

L 3 R 75/06

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Magdeburg (SAN)

Aktenzeichen

S 3 RJ 279/03

Datum

24.01.2006

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 3 R 75/06

Datum

10.12.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

volle Erwerbsminderung

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind zwischen den Beteiligten auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Weiterbewilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI) streitig.

Der am ... 1952 geborene Kläger durchlief nach dem 7.-Klasse-Schulabschluss zunächst keine Ausbildung, sondern war als Hilfsarbeiter, (Hilfs-)Tierpfleger, Beifahrer, Helfer, Maschinenführer, Kellner und Koch versicherungspflichtig beschäftigt. Als Kellner erlangte er am 5. Dezember 1978 einen Teilfacharbeiterabschluss, als Koch einen Facharbeiterbrief aufgrund eines Qualifizierungsvertrages am 31. August 1983. Zudem absolvierte er erfolgreich von Februar 1995 bis Januar 1997 eine Umschulung zum Gas- und Wasserinstallateur. Zuletzt war er im Rahmen eines (jeweils für drei Monate befristeten) Arbeitsvertrages vom 15. Oktober 1998 bis zum 15. Juli 1999 als Hausmeister tätig.

Am 20. September 1999 hatte der Kläger bei der Beklagten die Bewilligung von Rente wegen Erwerbsminderung mit der Begründung beantragt, wegen eines Gesichtsfeldausfalls des rechten Auges, Herzbeschwerden, Magengeschwüren und Kreislaufbeschwerden keinerlei Arbeiten mehr verrichten zu können. Die Beklagte hatte einen Behandlungs- und Befundbericht von der Fachärztin für Augenheilkunde Dipl.-Med. S. vom 30. September 1999 eingeholt und eine augenfachärztliche Begutachtung durch Dr. Krüger veranlasst. Diese kam in ihrem Gutachten vom 21. Dezember 1999 zu dem Ergebnis, der Kläger könne aus augenfachärztlicher Sicht sämtliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne häufiges Klettern oder Steigen und ohne Absturzgefahr und auch seinen bisherigen Beruf als Hausmeister vollschichtig verrichten. Es bestehe eine unklare Gesichtsfeldeinschränkung (temporal) rechts mehr als links bei Zustand nach Skleritis rechts und Zustand nach Laserkoagulation rechts bei vitreoretinaler Adhäsion. Eine zusätzliche psychiatrische/neurologische Begutachtung sei aufgrund der subjektiven überzogenen Beschwerden und des auffälligen allgemeinen Verhaltens empfehlenswert.

Nachdem die Beklagte den Rentenanspruch abgelehnt (Bescheid vom 19. Januar 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 10. März 2000) und der Kläger hiergegen beim Sozialgericht Magdeburg Klage erhoben hatte (S 39 RJ 97/00), waren von dort Behandlungs- und Befundberichte der behandelnden Ärzte eingeholt worden, u. a. von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. vom 24. August 2000. Dieser hatte den Kläger als nicht leistungsfähig beurteilt und mitgeteilt, dass die leistungspsychologische Diagnostik Hinweise auf eine zerebrale Leistungsinsuffizienz ergeben hatte. Der Kläger sei affektstarr erschienen. Das kognitive Tempo und die kognitive Umstellungsfähigkeit hätten sich vermindert gezeigt und es sei der Verdacht auf eine neurotische Entwicklung ängstlich-neurasthenischer Symptomatik erhoben worden.

Daraufhin hatte das Sozialgericht ein Gutachten des Chefarztes im Fachkrankenhaus U. Dr. H. vom 11. Januar 2001 eingeholt. Dieser hatte ein hinorganisches Psychosyndrom diagnostiziert. Der Verdacht auf eine zerebrale Leistungsinsuffizienz in Form reduzierten kognitiven Tempos sowie herabgesetzter Umstellungs- und Konzentrationsfähigkeit sei bereits im Bericht des behandelnden Nervenarztes Dr. W. vom 24. August 2000 geäußert worden. Die daraufhin im Rahmen des Begutachtungsverfahrens durchgeführte differenzierte testpsychologische Diagnostik im Bereich der Hirnleistungsvorbedingungen habe den Nachweis einer erheblichen Konzentrationsschwäche in Form von Konzentrationserlahmen, darüber hinaus auch Zeichen von leichten Formerfassungs- und Umstellungsschwierigkeiten erbracht. Als Ursache komme eine chronische Durchblutungsinsuffizienz des Gehirns in Betracht. Hinweise ergäben sich aus dem epikritischen Bericht der

Universitätsklinik für Neurologie vom 26. April 2000, in dem eine ischämische, d.h. durch Störungen der Durchblutung bedingte, Genese des Gesichtsfeldausfalls für diskussionswürdig erachtet worden seien, auch wenn eine zerebrale Magnetresonanztomographie (MRT) ebenso wie eine Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien und die Ableitung visuell evozierter Potentiale keinen pathologischen Befund erbracht hätten. Ferner hätten ein atypischer Gesichtsschmerz sowie eine linksseitige Meralgia paraesthetica bestanden; hierbei handele es sich um eine harmlose Abknickung eines Hautastes des großen Oberschenkelnervs bei seinem Durchtritt unter dem Leistenband, die Taubheitsgefühle und sensible Reizerscheinungen an der Außenseite des entsprechenden Oberschenkels verursachten, die jedoch in der Regel nur als lästig, nicht als leistungsbeeinträchtigend zu sehen seien. Ferner seien als fachfremde Diagnosen degenerative Wirbelsäulenveränderungen, eine rezidivierende Magenschleimhautentzündung, eine Entzündung der Speiseröhre, ein hyperkinetisches Herzsyndrom, das durch ein stark wirksames Medikament behandelt werde, ein erhöhter Blutfettspiegel, der Verdacht auf eine gestörte Blutzuckerregulation sowie eine Blasenhalssadenomatose (Vergrößerung der Vorsteherdrüse) zu berücksichtigen gewesen. Es hätten sich deutliche Zeichen einer so genannten Aggravation gefunden. Aufgrund des hirnorganischen Psychosyndroms sei der Kläger in der Lage, in seinem bisherigen Beruf als Hausmeister und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch halbschichtig bis unter sechs Stunden täglich zu arbeiten. Insbesondere die erhebliche Konzentrationsschwäche mit zunehmendem Erlahmen der Konzentration während einer zielgerichteten Tätigkeit sei hierfür maßgebend.

In dem psychologischen Zusatzgutachten von Dipl.-Psych. Becker vom 22. Dezember 2000 war ein IQ von etwa 93 ermittelt worden. Der SKT habe Hinweise für Konzentrations- und Umstellungsschwierigkeiten ergeben. Das Lernen und das Merken seien intakt gewesen. Im ZRV hätten sich leichte Formfassungsschwierigkeiten gezeigt. Im Konzentrationsverlaufstest sei die Fehlerzahl groß gewesen; die Fehler hätten gegen Ende der Untersuchung deutlich zugenommen. Hinweise für eine Hirnleistungsschwäche seien somit vorhanden gewesen. In seiner ergänzenden Stellungnahme für das Sozialgericht vom 9. April 2001 hatte der Sachverständige Dr. H. klargestellt, dass der Kläger nur noch über ein halbschichtiges bis unter sechsstündiges tägliches Leistungsvermögen verfüge.

Die Beklagte hatte daraufhin eine Rehabilitationsmaßnahme in der MEDIAN Klinik II F. vom 31. August bis zum 21. September 2001 veranlasst. Im Entlassungsbericht vom 8. Oktober 2001 waren als Diagnosen ein Abduzensparese rechts, eine vitreoretinale Degeneration mit Gesichtsfeldausfall nach kaudal am rechten Auge, eine Somatisierungsstörung mit multiplen Schmerzsyndromen, ein Spannungskopfschmerz und eine Osteochondrose HWK 5/6 berücksichtigt. Das EEG vom 10. September 2001 sei unregelmäßig mit leichten Allgemeinveränderungen gewesen. Antrieb und psychomotorisches Tempo hätten sich ungestört dargestellt. Die neurophysiologische Testung habe erhebliche, organisch nicht begründbare Defizite ergeben. Ferner belaste eine defizitäre Krankheitsverarbeitung den Kläger. Insgesamt sei eine psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung dringend zu empfehlen. Wegen der psychischen Belastungen, die zu raschen Dekompensationen führen könnten, sei zurzeit nur ein unter dreistündiges Leistungsvermögen anzunehmen.

Daraufhin schlossen die Beteiligten vor dem Sozialgericht Magdeburg am 4. Juni 2002 den Vergleich, dass ausgehend vom Eintritt des Leistungsfalls der Erwerbsunfähigkeit im Dezember 2000 dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 1. Januar 2001 bis zum 28. Februar 2003 zu bewilligen sei. Mit Bescheid vom 4. Juli 2002 wurde dieser Vergleich ausgeführt.

Am 2. Dezember 2002 beantragte der Kläger die Weiterbewilligung der Rente wegen voller Erwerbsminderung. Die Beklagte holte daraufhin einen Befundbericht von dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K. vom 9. Dezember 2002 ein. Dieser teilte mit, beim Kläger liege Multimorbidität vor. Der Kläger könne nur noch kurze Wegstrecken allein zurücklegen und klage über schnelle körperliche Erschöpfbarkeit und eine eingeschränkte geistige Leistungsfähigkeit. Er fügte zahlreiche Fremdbefunde bei: Die Fachärztin für Orthopädie Dr. W. hatte in ihrem Arztbrief vom 21. Januar 2002 angegeben, der Kläger habe über multiple Beschwerden in der Wirbelsäule und in den Extremitäten geklagt. Sie habe die Diagnosen eines Zervikalsyndroms, einer Osteochondrose in der unteren Halswirbelsäule (HWS), einer beginnenden Spondylose und von Lumbalgien bei beginnender Osteochondrose in der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) gestellt. Die starken Beschwerden seien auf den orthopädischen Befund allein nicht zurückzuführen. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. B. hatte unter dem 20. November 2002 über eine am 14. August 2002 durchgeführte Ergometrie berichtet, bei der der Kläger bis 100 Watt belastbar gewesen sei. Bei der klinischen Untersuchung seien lediglich gehäufte Extrasystolen ohne Herzgeräusche aufgefallen. Es sei von einem hyperkinetischen Herzsyndrom ohne sichere Zeichen für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit (KHK) auszugehen. Dr. S., Praxis für Psychotherapie und Klinische Psychologie, hatte im Arztbrief vom 26. November 2002 mitgeteilt, die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung unter Berücksichtigung objektiver somatischer Erkrankungen gestellt zu haben.

Daraufhin ließ die Beklagte den Kläger von der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dipl.-Med. F. begutachten. Diese führte unter dem 3. Februar 2003 nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 27. Januar 2003 aus, dieser habe über eine Vielzahl organischer Beschwerden ohne Ursachen geklagt, er sei klaglos, beschwerdefixiert, hypochondrisch und affektiv eingeschränkt schwingungsfähig gewesen. Die prämorbid Intelligenz habe sich knapp durchschnittlich ermitteln lassen. Der Aufmerksamkeits-Belastungstest habe eine sehr hohe Sorgfaltsleistung zu Lasten der schlechten Tempoleistung, der Konzentrationsverlaufstest eine gute Tempoleistung zu Lasten der Sorgfaltsleistung ergeben. Als Diagnosen seien eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, ein episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp und ein Gesichtsfeldausfall temporal rechts unklarer Genese zu stellen. Arbeiten mit hohen Anforderungen an das Konzentrationsvermögen, mit häufigen Zwangshaltungen und unter Lärmbelastung seien nicht mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck, häufiges Klettern und Steigen, Absturzgefahr, häufiges Bücken, Hocken und Knien könnten unter Berücksichtigung der vorhandenen Konzentrationsstörungen sechs Stunden und mehr täglich verrichtet werden.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Weitergewährungsantrag des Klägers mit Bescheid vom 10. Februar 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2003 ab. Der Kläger sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Nach dem Ergebnis der durchgeführten Ermittlungen könne er noch leichte bis mittelschwere Arbeiten unter zusätzlichen qualitativen Einschränkungen vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten.

Hiergegen hat der Kläger am 3. Juli 2003 beim Sozialgericht Magdeburg Klage erhoben und seinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 28. Februar 2003 hinaus weiterverfolgt. Er sei nicht mehr in der Lage, eine Erwerbstätigkeit über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Sein behandelnder Arzt Dr. K. schätze ein, dass er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insbesondere infolge der diagnostizierten Multimorbidität und festgestellten Somatisierungsstörung, nicht mehr vermittelbar sei. Auch Dr. B. und Dr. S. seien der Auffassung, dass ihm zum jetzigen Zeitpunkt eine Erwerbstätigkeit von sechs Stunden pro Tag nicht möglich sei. Zur Begründung hat er ein Schreiben von Dr. S. vom 10. März 2003, von Dr. B. ebenfalls vom 10. März 2003, von der Fachärztin

für Neurologie und Psychiatrie Dipl.-Med. M. vom 20. März 2003 und von Dr. K. vom 11. April 2003 beigelegt.

Das Sozialgericht hat Behandlungs- und Befundberichte von Dr. B. vom 13. Dezember 2004, von dem Facharzt für Orthopädie/Chirotherapeut Wenzel vom 20. Dezember 2004, von Dr. K. vom 20. Januar 2005 und von Dipl.-Med. M. vom 25. Januar 2005 eingeholt. Dr. B. hat als Diagnosen ein hyperkinetisches Herzsyndrom, den Verdacht auf eine pathologische Glukosetoleranz und einen Hypercholesterinämie mitgeteilt und weiterhin ein über sechsstündiges Leistungsvermögen für nicht gegeben erachtet. Der Orthopäde Wenzel hat rezidivierende Lumboischialgien bei Osteochondrose und eine beginnende Koxarthrose beidseits genannt und aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in geschlossenen Räumen und mit wechselnder Körperhaltung bejaht. Dr. K. hat darüber hinaus eine chronische Gastritis, eine Refluxoesophagitis, ein psychosomatisches Syndrom sowie ein Zervikalsyndrom als Diagnosen mitgeteilt und weiterhin ein unter dreistündiges Leistungsvermögen wegen der psychischen Situation aufgrund der Multimorbidität attestiert. Dipl.-Med. M. hat die Auffassung vertreten, aufgrund des chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp und der somatoformen Schmerzstörung sowie der nicht veränderten Symptomatik sei der Kläger nur noch weniger als drei Stunden täglich einsetzbar.

Daraufhin hat das Sozialgericht ein nervenfachärztliches Gutachten von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. vom 29. August 2005 eingeholt. Zum psychischen Untersuchungsbefund hat der Sachverständige angegeben, dass die Angaben des Klägers zur Familien- und Berufsanamnese spärlich und widersprüchlich gewesen seien. Angaben zum Alter bzw. zu den Berufen der sieben Geschwister habe der Kläger keine gemacht. Zudem hätten die Angaben zur Berufsanamnese nicht mit dem in der Akte aufgelisteten beruflichen Werdegang übereingestimmt. Ferner seien die Angaben zu seiner Inhaftierung wegen angeblicher Republikflucht bei der jetzigen Begutachtung völlig anders als die in den bereits vorliegenden nervenärztlichen Gutachten des Dr. H ... Der Kläger habe von der Persönlichkeit her einfach strukturiert, im Intelligenzniveau leicht gemindert, sozial aber sehr gut angepasst gewirkt. Er neige zur Selbstbeobachtung und überwertigen Beschwerdeverarbeitung, sei sehr klagsam und beschwerdefixiert. In der Untersuchungssituation hätten sich keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer hirnorganischen Leistungsbeeinträchtigung gefunden. Die gestellten Fragen seien prompt und in chronologischer Reihenfolge beantwortet worden; auch habe er die medizinischen Fachausdrücke seiner Behandlungen konkret wiedergeben können. Ängste seien in der Untersuchungssituation nicht auffällig gewesen, die Stimmungslage habe ausgeglichen und der Kläger affektiv schwingungsfähig gewirkt. Während der gesamten Untersuchungssituation seien Verdeutlichungstendenzen auffällig gewesen. Die mehrstündige Untersuchung habe der Kläger ohne körperliche oder psychische Beeinträchtigung absolviert.

Als Diagnosen seien eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und eine soziale Phobie bei einer primär leichten Intelligenzminderung sowie der Verdacht auf eine Meralgia paraesthetica links zu stellen. Eine hirnorganische Leistungsfähigkeitsminderung durch eine eventuelle Mikroangiopathie bestehe nach seiner Auffassung zweifelsfrei nicht. Dazu hätten bei der Anamneseerhebung entsprechende hirnorganische Leistungseinschränkungen, wie Verlangsamung, Umständlichkeit, Auffassungsschwerung, Gedächtnislücken und weitere Symptome auffallen müssen. Eine hirnorganische Leistungsfähigkeitsminderung schlage sich immer in einer Mikroangiopathie im zerebralen MRT nieder. Hier fehlten jegliche Hinweise auf eine kortikale oder subkortikale Atrophie. Der Kläger sei in der Lage, mittelschwere körperliche Arbeiten auch im Gehen, Stehen oder Sitzen vollschichtig zu verrichten. Aufgrund der beschriebenen leichten Intelligenzminderung seien leichte Einschränkungen bei komplexen geistigen Anforderungen vorhanden. Hieraus ergäben sich gleichfalls Einschränkungen für Arbeiten mit Publikumsverkehr. Die geklagten psychischen Störungen resultierten überwiegend aus der Tendenz, durch die Berentung eine soziale Absicherung erreichen zu wollen. Aufgrund der Art der psychischen Störungen und dem völligen Ausgerichtetsein seines Handelns auf die Berentung sei davon auszugehen, dass der Kläger häufig Ärzte konsultieren werde, um Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu erlangen.

Mit Urteil vom 24. Januar 2006 hat das Sozialgericht Magdeburg die Klage abgewiesen. Streitgegenstand sei die Bewilligung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung über den 28. Februar 2003 hinaus; eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit sei nicht mehr im Streit gewesen. Nach Auffassung der Kammer bestehe beim Kläger noch ein Leistungsvermögen für wenigstens leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich. Es bestünde weder eine rentenberechtigende Minderung wegen psychischer noch wegen sonstiger Gesundheitsstörungen. Aufgrund der vorliegenden neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 3. Februar 2003 und vom 29. August 2005 sei davon auszugehen, dass ein vollschichtiges Leistungsvermögen bestehe. Orthopädischerseits seien keine deutlichen Funktionsausfälle beschrieben. Auch internistischerseits bestehe kein rentenberechtigend eingeschränktes Leistungsvermögen; Dr. B. habe eine ergometrische Belastung bis 100 Watt mitgeteilt und lediglich ein Leistungsvermögen von über sechs Stunden ausgeschlossen; ausreichend sei jedoch ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden.

Gegen das ihm am 3. Februar 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22. Februar 2006 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Die ihn behandelnden Ärzte hätten bestätigt, dass bei ihm auch über den Februar 2003 hinaus ein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden bestehe. Der Gutachter Dr. D. habe ihn nicht objektiv und neutral untersucht und beurteilt. Eine Aufklärung der widersprüchlichen medizinischen Einschätzungen sei herbeizuführen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 24. Januar 2006 und den Bescheid der Beklagten vom 10. Februar 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm über den 28. Februar 2003 hinaus Rente wegen voller Erwerbsminderung zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und ihre Bescheide für zutreffend.

Sie hat darauf hingewiesen, dass ein weiterer Antrag des Klägers auf Bewilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 1. Februar 2006 mit Bescheid vom 20. März 2006 abgelehnt worden ist.

Der Senat hat zunächst einen Behandlungs- und Befundbericht von Dipl.-Med. M. vom 19. Juli 2006 eingeholt. Darin sind die bekannten

Diagnosen erneut aufgeführt. Zum erhobenen psychischen Befund ist mitgeteilt, dass der Kläger bewusstseinsklar, orientiert, ohne inhaltliche Denk- und Wahrnehmungsstörungen, in Antrieb, Mnestic und Kontakt ungestört bei guter affektiver Schwingungsfähigkeit und geordnetem formalem Gedankengang erschienen sei. Aufgefallen sei eine mangelnde Entspannungsfähigkeit, eine psychovegetative Labilität, eine Beschwerdefixiertheit, latente Ängste. Ferner sei der Kläger etwas übernachhaltig und selbstbeobachtend, in der Stimmung subdepressiv und umstellungserschwert erschienen. Eine hirnorganische Leistungsdiagnostik sei zu keiner Zeit durchgeführt worden, da der Kläger über Symptome einer hirnorganischen Leistungsminderung nicht geklagt und der klinische Eindruck auch nicht dafür gesprochen habe.

Daraufhin ist auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten von dem Ärztlichen Direktor des St.-Joseph-Krankenhauses D. Dr. B. vom 23. Februar 2007 eingeholt worden. Neurologisch sei als pathologischer Befund ein Taubheits- und Kältegefühl am gesamten linken Oberschenkel feststellbar gewesen. Hinsichtlich des psychischen Befundes ist mitgeteilt, dass die Merkfähigkeit, das Auffassungsvermögen, der formale Gedankengang, die Psychomotorik und der Antrieb unauffällig gewesen seien. Schwierigkeiten hätten sich bei der Wiedergabe geografischer Daten gezeigt. Der Kläger habe über akustische Halluzinationen in Form von Stimmen berichtet. Bei der Konzentrationsprüfung mit Rechenaufgaben sei der Kläger zu einfachen Rechnungen nicht in der Lage gewesen, weshalb eine andere Form der Konzentrationsprüfung durchgeführt worden sei, wobei die Konzentrationsfähigkeit dabei ausreichend gut gewesen sei. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Die Intelligenzdiagnostik habe einen IQ von 91, der Mehrfach-Wortschatz-Test einen IQ von 83 und damit ein unterdurchschnittliches Ergebnis aufgezeigt. Insgesamt liege eine gerade noch durchschnittliche bzw. eher leicht unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit vor. Der Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen habe ein Ergebnis von fünf Punkten und damit ein mittelschweres (Hirn-)organisches Psychosyndrom bzw. eine mäßige Ausprägung kognitiver Leistungsdefizite und einer dementiellen Symptomatik ergeben. Der Aufmerksamkeits-Belastungs-Test habe eine erheblich gestörte Konzentrationsleistung bei sehr langsamem, antriebsarmen und extrem fehlerhaftem sowie unkontrolliertem Arbeitsverhalten gezeigt. Die am 7. Februar 2007 durchgeführte Kernspintomografie des Kopfes hat der Sachverständige dahingehend ausgewertet, dass eine leichte frontotemporal betonte zerebrale Atrophie bei einem ansonsten altersentsprechenden zerebralen Befund ohne fokopathologische intrazerebrale Veränderungen zu sehen sei. Der Sachverständige ist zu dem Ergebnis gelangt, dass beim Kläger auf nervenärztlichem Fachgebiet eine beginnende Demenz auf dem Boden einer leichten, frontotemporal betonten cerebralen Atrophie bestehe. Aufgrund dieser Gesundheitsstörung könne der Kläger ab dem 1. März 2003 keine Arbeiten mit geistigen und mnesticen Anforderungen mehr verrichten. Sein Leistungsvermögen sei völlig erloschen. Den Gutachten von Dipl.-Med. F. und Dr. D. könne er in keiner Weise folgen. Auch bei deren Begutachtungen habe bereits ein dementielles Syndrom vorgelegen. Er stimme vielmehr mit der Nervenärztin des Klägers überein, die diesen gleichfalls nur für weniger als drei Stunden einsetzbar erachtet habe. Deren Einschätzung komme ein besonderes Gewicht zu, da sie den Kläger über einen sehr langen Zeitraum begleitet habe.

Nachdem sich die Beklagte mit der Einschätzung von Dr. B. nicht einverstanden erklärt hatte, ist von Dr. B. eine ergänzende Stellungnahme vom 15. Mai 2007 eingeholt worden. Darin führt er aus, wegweisend für die von ihm letztendlich gestellte Diagnose der Demenz sei zunächst die Beschwerdeschilderung durch den Kläger gewesen. Durch den psychopathologischen Befund seien diese Hinweise verstärkt worden, wenn auch die kognitiven Störungen nicht sehr ausgeprägt gewesen seien. Der MRT-Befund des Gehirns vom 7. Februar 2007 habe dann das organische Korrelat für diese psychopathologischen Auffälligkeiten gezeigt. Eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft habe nicht vorgelegen; dann hätten alle Tests mit schlechten Ergebnissen abgeschlossen werden müssen.

Die Beklagte hat daran festgehalten, den Einschätzungen von Dr. B. nicht folgen zu können. Der MRT-Befund des Gehirns vom 7. Februar 2007 stütze für sich genommen die Einschätzung des Gutachters nicht, da beginnende Zeichen einer Atrophie sich auch bei klinisch völlig unauffälligen Personen fänden. Zudem habe die behandelnde Nervenärztin während ihres Behandlungszeitraums keinerlei Symptome genannt, die mit der Diagnose einer Demenz vereinbar wären.

Daraufhin hat der Senat von Amts wegen ein neurologisch-psychiatrisches, forensisch-sozialmedizinisches Gutachten von Dr. S., u.a. Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, forensische Psychiatrie, klinische Geriatrie und Suchtmedizin, vom 3. Januar 2008 eingeholt. Zum psychischen Status hat der Sachverständige mitgeteilt, der Kläger sei stets und uneingeschränkt zur Person, zur Zeit, zum Ort und zur Situation orientiert gewesen, eine qualitative oder quantitative Bewusstseinstörung habe nicht bestanden, die Stimmung habe subdepressiv, aber nicht depressiv oder manisch verändert gewirkt. Psychomotorik und Antrieb hätten keine Auffälligkeiten gezeigt und die Affektivität keine Störungen erkennen lassen. Psychopathologische Symptome des formalen Gedankenganges und des Gedankeninhaltes hätten nicht bestanden. Die Intelligenzstruktur sei durchschnittlich differenziert, das Verhalten situationsadäquat, kooperativ und zugewandt gewesen. Die psychische Belastbarkeit habe geringgradig eingeschränkt gewirkt, unbeeinträchtigt seien die soziale Kontakt-, Beziehungs- und soziale Konfliktfähigkeit, die Stress- und Frustrationstoleranz, die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit, die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, die emotionale Widerstandskraft, die Durchsetzungsfähigkeit und das Durchhaltevermögen erschienen. Neuropsychologische Defizite hätten nicht nachgewiesen werden können. Allerdings sei bei der Durchführung der somatischen Untersuchung eine Aggravation unübersehbar gewesen, sodass auf die Durchführung testpsychologischer und psychopathometrischer Untersuchungen verzichtet worden sei, zumal im Hinblick auf die Ergebnisse der Voruntersuchungen bei den Vorbegutachtungen Objektivität, Validität und Reliabilität dieser Verfahren eingeschränkt seien und bei der Begutachtung mit Ausnahme diskreter Veränderungen keine sozialmedizinisch relevanten psychopathologischen Symptome oder Syndrome hätten festgestellt werden können. Aus Sicht des gerichtlichen Sachverständigen seien folgende Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die das Leistungsvermögen des Klägers im Erwerbsleben beeinflussten:

Somatisierungsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Degeneratives HWS-Syndrom mit rezidivierenden Zervicalgien, Zervicocephalgien und Zervicobrachialgien und bei der Untersuchung vorhandenen hochgradigen Funktionsstörungen. Statischmyalgisches LWS-Syndrom mit rezidivierenden Lumbalgien und Lumboischialgien sowie pseudoradikulären Syndromen und bei der Untersuchung vorhandenen mittelgradigen Funktionsstörungen ohne radikuläre und spinale Läsion mit Ausnahme eines sensiblen linksseitigen L4-Syndroms. Linksseitige Epicondylopathia humeri medialis et lateralis bei Zustand nach Neurolyse eines linksseitigen Sulcusulnaris-Syndroms.

Als weitere Diagnosen seien zu berücksichtigen:

Hypertonie, durch spezifische Pharmakotherapie gut eingestellt. Periphere arterielle Verschlusskrankheit vom linksseitigen Beckentyp, durch

Bypass-Operation behoben, ohne Funktionsstörungen. Koronare ischämische Herzkrankheit im Sinne einer Zweigefäßerkrankung mit anamnestisch eruierten Myokardinfarkten ohne Herzrhythmusstörungen und ohne kardiale Funktionsstörungen. Zustand nach rechtsseitiger Skleritis und Laser-Koagulation wegen vitrioretinaler Adhäsionen 1999 bei während der Untersuchung existenter rechtsseitiger temporaler Hemianopsie mit Verdacht auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung. Initiale linksseitige Gonarthrose.

In der zusammenfassenden Beurteilung ist der Sachverständige zu dem Ergebnis gelangt, dass der Kläger noch Arbeiten mit geistig mittelschweren und einfachen Anforderungen, mit durchschnittlichen Anforderungen an mnestiche Fähigkeiten, in Wechselschicht, ohne Nachtschicht, besonderen Zeitdruck und häufigen Publikumsverkehr, ohne Anforderungen an das räumliche Sehvermögen, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, mit häufigem Bücken und Knien sowie in Zwangshaltungen und mit Überkopfarbeiten, ohne überdurchschnittliche Umwelteinflüsse wie Lärm, Temperaturschwankungen, Zugluft, Dämpfe, Nebel, Gasen und Rauch gewachsen sei. Die der Art nach zumutbaren Arbeiten könne der Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich und auch vollschichtig verrichten. Er könne sich in eine geeignete Tätigkeit innerhalb von drei Monaten vollwertig einarbeiten. Das Gutachten von Dr. B. sei für ihn nicht nachvollziehbar. Aufgrund der erhobenen psychopathologischen Symptome ergäben sich keinerlei Hinweise für ein chronisches organisches Psychosyndrom, insbesondere nicht für eine dementielle Erkrankung und sozialmedizinisch relevante kognitive Beeinträchtigungen.

Da der Gutachter Dr. B. eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt, jedoch der Einschätzung von Dr. S. eine solche Untersuchung nicht zugrunde gelegen hatte, ist Privatdozent (PD) Dr. B., Chefarzt der Klinik für Psychische Erkrankungen am Saale-Unstrut-Klinikum N., mit einer erneuten Begutachtung des Klägers beauftragt und gebeten worden, ebenfalls eine Hirnleistungsdiagnostik durchzuführen. PD Dr. B. hat sein Gutachten unter dem 19. Februar 2009 erstattet. Er kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass beim Kläger eine somatoforme Störung (vom Prägnanztyp der Somatisierungsstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) bestehe. Ferner bestünden ein analgetikainduzierter Dauerkopfschmerz, ein degeneratives HWS-Syndrom mit wiederkehrenden Schmerzen im Nacken, ausstrahlend in den Kopf und in die Arme, ein LWS-Syndrom mit wiederkehrenden in die Beine ausstrahlenden Rückenschmerzen und einem sensiblen L 4-Syndrom, ein Sulcusulnaris-Syndrom rechts ohne funktionelle Beeinträchtigung, eine Hypertonie, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp ohne Funktionsstörung, eine koronare Herzkrankheit, eine temporale Hemianopsie des rechten Auges ungeklärter Genese und ein benignes Prostataadenom. Auch nach seiner Auffassung leide der Kläger nicht an einer Demenz. Der Kläger habe sich im Verlauf der Exploration als geistig durchaus wendig erwiesen; seine Antworten hätten stets gezeigt, dass er die Frage verstanden und auch die damit verbundene Absicht des Untersuchers erkannt habe. Dies setze ungestörte psychische Funktionen voraus. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit seien eben nicht beeinträchtigt gewesen, obwohl der Kläger versucht habe, diesen Eindruck zu erwecken. Das gesamte psychopathologische Erscheinungsbild habe nicht dem Gepräge eines hirnorganischen Psychosyndroms entsprochen, sondern vielmehr wiedergegeben, wie der Kläger sich eine Hirnleistungsminderung vorstelle. Er gehe deshalb in Übereinstimmung mit Dipl.-Med. F., Dr. D. und Dr. S. von einem zweckgerichteten Verhalten und nicht von einer kognitiven Störung aus. Auch die den Kläger behandelnde Nervenärztin habe nie eine hirnorganische Leistungsdiagnostik durchgeführt, da der Kläger nicht über Symptome einer hirnorganischen Leistungsminderung geklagt und der klinische Eindruck hierfür auch nicht gesprochen habe.

Der Kläger könne noch Arbeiten mit einfachen und mittelschweren geistigen Anforderungen und durchschnittlichen Anforderungen an Reaktionsvermögen und Aufmerksamkeit sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Arbeiten in Wechselschicht seien möglich, Arbeiten in Nachtschichten, unter besonderem Zeitdruck und mit häufigem Publikumsverkehr seien ausgeschlossen. Besondere Anforderungen an das räumliche Sehvermögen könnten nicht gestellt werden. Wegen der langjährigen Schonung und dem dadurch bedingten Trainingsmangel benötige der Kläger eine mehrwöchige Einarbeitung; ein Zeitraum von drei Monaten sei aber ausreichend.

Der Kläger hat sich mit dem Gutachten von PD Dr. B. nicht einverstanden erklärt und bemängelt, dass der Gutachter während der Untersuchung von ihm gewünschte Pausen nicht gewährt und seinen Kopf bei der Untersuchung abrupt heruntergerissen habe, was für ihn erheblich schmerzhaft gewesen sei. Das Gutachten von PD Dr. B. sei zudem nicht vollständig, da dieser darauf hingewiesen habe, dass ihm das Gutachten von Dr. H. vom 11. Januar 2001 nicht zur Verfügung gestanden habe. Der Kläger hat sich ferner auf die Einschätzung von Dr. B. berufen, wonach sein Leistungsvermögen aufgehoben sei.

Dem gerichtlichen Sachverständigen PD Dr. B. sind daraufhin die Verwaltungsakte Band I, u.a. mit dem Gutachten von Dr. H. vom 11. Januar 2001, sowie die Einwände des Klägers gegen sein Gutachten mit der Bitte um eine ergänzende Stellungnahme übersandt worden. Unter dem 31. März 2009 hat PD Dr. B. diese ergänzende Stellungnahme abgegeben und zudem seine handschriftlichen Aufzeichnungen, die er während der ambulanten Untersuchung erstellt hat, zu den Akten gereicht. Zu dem Vorwurf, erbetene Pausen nicht gewährt zu haben, hat der Gutachter darauf hingewiesen, dass nach Beginn der Exploration um 9.35 Uhr bereits um 10.45 Uhr, also nach 70 Minuten, die erste Pause eingelegt worden sei. Schließlich bestreitet der Sachverständige, den Kopf des Klägers abrupt herunter gerissen zu haben. Er verweist insoweit auf Seite 56 seines Gutachtens, wo er den Untersuchungsvorgang im Einzelnen beschrieben habe. Er halte an der von ihm abgegebenen Beurteilung fest. Er hat insoweit insbesondere darauf hingewiesen, dass der Kläger in der Zeit von Februar 2000 bis Januar 2007 insgesamt siebenmal psychodiagnostisch untersucht worden sei und der Vergleich der Untersuchungsergebnisse gegen die Annahme eines fortschreitenden Hirnabbauprozesses spreche. U.a. seien mit dem Untertest 3 des Leistungsprüfsystems am 3. Februar 2000 ein Intelligenzquotient von 90 und am 4. Januar 2007 ein Intelligenzquotient von 91 gemessen worden. Auch sei er nicht der einzige Sachverständige, der auf Widersprüche zwischen Beschwerden und Befunden und auf Verfälschungstendenzen beim Kläger hingewiesen habe; dies hätten auch die Gutachter Dr. H., Dipl.-Med. F., Dr. D. und Dr. S. thematisiert. Zudem habe er nicht nur seine subjektiven Eindrücke zugrunde gelegt, sondern mehrere Informationsquellen, nämlich die Schilderung des Erlebens durch den Kläger, die Beobachtung des Verhaltens durch den Untersucher sowie die gezielte Prüfung von Leistungen. Das Vorliegen einer Intelligenzminderung habe von ihm sicher ausgeschlossen werden können, da zu keiner Zeit bei keinem psychodiagnostischen Verfahren ein Intelligenzquotient von unter 70 gemessen worden sei.

Nachdem der Senat den Kläger darauf hingewiesen hat, dass von Amts wegen keine weiteren Ermittlungen beabsichtigt seien, hat der Kläger beantragt, (nochmals) gemäß [§ 109 SGG](#) ein Gutachten von Dr. B. einzuholen.

Unter dem 26. September 2009 (es hätte 26. August 2009 heißen müssen) hat Dr. B. erneut ein nervenärztliches Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) über den Kläger erstattet. Dr. B. hat an seiner Einschätzung festgehalten, dass beim Kläger eine beginnende Demenz auf dem Boden einer leichten, frontotemporal betonten zerebralen Atrophie bestehe. Die Erkrankung äußere sich nach wie vor in (den vom Kläger

geklagten) Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, akustischen Halluzinationen in Form dialogisierender und kommentierender Stimmen, Verfolgungs- und Bedrohungserleben, einem Kontrollzwang, einer psychovegetativen Symptomatik in Form von Kopfschmerzen und Schwindel sowie einem Rauschen in den Ohren, sozialem Rückzug, dem Gefühl rascher Erschöpfung und Überforderung, vermehrter Reizbarkeit, überwiegend gedrückter Stimmungslage und Gedanken von Lebensüberdruß. In den psychopathologischen Untersuchungsbefunden hätten sich deutliche Merkfähigkeitsstörungen, eine leichte Störung des Auffassungsvermögens und der Konzentrationsfähigkeit, beschriebene optische und akustische Halluzinationen und ein Verfolgungsgefühl durch die Stasi im inhaltlichen Gedankengang bestätigt. Zeichen einer Aggravation oder gar einer Simulation, wie sie von Dr. S. und PD Dr. B. geschildert worden seien, hätten sich bei der hiesigen Untersuchung nicht gefunden. Nach seiner Auffassung lägen beim Kläger sehr wohl überdauernde mnestischkognitive Störungen vor, da diese eindrucksvoll von ihm und seiner Ehefrau geschildert worden seien. Der gestellten Diagnose einer Somatisierungsstörung wolle er sich nicht widersetzen, da die Schmerzen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparates nicht vollständig durch die degenerativen Veränderungen zu erklären seien, ebenso wenig wie die letztlich weder ophtalmologisch noch neurologisch sicher erklärbare temporale rechtsseitige Hemianopsie. Es lägen folgende Gesundheitsstörungen vor, die das Leistungsvermögen des Klägers beeinflussten:

Gesichtsfelddefekt unklarer Genese rechts temporal. Chronische Magenschleimhautentzündung. Refluxkrankheit der Speiseröhre. Operativ behandelte periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp links. Thrombosierte Hämorrhoiden. Bluthochdruck. Herzrhythmusstörungen, chronische ischämische Herzkrankheit, Zustand nach Stentimplantation und Crossover-Bypass. Rezidivierende Lumboischialgien bei Osteochondrose. Initiale Hüftgelenksarthrose beidseits. Osteoporose.

Auf nervenärztlichem Gebiet bestehe neben der beginnenden Demenz auf dem Boden einer leichten frontotemporal betonten zerebralen Atrophie eine Somatisierungsstörung. Die Leistungsfähigkeit des Klägers sei durch die beginnende Demenz seit dem 1. März 2003 aufgehoben.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die auf die Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung gerichtete Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ist bereits beim Sozialgericht nicht mehr weiterverfolgt worden. Der Bescheid der Beklagten vom 10. Februar 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 2003 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)). Der Bescheid vom 20. März 2006 ist nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits geworden, da er eine Entscheidung über den Rentenanspruch vom 1. Februar 2006 getroffen und den auf den Weiterbewilligungsantrag des Klägers vom 2. Dezember 2002 erlassenen Bescheid nicht ersetzt oder abgeändert hat ([§ 96 Abs. 1 SGG](#)).

Dem Kläger steht eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht zu.

Nach [§ 43 Abs. 1, Abs. 2 SGB VI](#) in der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Der Kläger ist zur Überzeugung des Senats weder teilweise noch voll erwerbsgemindert. Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Erwerbsgemindert ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Der Kläger kann nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme noch zumindest körperlich leichte Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Ausgeschlossen sind Arbeiten mit Zwangshaltungen, überwiegend einseitiger Körperhaltung, häufigem Knien und Hocken, Überkopfarbeiten und Arbeiten unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft sowie häufigen Temperaturschwankungen. Es besteht eine volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände. Es können normale Anforderungen an das Seh- und Hörvermögen, mit Ausnahme von Anforderungen an ein ungestörtes räumliches Sehvermögen, gestellt werden. Der Kläger ist durchschnittlichen Anforderungen an die geistigen und mnestischen Fähigkeiten gewachsen; es können allerdings nur geringe Anforderungen an Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit gestellt werden. Er kann nicht mit häufigem Publikumsverkehr und mit besonderem Zeitdruck arbeiten sowie keine Arbeiten verrichten, die mit dem Führen von Fahrzeugen und Maschinen und der Verantwortung für Menschen und Maschinen verbunden sind. Er ist nur in Tages-, Früh-, Spät- und Wechselschicht einsetzbar; Arbeiten in Nachtschichten sind ausgeschlossen.

Dies ergibt sich für den Senat aus dem Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere aus dem Gutachten von PD Dr. B. vom 19. Februar 2009 sowie aus seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. März 2009, aus den Gutachten von Dr. S. vom 3. Januar 2008 und von Dr. D. vom 29. August 2005 und aus den Befundberichten der den Kläger behandelnden Ärzte. Ferner hat der Senat das im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten von Dipl.-Med. F. vom 3. Februar 2003 sowie die auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten von Dr. B. vom 23. Februar 2007 und vom 26. September 2009 berücksichtigt.

Danach leidet der Kläger zum einen unter einem degenerativen HWS-Syndrom mit wiederkehrenden Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlungen in den Kopf und in die Arme, an einem LWS-Syndrom mit wiederkehrenden in die Beine ausstrahlenden Rückenschmerzen

und einem sensiblen L 4-Syndrom, an einem Sulcusulnaris-Syndrom rechts ohne funktionelle Beeinträchtigung sowie an einer beginnenden Koxarthrose beidseits und einer Gonarthrose links. Diese Diagnosen sind von der Fachärztin für Orthopädie Dr. W. in ihrem Arztbrief vom 21. Januar 2002 und von dem Facharzt für Orthopädie Wenzel in seinem Befundbericht vom 20. Dezember 2004 sowie von Dr. S. und PD Dr. B. genannt und dahingehend bewertet worden, dass sich hieraus qualitative Leistungseinschränkungen ergeben, in quantitativer Hinsicht jedoch ein sechstündiges tägliches Leistungsvermögen vorliegt. Im Hinblick auf den von den Gutachtern wiedergegebenen unauffälligen Muskel- und Gelenkstatus und das Fehlen wesentlicher Muskel- und Nervenwurzelreizerscheinungen sind dem Kläger zumindest körperlich leichte Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten ohne Arbeiten mit Zwangshaltungen, überwiegend einseitiger Körperhaltung, häufigem Knien und Hocken, Überkopfarbeiten und Arbeiten unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft sowie häufigen Temperaturschwankungen zumutbar. Ferner ist eine volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände gegeben. Vorübergehende Beschwerden sind durch die Operation des Sulcusulnaris-Syndroms rechts am 27. Oktober 2003 behoben worden.

Ferner leidet der Kläger unter einem hyperkinetischen Herzsyndrom. Aus den Befundberichten des behandelnden Internisten Dr. B. vom 20. November 2002 und 13. Dezember 2004 ergibt sich, dass bei der durchgeführten Ergometrie der Kläger bis 100 bzw. 125 Watt belastbar gewesen ist und leichte bis mittelschwere Arbeiten täglich sechs Stunden zumutbar sind. Wegen geklagter Herzrhythmusstörungen ist beim Kläger im Januar 2005 eine Linksherzkathederuntersuchung durchgeführt und der Kläger einmalig stationär im September 2005 behandelt worden. Ausweislich des Behandlungsberichtes von Dr. H. vom 16. Februar 2006 wurden keine invasiven Behandlungen für notwendig, jedoch eine intensive Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren (Rauchen) und die Teilnahme am Konditionstraining in einer Herzsportgruppe für angezeigt erachtet. Weitere Leistungseinschränkungen über die bereits genannten Einschränkungen hinaus resultieren hieraus nicht.

Die wiederholte Magenschleimhautentzündung und Entzündung der Speiseröhre ist ebenso medikamentös behandelbar wie der gelegentlich erhöhte Blutfettspiegel und führt zu vorübergehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, nicht aber zu einer dauerhaften quantitativ eingeschränkten täglichen Arbeitsleistung auf unter sechs Stunden. Der Verdacht auf eine gestörte Glukosetoleranz ist diätetisch auszugleichen. Die vorgenannten Erkrankungen führen ebenso wie die Blasenhalssadenomatose nicht zu weitergehenden qualitativen Leistungseinschränkungen.

Die festgestellte und im September 2006 operativ behandelte periphere arterielle Verschlusskrankheit ist gleichfalls ohne länger als sechs Monate anhaltende Funktionsstörungen hinsichtlich der Einsatzfähigkeit im Erwerbsleben, birgt jedoch ebenso wie das hyperkinetische Herzsyndrom Risiken für das Entstehen von Folgekrankheiten; auf das vom Senat seit Rentenanstellung bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung zu beurteilende Leistungsvermögen sind diese Risikofaktoren aber ohne Einfluss.

Darüber hinaus leidet der Kläger an einem Spannungskopfschmerz, der auf einen Schmerzmittelmissbrauch zurückgeführt wird. Dieser Gesundheitsstörung wird durch die Beschränkung der Einsatzfähigkeit auf körperlich leichte Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck und häufigen Publikumsverkehr sowie ohne Nachtschichten hinreichend Rechnung getragen.

Die unklare Gesichtsfeldeinschränkung, die organisch nicht erklärbar ist, führt zum Ausschluss besonderer Anforderungen an das räumliche Sehvermögen. Normalen Anforderungen an das Sehvermögen ist der Kläger gewachsen. Dies ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. K. vom 21. Dezember 1999, die ein volles Sehvermögen beidseits festgestellt hat.

Schließlich besteht beim Kläger eine somatoforme Störung (vom Prägnanztyp der Somatisierungsstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung). Die vom Kläger geklagten Beschwerden und Schmerzen sowie Leistungseinschränkungen werden durch die festgestellten organischen Befunde nicht gestützt. Hierauf haben die behandelnden Ärzte des Klägers, u.a. Dr. W. in ihrem Arztbrief vom 21. Januar 2002, hingewiesen. Auch Dr. B. hat die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung als gegeben erachtet, da auch nach seiner Einschätzung die Schmerzen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparates nicht vollständig durch die degenerativen Veränderungen erklärbar sind, ebenso wenig wie die weder optalmologisch und neurologisch sicher erklärbare zeitweise rechtsseitige Hemianopsie. Die Diagnose einer somatoformen Störung ist zudem sowohl in der MEDIAN Klinik F. im Entlassungsbericht vom 8. Oktober 2001, von Dr. S. in seinem Bericht vom 26. November 2002, im Gutachten von Dipl.-Med. F. vom 3. Februar 2003, in den Befundberichten von Dipl.-Med. M. vom 21. Januar 2005 und 19. Juli 2007 sowie in den Gutachten von Dr. D. vom 29. August 2005, von Dr. S. vom 3. Januar 2008 und im Gutachten von PD Dr. B. vom 19. Februar 2009 gestellt worden. Dr. D., Dr. S. und PD Dr. B. sind übereinstimmend der Auffassung, dass der Kläger körperliche Symptome überwertet und darüber hinausgehend Beschwerden und körperliche Einschränkungen vorgibt, um eine (nicht vorhandene) Leistungsunfähigkeit zu demonstrieren. Der Senat schließt dieser Einschätzung an. Diese Erkrankung schränkt das Leistungsvermögen des Klägers qualitativ ein. Ausgeschlossen sind Arbeiten mit häufigem Publikumsverkehr und mit besonderem Zeitdruck sowie Arbeiten, die mit dem Führen von Fahrzeugen und Maschinen und der Verantwortung für Menschen und Maschinen sowie mehr als geringen Anforderungen an Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit verbunden sind. Arbeiten in Nachtschichten sind ausgeschlossen. In quantitativer Hinsicht besteht zur Überzeugung des Senats ein mindestens sechstündiges tägliches Leistungsvermögen.

Der Senat folgt insoweit nicht der Beurteilung von Dr. B. in seinen Gutachten vom 23. Februar 2007 und vom 26. September 2009, nach welcher beim Kläger darüber hinaus ein hirnorganisches Psychosyndrom sowie eine Demenz vorliegen, die zu einem aufgehobenen Leistungsvermögen seit März 2003 geführt haben. Die Beurteilung durch Dr. B. ist für den Senat nicht nachvollziehbar, da dieser in erster Linie die vom Kläger angegebenen Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, die akustischen Halluzinationen, ein behauptetes Verfolgungs- und Bedrohungserleben, einen geschilderten Kontrollzwang sowie eine geklagte psychovegetative Symptomatik zugrunde gelegt hat. Die von ihm daraufhin durchgeführten Testverfahren hätten deutliche Merkfähigkeitsstörungen, eine leichte Störung des Auffassungsvermögens und der Konzentrationsfähigkeit gezeigt. Die behaupteten Beschwerden und die erhobenen Befunde seien schließlich durch die auf der MRT-Aufnahme vom 7. Februar 2007 erkennbare leichte frontotemporal betonte zerebrale Atrophie bestätigt. Darüber hinaus hat er jedoch ebenso wie die übrigen Gutachter das Auffassungsvermögen, den formalen Gedankengang, die Psychomotorik und den Antrieb als unauffällig beschrieben. Auch hat er in Übereinstimmung mit den anderen Verfahren zur Feststellung der Intelligenz einen IQ von 91 nachgewiesen. Ein Wert von unter 70, wie er mit der von ihm diagnostizierten Demenz verbunden sein müsste, haben weder er noch ein anderer Untersucher beim Kläger festgestellt.

Für den Senat ist demgegenüber die Einschätzung von PD Dr. B. nachvollziehbar, dass der Kläger hirnorganische Leistungseinschränkungen aggraviert und simuliert und sich so präsentiert, wie sich nach seinen – des Klägers – Vorstellungen ein Demenzerkrankter verhalten würde.

PD Dr. B. hat für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass der Kläger während der ausführlichen Exploration das jeweilige Ziel der vom Sachverständigen gestellten Fragen an ihn erkannt und dann bewusst jeweils knapp neben dem richtigen Ergebnis liegende Antworten gegeben hat. Dies erfordert eine hohe konzentrierte Belastbarkeit und steht der Annahme einer Demenzerkrankung entgegen. In Übereinstimmung mit PD Dr. B. haben auch bereits Dr. S. und Dr. D. auf erhebliche Aggravation und Simulation von Beschwerden hingewiesen und die Diagnose eines hirnrorganischen Psychosyndroms, wie sie bereits von Dr. H. aufgeworfen worden war, für nicht zutreffend erachtet. Auch Dr. H. hatte erhebliche Aggravation und Simulation von Beschwerden beschrieben. Vor diesem Hintergrund ist der Beurteilung von Dr. B. die Grundlage und Überzeugungskraft entzogen. Denn beim Kläger besteht ein ausgeprägtes Rentenbegehren. Seine angegebenen Beschwerden und behaupteten Einschränkungen vor diesem Hintergrund ungeprüft zugrunde zu legen, verbietet sich daher. Vielmehr hat eine kritische Überprüfung zu erfolgen, inwieweit diese mit den erhobenen Befunden in Übereinstimmung zu bringen sind. An einer solchen kritischen Prüfung fehlt es in beiden Gutachten von Dr. B. ... Insbesondere die Tatsache, dass die den Kläger langjährig behandelnde Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie keine Anhaltspunkte für eine Demenz und/oder ein hirnrorganisches Psychosyndrom gesehen hat, und die Beispiele von PD Dr. B., anhand derer dieser die Fähigkeit des Klägers aufgezeigt hat, Zusammenhänge gut zu verstehen und darauf ergebnisorientiert zu reagieren, hat er in keiner Weise gewürdigt. Auch mit den Argumenten gegen seine Beurteilung hat sich Dr. B. nicht auseinandergesetzt. PD Dr. B. hat für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass eine Demenzerkrankung, wenn sie von Dr. H. bereits zutreffend 2001 diagnostiziert worden wäre, zu einem weiteren Verfall des Klägers hätte führen müssen. Tatsächlich spiegelt die Testdiagnostik jedoch keine Verschlechterung wider. Auch haben Dr. D., Dr. S. und PD Dr. B. übereinstimmend die Auffassung vertreten, dass die MRT-Aufnahme vom 7. Februar 2007 keine relevanten Auffälligkeiten zeigt und ohne entsprechende klinische Befunde die Diagnose einer Demenz nicht stützen kann. Zur Überzeugung des Senats hat der Kläger deshalb nicht nachgewiesen, an einer seine Leistungsfähigkeit ausschließenden Demenz oder an einem mittelschweren hirnrorganischen Psychosyndrom zu leiden. Da der Kläger die für ihn günstigen Tatsachen zur Begründung des von ihm geltend gemachten Anspruchs zu beweisen hat, geht die Beweislosigkeit zu seinen Lasten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), Urteil 5. Mai 2009 – B 13 RJ 55/08 R – [FamRZ 2009,1667](#)-1670; Urteil vom 21. März 2006 – [B 5 RJ 27/05 R](#) – [SozR 4-2600 § 237 Nr. 10](#)).

Insoweit geht der Senat davon aus, dass der Kläger einfachen bis durchschnittlichen Anforderungen an geistige und mnestiche Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Auffassungsvermögen und Konzentrationsfähigkeit gewachsen ist, an ihn jedoch nur geringe Anforderungen an Zuverlässigkeit und Verantwortungsbewusstsein gestellt werden können.

Weitere Ermittlungen zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts hat der Senat nicht für notwendig erachtet. Insbesondere die Einholung eines orthopädischen oder internistischen Sachverständigengutachtens hat er angesichts der vorliegenden Behandlungs- und Befundberichte und der Einschätzungen der behandelnden Ärzte und Gutachter nicht für erforderlich gehalten.

Bei dem Kläger liegen deshalb auch keine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die trotz des mindestens sechstündigen Leistungsvermögens zur Verschlossenheit des allgemeinen Arbeitsmarktes führen würden. Die Beklagte war daher nicht verpflichtet, einen konkreten Arbeitsplatz zu benennen. Das Restleistungsvermögen des Klägers reicht vielmehr noch für zumindest leichte körperliche Verrichtungen im Wechsel der drei Körperhaltungen wie z.B. Zureichen, Abnehmen, leichte Reinigungsarbeiten ohne Zwangshaltungen, Kleben, Sortieren, Verpacken und Zusammensetzen von Teilen sowie Bürohilfsarbeiten aus (vgl. die Aufzählungen in dem Beschluss des Großen Senats des BSG vom 19. Dezember 1996 – [GS 2/95](#) –, SozR 3-2600 [§ 44 SGB VI](#) Nr. 8 = [BSGE 80, 24](#), 33f.). Insbesondere hat die somatoforme Störung bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung beim Senat noch nicht zu einer relevanten Einschränkung der geistigen oder mnesticen Fähigkeiten, wie sie bei solchen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes gefordert sind, geführt. Beim Aufbringen der zumutbaren Anstrengungsbereitschaft kann der Kläger sich innerhalb von drei Monaten auf eine ihm gesundheitlich zumutbare Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes ein- und umstellen und diese vollwertig verrichten. Der Senat schließt sich insoweit den überzeugenden Einschätzungen von PD Dr. B., Dr. S. und Dr. D. an.

Auch liegt im Falle des Klägers kein Seltenheits- oder Katalogfall vor, der zur Pflicht der Benennung eines konkreten Arbeitsplatzes führen würde (vgl. BSG, Großer Senat, a.a.O., Seite 35). Der Arbeitsmarkt gilt unter anderem als verschlossen, wenn einem Versicherten die so genannte Wegfähigkeit fehlt. Zur Erwerbsfähigkeit gehört auch das Vermögen, einen Arbeitsplatz aufsuchen zu können. Dabei ist nach der Rechtsprechung des BSG ein abstrakter Maßstab anzuwenden. Ein Katalogfall liegt nicht vor, soweit ein Versicherter täglich viermal Wegstrecken von knapp mehr als 500 Meter mit einem zumutbaren Zeitaufwand von bis zu 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten unter Berücksichtigung aller ihm zur Verfügung stehender Mobilitätshilfen benutzen kann. Dann gilt die Erwerbsfähigkeit als nicht in beachtlichem Maße einschränkt und die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit ist nicht erforderlich. Sind Arbeitsplätze auf andere Art als zu Fuß erreichbar, zum Beispiel mit dem eigenen Kraftfahrzeug bzw. mit einem Fahrrad, ist der Arbeitsmarkt ebenfalls nicht verschlossen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 – [13/5 RJ 73/90](#) – SozR 3-2200 [§ 1247 RVO](#) Nr. 10). Die Gehfähigkeit des Klägers ist nach übereinstimmender Beurteilung aller gehörten Ärzte nicht so wesentlich eingeschränkt, dass er die oben genannten Wegstrecken nicht zurücklegen könnte.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung auf gesicherter Rechtsgrundlage, ohne dass der Senat von einer Entscheidung der in [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) genannten Gerichte abweicht.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02