stenose HWK 4/5 links mit Störung der Feinmotorik der Hände, Z. n. ventraler Plattenspondylodese und dorsaler Schraub-/Stabspondylodese HWK 5/6 2007, Z. n. Verkehrsunfall mit Prellung rechtes Kniegelenk, Distorsion rechtes OSG und HWS-Schleudertrauma sowie chronisches Schmerzsyndrom festgehalten. Der Kläger könne als Industriemechaniker nur unter 3 Stunden täglich arbeiten, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes aber (unter qualitativen Einschränkungen) 6 Stunden täglich und mehr verrichten. Aufgrund der neurologischen Defizite könne zur Zeit kein positives Leistungsbild erstellt werden.

Auf Nachfrage des beratungsärztlichen Dienstes der Beklagten (Dr. Sch., Schreiben vom 14.04.2011) teilte die W. D. unter dem 21.11.2011 ergänzend (u.a.) mit, der Kläger sei in der Lage gewesen, mindestens 500 m zu gehen und alternierend mindestens zwei Stockwerke ohne Festhalten zu steigen. Bei Entlassung habe in der linken Hand noch eine leichte Feinmotorikstörung bestanden; der Kläger sei aber komplett selbstständig in allen Dingen des täglichen Lebens gewesen.

Die Beklagte erhob das Gutachten des Neurologen und Psychiater Dr. B. vom 11.07.2011. Dieser diagnostizierte einen Z. n. wiederholten HWS-Eingriffen (2007, zuletzt 1/2011) mit (als organischem Kern) wohl überdauernder, zumindest blander radikulärer Symptomatik und zumindest wahrscheinlich zu machender blander Myelopathie, in unscharfer Abgrenzung zu massiven psychogenen Fixierungen und Ausweitungen der somatischen Beschwerden, mit teils konversionsneurotischen, teils auch sich verselbstständigenden rentenneurotischen Mechanismen bei vorbestehend akzentuierten Persönlichkeitszügen im Sinne einer somatoformen Störung sowie unklarer sensibler Querschnitt Th8/9, differenzialdiagnostisch fraglich somatisch vs somatoform. Mit Beginn 1/2011 sei in der Zusammenschau doch eine massive Leistungsminderung anzunehmen auf eine unter dreistündige Belastbarkeit. Der Kläger könne sowohl als Industriemechaniker wie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur unter 3 Stunden täglich erwerbstätig sein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.09.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Kläger könne leichte Tätigkeiten nur unter 3 Stunden täglich verrichten. Diese Leistungseinschränkung bestehe seit 19.01.2011. Hinweise auf einen früheren Leistungsfall bestünden nicht. Im maßgeblichen Fünfjahreszeitraum vom 19.01.2006 bis 18.01.2011 seien nur 20 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt. Der Zeitraum vom 01.01.1984 bis 19.01.2011 sei nicht durchgehend mit Anwartschaftserhaltungszeiten belegt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente wären nur erfüllt, wenn der Leistungsfall der Erwerbsminderung spätestens am 28.02.2010 eingetreten wäre; das sei nicht der Fall. Der Widerspruchsbescheid wurde dem Kläger am 09.09.2011 bekannt gegeben.

Am (Montag, dem) 10.10.2011 erhob der Kläger Klage beim SG. Er trug vor, er sei bereits vor dem 28.02.2010 wegen der Folgen des

Verkehrsunfalls vom 08.11.2004 erwerbsgemindert gewesen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG befragte behandelnde Ärzte: Der Neurologe und Psychiater Dr. Sch. teilte im Bericht vom 23.11.2011 mit, er habe den Kläger am 12.08.2010 behandelt bzw. untersucht. Eine Leistungseinschätzung könne er nicht abgeben. Der Allgemeinarzt Dr. H. gab an, er behandele den Kläger seit 2005. Die Belastbarkeit des Klägers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dürfte minimal sei; der Kläger sei sicher nur unter 3 Stunden täglich leistungsfähig. Er sei schwer krank. Seit dem Verkehrsunfall vom 08.11.2004 habe Arbeitsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden können (Bericht vom 24.11.2011). Dr. H., Universitätsklinik F., teilte im Bericht vom 27.12.2011 stationäre bzw. ambulante Behandlungen des Klägers in der Zeit vom 18.10.2010 bis 01.07.2011 mit. Es seien keine Befunde dokumentiert, die eine täglich sechsstündige Erwerbstätigkeit wegen des Risikos einer Gesundheitsgefährdung ausschließen würden. Ob der Kläger hierzu wegen seiner Schmerzsymptomatik in der Lage sei, könne nicht geklärt werden. Über den Zeitraum vor der Erstkonsultation am 18.10.2010 könne man keine Aussagen treffen.

Das SG zog das von dem Neurologen Dr. C. im Verfahren S 11 U 4212/11 unter dem 20.01.2012 erstattete (unfallversicherungsrechtliche) Zusammenhangsgutachten hinsichtlich der Folgen des Verkehrsunfalls vom 08.11.2004 bei. Darin ist (u.a.) ausgeführt, bleibende Gesundheitsstörungen seien durch den Verkehrsunfall nicht entstanden. Die auf dem Verkehrsunfall beruhende HWS-Distorsion und die Schädelprellung seien folgenlos ausgeheilt. Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule sowie das umfassende aktuelle Beschwerdebild seien unfallunabhängig. Das Unfallereignis sei für den jetzigen Gesundheitszustand des Klägers völlig unbedeutend. Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der Unfallfolgen habe bis 22.11.2004 bestanden. Zu diesem Zeitpunkt sei erneut ein unauffälliger neurologischer Befund dokumentiert. Die unfallbedingten Beschwerden der Halswirbelsäule könnten zu diesem Zeitpunkt als abgeklungen angenommen werden.

Sodann erhob das SG das Gutachten des Neurologen Dr. O. vom 01.10.2012. Dieser diagnostizierte auf seinem Fachgebiet cervikale Myelopathie mit sensibel betonter Tetrasymptomatik, ventrale Dekompression und Spondylodese sowie Fusion mit trikortikalem Beckenkammspan und dorsaler Spondylodese HW5/6 am 04.07.2007, minimalinvasive dorsale Dekompression der cervikalen Spinalkanalstenose in Höhe HW 1 sowie HW4/5 am 19.01.2011 und diskrete Radikulopathie C6, C7 links (fachfremd: chronisches Schmerzsyndrom mit Verdacht auf somatoforme Störung, posttraumatische Belastungsstörung, depressive Störung, Verdacht auf Anpassungsstörung). Es habe sich eine Kraftminderung im Bereich der Finger und Zehen beidseits gezeigt, die aber nicht sicher gegen eine Minderinnervation (unzureichende Willküraktivierung) abzugrenzen sei. Der Kläger habe (u.a.) angegeben, seit der HWS-Operation im Januar 2011 empfinde er Taubheit und Kribbelparästhesien an beiden Händen und beiden Beinen bis zum Bauchnabel reichend. Die Sensibilitätsstörungen in der aktuellen Form bestünden - so der Kläger - erst seit der Operation im Januar 2011. Bezogen auf die Folgen der cervikalen Myelopathie erschienen Tätigkeiten von 3 bis unter 6 Stunden täglich möglich; dabei seien die fachfremden Diagnosen nicht berücksichtigt. Aufgrund der sensomotorischen Defizite sei von einer gesteigerten physischen Erschöpfung bei längerfristiger körperlicher Belastung auszugehen. Es empfehle sich, zusätzlich zu den betriebsüblichen Pausen weitere Pausen von 5 Minuten nach jeder Arbeitsstunde einzuräumen. Eine genaue Datierung, seit wann die Leistungseinschränkungen auf neurologischem Fachgebiet bestünden, sei nicht möglich. Grund hierfür sei die Überlagerung mit dem chronischen Schmerzsyndrom, der vermutlichen Somatisierungsstörung, der depressiven Störung und der posttraumatischen Belastungsstörung. Es sei jedoch davon auszugehen dass die cervikale Myelopathie mindestens seit der tomographischen Diagnosestellung am 10.10.2006 bestehe. Hinweise auf bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation hätten sich bei der jetzigen Untersuchung, anders als bei Vorbegutachtungen, nicht ergeben.

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme des Neurologen und Sozialmediziners Dr. W. vom 18.12.2012 vor. Darin ist ausgeführt, die von Dr. O. angenommene zeitliche Leistungseinschränkung auf unter 6 Stunden täglich erscheine nicht plausibel. Der Gutachter habe hierfür auf eine gesteigerte physische Erschöpfung bei längerfristiger körperlicher Belastung aufgrund der sensomotorischen Defizite des Klägers verwiesen. Das lasse sich in Würdigung der nur moderaten, vorwiegend sensorischen neurologischen Symptome und unter Berücksichtigung der weithin unauffälligen Befunde der apparativen Zusatzuntersuchungen nicht nachvollziehen. Entsprechendes gelte für die vom Gutachter befürworteten betriebsunüblichen Pausen von 5 Minuten nach jeder Arbeitsstunde. Die vorwiegend sensiblen und somatoform überlagerten qualitativen Funktionseinschränkungen bedingten keine zusätzlichen Pausen, da erforderliche Entlastungen im Rahmen der betriebsüblichen Pausen und Verteilzeiten gewährleistet seien. Im Hinblick auf die Annahme des Gutachters, die cervikale Myelopathie habe seit Diagnosestellung 10/2006 bestanden, sei einzuwenden, dass in den bildgebenden Untersuchungen von einem bereits anlagemäßig engen Spinalkanal ausgegangen werde und die 2006 festgestellte Myelopathie nach der ersten Operation 2007 nicht mehr gesehen worden sei. Die eigentlichen neurologischen Störungen bzw. sensiblen Beeinträchtigungen seien nach Angaben des Klägers im Übrigen erst im Januar 2011 nach der erneuten operativen Intervention aufgetreten. Die maßgeblichen Leistungseinschränkungen lägen erst seit Januar 2011 vor (so auch Gutachten des Dr. B. vom 11.07.2011). Insgesamt sei fraglich, ob beim Kläger überhaupt eine zeitliche Leistungsminderung bei durchaus diskrepanten Untersuchungsergebnissen vorliege. In jedem Fall wäre das zeitliche Leistungsvermögen erst seit Januar 2011 in rentenrechtlich beachtlichem Maße gemindert.

Unter dem 28.05.2013 gab Dr. O. eine ergänzende Stellungnahme ab. Er führte aus, vor dem Hintergrund der erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der Anamnese sei vollschichtige Leistungsfähigkeit des Klägers nicht mehr anzunehmen. Die Notwendigkeit betriebsunüblicher Pausen begründe sich aus der Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Klägers. Er teile die Einschätzung des Dr. W., wonach die Hauptbeschwerden der Tetrasymptomatik erst nach der zweiten HWS-Operation im Januar 2011 aufgetreten seien. Das decke sich auch mit den Angaben des Klägers in der Krankheitsanamnese. Die Myelomalazie habe zwar in einem MRT vom September 2010 nicht mehr nachgewiesen werden können, jedoch werde die Diagnose einer cervikalen Myelopathie noch am 12.08.2010 durch Dr. Sch. (und am 13.12.2010 der M. S.-Klinik) gestellt. Diese Diagnosen beruhten nicht nur auf dem tomographischen bildgebenden Befund, sondern auch auf anamnestischen, klinischen und elektrophysiologischen Befunden. Unverändert bestehe die Problematik, dass die Auswirkungen der cervikalen Myelopathie und der Tetrasymptomatik auf die Erwerbsfähigkeit durch Begleiterkrankungen erheblich überlagert seien. Auch wenn man davon ausgehen könne, dass die Hauptsymptomatik erst im Januar 2011 aufgetreten sei, sei daraus nicht abzuleiten, dass vor diesem Datum keinerlei Einschränkungen bestanden haben könnten. Aus diesem Grund sei ihm die genaue Datierung des Beginns der von ihm angenommenen (zeitlichen) Leistungsminderung nicht möglich. Hinsichtlich der Kraftminderung an den Extremitäten sei - wie bereits im Gutachten diskutiert - unbeschadet eines organischen Korrelats für eine mögliche Parese eine sichere Abgrenzung gegen eine Minderinnervation nicht möglich.

Die Beklagte legte die (weitere) beratungsärztliche Stellungnahme des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. N. vom 20.06.2013 vor. Darin ist ausgeführt, Dr. O. wiederhole zwar den bereits in seinem Gutachten erhobenen neurologischen Befund, räume allerdings ein, dass die Kraftminderung an den Extremitäten nicht sicher gegen eine Minderinnervation, also eine unzureichende Willküraktivierung, abzugrenzen sei. Aus psychiatrischer Sicht falle auf, dass der erhobene Befund weder in seiner Konsistenz überprüft noch sozialmedizinisch bewertet werde. Die Diskrepanz einer Minderinnervation zeige, dass Lähmungserscheinungen nicht belegt seien. Dr. O. habe selbst dargelegt, dass sein Befund auch einer willentlichen Steuerung unterlegen haben könne (unzureichende Willküraktivierung), dass der Kläger also seine Muskulatur nicht so stark angespannt habe, wie er sie hätte anspannen können. Das könne Ausdruck einer Tendenzreaktion sein, ein Beleg für ein quantitativ leistungsminderndes Krankheitsgeschehen sei funktionell hiermit nicht anzunehmen. Die von Dr. O. befürwortete zeitliche Leistungsminderung auf unter 6 Stunden täglich sei hiermit nicht zu begründen. Daran ändere auch der elektrophysiologische Befund nichts, der messtechnisch Hinweise auf die bekannte cervikale Myelopathie erbracht habe, da in der sozialmedizinischen Bewertung die funktionellen Auswirkungen auf die Gestaltungsfähigkeit bewertet werden müssten, die nicht sicher als pathologisch in der körperlichen Untersuchung dargestellt worden sei. Insoweit zeige die Stellungnahme des Dr. O., dass die bereits in der beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. W. geäußerte Vermutung eines erhaltenen quantitativen Leistungsvermögens nochmals durch die Präzisierungen des Dr. O. belegt sei. Ein eingeschränktes quantitatives Leistungsvermögen könne bei den angeführten blanden Befunden nicht angenommen werden. Vielmehr lägen allein qualitative Leistungseinschränkungen vor. Die vorgelegten neurologischen Befunde rechtfertigten in Würdigung der nur moderaten, vorwiegend sensomotorischen neurologischen Symptome auch keine betriebsunüblichen Pausen, insbesondere, wenn auf die erhebliche "Diskrepanz zwischen objektivierbaren und organischen Befunden" verwiesen werde. Die erforderliche Entlastung sei im Rahmen betriebsüblicher Verteilzeiten gewährleistet. Die Ausführungen des Dr. O. zur Wegefähigkeit seien ebenfalls nicht nachvollziehbar, da die blanden neurologischen Symptome, die offensichtlich der Willkürinnervation unterlägen, d.h. willentlich steuerbar seien, in Bezug auf die Motorik nicht zu einer Einschränkung der Wegefähigkeit führen könnten. In Bezug auf die cervikale Myelopathie bestätige Dr. O. die Einschätzung des Beratungsarztes Dr. W., wonach die Hauptbeschwerden der Tetrasymptomatik (und dies in Konsistenz zu den Ausführungen des Gutachters Dr. C.) erst nach der zweiten HWS-Operation im Januar 2011 aufgetreten seien. Dr. O. benenne auch klar die psychische Überlagerung im Sinne eines chronischen Schmerzsyndroms. Aus psychiatrischer Sicht äußere sich Dr. O. fachfremd zu einem Symptomkomplex, den er in seiner Stellungnahme als "vermutliche Somatisierungsstörung, depressive Störung und posttraumatische Belastungsstörung" beschreibe. Hierbei handele es sich allerdings um einen Befund, der sich allein auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers beziehe. Der im Gutachten des Dr. O. mitgeteilte psychopathologische Befund beschreibe ein depressives Krankheitsbild. Nach Aktenlage könne nicht zweifelsfrei beurteilt werden, inwiefern es sich hier um einen neuen, eigenständigen Krankheitsprozess handele. Deswegen werde die Erhebung eines psychiatrischen Gutachtens empfohlen.

Nachdem der Kläger weitere Röntgenbilder und Röntgenbefunde (hierzu beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. N. vom 04.11.2013) vorgelegt und das SG am 14.11.2013 eine (erste) mündliche Verhandlung durchgeführt hatte, erhob das SG das Gutachten des Psychiaters und Psychotherapeuten Prof. Dr. E. vom 29.01.2014. Darin ist ausgeführt, die affektive Schwingungsfähigkeit des Klägers sei eingeschränkt mit einem deprimiert ausgelenkten Affekt. Der Antrieb sei vermindert mit Energie-, Lust- und Initiativlosigkeit. Der Gutachter diagnostizierte eine depressive Episode, die wohl im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung auftrete. Darin sei eine vermehrte Schmerzwahrnehmung enthalten. Es handele sich dabei nicht um eine somatoforme Störung. Simulation und Aggravation seien nicht nachzuweisen. Ein genauer Beginn der rezidivierenden depressiven Störung könne nicht angegeben werden; es sei wohl von einem jahrelangen Verlauf mit wechselnd ausgeprägten Episoden auszugehen. Aktuell sei die depressive Episode eher leicht ausgeprägt. Eine Behandlung finde nicht statt. Es solle eine antidepressive Pharmakotherapie durchgeführt werden; diese und eine psychiatrische Therapie seien zumutbar und würden die depressive Episode in der Regel zum Verschwinden bringen. Der Kläger könne (unter Berücksichtigung der wahrscheinlichen Therapierbarkeit der Störung) 6 Stunden täglich erwerbstätig sein. Unter Berücksichtigung der neurologischen Erkrankungen und der psychischen Symptome seien Tätigkeiten noch 3 bis unter 6 Stunden täglich möglich. Die Leistungseinschränkungen bestünden seit der Begutachtung (Tag der Untersuchung 23.01.2013(richtig: 2014)); erst bei dieser sei ein entsprechender psychopathologischer Befund erhoben worden. Die Leistungsbeurteilung des Dr. O. sei übernommen worden; dieser habe nur die neurologischen Symptome und nicht die psychiatrische Diagnostik berücksichtigt. Hinsichtlich der Leistungseinschränkungen auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine ähnliche Einschätzung wie im Gutachten des Dr. B. (vom 29.01.2007). Dieser habe eine depressive Episode seinerzeit nicht gefunden. Insoweit müsse offen bleiben, ob sie nicht vorgelegen habe oder nicht beschrieben worden sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 10.04.2014 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, Erwerbsminderungsrente (§ 43 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch, SGB VI) stehe dem Kläger nicht zu. Seine gesundheitlichen Einschränkungen lägen vorwiegend auf neurologischem Fachgebiet; dies ergebe sich aus den Gutachten des Dr. O. und des Prof. Dr. E ... Die von den genannten Gutachtern diagnostizierten Erkrankungen, vorrangig die Folgen der cervikalen Myelopathie, führten zu einer Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens. Der Kläger könne (unter qualitativen Einschränkungen) nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich erwerbstätig sein. Aufgrund der sensomotorischen Defizite sei nämlich von einer gesteigerten physischen Erschöpfung bei längerfristiger körperlicher Belastung auszugehen. Wenngleich der Kläger danach teilweise erwerbsgemindert sei (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI), stehe ihm Rente dennoch nicht zu, da die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente nicht erfüllt seien. Hierfür hätte der Leistungsfall spätestens am 28.02.2010 eingetreten sein müssen. Das sei nicht nachgewiesen. Dr. O. habe im Gutachten vom 01.10.2012 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28.05.2013 eine genaue Datierung des Leistungsfalls für nicht möglich erachtet. Die cervikale Myelopathie bestehe zwar seit der MR-tomographischen Diagnose am 10.10.2006. Die Hauptbeschwerden der Tetrasymptomatik seien jedoch erst nach der zweiten HWS-Operation im Januar 2011 eingetreten. Das stehe in Übereinstimmung mit den Darlegungen des Dr. B. im Gutachten vom 29.01.2007; Dr. B. sei ebenfalls von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers nach der Operation im Januar 2011 ausgegangen. Daraus folge zwar nicht zwingend, dass vor diesem Zeitpunkt keinerlei Leistungseinschränkungen bestanden hätten. Der Eintritt von Erwerbsminderung vor Januar 2011 oder gar vor dem 28.02.2010 sei aber nicht nachgewiesen. Daran ändere das Gutachten des Prof. Dr. E. nichts. Die von diesem festgestellte depressive Episode hindere den Kläger nicht an der Ausübung einer mindestens sechsstündigen Erwerbstätigkeit. Außerdem habe Prof. Dr. E. die von ihm angenommenen Leistungseinschränkungen auf den Tag der Begutachtung (23.01.2013) datiert, da an diesem Tag erstmals ein entsprechender psychopathologischer Befund erhoben worden sei. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit komme für den 1968 geborenen Kläger nicht in Betracht (§§ 240, 43 Abs. 1 SGB VI).

Gegen den ihm am 14.04.2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 14.05.2014 Berufung eingelegt. Er bekräftigt sein

bisheriges Vorbringen und trägt vor, das SG habe zu Unrecht angenommen, dass der Leistungsfall erst nach dem 28.02.2010 eingetreten sei. Entgegen der Auffassung des Dr. O. bestünden seine Hauptbeschwerden nicht in der Tetrasymptomatik seit der zweiten HWS-Operation im Januar 2011, sondern (schon) in der bereits seit 10.10.2006 vorliegenden cervikalen Myelopathie, die auch für sich allein die Gewährung von Erwerbsminderungsrente rechtfertige. Dr. O. und Prof. Dr. E. hätten seine umfangreiche Patientenakte, die er vom Nachfolger seines ehemaligen Hausarztes erhalten habe, nicht ausreichend gewürdigt. Aus der Patientenakte gehe hervor, dass der Leistungsfall spätestens am 28.02.2010 eingetreten sei. Man möge ein weiteres Gutachten erheben.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 10.04.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 15.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.09.2011 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 01.01.2010 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Die Beklagte hat (erneut) bestätigt, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente letztmals am 28.02.2010 erfüllt gewesen sind (Schriftsatz vom 18.08.2015).

Der Kläger hat die von seinem ehemaligen Hausarzt (Allgemeinarzt B.) geführte Patientenakte vorgelegt. Hierzu hat der Beratungsarzt der Beklagten Dr. N. unter dem 16.03.2015 Stellung genommen. Er hat ausgeführt, die Patientenakte umfasse teils 20 Jahre alte Befunde, wobei ein Teil der Ausdrucke, die beispielsweise zu einem EKG passen könnten, wegen Unleserlichkeit nicht bewertbar seien. Der Arztbericht des Jahres 1994 des Pneumologen Dr. H. erwähne einen Morbus Boeck. Aus psychiatrischer Sicht liege bislang kein Hinweis dafür vor, dass eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens eingetreten sei. Hinsichtlich des Morbus Boeck solle eine internistische Bewertung eingeholt werden.

Die Beklagte hat die weitere beratungsärztliche Stellungnahme der Internistin und Sozialmedizinerin Dr. Pf. vom 16.03.2015 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, aus den vorgelegten Befunden gehe hervor, dass beim Kläger 1994 ein Morbus Boeck Stadium II diagnostiziert worden sei. Die Lungenfunktionsmessung zu diesem Zeitpunkt habe eine mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung, vorwiegend peripher, und eine schwere Überblähung ergeben, wobei eine gute Revisibilität nach Bronchospasmolyse festzustellen gewesen sei. Ein weiterer internistischer Bericht des Kreiskrankenhauses A. vom 11.04.2001 enthalte Aussagen zu einem Belastungs-EKG nach Ausschluss eines Myocardinfarktes bei extracardialen Thoraxschmerzen. Zu diesem Zeitpunkt habe eine Belastung bis 175 Watt ohne weitere Auffälligkeiten durchgeführt werden können. Außerdem werde eine Reihe von EKG-Aufzeichnungen vorgelegt, meistens ohne Datum bzw. auch in sehr schlechter Kopie. Insoweit sei eine Auswertung nicht möglich. Sozialmedizinische Relevanz scheine ihnen auch nicht zuzukommen, da sie andernfalls therapeutische Maßnahmen zur Folge gehabt hätten. Der ebenfalls (erneut) vorgelegte Reha-Entlassungsbericht der Klinik H.-K. vom 24.04.2002 sei bereits berücksichtigt worden. Die Behandlung sei wegen arterieller Hypertonie durchgeführt worden; ein Morbus Boeck werde nicht aufgeführt. Die technischen Untersuchungen zeigten keine Hinweise auf eine höhergradige Erkrankung von sozialmedizinischer Relevanz. Zusammenfassend sei festzustellen, dass sich aus den vorgelegten Unterlagen hinsichtlich internistischer Erkrankungen jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt keine quantitative Leistungsminderung ableiten lasse. Eine quantitative Leistungsminderung bestehe weder derzeit noch habe eine solche Leistungsminderung zu einem früheren Zeitpunkt (vor dem 28.2.2010) bestanden.

Der Kläger hat abschließend Berichte des Klinikum K. vom 29.08.2014 und der W. D. vom 30.12.2014 (Behandlung wegen eines ausgedehnten ICB im Kleinhirnbereich links am 28.07.2014) vorgelegt.

Der Senat hat die Gerichtsakten der sozialgerichtlichen Verfahren S 9 U 6619/07 und S 11 U 4212/11 sowie die Akten des Berufungsverfahrens L 10 U 4871/12 beigezogen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG, des Senats und die beigezogenen Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG).

Die gem. §§ 143, 144, 151 SGG statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren. Er hat darauf keinen Anspruch.

Gem. § 34 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn die für die jeweilige Rente erforderliche Mindestversicherungszeit (Wartezeit) erfüllt ist und die besonderen versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die persönlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente sind in § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 1 Satz 2 bzw. § 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 2 Satz 2 SGB VI geregelt. Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit (länger als 6 Monate - vgl. KassKomm/Gürtner, SGB VI § 43 Rdnr. 25 unter Hinweis auf § 101 Abs. 1 SGB VI) 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 krankheits- oder behinderungsbedingt auf unter drei Stunden täglich abgesunken ist (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzung der Gewährung von Erwerbsminderungsrente sind (i. W.) in § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI bzw. § 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI geregelt. Danach ist neben der Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI) erforderlich, dass der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit hat. Gem. § 241 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 5 SGB VI sind Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 01.01.1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wenn jeder Kalendermonat (§ 122 Abs. 1 SGB VI) vom 01.01.1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung mit Beitragszeiten bzw. mit Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist.

Davon ausgehend kann der Senat offen lassen, ob der Kläger die persönlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente erfüllt, da es jedenfalls an der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fehlt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente wären - worüber die Beteiligten nicht streiten - nur erfüllt, wenn der Leistungsfall der Erwerbsminderung spätestens zum Stichtag 28.02.2010 eingetreten wäre; nur dann wären im davorliegenden Fünfjahreszeitraum (28.02.2005 bis 27.02.2010) mindestens 36 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt. Aus den vorliegenden Gutachten und Arztberichten geht jedoch überzeugend hervor, dass der Leistungsfall - wenn überhaupt - nicht zum genannten Stichtag, sondern allenfalls im Januar 2011 eingetreten wäre.

Die Folgen des Verkehrsunfalls, den der Kläger am 08.11.2004 erlitten hat, haben unzweifelhaft zu vorübergehender Arbeitsunfähigkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinn (§ 44 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V), nicht jedoch zu auf nicht absehbare Zeit bestehender Erwerbsminderung im rentenversicherungsrechtlichen Sinn (§ 43 SGB VI) geführt. Auch im weiteren Verlauf ist eine rentenberechtigende (zeitliche) Leistungsminderung bis zum Stichtag 28.02.2010 nicht eingetreten.

Hinsichtlich der Folgen des Verkehrsunfalls vom 08.11.2004 hat Dr. C. in seinem im unfallversicherungsrechtlichen Klageverfahren S 11 U 4212/11 erstatteten (Zusammenhangs-) Gutachten vom 20.01.2012 überzeugend festgestellt, dass bleibende Gesundheitsstörungen nicht entstanden, die HWS-Distorsion und die Schädelprellung, die der Kläger bei dem Unfall erlitten hatte, vielmehr folgenlos ausgeheilt sind (ebenso Dr. von St. im Gutachten vom 28.07.2008 und Dr. B. im Gutachten vom 10.07.2008, jeweils erstattet im Klageverfahren S 9 U 6619/07: unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis 08.03.2005). Behandlungsbedürftigkeit wegen der Unfallfolgen hat (nur) bis 22.11.2004 bestanden. An diesem Tag ist ein unauffälliger neurologischer (HWS-)Befund dokumentiert, weshalb die unfallbedingten HWS-Beschwerden als abgeklungen einzustufen sind. Dr. C. hat das Unfallereignis insgesamt schlüssig als für den jetzigen Gesundheitszustand des Klägers völlig unbedeutend eingestuft.

Die zuvor in den Rentenverfahren des Klägers erhobenen Gutachten bestätigen, dass die gesundheitlichen Folgen des Verkehrsunfalls nicht zu rentenberechtigenden (zeitlichen) Leistungseinschränkungen geführt haben und solche Leistungseinschränkungen im weiteren Verlauf bis zum Stichtag 28.02.2010 auch aus anderen Gründen nicht eingetreten sind. Im ersten Rentenverfahren des Klägers hat Dr. K. im Gutachten vom 15.02.2006 ein mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt festgestellt, was die Gewährung von Erwerbsminderungsrente ausschließt (§ 43 Abs. 3 SGB VI). Zur gleichen Leistungseinschätzung ist Dr. P. im Gutachten vom 27.01.2006 gelangt; Dr. P. hat insbesondere eine sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtliche Depressionserkrankung ausgeschlossen. Die Begutachtung des Klägers im zweiten Rentenverfahren hat ebenfalls das Vorliegen einer rentenberechtigenden (zeitlichen) Leistungsminderung nicht ergeben (Gutachten des Dr. S. vom 23.01.2007 und des Dr. B. vom 29.01.2007 bzw. zusammenfassendes Gutachten des MDir L. vom 26.02.2007). Aus der Rehabilitationsbehandlung in der Reha-Klinik H., die der Kläger während des Widerspruchsverfahrens gegen den Ablehnungsbescheid vom 15.03.2007 in der Zeit vom 10.10.2007 bis 31.10.2007 absolviert hat, ist er ebenfalls mit sechsstündigem Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen worden (Entlassungsbericht vom 08.11.2007). Schließlich hat auch Dr. Sch. in seinem im dritten Rentenverfahren des Klägers erstellten Gutachten vom 03.05.2010 festgestellt, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann.

Eine - zur Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente - führende Änderung im Gesundheitszustand des Klägers wäre (wenn überhaupt) frühestens mit der am 19.01.2011 in der Universitätsklinik F. durchgeführten operativen Dekompression der cervikalen Spinalkanalstenose eingetreten. Der Entlassungsbericht der R. Kliniken, W. D., vom 08.03.2011, wo der Kläger vom 02.02.2011 bis 02.03.2011 eine Anschlussheilbehandlung absolviert hat, gibt ein positives Leistungsbild nicht wieder, wenngleich (insoweit unklar) der Kläger für fähig erachtet wird, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes 6 Stunden täglich und mehr zu verrichten. Dr. B. hat im Gutachten vom 11.07.2011 mit Beginn Januar 2011 aber doch eine massive Leistungsminderung angenommen und in der Zusammenschau aller Diagnosen und Befunde ein auf unter 3 Stunden täglich abgesunkenes Leistungsvermögen des Klägers befürwortet. Diese Leistungseinschätzung als zutreffend unterstellt, wären dann zwar die persönlichen, nicht jedoch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Gewährung von Erwerbsminderungsrente erfüllt, da im Fünfjahreszeitraum vom 19.01.2006 bis 18.01.2011 (Tag der Aufnahme des Klägers in die Universitätsklinik F.) nicht mindestens 36 Monate, sondern nur 29 Monate, mit Pflichtbeiträgen belegt sind und auch der Zeitraum vom 01.01.1984 bis 19.01.2011 nicht durchgehend mit Anwartschaftserhaltungszeiten belegt ist.

Die Vorverlegung des (möglichen) Leistungsfalls vom 18.01.2011 auf den Stichtag 28.02.2010 ist auf die vom SG im Rentenverfahren erhobenen Gutachten des Dr. O. und des Prof. Dr. E. nicht zu stützen. Deren Leistungseinschätzung (Leistungsvermögen unter 6 Stunden täglich bzw. zusätzlich Notwendigkeit betriebsunüblicher Pausen) ist in der Sache wenig überzeugend. Der Senat braucht hierüber aber nicht abschließend zu befinden, da der Leistungsfall der Erwerbsminderung auch unter Zugrundelegung der Leistungseinschätzung der genannten Gutachter allenfalls im Januar 2011 und nicht früher eingetreten wäre.

Dr. O. begründet seine Auffassung - Leistungsvermögen nur 3 bis unter 6 Stunden täglich bei zusätzlichen betriebsunüblichen Pausen - im Kern mit den Folgen der beim Kläger vorliegenden cervikalen Myelopathie und einer deswegen postulierten gesteigerten physischen Erschöpfbarkeit bei längerfristiger körperlicher Belastung. Dies erscheint - wie Dr. W. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 18.12.2012 näher dargelegt hat - wenig schlüssig. Die erstmals im Jahr 2006 diagnostizierte cervikale Myelopathie ist ersichtlich nach der ersten HWS-Operation des Klägers im Jahr 2007 nicht mehr gesehen worden und hat jedenfalls - im Hinblick auf die von Dr. O. in der

ergänzenden Stellungnahme vom 28.05.2013 erwähnten Diagnosestellungen im Jahr 2010 - allenfalls blande Befunde zur Folge; das hat Dr. B. im Gutachten vom 11.07.2011 festgestellt. Dr. W. hat in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 18.12.2012 ebenfalls nur moderate, vorwiegend sensorische (und nicht sensible) neurologische Symptome und bei der apparativen Diagnostik weithin unauffällige Befunde angeführt und die eigentlichen neurologischen Störungen bzw. sensiblen Beeinträchtigungen des Klägers auf die zweite HWS-Operation im Januar 2011 bezogen. Dr. N. hat in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20.06.2013 weitere (erhebliche) Zweifel an der Leistungseinschätzung des Dr. O. im Hinblick auf eine möglicherweise nicht ausreichende Mitarbeit des Klägers bei der Untersuchung und eine mangelhafte Konsistenzprüfung durch den Gutachter geäußert; eine (besonders) kritische Prüfung durch Dr. O. wäre hier schon deshalb veranlasst gewesen, weil bei Vorbegutachtungen aggravatorische Tendenzen des Klägers gefunden worden sind (Gutachten des Dr. P. vom 27.01.2006 und Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. vom 08.11.2007, auch Bericht des Berufsförderungswerks H. vom 18.12.2009) und zumindest der Verdacht eines Rentenbegehrens bzw. rentenneurotischer Tendenzen aufgekommen ist (Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. vom 18.11.2007 und Gutachten des Dr. B. vom 11.07.2011). Prof. Dr. E. hat die - zweifelhafte - Leistungsbeurteilung des Dr. O. in seinem Gutachten vom 29.01.2014 übernommen, weshalb seine Leistungseinschätzung ebenfalls zweifelhaft erscheinen muss. Das gilt erst recht, soweit Prof. Dr. E. sich offenbar in einer Gesamtwürdigung zusätzlich auf eine seinerzeit eher leicht ausgeprägte und unbehandelte Depressionserkrankung des Klägers stützen will. Depressionserkrankungen sind, wie auch Prof. Dr. E. eingeräumt hat, behandelbar und auch zu behandeln, bevor Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI angenommen werden kann (vgl. näher Senatsurteile vom 11.5.2011, - L 5 R 1823/10 -, und vom 04.09.2013, - L 5 R 2647/11 - unter Hinweis auf die einschlägigen Leitlinien der Beklagten für die sozialmedizinische Begutachtung, jeweils nicht veröffentlicht).

Dr. O. hat es im Gutachten vom 01.10.2012 nicht für möglich erachtet, den zeitlichen Beginn der von ihm postulierten Leistungseinschränkungen festzulegen und hierfür auf ein Überlagerungsgeschehen aus cervikaler Myelopathie, chronischem Schmerzsyndrom, vermuteter Somatisierungsstörung, depressiver Störung und posttraumatischer Belastungsstörung verwiesen. Dass die cervikale Myelopathie selbst erstmals am 10.10.2006 diagnostiziert worden ist, kann daher aus Sicht des Dr. O. für die Festlegung eines Leistungsfalls nicht wesentlich weiterführen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28.05.2013 hat Dr. O. die Hauptbeschwerden des Klägers - in ausdrücklicher Zustimmung zur gleichartigen Auffassung des Dr. W. in dessen beratungsärztlicher Stellungnahme vom 18.12.2012 - auch folgerichtig der nach der zweiten HWS-Operation im Januar 2011 aufgetretenen Tetrasymptomatik zugeordnet und im Übrigen erneut betont, die Festlegung des zeitlichen Beginns der von ihm angenommenen Leistungseinschränkungen sei nicht möglich. Funktionseinschränkungen an der HWS des Klägers haben - insoweit ist Dr. O. zuzustimmen - unzweifelhaft auch schon vor der zweiten HWS-Operation im Januar 2011 vorgelegen. Dass diese aber über qualitative Leistungseinschränkungen hinaus auch rentenberechtigende quantitative (zeitliche) Leistungseinschränkungen zur Folge gehabt hätten, ist dem Gutachten des Dr. O. und seiner ergänzenden Stellungnahme nicht zu entnehmen und insgesamt nicht nachgewiesen. Im Übrigen hat der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. O. selbst angegeben, seit der HWS-Operation im Januar 2011 empfinde er Taubheit und Kribbelparästhesien an beiden Händen und an beiden Beinen bis zum Bauchnabel reichend; die Sensibilitätsstörungen in der aktuellen Form bestünden erst seit der genannten Operation. Prof. Dr. E. hat die von ihm postulierten Leistungseinschränkungen auf den Tag der Begutachtung mit der Erhebung des psychopathologische Befundes, also auf den 23.01.2014, bezogen.

Bei der Einschätzung des Hausarztes des Klägers Dr. H., der den Kläger seit dem Verkehrsunfall vom 08.11.2004 für nicht mehr arbeitsfähig hält, handelt es sich um eine - angesichts der vorliegenden Gutachten nicht überzeugende - ärztliche Meinungsäußerung und nicht um eine aus Befunden fundiert begründete sozialmedizinische Leistungseinschätzung.

Das Berufungsvorbringen des Klägers ändert nichts. Auch aus der im Berufungsverfahren vorgelegten Akte seines (vormaligen) Hausarztes ergeben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse. Die Behauptung des Klägers, er sei schon wegen der cervikalen Myelopathie (seit deren Diagnose am 10.10.2006) erwerbsgemindert, ist mit der dargestellten Beurteilung der Rentengutachter, auch des Dr. O., nicht zu vereinbaren. Stichhaltige Einwendungen hat der Kläger insoweit nicht geltend gemacht, vielmehr die Auffassung des Dr. O., wonach die Hauptbeschwerden in der Tetrasymptomatik nach der zweiten HWS-Operation im Januar 2011 bestehen, ohne weitere Substantiierung in Abrede gestellt. Dr. N. und Dr. Pf. haben die genannte Patientenakte des Klägers ausgewertet und in ihren beratungsärztlichen Stellungnahmen vom 16.03.2015 überzeugend dargelegt, dass sich aus den teils Jahrzehnte zurückliegenden Befunden - auch zu einem 1994 diagnostizierten Morbus Boeck des Klägers - neue und für die sozialmedizinische (rentenrechtliche) Beurteilung maßgebliche Erkenntnisse nicht ergeben. Das gilt auch für den vom Kläger abschließend vorgelegten Bericht des Klinikum K. vom 29.08.2014 und der W. D. vom 30.12.2014. Diese Berichte haben die Behandlung eines ICB im Kleinhirnbereich links am 28.07.2014 zum Gegenstand, was im Hinblick auf die Maßgeblichkeit der Verhältnisse zum Stichtag 28.02.2010 vorliegend nicht von Belang ist.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat angesichts der vorliegenden Gutachten und Arztberichte weitere Ermittlungen, insbesondere weitere Begutachtungen, nicht auf.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-10-30