

## L 3 R 343/08

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 12 R 428/07  
Datum  
18.08.2008  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 3 R 343/08  
Datum  
25.03.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 13 R 135/10 B  
Datum  
10.05.2010  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze  
Erwerbsminderung

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI).

Der am ... 1966 geborene Kläger durchlief nach dem Abschluss der 10. Schulklasse vom 1. September 1981 bis zum 15. Juli 1984 eine Lehre zum Ausbaumaurer und erwarb den entsprechenden Facharbeiterbrief mit der Spezialisierungsrichtung "Mauerwerksarbeiten". Im Anschluss daran arbeitete er bis zum 8. Oktober 1985 in diesem Beruf, dann vom 14. Oktober 1985 bis zum 21. August 1990 als Maschinist und vom 3. September 1990 bis zum 31. Juli 1996 als Maschinen- und Anlagenfahrer. Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit vom 1. August 1996 bis zum 19. Juni 1997 war er erneut vom 22. Juni bis zum 8. November 1997 als Mitarbeiter in der Produktion beschäftigt. Er war bereits ab dem 16. September 1997 bis zum 15. März 1999 arbeitsunfähig und anschließend bis zum 18. Februar 2002 arbeitslos. Vom 19. Februar bis zum 31. Dezember 2002 war er für die ZAG Personaldienste-Garant GmbH als Mitarbeiter, Heizer, Schlosser, Pförtner, Gärtner und Maschinist versicherungspflichtig tätig. Der Kläger war dann erneut arbeitslos und bezog Leistungen der Arbeitsverwaltung. Vom 5. Mai 2003 bis zum 29. Februar 2004 war er geringfügig bei der HGW – Haus- und Grundstück GmbH W. – als Hausmeister beschäftigt. Seit dem 1. Januar 2005 erhält er Arbeitslosengeld II.

Ausweislich des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales H. vom 1. September 1998 ist bei dem Kläger ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 anerkannt.

Den Antrag des Klägers auf Bewilligung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit vom 25. Januar 1999 hatte die Beklagte bestandskräftig mit Bescheid vom 18. Mai 1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6. Oktober 1999 abgelehnt.

Den dem Berufungsverfahren zu Grunde liegenden Antrag auf Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung stellte der Kläger am 23. Mai 2006. Die Beklagte zog zunächst die im Rahmen des ersten Rentenanspruchs eingeholten medizinischen Unterlagen bei. In der Epikrise des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie des Sächsischen Krankenhauses A. vom 22. Juni 1998 über den stationären Aufenthalt des Klägers vom 16. September bis zum 22. Oktober 1997 wurde berichtet, die Einweisung des Klägers sei zum Ausschluss einer Multiplen Sklerose Erkrankung erfolgt. Trotz entsprechender Diagnostik habe sich kein Hinweis für die Ursache des polyneuropathischen Syndroms ergeben; am ehesten erscheine eine medikamentöstoxische Genese wahrscheinlich. Im Rahmen einer psychologischen Einzelbetreuung habe die Motivation des Klägers für eine stationäre Psychotherapie erreicht werden können. In der Epikrise derselben Einrichtung vom 25. Mai 1998 über die nachfolgende Teilnahme des Klägers an einer großen stationären tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie vom 27. Oktober 1997 bis zum 20. März 1998 wurden als Diagnosen eine Neurasthenie, eine anankastische Persönlichkeit und ein bekanntes polyneuropathisches Syndrom benannt. Ferner lag der Beklagten der Entlassungsbericht der Median Klinik II vom 25. Januar 1999 über die vom Kläger vom 1. November 1998 bis zum 12. Januar 1999 durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme vor. Als Diagnose wurde dort ein schweres neurasthenisches Syndrom mit ausgeprägten Somatisierungsstörungen berücksichtigt. Seinen Beruf als Maurer könne der Kläger nicht mehr ausüben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er vollschichtig einsetzbar, allerdings sollte er nur systematische Tätigkeiten ohne mentalen Stress, ohne hohe Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen und ohne schnelle Veränderungen verrichten.

Die Beklagte holte im streitgegenständlichen Rentenverfahren einen Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. W. vom 29. Mai 2006 ein. Diese führte als Diagnosen eine bekannte Neurasthenie, einen hypogonadotropen Hypogonadismus, eine Hypothyreose, ein chronisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen, einen Spannungskopfschmerz, eine arterielle Hypertonie, eine bekannte COPD und eine anankastische Persönlichkeit an und zeigte auf, dass der Kläger Allergiker sei, mit der Angabe einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit einem halben Jahr. Sie fügte mehrere medizinische Unterlagen bei. In dem Bericht des Zentrums für Innere Medizin der Martin-Luther-Universität H.-W. vom 2. Februar 2005 wurde als Diagnose ebenfalls ein hypogonadotroper Hypogonadismus benannt. Die Durchführung einer drei- bis vierwöchentlichen Injektion mit Testosteron sei erforderlich. Eine manifeste Hypothyreose habe nicht bestätigt werden können. In dem Arztbrief der Fachärztin für Innere Medizin Dr. S. vom 12. Mai 2005 benannte diese als Gesundheitsstörungen ein Asthma bronchiale, eine Pleuraschwarte und eine Herzinsuffizienz. In dem ebenfalls mit übersandten Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Miethwenz vom 2. Dezember 2005 verwies dieser auf die bereits bekannte depressiv neurasthenische Symptomatik bei zwanghafter Persönlichkeitsstruktur mit Ausprägung verschiedenlicher psychosomatischer Beschwerden. Die vom Kläger z. B. geschilderten Schmerzen der Arme seien radikal nicht erklärbar und sollten seines Erachtens auch bagatellisiert werden, da der Kläger dazu neige, immer wieder zu Ärzten zu gehen und sich etwas verschreiben zu lassen.

In dem dann von der Beklagten eingeholten Befundbericht des Herrn M. mit dem Eingangsdatum 22. August 2006 teilte dieser mit, im letzten Jahr hätten sich neben einer depressivneurasthenischen Symptomatik bei zwanghafter strukturierter Persönlichkeit und Ausprägung psychosomatischer Symptome auch Züge hypochondrischer Fehlhaltung sowie Verstimmungszustände, jedoch nicht eigentlich depressiv, gezeigt. Der Kläger neige dazu, Medikationen einzufordern; psychotherapeutischen Behandlungen stehe er ablehnend gegenüber. Herr M. diagnostizierte eine (zwanghafte, hypochondrische) Persönlichkeits- und Somatisierungsstörung.

Die Beklagte veranlasste sodann eine Begutachtung des Klägers durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Z. ... In seinem Gutachten vom 18. Dezember 2006 berichtete dieser, der Kläger habe einen vollen Aktenordner DIN A4 mit Unterlagen zur Untersuchung mitgebracht, u.a. mit der Auflistung von 30 behandelnden Ärzten. Bei dem Kläger (187 cm groß, 120 kg schwer) stünden sich diametral einerseits eine massive Beschwerdeschilderung und in besonderen Unterlagen festgehaltene übertriebene und so dargestellte Krankheitsbelege einem Status gegenüber, der weder im allgemein körperlichen noch im neurologischen oder psychischen Status Veränderungen von psycho- oder körperpathologischen Wert beinhalte. Anhaltspunkte für eine wirkliche Neurasthenie, ein Erschöpfungssyndrom nach einer einstündigen und genauen Exploration, ließen sich nicht erkennen und nachweisen. Der Hintergrund einer so genauen und so zwanghaft verfolgten Dokumentation der eigenen Befindlichkeit, der Medikamente (33) und der Anzahl von behandelnden Ärzten einschließlich der von diesen erhobenen Befunden sei auf eine anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung zurückzuführen. Insgesamt ergäben sich weder im Bereich der körperlichen Untersuchung noch im neurologischen oder psychopathologischen Status leistungseinschränkende krankhafte Befunde. Das Gesamtverhalten des Klägers müsse als artifizielle Störung mit dem Zweck der Rentenerzielung nach dem Eintreten der Arbeitslosigkeit 1990 aufgefasst werden. Man müsse davon ausgehen, dass der Kläger absichtlich körperliche und psychische Symptome oder Behinderungen regelrecht erzeuge, um damit eine allgemeine Leistungsminderung vorzutauschen. Dr. Z. führte als Diagnosen an:

Neurotische Neurasthenie. Multiple somatoforme Störungen. Hypochondrische Störung. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung. Artifizielle Störung.

Der Kläger könne die bisher während seines Arbeitslebens ausgeübten Tätigkeiten ohne Einschränkungen vollschichtig ausüben.

Mit Bescheid vom 31. Januar 2007 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab. Nach den ärztlichen Untersuchungsergebnissen sei die Erwerbsfähigkeit durch eine seelische Gesundheitsstörung beeinträchtigt. Der Kläger könne noch mindestens sechs Stunden je Arbeitstag (Fünf-Tage-Woche) unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein. Dagegen erhob der Kläger am 20. Februar 2007 Widerspruch und machte geltend, an erster Stelle leide er an den körperlichen Krankheiten, insbesondere an den Tag und Nacht bestehenden Schmerzen am gesamten Körper. Er verbringe mehr Zeit bei Ärzten und Therapien als zu Hause. Er sei halbtot und könne nicht arbeiten. Dr. Z. habe ihn im Übrigen nicht untersucht, sondern sich lediglich mit ihm eine dreiviertel Stunde unterhalten und dabei ein paar Mal in die Akte geschaut.

Die Beklagte beabsichtigte daraufhin, auf orthopädischem Fachgebiet vom Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie/Chirotherapie Dr. A. ein Gutachten einzuholen. Mit Schreiben vom 18. April 2007 bat dieser die Beklagte um Benennung eines anderen orthopädischen Gutachters, da der Kläger seit Jahren bei ihm in schmerztherapeutischer Behandlung sei; ein orthopädisches Krankheitssubstrat liege mit Sicherheit nicht vor.

Die Beklagte ließ sodann durch den Privatdozenten (PD) Dr. W., Chefarzt Orthopädie der Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Gynäkologie Eisenmoorbad Bad S., das orthopädische Gutachten vom 3. Mai 2007 erstatten. Der stark adipöse Kläger (Körpergröße 187 cm, Körpergewicht 123 kg) befinde sich in einem ausreichenden Allgemein- und Ernährungszustand. Er habe Schmerzen im gesamten Körper, in allen Gelenken, im Bereich der Wirbelsäule und auch in der Muskulatur angegeben. Bei der Untersuchung seien kein Klopf- und Druckschmerz über den Dornfortsätzen der Halswirbelsäule (HWS) und keine Verspannung der paravertebralen Muskulatur festzustellen gewesen. Die Trapeziusmuskulatur habe sich mäßig verspannt ohne Myogelosen gezeigt. Ein Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der Brustwirbelsäule (BWS) sei nicht zu verzeichnen, lediglich sei eine Druckschmerzhaftigkeit über den Dornfortsätzen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) und über den Facetten vorhanden gewesen. Die parathorakale Muskulatur habe sich kräftig, die paralumbale Muskulatur als insuffizient dargestellt. PD Dr. W. beschrieb die Bauchmuskulatur mit einem Kraftgrad von Janda III. Das Lasègue'sche Dehnungsphänomen sei beidseits negativ, das Zeichen nach Schober habe 10/15 cm, der Finger-Bodenabstand 30 cm betragen. Klinisch hätten weder Bewegungseinschränkungen der Gelenke noch motorische und sensible Ausfälle im Bereich der Arme und Beine bestanden. Die Rumpfmuskulatur habe sich insuffizient, die Arm- und Beinmuskulatur kräftig dargestellt. Es seien eine normale Verschwielung beider Hohlhände sowie eine kräftige Hohlhandmuskulatur feststellbar gewesen. Als Diagnosen benannte PD Dr. W. ein psychosomatisches Schmerzsyndrom und eine Adipositas. Aus orthopädischer Sicht ließen sich zurzeit keine Einschränkungen finden, die eine Erwerbsunfähigkeit begründen könnten. Der Kläger sei für eine mittelschwere körperliche Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juli 2007 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Bei dem Kläger liege ein Leistungsvermögen für sechs Stunden und mehr täglich für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne starken Zeitdruck (z.B. Akkord),

Gefährdung durch Stäube, Rauch, reizende Gase und Allergene, erhöhte Unfallgefahr (z.B. Absturzgefahr) sowie ohne höhere mentale Anforderungen (z.B. Umstellungsfähigkeit) vor. Als Diagnosen seien nunmehr berücksichtigt worden: seelische Gesundheitsstörung, Übergewicht, Bluthochdruck, Atemwegserkrankung, Schmerzsyndrom, Unterfunktion der Schilddrüse und Schwindel.

Hiergegen hat der Kläger am 15. August 2007 Klage bei dem Sozialgericht Dessau-Roßlau erhoben. Aufgrund seiner schweren körperlichen Beschwerden und anderen Krankheiten sowie seines seelischen Leidens könne er keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgehen. Nach den Aussagen seiner Ärzte müsste er schon längst Rentner sein. Da er jeweils zwei- bis dreimal pro Woche bei verschiedenen Ärzten und bei seiner Therapeutin sei, habe er keine Möglichkeit, einer vollschichtigen Arbeit nachzugehen. Er hat auf folgende Behandlungen verwiesen: orthopädische Behandlung wegen seiner verkrümmten Wirbelsäule, Becken, Schulter, Nacken usw., chronischer Schmerzen und Spannungskopfschmerzen; neurologische und psychiatrische Behandlung wegen seines rechten Armes und Kopfes (Nervenschädigung), starker Kopfschmerzen sowie psychischer und seelischer Schmerzen; urologische Behandlung wegen schwacher Blase und Hormonbehandlung; HNO-ärztliche Behandlung wegen Speicheldrüsenerkrankung, Entzündungen, Nasenoperation, Schilddrüsenlappen und Allergien; hautärztliche Behandlung wegen Hautausschlag, Pilzkrankung im Schritt, Hautkrebs (größere Leberflecke am ganzen Körper) und Haarausfall; internistische Behandlung wegen Bluthochdruck, Herz- und Schilddrüsenleiden, Schmerzen, Asthma bronchiale, Pleuraschwarte, Herzinsuffizienz und Zwerchfellhochstand; ambulante Schmerztherapie wegen der körperlichen Schmerzen und seelischen Betreuung; allgemeinmedizinische Behandlung wegen schlechter Blutwerte, Durchblutungsstörungen, Schweißausbrüchen bei geringster Belastung, starken Zitterns, Angstgefühlen, Beule ab und zu neben dem Kehlkopf, Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Muskelschmerzen, Wasser in den Beinen, Sehschwierigkeiten, Unterfunktion der Schilddrüse, chronischer Verstopfung und verkürzten rechten Rückenmuskels.

Ferner hat der Kläger eine Aufstellung von 30 verschiedenen Ärzten übersandt, bei denen er seit 1979 in Behandlung sei (Ärzte von zwölf verschiedenen Fachgebieten einschließlich psychologischer Psychotherapie sowie zehn Kliniken bzw. deren Fachambulanzen). Darüber hinaus hat er eine Epikrise der Inneren Klinik des Kreiskrankenhauses B./W. vom 27. Januar 2005 über den stationären Aufenthalt vom 5. bis zum 19. Januar 2005 vorgelegt. Danach sei die Aufnahme wegen multipler Beschwerden erfolgt; eine ausführliche Diagnostik sei durchgeführt worden. Laborchemisch habe sich eine latente Hypothyreose gezeigt. Bei dem Verdacht auf eine Hashimotothyreoiditis sei eine Schilddrüsenpunktion vorgenommen worden. Die Langzeit-EKG-Untersuchung, die Langzeitblutdruckmessung und die Echokardiographie hätten unauffällige Befunde ergeben. Die beim psychologischen Konsil am 17. Januar 2005 empfohlene tagesklinische Behandlung habe der Kläger abgelehnt; eine ambulante Psychotherapie solle fortgesetzt werden. In der ebenfalls vom Kläger vorgelegten Epikrise der Hals-Nasen-Ohren-Klinik des Kreiskrankenhauses B./W. vom 9. März 2005 über die stationären Behandlungen vom 17. bis zum 25. Februar 2005 und die nachstationären Untersuchungen vom 28. Februar und 2. März 2005 wird als Diagnose eine chronisch rezidivierende Sialadenitis der rechten Glandula submandibularis bei Verdacht auf Sialolithiasis angeführt. Am 14. Februar 2005 seien eine Duktusschlitzung des Drüsenausführungsganges der rechten Glandula submandibularis und am 21. Februar 2005 eine Sialadenektomie der rechten Glandula submandibularis durchgeführt worden. Die Fortführung der bestehenden Hausmedikation werde empfohlen.

Das Sozialgericht hat sodann Befund- und Behandlungsberichte eingeholt. Die Fachärztin für Anästhesiologie, Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin, Dipl.-Med. F. hat unter den 8. Januar 2008 als Diagnosen eine muskuläre Dysbalance, Spannungskopfschmerzen, Depressionen, eine Hypertonie, eine hypoplastische Hypothyreose, degenerative Wirbelsäulenveränderungen und eine Neurasthenie mitgeteilt. Zusätzlich seien urologische Probleme mit dem Verdacht auf eine Hormonstörung aufgetreten. Die durchschnittliche Schmerzstärke betrage 7-8 (VRS), maximal 9 (bei Belastung). Dipl.-Med. W. hat unter dem 1. März 2008 eher eine Verschlechterung des Zustandsbildes angegeben. Es handele sich trotz intensiver Therapie um einen multimorbiden Kläger. In einem beigelegten Arztbrief von vom 21. Dezember 2007 hat Dipl.-Med. F. darauf verwiesen, aufgrund der anamnestic lange bekannten psychischen Symptomatik und des insgesamt langen hoch chronifizierten Verlaufs der Schmerzerkrankung stelle sich die Behandlung als sehr schwierig dar. Mit der aktuellen Medikation habe eine Besserung über längere Zeit erreicht werden können; zurzeit stelle sich jedoch wieder eine Zunahme der Beschwerden ein. Eine stationäre schmerztherapeutische Behandlung in einer Schmerzambulanz sei empfehlenswert. Dipl.-Med. W. hat ferner Arztbriefe der Fachärztin für Innere Medizin Dr. S. vom 28. Dezember 2006, 17. Januar 2007, 10. September 2007 und 27. November 2007 übersandt. Als Diagnose wurde ein Asthma bronchiale mit dem Hinweis auf eine leichte Restriktion nach durchgeführter Bodyplethysmographie benannt. In den Arztbriefen der internistischen Gemeinschaftspraxis Dr. H. Dipl.-Med. J. vom 7. Juli 2007 und vom 11. Juli 2007 wird aus internistischer Sicht keine Befundprogredienz angegeben. Dr. A. hat in den ebenfalls vorgelegten Arztbriefen unter dem 10. Januar 2007 auf eine Occipitalneuralgie und unter dem 31. Mai 2007 auf ein Impingementsyndrom der rechten Schulter hingewiesen. Der Facharzt für Urologie Munteanu hat unter dem 24. August 2006 über eine Testosteronsubstitution bei hypogonaden Hypogonadismus berichtet. In dem Bericht der Klinik für HNO-Heilkunde des Kreiskrankenhauses B./W. vom 20. Juli 2006 wird als Diagnose der Verdacht auf einen Zustand nach Lymphadenitis Colli und ein Zustand nach Exstirpation der Glandula submandibularis rechts angeführt. Die Vorstellung des Klägers sei wegen einer erneuten Schwellung der rechten Regio submandibularis im Juni 2006 erfolgt. Zum Vorstellungszeitpunkt sei eine Schwellung des rechtsseitigen Halses nicht mehr feststellbar gewesen. Angesichts der insgesamt unauffälligen Untersuchungsbefunde sei derzeit ein abwartendes Verhalten gerechtfertigt. Herr M. hat schließlich in seinem Befundbericht vom 3. April 2008 eine leichte allgemeine Besserung aufgrund der Schmerztherapie angegeben und definitive neurologische Ausfälle verneint.

Im Verhandlungstermin vor dem Sozialgericht Dessau-Rosslau am 18. August 2008 haben sich die Beteiligten mit der Durchführung einer mündlichen Verhandlung statt des geladenen Termins zur Erörterung der Sach- und Rechtslage einverstanden erklärt.

Mit Urteil vom 18. August 2008 hat die 12. Kammer des Sozialgerichts Dessau-Roßlau in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern die Klage abgewiesen und zur Begründung angeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, da er weder voll noch teilweise erwerbsgemindert sei. Er sei unter Berücksichtigung des neurologisch-psychiatrischen Gutachtens von Dr. Z. vom 18. Dezember 2006 und des orthopädischen Gutachtens von PD Dr. W. vom 3. Mai 2007 nicht wesentlich leistungsgemindert. Abweichende Gesichtspunkte ergäben sich aus den Befundberichten der behandelnden Ärzte nicht. Da der Kläger ferner nach dem Stichtag 2. Januar 1961 geboren sei, seien die Voraussetzungen für eine Anwendbarkeit des [§ 240 SGB VI](#) nicht erfüllt.

Gegen das ihm am 29. August 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24. September 2008 beim Sozialgericht Dessau-Roßlau Berufung eingelegt, welches die Berufung an das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt weitergeleitet hat. Er hat um Überprüfung sämtlicher medizinischer Unterlagen gebeten.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 18. August 2008 und den Bescheid der Beklagten vom 31. Januar 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17. Juli 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab dem 01. Mai 2006 Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung abzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts und ihre angefochtenen Bescheide für zutreffend.

Der Kläger hat dem Senat die Epikrise der Klinik für Internistische Rheumatologie und Osteologie, Rheumaorthopädische Schmerztherapie des Johanniter-Krankenhauses in T., vom 15. Juli 2008 über seinen stationären Aufenthalt vom 23. Mai bis zum 7. Juni 2008 vorgelegt. Die stationäre Aufnahme sei bei der bekannten chronifizierten somatoformen Schmerzerkrankung mit Hauptbeschwerden im Wirbelsäulen- und Schulter-Nacken-Bereich mit ausgeprägten rezidivierenden Spannungskopfschmerzen erfolgt. Differential diagnostisch hätten entzündliche-rheumatologische Erkrankungen ausgeschlossen werden können. Radiologisch ergäben sich keine über das Altersmaß hinausgehenden degenerativen Veränderungen, die ursächlich für die Schmerzsymptomatik sein könnten. Aufgrund der umfangreichen Vordiagnostik und der aktuellen Befunde müsse von einer schweren somatoformen Schmerzerkrankung ausgegangen werden. Zusätzlich bestünden eine mittelgradige depressive Symptomatik sowie ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz bei einem deutlichen Schmerzmittelfehlgebrauch mit multiplen Analgetika und mehreren gleichzeitig eingenommenen Opiaten. Hinsichtlich der begleitenden internistischen Erkrankungen hätten sich keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt. Die Blutdruckwerte lägen unter Fortführung der ambulanten Medikation im Normbereich. Bei Schilddrüsenhormonsubstitution zeige sich eine Euthyreoese. Pulmonale Probleme des Klägers bestünden bei einem anamnestisch angegebenen Asthma bronchiale nicht.

Der Senat hat ferner Befund- und Behandlungsberichte von Dipl.-Med. F. vom 10. Dezember 2008, von der psychologischen Psychotherapeutin Dipl.-Psych. Litwin vom 18. Dezember 2008 und von Herrn Miethwenz vom 5. Februar 2009 eingeholt. Dipl.-Med. F. hat keine Befundänderung seit Dezember 2007 aufgezeigt und auf eine schmerztherapeutische Mitbehandlung zwei- bis dreimal pro Quartal verwiesen. Sie hat Einschränkungen des Klägers beim längeren Stehen und Sitzen, Konzentrations- und Koordinationsstörungen im Bereich der Hände, eine Depression mit Angststörung und eine zeitweise völlige Funktionsstörung bei starken Kopfschmerzen mit Schwindel beschrieben. Dipl.-Psych. Litwin hat von unterdurchschnittlichen kognitiven Leistungsvoraussetzungen, stark depressogenen Wahrnehmungen, einer Antriebsschwäche, einer depressiven Stimmungslage und einem sozialen Rückzug des Klägers berichtet und als Diagnosen eine Somatisierungsstörung, eine mittelgradige depressive Episode, eine Dysthymia und eine Adipositas angegeben. Seit Therapiebeginn am 29. Oktober 2008 habe der Kläger eine emotionale Entlastung sowie eine leichte Stimmungsaufhellung angegeben. Herr Miethwenz hat bei einer letztmaligen Vorstellung des Klägers am 27. November 2007 als vordergründig dessen Fehlhaltung zu den körperlichen Symptomen geschildert.

Der Senat hat sodann ein Gutachten von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie – und Chefarzt der Abteilung für Psychische Erkrankungen der Klinik Bosse W. Dr. S. vom 21. September 2009 erstatten lassen. Dieser hat berichtet, während der mehrstündigen Untersuchungen am 3. und 7. August 2009 habe der 127 kg schwere Kläger ruhig und gelöst auf einem Stuhl gesessen. Zur Beschwerdesymptomatik befragt, habe er auf die sich auf den gesamten Körper auswirkende Schmerzsymptomatik verwiesen. Mit der Einstellung, eigentlich keine psychische Störung zu haben, gehe er weiter zum Psychotherapeuten, da seine Ärzte ihn dazu anhielten. Ferner habe er zur Untersuchung wieder einen großen Aktenordner mit allen wesentlichen Papieren mitgebracht. Dr. S. hat berichtet, Konzentration und Aufmerksamkeit seien im Verlaufe der Exploration unauffällig gewesen. Es hätten teilweise Unsicherheiten bei genauen Datierungen, jedoch keine sicheren mnestischen Defizite im Kurz- oder Langzeitgedächtnis bestanden. Die Psychomotorik und auch die Auffassungs- und Umstellungsfähigkeit hätten sich unauffällig dargestellt. Es bestünden ein chronischer Medikamentenkonsum mit Missbrauchscharakter und eine Polypragmasie, woraus sich insgesamt ein Abhängigkeitsverhalten ableiten lasse. Der Kläger zeige verminderte Fähigkeiten zur konstruktiven Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte sowie eine ausgeprägte Somatisierungsneigung mit der Ablehnung eines psychogenetischen Krankheitsmodells. In Bezug auf das beobachtete klinische Verhalten erscheine eine Aggravation der Beschwerden durchaus wahrscheinlich. Bei der neurologischen Untersuchung habe der Kläger auf Befragen immer wieder angegeben, Schmerzen zu verspüren, bei der klinischen Prüfung jedoch an keiner Stelle Schmerzreaktionen, reaktive Verspannungen oder Gegenbewegungen gezeigt. Die Lebensgeschichte des Klägers und die erhobenen testpsychologischen Befunde wiesen darauf hin, dass dessen intellektuellen Voraussetzungen noch nicht im Bereich der Intelligenzminderung, eher im unteren Normbereich bzw. unterhalb der Norm anzusiedeln seien. Eine gegenwärtig bestehende depressive Störung habe im Verlaufe der Untersuchungen nicht nachgewiesen werden können.

Dr. S. hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung und eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch mit Hinweisen auf einen abhängigen Konsum als Gesundheitsstörungen mitgeteilt. Aus psychiatrischer-psychotherapeutischer Sicht könne der Kläger vollschichtig einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Er sei Arbeiten mit geistig einfachen Anforderungen und durchschnittlichen Anforderungen an mnestische Fähigkeiten wie Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit gewachsen.

Der Kläger hat sich mit dem Gutachten nicht einverstanden erklärt und sich dagegen gewandt, von Dr. S. wie auch von verschiedenen anderen Gutachtern als Simulant dargestellt zu werden. Seine Krankheiten seien sehr präsent. Seine behandelnden Ärzten hätten ihm im Nachgang nochmals die dem Senat vorliegenden Befunde bestätigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten, die Gegenstand der Beratung des Senats waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte den Rechtsstreit entscheiden, ohne eine mündliche Verhandlung durchzuführen, da sich die Beteiligten übereinstimmend

hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere fristgerecht am 24. September 2008 beim Sozialgericht Dessau-Roßlau eingelegt worden. Nach [§ 151 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) ist die Berufungsfrist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht schriftlich eingelegt wird.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau beruht nicht auf einem wesentlichen Verfahrensmangel. Das Sozialgericht hat nicht gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs nach [§ 62 SGG](#) verstoßen, indem es über die Klage mündlich verhandelt und entschieden hat, ohne den Kläger (ordnungsgemäß) zu der mündlichen Verhandlung laden. Denn die Beteiligten haben sich am 18. August 2008 mit der Durchführung einer mündlichen Verhandlung anstatt eines Erörterungstermins einverstanden erklärt.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, da dem Kläger weder ein Anspruch auf Bewilligung von Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung (dazu unter 1.) noch wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (dazu unter 2.) zusteht. Die ablehnenden Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger deshalb nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

1. Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 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 bei der Beklagten versichert und hatte zum Zeitpunkt der Antragstellung am 23. Mai 2006 die allgemeine Wartezeit nach [§ 50 Abs. 1 SGB VI](#) von fünf Jahren (60 Monaten) erfüllt. Ausweislich der in der Verwaltungsakte enthaltenen Wartezeitaufstellung lagen bis zu diesem Zeitpunkt 292 Monate mit Beitragszeiten vor. Im maßgeblichen Zeitraum von fünf Jahren vor dem Rentenantrag sind 56 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt, sodass auch die so genannte Drei-Fünftel-Belegung erfüllt ist.

Der Kläger ist weder teilweise noch voll erwerbsgemindert. Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbarer 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 absehbarer 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 unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein. Dabei geht der Senat vom folgenden Leistungsbild aus: Der Kläger ist noch in der Lage, körperlich mittelschwere Arbeiten sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten. Arbeiten mit Exposition von Stäuben, Rauch, Reizgasen und Allergenen sind zu meiden. Arbeiten mit einfachen geistigen Anforderungen sowie durchschnittlichen Anforderungen an mnestiche Fähigkeiten wie Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit sind noch möglich. Der Kläger verfügt über ein normales Seh- und Hörvermögen und es besteht eine volle Gebrauchsfähigkeit beider Hände.

Dieses Leistungsbild ergibt sich für den Senat aus den überzeugenden Feststellungen von Dr. S. in seinem Gutachten vom 21. September 2009, die im wesentlichen übereinstimmen mit den Befunden und Einschätzungen von Dr. Z. und PD Dr. W. in ihren Gutachten vom 3. Mai 2007 und vom 23. September 2008.

Der Kläger leidet vordergründig an einer somatoformen Schmerzstörung, einer Persönlichkeitsstörung und einer Störung durch multiplen Substanzgebrauch. Es besteht eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren körperlichen Befunden und der vom Kläger dargestellten körperlichen Beeinträchtigungen und geklagten Beschwerden. Dies haben übereinstimmend Dr. S. und Dr. Z. in ihren Gutachten vom 21. September und 18. Dezember 2006 sowie Herr Miethwenz in seinen Befundberichten vom 22. August 2006 und 5. Februar 2009 aufgezeigt. Dr. A. hat in seinem Schreiben vom 18. April 2007 ausdrücklich auf ein fehlendes orthopädisches Substrat für das Ausmaß der vom Kläger geschilderten Schmerzen verwiesen. Ferner bestehen beim Kläger Züge sowohl einer anankastischen als auch einer ängstlichen Persönlichkeit. Dr. Z. hat zudem eine artifizielle Störung mit dem Ziel der Rentengewährung als Diagnose angeführt, während Dr. S. bezüglich der Darstellung der körperlichen Beschwerden durch den Kläger ohne entsprechendes organisches Korrelat Aggravationstendenzen beschrieben hat. Beide Gutachter, Dr. Z. und Dr. S., stimmen jedenfalls in der Bewertung der damit verbundenen Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens des Klägers überein. Dieser Auffassung, wonach eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers nicht vorliegt, schließt sich der Senat an. Unter Berücksichtigung der Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet ist der Kläger auch in qualitativer Hinsicht nicht wesentlich eingeschränkt. Er ist in der Lage, Arbeiten mit mittelschweren geistigen Anforderungen sowie durchschnittlichen Anforderungen an mnestiche Fähigkeiten zu verrichten.

Auf orthopädischem Gebiet bestehen keine wesentlichen Erkrankungen. Weder Bewegungseinschränkungen der Gelenke noch motorische und sensible Ausfälle im Bereich der Arme und Beine ließen sich bei der Begutachtung bei PD Dr. W. feststellen. Auffällig war lediglich eine insuffiziente Rumpfmuskulatur. Diese steht der Verrichtung leichter und mittelschwerer Arbeit sechs Stunden und mehr täglich nicht entgegen.

Ferner liegen auf internistischem Gebiet ein Übergewicht, eine medikamentös gut eingestellte Bluthochdruckerkrankung sowie ein Asthma bronchiale mit einer nur leichten Restriktion der Lunge ohne Befundprogredienz seit der Rentenantragstellung am 23. Mai 2006 vor. Durch die Schilddrüsenpunktionen hat sich die Schilddrüsenentzündung zurückgebildet. Weiter besteht eine Unterfunktion der Schilddrüse, die medikamentös therapiert wird. Weitere Leistungseinschränkungen sind aus diesen Erkrankungen nicht abzuleiten.

Zudem leidet der Kläger auf urologischem Gebiet bei einem hypogonaden Hypogonadismus an einer Hormonstörung, die mit

Tetosteroninjektionen behandelt wird. Daraus resultieren keine Leistungseinschränkungen im Erwerbsleben.

Auch ergibt sich aus dem Zustand nach im Februar 2005 erfolgter operativer Entfernung der Glandula submanibularis rechts, einer der sechs großen Speicheldrüsen infolge einer chronisch rezidivierenden Sialadenitis, keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers. Die im Juni 2006 erneut aufgetretene Schwellung im Bereich der rechten Halsseite war bei der Vorstellung in der Klinik für HNO-Heilkunde des Kreiskrankenhauses B./W. nicht mehr nachweisbar. Bis auf die Fortführung der Medikation waren weitere Therapien medizinisch nicht erforderlich.

Bei dem Kläger liegt 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 mittelschwere 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 Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Dezember 1996 - [GS 2/95](#) -, SozR 3-2600 [§ 44 SGB VI](#) Nr. 8 = [BSGE 80, 24](#), 33f.). 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).

2. Ein Anspruch des Klägers auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) in der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung kommt nicht in Betracht, da der Kläger nicht vor dem 2. Januar 1961 geboren worden ist.

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