L 19 R 1075/11

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
19
1. Instanz
SG Bayreuth (FSB)
Aktenzeichen
S 16 R 499/11
Datum
10.11.2011
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 19 R 1075/11
Datum
22.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Psychischen Erkrankungen kommt nur dann rentenrechtliche Relevanz zu, wenn trotz adäquater Behandlung (medikamentös, therapeutisch, ambulant oder stationär) davon auszugehen ist, dass der Versicherte die psychischen Einschränkungen weder aus eigener Kraft noch mit ärztlicher oder therapeutischer Hilfe dauerhaft überwinden kann.
I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 10.11.2011 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf Weitergewährung seiner vollen Erwerbsminderungsrente über den 31.05.2010 hinaus hat.

Der 1965 geborene Kläger ist türkischer Staatsangehöriger. Er ist am 01.09.1974 aus der Türkei zugezogen. Er hat keine Ausbildung absolviert und verschiedene versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt. Zuletzt war der Kläger als Straßenmarkierer bzw. als Lastwagenfahrer im Straßenbau versicherungspflichtig beschäftigt. Nach einem 3/4 Jahr Arbeitslosigkeit war der Kläger ab September 2001 als Gartengestalter selbstständig tätig mit freiwilliger Beitragszahlung an die Beklagte. Das Gewerbe wurde zum 31.12.2001 abgemeldet.

Am 17.12.2001 erlitt der Kläger einen unverschuldeten Autounfall, bei dem er sich ein Polytrauma und zahlreiche Frakturen zuzog, u.a. eine komplette distale Unterschenkelfraktur links mit Marknagelversorgung Januar 2001 und Sprunggelenksfraktur rechts operativ versorgt ebenfalls Januar 2001, sowie Frakturen im Gesichtsbereich. Bei diesem Autounfall wurden die Ehefrau und der zweijährige Sohn des Klägers getötet, seine Tochter hat den Unfall wohl ohne größere Verletzungen überlebt. Infolge des Unfalls befand sich der Kläger vom 17.12.2001 bis 20.02.2002 in stationärer Behandlung im städt. Krankenhaus Landau.

Nachdem der Kläger am 06.05.2002 einen Rentenantrag gestellt hatte, holte die Beklagte ein sozialmedizinisches Gutachten von Dr.S. vom 13.06.2002, ein chirurgisches Gutachten von R. vom 28.06.2002 sowie ein internistisches Gutachten von Dr.S. vom 03.07.2002 ein. Aufgrund dieser Gutachten fasste Dr.R. die Diagnosen zusammen und kam zu dem Ergebnis, dass der Kläger Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch 3 bis unter 6 Stunden täglich verrichten könne. Die zuletzt ausgeübte selbstständige Tätigkeit als Gartengestalter sei nur noch unter 3 Stunden täglich möglich. Die Beklagte bewilligte dem Kläger daraufhin mit Bescheid vom 03.09.2002 eine volle Erwerbsminderungsrente auf Zeit vom 17.12.2001 bis 31.03.2003.

Auf den Weiterzahlungsantrag vom 31.10.2002 holte die Beklagte ein chirurgisches Gutachten von Dr.R. vom 09.04.2003 sowie ein nervenärztliches Gutachten von Dr.L. vom 08.05.2003 ein. Dr.R. kam unter Berücksichtigung der Ergebnisse des nervenärztlichen Gutachtens von Dr.L. zu dem Ergebnis, dass dem Kläger Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wieder mindestens 6 Stunden täglich unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen zumutbar wären. Die Wegefähigkeit sei gegeben, er nutze seinen Pkw. Es seien allerdings Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Wiedereingliederung in den Beruf erforderlich. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 22.05.2003 die Weitergewährung der Rente über den 31.03.2003 hinaus ab. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 22.12.2003 als unbegründet zurückgewiesen. Für den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe ein mehr als sechsstündiges Leistungsvermögen unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen. In dem hiergegen vor dem Sozialgericht

Bayreuth (SG) geführten Klageverfahren mit dem Az: S 3 RJ 104/04 wurde ein nervenärztliches Terminsgutachten von Dr.K. eingeholt, der am 03.03.2005 zu dem Ergebnis gelangte, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers im Dezember 2004 wieder verschlechtert habe. Ab Dezember 2004 habe sich der Kläger nachweislich in nervenärztliche Behandlung begeben und habe antidepressive Medikation benötigt. Der Sachverständige empfahl eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme in einer spezialisierten psychosomatischen Klinik mit Schwerpunkt posttraumatische Belastungsstörung. Der Wiedereintritt der vollen Erwerbsfähigkeit sei bis Mitte 2007 zu erwarten. Die Beteiligten schlossen daraufhin einen Vergleich, dass ab Dezember 2004 von einem 3 bis unter 6-stündigen Leistungsvermögen für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen auszugehen sei. Die Beklagte verpflichtete sich dem Kläger wieder volle Erwerbsminderungsrente auf Zeit bis zum 30.06.2007 zu gewähren.

Die von Dr.K. empfohlene stationäre medizinische Reha-Maßnahme wurde vom Kläger in der psychosomatischen Abteilung der R.-Klinik Bad D. in der Zeit vom 20.09.2005 bis 01.11.2005 absolviert. Aus dieser Maßnahme wurde er als arbeitsunfähig und mit einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden für die letzte Tätigkeit, aber auch für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes entlassen.

Am 05.03.2007 beantragte der Kläger die Weitergewährung der Erwerbsminderungsrente. Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Begutachtung von Dr.W. ein, die am 11.10.2007 zu dem Ergebnis gelangte, dass sich noch keine entscheidende Befundänderung ergeben habe. Das Leistungsvermögen des Klägers sei nach wie vor auf 3 bis unter 6 Stunden einzustufen, auch wenn der Grad der Behinderung von 70 auf 40 zurückgestuft und das Merkzeichen G aberkannt worden sei. Eine Befristung der Rente sei sinnvoll bis zum 31.05.2010. Die Beklagte gewährte die Rente entsprechend dem Gutachten Dr.W. weiter.

Am 01.02.2010 beantragte der Kläger die Weitergewährung der Erwerbsminderungsrente über den 31.05.2010 hinaus. In dem Antrag gab der Kläger an, seit Juli 2009 eine geringfügige Tätigkeit in einer Pizzeria auszuüben. Ferner war angegeben, dass er sich in der Zeit vom 23.11. bis 21.12.2009 in der Bezirksklinik R. wegen einer rezidivierenden depressiven Episode in stationärer Behandlung befunden habe. Die Beklagte holte ein neurologisches/sozialmedizinisches Gutachten von Dr.M. ein, die am 07.06.2010 bei den Diagnosen

1. depressive Episode nach traumatischer Belastung
2. Zustand nach Polytrauma mit
3. geringer Funktionseinbuße des rechten Sprunggelenks bei Zustand nach operativ versorgtem bimalleolärem Sprunggelenksbruch

zu dem Ergebnis gelangte, dass der Kläger Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen wieder mindestens 6 Stunden täglich verrichten könne. Auch die letzte Tätigkeit als Gartengestalter könne der Kläger wieder vollschichtig verrichten. Es bestehe der Verdacht auf Ausgestaltung der Angaben, der Kläger sei vermehrt klagsam. Die von ihm angegebene Medikation sei im Urin nicht nachweisbar.

Des Weiteren holte die Beklagte ein chirurgisches Gutachten von Dr.R. ein, der am 07.06.2010 ebenfalls zu dem Ergebnis gelangte, dass dem Kläger leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen wieder mindestens 6 Stunden täglich möglich seien. Dieses Leistungsvermögen sei mindestens seit dem 01.06.2010 anzunehmen.
Die Beklagte lehnte daraufhin mit streitgegenständlichem Bescheid vom 18.06.2010 die Weitergewährung der Rente über den 31.05.2010 hinaus ab.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 28.04.2011 als unbegründet zurückgewiesen. Es liege eine dokumentierte Besserung auf neurologischem Fachgebiet vor, der Kläger gebe keinen Schwindel mehr an. Eine Gangunsicherheit bestehe nicht mehr. Auch auf psychiatrischem Fachgebiet zeichne sich eine Besserung ab. Die verordneten Medikamente müssten nicht mehr eingenommen werden.

Zur Begründung der hiergegen am 01.06.2011 zum SG Bayreuth erhobenen Klage hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers darauf hingewiesen, dass der Kläger unter einer posttraumatischen Arthrose des rechten oberen Sprunggelenkes leide, ferner unter einer schweren Depression sowie unter Schwindel und Gangunsicherheit. Er sei nicht mehr in der Lage mindestens 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Das SG hat Befundberichte des behandelnden Hausarztes Dr.G., der Neurologin Dr.K. sowie des Orthopäden Dr.E. beigezogen und sodann ein neurologisches Terminsgutachten von Dr.L. eingeholt. Dr.L. ist am 05.10.2011 zu folgenden Diagnosen gelangt:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode.
2. Lumbales Schmerzsyndrom ohne sensomotorische Ausfälle mit geringgradiger Funktionseinschränkung.

Es habe sich im Vergleich zum letzten Gutachten keine wesentliche Änderung ergeben. Es bestünden qualitative Einschränkungen der individuellen Leistungsfähigkeit. Es dürften nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten verrichtet werden, in wechselnder Körperhaltung, kein häufiges Bücken, keine Zwangshaltungen, keine besonderen Anforderungen an den Bewegungsapparat, keine Arbeit unter besonderem Zeitdruck, mit vermehrter Konzentration, ohne Schicht-, Akkord- oder Fließbandarbeit, keine Verantwortung für Personen oder Maschinen, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge. Zusätzliche Pausen seien nicht erforderlich. Die Wegefähigkeit sei gegeben. Eine Besserung der Erwerbsfähigkeit könne durch eine leitliniengerechte Behandlung der depressiven Störung erreicht werden.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins am 05.10.2011 hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 10.11.2011 die Klage abgewiesen. Der Kläger sei wieder in der Lage mindestens 6 Stunden täglich Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten. Dies stehe aufgrund der eingeholten Gutachten von Dr.L., Dr.M. und Dr.R. fest.

Hiergegen hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers am 02.12.2011 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Das Gutachten des Sachverständigen Dr.L. sei fehlerhaft. So habe Dr.L. zu Unrecht eine posttraumatische Belastungsstörung des Klägers abgelehnt. Diese Diagnose sei bereits unmittelbar nach dem Unfallereignis gestellt worden, z.B. im Reha-Bericht von Februar 2002. Auch das Ausmaß der psychischen Störung sei völlig fehlerhaft beurteilt worden, das Bestehen von Behandlungsoptionen oder -optimierungen sei nicht mit einem mindestens 6-stündigen Leistungsvermögen gleichzusetzen. Es sei eine erneute psychiatrische Begutachtung erforderlich. Vorgelegt wurde des Weiteren ein hausärztliches Attest vom 16.12.2011, wonach der Kläger unter einem chronischen psychischen Hirnschaden nach Schädel-Hirn-Trauma leide sowie unter einem schweren depressiven Syndrom. Am 18.04.2012 wurde der Kläger nach pektanginösen

Beschwerden mit einem Stent versorgt (Entlassungsbrief des Sana Klinikums F-Stadt vom 23.04.2012) und befand sich anschließend in der Zeit vom 16.05.2012 bis 06.06.2012 in einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme in der Höhenklinik B., aus der er als arbeitsfähig sowie mit einem Leistungsvermögen für die letzte Tätigkeit als Gartengestalter und den allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von mindestens 6 Stunden täglich entlassen wurde.

Der Senat hat Befundberichte des behandelnden Nervenarztes Dr.H., einen Bericht über eine Integrationsmaßnahme "BISS" an der Volkshochschule S. vom 04.02.2013 sowie Befundberichte des Orthopäden Dr.E. und des Hausarztes Dr.G. beigezogen.

Der Senat hat sodann ein neurologisch/psychiatrisches Gutachten von Dr.C. eingeholt, der am 21.11.2013 zu folgenden Diagnosen gelangt ist:
1. Anhaltende depressive Störung (Dysthymia) DD rezidivierende depressive Störung.
2. Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Herzinfarkt 2012.
3. Zustand nach Polytrauma 2001 mit u.a. Sprunggelenksfraktur rechts.

Beim Kläger lägen an Gesundheitsstörungen eine Neigung zu depressiven Verstimmungen, Folgen eines Verkehrsunfalls 2001 mit Bruch des rechten Sprunggelenks und ein Zustand nach einem Herzinfarkt 2012 vor. Trotz der genannten Gesundheitsstörungen könne der Kläger leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend im Sitzen sowie in wechselnder Stellung und ohne schweres Heben und Tragen in geschlossenen Räumen noch mindestens 6 Stunden täglich verrichten. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit besonderer nervlicher Belastung, insbesondere Tätigkeiten unter Zeitdruck, im Akkord, am Fließband, in der Nachtschicht, mit regelmäßigen Überstunden, in Gefahrbereichen sowie Steuerungstätigkeiten. Zu vermeiden seien auch Tätigkeiten mit besonderer Belastung des Bewegungs- und Stützsystems, beispielsweise Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten ohne Hilfsmittel, Arbeiten in Zwangshaltungen, häufiges Treppensteigen sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten mit Absturzgefahr. Aufgrund der Begutachtung ergäben sich Hinweise für Einschränkungen der Leistungsmotivation. Diese seien jedoch nicht störungsbedingt. Von einer gewissen Bewusstseinsnähe sei auszugehen. Einschränkungen der Merkfähigkeit und des Reaktionsvermögens bestünden nicht. Nach wie vor sei der Kläger in der Lage, komplexe Fertigkeiten, beispielsweise das Autofahren, auszuüben. Krankheitsbedingte Einschränkungen der praktischen Anstelligkeit und Findigkeit sowie des Verantwortungsbewusstseins und der Gewissenhaftigkeit lägen nicht vor. Im Rahmen der dysthymen Befindlichkeit seien die Umstellungsfähigkeit, die Ausdauer, die Selbstständigkeit des Denkens und Handelns und die Anpassungsfähigkeit an den technischen Wandel eingeschränkt. Die Wegefähigkeit des Klägers sei gegeben. Die festgestellten Erwerbsfähigkeitsbeschränkungen bestünden im Wesentlichen seit Juni 2010. Eine wesentliche Änderung sei seitdem nicht eingetreten. Zwischenzeitlich sei es zum Herzinfarkt gekommen. Eine wesentliche Änderung resultiere hieraus jedoch nicht. Es seien derzeit weder eine Heilbehandlung noch berufsfördernde Maßnahmen erforderlich. Im Vordergrund stünden, im Falle eines entsprechenden Leidensdrucks, ambulante Therapiemaßnahmen, die jedoch konsequent und intensiv umgesetzt und durchgeführt werden sollten, auch mit einem entsprechenden Monitoring der Medikamenteneinnahme.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat sodann ein neurologisch/psychiatrisches Gutachten vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie G. eingeholt, der nach Untersuchung am 21.06.2014 am 30.08.2014 zu folgenden Diagnosen gelangt ist:

1. Dysthymia.
2. Zustand nach Herzinfarkt.
3. Sensibilitätsstörungen, fehlender Achillessehnen-Reflex, Seitendifferenz der Patellarsehnenreflexe ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit.
4. Peripherer-vestibulärer Schwindel, zwischenzeitlich voll reversibel.
5. Zustand nach Fraktur, LWS-Syndrom, eingeschränkte Kniegelenksbeweglichkeit, Schulter-Arm-Syndrom.

In Anbetracht der deutlichen Stabilisierung des Zustandsbildes sei der Kläger in der Lage, seit 2010 wieder leichte bis mittelschwere Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig zu verrichten. In Anbetracht der dysthymen Symptomatik müsse eine Einschränkung in der Leistungsmotivation, hinsichtlich der Selbstständigkeit des Denkens und Handelns, der Umstellungsfähigkeit, der Ausdauer und der Anpassungsfähigkeit an den technischen Wandel konstatiert werden. Dies sei jedoch durch Willensanstrengung überwindbar. Die Wegefähigkeit sei gegeben. Ab 2010 sei eine deutliche Stabilisierung im Zustandsbild des Versicherten beschrieben. Zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit seien aus nervenärztlicher Sicht etwa zweijährlich stationäre psychosomatische Behandlungen erforderlich.

Der Kläger beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 10.11.2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.04.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger über den 31.05.2010 hinaus Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 10.11.2011 zurückzuweisen.

Bezüglich der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Rentenakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 144, 151 SGG). Sie ist jedoch unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage gegen den Bescheid vom 18.06.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.04.2011 als unbegründet abgewiesen. Der Kläger hat über den 31.05.2010 hinaus keinen Anspruch auf Weitergewährung einer Erwerbsminderungsrente.

Gemäß § 43 Abs 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Tätigkeit oder Beschäftigung haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind gemäß § 43 Abs 1 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben nach § 43 Abs 2 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Festzuhalten ist vorab, dass dem Kläger bereits im Jahr 2002 lediglich eine arbeitsmarktbezogene Rente zuerkannt wurde, trotz der schweren Verletzungen, die er sich selbst bei dem Verkehrsunfall zugezogen hatte und trotz des dabei erlittenen Verlustes seiner Ehefrau und seines Sohnes. Das Leistungsvermögen wurde durch die Gutachter Dr.S., Dr.R. und Dr.S. im Jahr 2002 auf 3 bis unter 6 Stunden für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes eingestuft, sodass dem Kläger ab dem 17.12.2001 eine arbeitsmarktbezogene volle Erwerbsminderungsrente gewährt wurde. Aufgrund des Weitergewährungsantrags vom 31.10.2002 wurde eine weitere Rentengewährung abgelehnt, da sich zwischenzeitlich bereits eine deutliche Besserung ergeben hatte. Erst im Rahmen des vor dem SG Bayreuth durchgeführten Klageverfahrens (Az: S 3 RJ 104/04) wurde aufgrund eines Gutachtens von Dr.K. vom 03.03.2005 vergleichsweise eine weitere Rentengewährung festgestellt, allerdings nicht nahtlos. Der Vorbezug war befristet bis zum 31.03.2003. Dr.K. kam in seinem Gutachten auf eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers im Dezember 2004. Aufgrund dessen wurde dem Kläger erneut eine Zeitrente unter Annahme eines Leistungsfalles am 01.12.2004 ab dem 01.07.2005 bis zum 30.06.2007 bewilligt, die auf entsprechenden Weitergewährungsantrag vom 05.03.2007 dann bis zum 31.05.2010 verlängert wurde, weil eine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Einschränkungen noch nicht eingetreten war.

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass der Kläger über den 31.05.2010 hinaus keinen Anspruch auf Weitergewährung der (arbeitsmarktbezogenen) vollen Erwerbsminderungsrente hat. Der Senat stützt seine Überzeugung dabei auf die im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr.M. vom 07.06.2010 und Dr.R. ebenfalls vom 07.06.2010 sowie auf das Terminsgutachten von Dr.L. vom 05.10.2011, insbesondere aber auf das Gutachten von Dr.C. vom 21.11.2013. Dr.C. hält in seinem Gutachten eindrucksvoll fest, dass der Kläger oberflächlich betrachtet den Eindruck vermittelt, dass er in keinster Weise leistungsfähig sei, er präsentiere einen subdepressiven bis depressiven Zustand, spreche leise, sei klagsam, schildere, dass er kaum mehr Kontakt habe zu anderen Leuten, nicht aus dem Haus gehen könne. Diese Schilderung sei aber nicht konsistent. Dr.C. weist eindrücklich darauf hin, dass über die komplette Zeit seit dem Unfallereignis bis zum heutigen Tage eine engmaschige nervenärztliche Behandlung nicht stattgefunden hat, es handelt sich in erster Linie um Quartalstermine, und es sind immer wieder längere Behandlungspausen festzustellen. Seit dem Jahr 2005 findet keine ambulante Psychotherapie mehr statt. Begründet wurde dies damit, dass die behandelnde Therapeutin ihre Zulassung zurückgegeben habe und die Krankenkasse keine weiteren Leistungen habe erbringen wollen. Dies impliziert allerdings, dass ein entsprechender Leidensdruck der zu einer entsprechenden Behandlung führen würde, wohl nicht bestanden haben dürfte. Die letzte psychosomatische Behandlung war im Jahr 2005 gewesen, die durchaus zu deutlichen Besserungen im Gesamtbefinden des Klägers geführt hat. Eine stationäre Behandlung in der Bezirksklinik R. im Jahr 2009 war nicht aufgrund der persönlichen Situation des Klägers erforderlich gewesen, sondern wegen eines Konflikts mit der Tochter wegen ihrer sexuellen Entwicklung. In diesem Zusammenhang sei eine eher expansiv-aggressive Reaktion des Klägers dokumentiert. Zum damaligen Zeitpunkt sei explizit darauf hingewiesen worden, dass eine antidepressive Behandlung schon 1 Jahr zuvor beendet worden sei. Es sei offensichtlich auch zu keinerlei therapeutischen Kontakten gekommen. Ebenso explizit sei zum Entlassungszeitpunkt die Stimmung als schwingungsfähig und affektiv stabil beschrieben worden. Besonders bemerkenswert sei auch der Sachverhalt, dass damals das Fehlen von Ängsten dokumentiert wurde, auch im Zusammenhang mit dem Kraftverkehr. Dieser Sachverhalt sei insbesondere im Hinblick auf die mehrfach gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von Bedeutung. Angesichts des zweifellos schweren Unfalls, den der Kläger erlitten habe, sei im Grunde bis zuletzt von Seiten verschiedener Behandler die Diagnose einer posttraumatischen Störung aufrecht erhalten worden. Diese Diagnose sei nicht nur bezweifeln, sondern auch explizit zurückzuweisen. Wie 2009 von Seiten der Bezirksklinik R. nachvollziehbar beschrieben und auch von Dr.L. in seinem Gutachten von Oktober 2011 bestätigt, liege eine posttraumatische Belastungsstörung sicherlich nicht vor. Diese Diagnose sei auch aufgrund der aktuellen Befunde zu verneinen. Die für diese Diagnose typische Kernsymptomatik von Angstzuständen, selbstständig auftretenden intrusiven Erlebnissen und Flashback-Erlebnissen und insbesondere ein damit einhergehendes relevantes Vermeidungsverhalten lägen nicht vor. Dieser Sachverhalt relativiere durchaus Einschätzungen, die von Seiten der Behandler vorgelegt würden. Ein zentraler Punkt bei der sehr lückenhaften und inkonsequent erscheinenden Behandlung betreffe darüber hinaus auch die psychopharmakologische Behandlung. Wie dargestellt, sei im Jahr 2009 explizit das Fehlen einer antidepressiven Medikation über einen längeren Zeitraum dokumentiert worden. Im Rahmen der Begutachtung durch Dr.M. im Juni 2010 sei zwar die erneute Verordnung des Medikamentes Amitriptylin angegeben worden. Das Medikament habe jedoch im Urin nicht nachgewiesen werden können und es resultierten bereits hieraus erhebliche Zweifel an der Einnahme. Vergleichbares gelte auch für die aktuelle Untersuchung. Der Kläger habe die aktuelle und regelmäßige Einnahme der antidepressiv wirkenden Medikamente Citalopram und Mirtazapin angegeben. Das Medikament Mirtazapin liege sicherlich eher im niedrig dosierten Bereich. Für Citalopram sei mit 40 mg durchaus eine höhere Dosierung angegeben. Auffällig sei gewesen, dass der Kläger erst dann angegeben hätte, das Medikament Mirtazapin am Vorabend nicht eingenommen zu haben, nachdem er auf eine Medikamentenspiegelkontrolle aufmerksam gemacht worden sei. Der Medikamentenspiegel selbst erbringe zwar den Nachweis beider Medikamente und insoweit belege sich hieraus die Einnahme. Allerdings befänden sich beide Medikamente deutlich außerhalb des sog. Referenz- und Entscheidungsbereiches. Es ergäben sich durchaus Zweifel an der Regelmäßigkeit der Einnahme. Falls der klinische Ausprägungsgrad oder der Leidensdruck derart schwer wäre wie vom Kläger und seinen behandelnden Ärzten und Therapeuten geschildert, hätte dies zwangsläufig zur Folge, dass durch eine Änderung der Medikation, insbesondere eine deutliche Höherdosierung die Behandlung zu intensivieren wäre. Dieser Verzicht auf eine konsequente Fortführung und Anpassung der Therapie an den klinischen Befund lasse ganz erhebliche Zweifel am Ausprägungsgrad und am Leidensdruck aufkommen. Diese Zweifel ergäben sich auch aus gewissen Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Begutachtung. Schon Frau Dr.M. habe auf gewisse Diskrepanzen im Eindruck, den der Kläger bei ihr hinterlassen habe, hingewiesen. Vergleichbares zeige sich auch bei der aktuellen Untersuchung. Während im Rahmen der Exploration ein eher depressives Zustandsbild zur Darstellung gekommen sei, habe sich der Kläger am Ende der Untersuchung deutlich lebhafter gezeigt, insbesondere im Zusammenhang mit dem Thema Autofahren habe sich ein lebhafter

und auch kämpferischer Affekt gezeigt. Bei kritischer Gesamtbeurteilung sei nach wie vor davon auszugehen, dass trotz einer im Kern vorhandenen depressiven Störung nach wie vor das Vermögen bestehe, zumindest Zustands angemessene Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig zu verrichten. Im Bericht des Jobcenters sei zwar eine verminderte psycho-physische Belastbarkeit zur Darstellung gekommen. Zu bedenken sei allerdings, dass sich während der Maßnahme der Herzinfarkt ereignet habe. Eine Reduzierung der Leistungsfähigkeit in diesem Zeitraum sei durchaus nachvollziehbar. Hinweise für hirnorganisch bedingte kognitive Defizite hätten sich nicht ergeben, ebenso wenig für erhebliche kognitive Defizite im Rahmen eines schweren depressiven Syndroms. Bemerkenswert sei auch der Bericht des Jobcenters über die Fähigkeit des Klägers, sich im Rahmen der Maßnahme eine Vertrauensbasis aufzubauen und den Kontakt auch nach dem Infarkt aufrecht zu erhalten. Dies spreche eindeutig gegen ein erhebliches depressives Vermeidungs- und Rückzugsverhalten.

Diese Einschätzung des Sachverständigen Dr.C. findet auch in den Akten eine entsprechende Stütze. Schon Dr. M. hatte in ihrem Gutachten vom 07.06.2010 eine Besserung der psychischen und neurologischen Einschränkungen des Klägers festgestellt. Der Kläger habe sich mit seinem Vater versöhnt, die Schwindelsymptomatik bestehe nicht mehr, es bestehe auch keine Gangunsicherheit mehr. Die Psychopharmaka seien nicht mehr erforderlich. Gleichzeitig hat sie Zweifel an der Einnahme der Medikation geäußert und eine Verdeutlichungstendenz des Klägers beschrieben, der seine Aussagen je nach Fragestellung variiert habe. Es habe sich eine deutliche Diskrepanz zum Verhalten des Klägers während der Untersuchung und danach gezeigt, als er mit raschen Schritten und schwungvoll die Begutachtungsstelle verlassen habe. Der gerichtliche Sachverständige Dr. L. hat gegenüber dem SG auch nur eine leicht ausgeprägte depressive Störung feststellen können, die nicht leitliniengerecht behandelt werde. Unter Optimierung der antidepressiven Therapie sei eine Besserung zu erwarten. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege sicherlich nicht vor. Des Weiteren ist der ausführlichen Stellungnahme des behandelnden Nervenarztes Dr.H. vom 04.12.2012 zu entnehmen, dass keine engmaschige Behandlung des Klägers auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet stattgefunden hat. Dr.H. hat die nervenärztliche Behandlung von Dr.K. übernommen. Er beschreibt, dass sich der Kläger von Dr. K. nicht verstanden bzw. angenommen gefühlt habe. Er habe die verordneten Medikamente nicht vertragen, habe aber dort keine Hilfe erhalten. Nach der Behandlungsübernahme habe ein Wechsel der Medikation kurzfristig zu einer Besserung der Symptomatik geführt und werde deshalb fortgeführt. Dr. H. geht vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aus, die durch die Verpflichtung des Klägers zur Versorgung seiner Tochter aufrecht erhalten werde. Er werde tagtäglich so mit seinem Schicksalsschlag konfrontiert, so dass sich eine Besserung nicht einzustellen vermöge. Diese Einschätzung deckt sich nicht mit den Feststellungen und Wertungen der Sachverständigen Dr. L., Dr. C. und G., die übereinstimmend das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit nachvollziehbarer Begründung verneinen. Gleichzeitig ist dabei festzuhalten, dass der Kläger hierzu auch bei verschiedenen Gelegenheiten unterschiedliche, widersprüchliche Angaben gemacht hat. Einerseits muss er die Tochter versorgen und wird durch diese Aufgabe und deren Anblick in seiner psychischen Verfassung fortgesetzt belastet. Andererseits gibt er an, selbst nichts mehr tun zu können, nur im Bett zu liegen oder herumzusitzen und auch nicht mehr aus dem Haus zu gehen. Aufräumen, putzen, waschen, kochen und einkaufen erledige die Tochter. Wiederum abweichend hiervon wird mehrfach angegeben, dass die Tochter gar nicht bei ihm, sondern bei Verwandten wohnt. Der Kläger war in der Lage, an einer beruflichen Integrationsmaßnahme an der VHS S. ("BISS") teilzunehmen. In dem Bericht ist festgehalten, dass der Kläger vom 02.04.2012 bis 31.01.2013 an dieser Maßnahme teilnehmen sollte, dass dann aber durch den erlittenen Herzinfarkt die Maßnahme nicht fortgeführt werden konnte. Hier weist der Sachverständige Dr.C. zutreffend darauf hin, dass diese Verhaltensweise, das Kontakthalten auch nach erlittener Erkrankung und Abbruch der Maßnahme mit einer schweren depressiven Symptomatik sicherlich nicht vereinbar wäre. Aus dem Bericht des psychologischen Psychotherapeuten T. lässt sich entnehmen, dass der Kläger nur gelegentlich Kontakt zu der psychologischen Beratungsstelle des Diakonischen Werkes S.-W. gesucht hat, in erster Linie um Probleme mit der Tochter anzugehen. Gesprochen wird von einer Chronifizierung, die durch entsprechende Behandlung allenfalls gelindert werden könne. Ein schwerer Leidensdruck, der zu einer entsprechend intensiven Behandlung führen müsste, lässt sich den Berichten aber nicht entnehmen. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger seit 2009 geringfügig bei einer Pizzeria als Fahrer beschäftigt war und diese Tätigkeit nach dem Bericht des Dipl.Soz. D. H. infolge des Herzinfarktes im Jahr 2012 habe beenden müssen. Der Umstand, dass der Kläger als Fahrer in einer Pizzeria, wenn auch nur geringfügig, arbeitet, lässt erkennen, dass die Einschätzung von Dr.C. hinsichtlich des posttraumatischen Belastungssyndroms nicht in Frage zu stellen sein dürfte. Ein Vermeidungsverhalten bei dem durchlebten schweren Verkehrsunfall würde sich sicherlich auf das Autofahren erstrecken. Der Kläger gab gegenüber dem Sachverständigen Dr.C. lediglich an, gelegentlich beim Autofahren zu erschrecken. Er fährt aber nach wie vor ohne Probleme Auto.

Auch das auf Antrag des Klägers eingeholte Gutachten des Sachverständigen G. kommt zu vergleichbaren Ergebnissen. Auch er sieht die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung als nicht gegeben an und er sieht den Kläger auch in der Lage, unter entsprechender eigener Willensanstrengung leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch im Umfang von mindestens 6 Stunden täglich zu verrichten. Ausdrücklich hält der Sachverständige seines Gutachtens fest, dass aus der Vorgeschichte keine anhaltende schwere depressive Episode abgeleitet werden kann, auch keine länger dauernde Phase einer rezidivierenden depressiven Episode. Die bis 2010 vorliegende diagnostische Einordnung müsse im Nachhinein so akzeptiert werden. Seither sei jedoch eine deutliche Stabilisierung mehrfach dokumentiert.

Aufgrund der vorliegenden Gutachten steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger zumindest seit Juni 2010 aufgrund einer wesentlichen Besserung seines Gesundheitszustandes wieder in der Lage war, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wieder im Umfang von mindestens 6 Stunden täglich zu verrichten, wenn auch unter Beachtung der von den Sachverständigen benannten qualitativen Leistungseinschränkungen. Zudem haben die Sachverständigen auch wesentliche, nach wie vor bestehende Behandlungsoptionen aufgezeigt. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) und des Senats vermögen psychische Erkrankungen nur dann rentenrechtliche Relevanz zu entwickeln, wenn trotz adäquater Behandlung (medikamentös, therapeutisch, ambulant oder stationär) davon auszugehen ist, dass der Versicherte die psychischen Einschränkungen weder aus eigener Kraft noch mit ärztlicher oder therapeutischer Hilfe dauerhaft überwinden kann (BSG Urteil vom 12.09.1990 - 5 RJ 88/89; BSG Urteil vom 29.03.2006 - B 13 RJ 31/05 R - jeweils zitiert nach juris; BayLSG Urteil vom 12.10.2011 - L 19 R 738/08; BayLSG Urteil vom 30.11.2011 - L 20 R 229/08; BayLSG Urteil vom 18.01.2012 - L 20 R 979/09; BayLSG Urteil vom 15.02.2012 - L 19 R 774/06; BayLSG Urteil vom 21.03.2012 - L 19 R 35/08).

Nach alledem war die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des SG Bayreuth vom 10.11.2011 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2015-02-05