

L 2 R 3499/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 3348/03
Datum
26.04.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 R 3499/05
Datum
27.08.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. April 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am x.x.1968 geborene Kläger, der den Beruf eines Holztechnikers erlernte, war seit 5. Juli 1995 bei der US-Army als Tischlerhelfer beschäftigt (s. Entgeltbescheinigung der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion - Verteidigungslastenverwaltung K. vom 16. Juli 2001). Ab dem 5. Juni 2001 war der Kläger krankgeschrieben, ab dem 29. Mai 2002 arbeitslos gemeldet.

Am 8. Mai 2002 beantragte der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Aktenkundig war ein Entlassungsbericht der F.see Klinik B. B. vom 31. Januar 2002 auf Grund eines Heilverfahrens vom 19. Dezember 2001 bis 12. Januar 2002. Die behandelnden Ärzte gelangten zu einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit des Klägers für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung durch die Internistin G ... Im Gutachten vom 17. Dezember 2002 hielt sie den Kläger für fähig, leichte körperliche Tätigkeiten im Wechsel von Gehen, Sitzen, Stehen, ohne Zwangshaltung, häufiges Bücken, Klettern und Steigen, in trockener, normal temperierter Umgebung 6 Stunden am Tag zu verrichten. Da die chronischen Schmerzzustände eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit darstellten, empfahl sie ein Heilverfahren in der Klinik B. B. - Zentrum für Fibromyalgie -, die gleichzeitig eine orthopädische wie psychosomatische Behandlung anbiete. Das empfohlene Heilverfahren fand vom 20. Februar bis 13. März 2003 statt. Im Ärztlichen Entlassungsbericht vom 20. März 2003 gelangten die behandelnden Ärzte - in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Internistin Geer - zu der Auffassung, der Kläger könne leichte körperliche Tätigkeiten ohne lang anhaltende Wirbelsäulenzwangshaltung sowie ohne Exposition von Kälte, Zugluft und extrem schwankenden Temperaturen vollschichtig verrichten; im Formularblatt für die EDV wurde allerdings angegeben, die Leistungsfähigkeit betrage unter 3 Stunden. Hierauf veranlasste die Beklagte die Einholung einer sozialmedizinischen Stellungnahme. Internist Dr. S. untersuchte den Kläger und beurteilte ihn als vollschichtig leistungsfähig für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten; zu vermeiden seien lang anhaltende Wirbelsäulenzwangshaltung und Arbeiten in Kälte, Zugluft und unter stark schwankenden Temperaturen. Mit Bescheid vom 9. Juli 2003 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, da beim Kläger weder volle noch teilweise Erwerbsminderung vorliege. Der Widerspruch, den er mit seiner generalisierten und von den Gutachtern unzureichend gewürdigten Schmerzkrankheit begründete, blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 29. Oktober 2003). Am 2. Dezember 2003 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung sachverständiger Zeugenaussagen mit gutachtlichen Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Dres. H., K., K. und M ... Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. H. hat sich nicht in der Lage gesehen, eine Leistungsbeurteilung abzugeben; er hat über Vorstellungen bis 6. Oktober 2003 berichtet und eine Fibromyalgie sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Dr. Klaus, Anästhesist und Schmerztherapeut, hat ausgeführt, es seien starke körperliche Belastungen zu vermeiden. Er denke 8 Stunden seien nicht möglich, ggf. aber ein Arbeitsversuch von 4 bis 6 Stunden. Neurologe Dr. K. hat eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch 8 Stunden für möglich erachtet; zu vermeiden seien Tätigkeiten, die besondere Erfordernisse an Konzentration und psychische Belastbarkeit stellten, wie z. B. an gefährlichen Maschinen. Arzt für Allgemeinmedizin Dr. M. hat ausgesagt, dass der Kläger leichte körperliche Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen, Laufen, ohne häufiges Bücken und Heben von schweren Lasten und ohne Exposition gegenüber Nässe und Zugluft, zumindest halbschichtig ausüben könne. Das SG hat gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des PD Dr. H. vom 29. Dezember 2004 eingeholt, der eine somatoforme Schmerzstörung bei schwerer Fibromyalgie und Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms diagnostiziert hat. Der Beginn lasse sich nicht eindeutig angeben, jedoch scheine eine Generalisierung der Schmerzproblematik etwa Ende

des Jahres 2000 eingetreten zu sein. Es seien nur noch leichte körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von 3 bis max. 6 Stunden möglich; zu vermeiden seien monotone Haltung, häufiges Bücken, Treppensteigen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, Akkord-, Fließband- und Nachtarbeiten sowie Arbeiten unter Kälte, Stress und Zeitdruck. Als mögliche Berufsbilder kämen leichte Büroarbeiten oder Kontrolltätigkeiten, z. B. eine Pförtner Tätigkeit, in Betracht. Hierauf hat das SG von Amts wegen das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B., Zentrum für Psychiatrie W., vom 15. März 2005 eingeholt. Der Sachverständige hat ein leicht ausgeprägtes Wirbelsäulensyndrom ohne aktuelle Nervenwurzelreizsyndrome und ohne auf die Wirbelsäule beziehbare segmentale sensible oder motorische neurologische Defizite sowie eine Dysthymie diagnostiziert. Leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten seien dem Kläger vollschichtig zumutbar; schwere körperliche Arbeiten mit häufigem Bücken, Drehen, Wenden, in andauernder Zwangshaltung, häufige Über-Kopfarbeiten sowie Arbeiten in Kälte und Nässe (ohne entsprechende Schutzkleidung) seien zu vermeiden. Der Kläger ist dieser Beurteilung mit der Bescheinigung des Orthopäden Dr. A. vom 5. April 2005 entgegengetreten, nach der wegen nachgewiesenem Fibromyalgie-Syndrom/chronischem Schmerzsyndrom die Belastbarkeit/Arbeitsfähigkeit des Klägers auch für leichte Arbeiten unter 3 Stunden liege. Die Beklagte hat die beratungsärztlichen Stellungnahmen der Dr. Jöst vom 9. Juni 2004, 7. Februar und 7. April 2005 vorgelegt. Mit Urteil vom 26. April 2005 hat das SG die Klage, im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. B., abgewiesen.

Gegen das ihm am 25. Juli 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 23. August 2005 Berufung eingelegt und geltend gemacht, das SG hätte den Sachverhalt weiter aufklären müssen.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. April 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 9. Juli 2003 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 29. Oktober 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Mai 2002 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung ergänzender Stellungnahmen des PD Dr. H. vom 4. August und 14. September 2006. Darin hat der Sachverständige ausgeführt, in seinem Gutachten sei die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens irrtümlich mit 6 Stunden angegeben worden, es sei ein unter 6-stündiges Leistungsvermögen mit dem mitarbeitenden Dr. W. besprochen worden. Der Kläger simuliere nicht, er stehe unter einer Opiat-Therapie und sei deshalb sowohl in seinen kognitiven Fähigkeiten als auch in seiner Vigilanz beeinträchtigt. Eingeräumt werden müsse, dass es bei Krankheitsbildern wie der Fibromyalgie oder dem chronischen somatoformen Schmerzsyndrom durchaus möglich sei, den Arzt zu täuschen, was allerdings in der Regel ein medizinisches Fachwissen voraussetze, was beim Kläger nicht habe festgestellt werden können. Anschließend hat der Senat von Prof. Dr. F., Oberarzt der Abteilung psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik am Universitätsklinikum F., das Gutachten vom 21. November 2007 eingeholt. Prof. Dr. Fritzsche hat nach psychiatrisch-psychoomatischer und ergänzend testpsychologischer (ohne neurologische) Untersuchung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Dysthymia mit Somatisierung, einen Verdacht auf Opiat- sowie Nikotinabhängigkeit diagnostiziert. Der Kläger könne 3 bis unter 6 Stunden täglich leichte Tätigkeiten möglichst im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen verrichten; zu vermeiden seien schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten, Nachtschicht, Akkordarbeit, Arbeiten unter Zeitdruck, in monotoner Haltung und in häufiger Zwangshaltung, Arbeiten mit häufiger Über-Kopf-Haltung, häufigem Bücken, Drehen, Wenden, Treppensteigen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, in Kälte und Nässe sowie mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg. Anschließend hat der Senat die ergänzende gutachtliche Stellungnahme des Prof. Dr. B. vom 21. Februar 2008 eingeholt, der ausgeführt hat, dass sich aus den anschließenden Akten keine Änderung in seiner Beantwortung der Beweisfragen ergebe. Die Beklagte hat beratungsärztliche Stellungnahmen der Dres. L. und G. vom 15. Januar 2007 und 1. Februar 2008 vorgelegt.

Der Kläger hat den widerrufenen Vergleich vom 30. April 2008 fristgerecht widerrufen und die Einholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) bei Dr. Laser beantragt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die Berufung ist gem. [§ 153 SGG](#) statthaft, da die Beschränkung des [§ 144 SGG](#) nicht eingreift; sie ist gem. [§ 151 SGG](#) frist- und formgerecht eingelegt und insgesamt zulässig. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der streitgegenständliche Bescheid vom 9. Juli 2003 in Gestalt des Widerspruchbescheids vom 29. Oktober 2003 ist rechtmäßig. Der Kläger hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, da er nicht erwerbsgemindert ist.

Streitgegenstand ist der Bescheid vom 9. Juli 2003 in Gestalt des Widerspruchbescheids vom 29. Oktober 2003, mit dem die Beklagte die Gewährung der beantragten Rente wegen Erwerbsminderung abgelehnt hat.

Anspruchsgrundlage für den zutreffend im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) geltend gemachten Anspruch ist im Hinblick auf den im Mai 2002 gestellten Rentenantrag [§ 43](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung. Danach haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie 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. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (s. § 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 SGB VI). Demnach besteht bei einer 6-stündigen Leistungsfähigkeit täglich keine Erwerbsminderung (s. nur Kreikebohm § 43 SGB VI Rdnr. 1, 4; Kasseler-Kommentar § 43 SGB VI Rdnr. 61, 62).

Der Kläger hat zwar ausweislich des angefochtenen Bescheids die allgemeine Wartezeit und - bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenanstellung - die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Nach dem Gesamtergebnis der Beweismittlungen ist er doch weder teilweise noch voll erwerbsgemindert.

Der Kläger ist in seiner Leistungsfähigkeit durch Gesundheitsstörungen auf orthopädischem, internistischem, vor allem aber auf psychiatrischem Fachgebiet eingeschränkt. Orthopädischerseits besteht - wie sich aus dem Arztbrief des Orthopäden Dr. S. vom 5. November 2001 ergibt - eine chronische radiale Epicondylopathie beidseits. Eine Abklärung der Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich durch den Radiologen Dr. R. ergab im September 2001 nur eine äußerst flache Protrusion C5/6 und C6/7, aber keinen Bandscheibenvorfall und auch keinen Hinweis auf ein intraspinal tumoröses oder entzündliches Geschehen (s. Arztbrief Dr. Roy vom 6. September 2001). Im Rahmen der Untersuchung bei Internistin Geer hat diese eine Fehllagerung der Wirbelsäule infolge Beinlängendifferenz (bei Längenausgleich durch Schuheinlage) festgestellt. Eine wesentliche Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und der großen Gelenke hat die Gutachterin nicht beschrieben. Auch Prof. Dr. B. hat bei seiner neurologischen Untersuchung im Hinblick auf das leicht ausgeprägte Wirbelsäulen-Syndrom keine neurologischen Defizite gefunden (s. S. 40 des Gutachtens). Wesentliche darüber hinausgehende orthopädische Diagnosen ergibt auch der Arztbrief von Dr. Albert vom 16. August 2004 nicht. Auf internistischem Fachgebiet besteht nach dem Gutachten von Internistin G. ein mäßiges Übergewicht mit massiver Hypertriglyceridämie und mäßiger Hypercholesterinämie sowie ein enzympositiver Leberparenchymschaden. Nachweislich liegt beim Kläger keine entzündlich-rheumatische Erkrankung vor, wie von Dr. H. bereits im Oktober 2001 festgestellt und in seinem Arztbrief vom Oktober 2003 bestätigt worden ist. Die im Entlassungsbericht des Klinikums B. B. erwähnte Refluxkrankheit bei Hiatushernie ist medikamentös ausreichend kompensiert, Zeichen einer cardiopulmonalen Dekompensation haben sich nicht gefunden. Auf psychiatrischem Fachgebiet ist das Krankheitsbild des Klägers im Verlaufe des Verfahrens diagnostisch unterschiedlich beurteilt worden: Die Diagnose einer Fibromyalgie ist erstmals von den Ärzten der F.-Klinik gestellt worden (und im Weiteren von den behandelnden Ärzten - mit Ausnahme von Dr. K. (s.u.) übernommen worden), ohne dass dies anhand der erhobenen Befunde für den Senat nachvollziehbar ist, weil außer der Aufzählung von 27 Druckschmerzpunkten nicht dargelegt worden ist, welcher dieser Druckschmerzpunkte aus welchen Gründen, ggf. im Zusammenwirken mit druckschmerzhaften oder unauffälligen Kontrollpunkten, die gestellte Diagnose rechtfertigen. Anders als die Ärzte der Federsee-Klinik haben die des Klinikums B. B. keine Fibromyalgie, sondern eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und dies damit begründet, dass bei der Prüfung der tender points alle 18 geprüften tender points druckdolent waren, jedoch auch alle Kontrollpunkte und der gesamte Körper bei Berührung als druckschmerzhaft angegeben worden ist. Der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. F. stimmt hiermit überein und auch für den Sachverständigen PD Dr. H. hat die somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund seiner diagnostischen Überlegungen gestanden, worauf die gestellte Diagnose hinweist und was er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 4. August 2006 noch mal ausgeführt hat (S. 4 oben). Des Weiteren ist Dr. K., der zunächst die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms bejaht hatte (s. Arztbrief vom 6. Februar 2002), in Kenntnis der Beurteilung der Ärzte des Klinikums B. B. hiervon abgerückt, nachdem er bei einer eigenen Untersuchung auch festgestellt hatte, dass nicht nur Fibromyalgietenderpoints, sondern auch Kontrollpunkte positiv waren. Ebenso hatte Dr. S. bei seiner Nachuntersuchung im Mai 2003 Druckschmerzhaftigkeit am gesamten Körper, "völlig undifferenziert über allen Gelenken, Muskelbäuchen, stammnah und stammfern", beschrieben, weshalb auch er die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung für zutreffend erachtet hat. Demgegenüber hat Prof. Dr. B. beim Kläger eine Dysthymie diagnostiziert, wobei er allerdings - wie seine Ausführungen auf Seite 23 (unten)/24 (oben) seines Gutachtens zeigen - die diagnostischen Begriffe der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. der Dysthymie als kategorial gleichsinnige Diagnosen wertet, die zum Einen mehr auf die subjektiv erlebten körperlichen (somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgiesyndrom) und zum Andern auf die subjektiv erlebten psychischen (Dysthymie) Einschränkungen abstellt; zugleich hat er aber ein klinisch-relevantes Schmerzsyndrom jedweder (d.h. sowohl somatischer als auch psychogener) Genese - und damit auch ein sog. Fibromyalgie-Syndrom - ausgeschlossen und partielle Simulationstendenzen als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Zweckreaktion festgestellt. Der Senat lässt dahingestellt, welche der oben genannten diagnostischen Zuordnungen beim Krankheitsbild des Klägers letztendlich die zutreffende ist - so auch Dr. S. unter Bezugnahme auf den Arztbrief des Dr. Hartmann vom 10. April 2003 -, weil sich aus keiner der zuvor genannten Diagnosen zwangsläufig ein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen ergibt. Die Leistungsbeurteilung hat vielmehr anhand der erhobenen (körperlichen und seelischen) Befunde und der sich daraus ergebenden funktionellen Einschränkungen zu erfolgen.

Die beim Kläger erhobenen körperlichen Befunde rechtfertigen - wie Internistin G., die Ärzte des Klinikums B., die Beratungsärzte Dres. S., G. und L. und Prof. Dr. B. plausibel begründet haben - keine zeitliche Leistungseinschränkung. Der Kläger hat hinsichtlich seines Bewegungsapparates einen vollständig unauffälligen Eindruck gemacht, der Bewegungsablauf war flüssig, nur bei den Funktionsprüfungen gab er erhebliche Schmerzzustände in den Gelenken an. Relevante Funktionsstörungen am Achsenorgan konnten ebenso wenig erhoben werden wie an den Gelenken. Auch die Ärzte im Klinikum Bad Bocklet haben - bei Schmerzangabe des Klägers - eine in allen Ebenen und Etagen frei bewegliche Wirbelsäule, sowie ein normales, nicht wesentlich verspanntes Muskelrelief bei einem Fußbodenabstand (FBA) von 30 cm und eine insgesamt freie Beweglichkeit der großen Gelenke beschrieben. Bei der Untersuchung durch Dr. S. im Mai 2003 - also nach dem im Klinikum B. durchgeführten Heilverfahren - ist die Bewegungsfähigkeit des Rumpfes ebenfalls unauffällig, sogar objektiv leicht verbessert gewesen, die Muskulatur allseits weich und normal tonisiert; das Vorbeugen des Rumpfes gelang bis zu einem FBA von 0 cm bei unauffälligem Wiederaufrichten und unauffälliger Reklination und Lateroflexion des Rumpfes, ebenso ist die Bewegungsfähigkeit der Arme und Hände unauffällig gewesen. Der von PD Dr. H. erhobene körperliche Untersuchungsbefund hat zwar - als objektiven Befund - eine Bewegungseinschränkung im Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich angegeben, deren Umfang aber nur in Bezug auf einen FBA von 20 cm konkretisiert, sodass der Senat insoweit eine (rentenrechtlich) bedeutsame Einschränkung nicht feststellen kann. Objektivierbare neurologische Defizite haben sich schließlich auch bei der Untersuchung durch Prof. Dr. B. nicht gezeigt. Auch die dokumentierten seelischen Befunde rechtfertigen eine zeitliche Leistungseinschränkung des Klägers nicht. Die Ärzte der F.Klinik haben - soweit ersichtlich - einen psychischen Befund nicht erhoben. Internistin Geer hat den Kläger als vordergründig ausgeglichen, innerlich angespannt wirkend, überangepasst und ohne mnesticke Störungen beschrieben. Nach dem dokumentierten Befund (auf Grund des psychosomatischen Konsils am 25. März 2003) des Klinikums Bad Bocklet war der Kläger bewusstseinsklar, voll orientiert und kognitiv alters- und bildungsadäquat, im formalen und inhaltlichen Gedankengang unauffällig, affektiv freundlich, schwingungsfähig, aggressionsgehemmt, verdrängend und

rationalisierend, psychomotorisch ruhig bei unauffälligem Antrieb und mäßigem Leidensdruck. Krankheitseinsicht und Behandlungsfähigkeit waren bedingt gegeben. Dr. S. hat den Kläger als zu Zeit, Ort, Person und Situation orientiert, bewusstseinsklar, affektiv freundlich beschrieben, der im weiteren Gesprächsverlauf aber deutlich gehemmt und latent aggressiv, ansonsten aber psychomotorisch ruhig gewirkt hat. PD Dr. H. hat - ausgehend von seinem Fachgebiet der Inneren Medizin/Rheumatologie und Physikalischen Therapie - keinen psychischen Befund erhoben. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. B. war der Kläger stets bewusstseinsklar und hinsichtlich Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert, seine Wahrnehmung und Auffassung waren ebenso ungestört wie seine Gedächtnisleistungen und seine Antriebssituation; es hat weder eine Antriebshemmung noch eine -steigerung bestanden. Des Weiteren war sein Denkvermögen sowohl unter formalen als auch inhaltlichen Gesichtspunkten nicht eingeschränkt und schließlich war auch die affektive Modulationsfähigkeit (emotionale Schwingungsfähigkeit) voll erhalten. Anlässlich der Untersuchung bei Prof. Dr. F., der auf eine körperliche Untersuchung verzichtete, hat der Sachverständige - wie er auf S. 17 seines Gutachtens ausgeführt hat - keinerlei psychopathologische Auffälligkeiten hinsichtlich Bewusstsein, Orientierung und Wahrnehmung finden können, auch für eine kognitive Beeinträchtigung haben keinerlei Hinweise vorgelegen. Im Affekt erschien der Kläger ängstlich-depressiv bei vordergründig ausgeglichener Stimmungslage. Themenabhängig war für den Sachverständigen eine depressiv getönte Befindlichkeit erkennbar. Zusammenfassend hat der Sachverständige den Kläger als selbstunsichere Persönlichkeit beurteilt, der das nötige Selbstvertrauen fehlt, um erwünschte Veränderungen seiner Lebens- und Arbeitssituation durch eigene Anstrengung herbeizuführen, sodass ihm vorwiegend der Rückzug in die Krankheit bleibe. In Würdigung dieser dokumentierten psychischen Befunde vermag der Senat in Übereinstimmung mit Prof. Dr. B. und den Beratungsärzten Dr. G. und Dr. L. objektive Zeichen eines höheren Ausprägungsgrades der Schmerzerkrankung nicht festzustellen. Die von den Sachverständigen Prof. Dres. B. und F. geschilderte Tagesablauf des Klägers lässt - unter Berücksichtigung seines Bildungsniveaus - eine Einschränkung seiner Tagestrukturierung und seines allgemeinen und sozialen Interessenspektrums nicht erkennen. Er steht zwischen 6:30 Uhr und 9:00 Uhr auf, frühstückt und erledigt danach - zusammen mit seiner Frau - Hausarbeiten und Einkäufe. Er nimmt seine Arzttermine und krankengymnastische Anwendungen in Würzburg und Tauberbischofsheim wahr, erledigt auch Ämtergänge. Nach gemeinsamem Mittagessen macht er eine ein- bis dreistündige Pause, danach isst er etwas, kehrt die Straße oder gießt die Blumen; den Abend verbringt er in der Regel zu Hause mit seiner Frau beim Fernsehen oder er macht zusammen mit dieser Spaziergänge im Ort. Soziale Kontakte bestehen zu Nachbarn, zur Familie (Eltern, Cousine), zur Vermieterin und zu Bekannten von der Firma. Auch fährt er seine Frau mit dem Auto nach Würzburg oder Lauda, damit diese ihr Besuchsrecht bei ihren Kindern ausüben kann. In Würdigung dieser Angaben ist in Übereinstimmung mit den oben genannten Ärzten eine zeitliche Leistungseinschränkung anhand der dokumentierten somatischen und psychischen Befunde nicht zu begründen.

Damit folgt der Senat der Leistungsbeurteilung von PD Dr. H. und Prof. Dr. F. nicht. Die gutachtlichen Äußerungen des PD Dr. H. zum Leistungsvermögen des Klägers überzeugen nicht. Seine Leistungsbeurteilung basiert allein auf den vom Kläger (subjektiv) geklagten Schmerzen. Der Ausprägungsgrad dieser Schmerzen lässt sich aber nicht (exakt) messen, dass damit zuverlässig das berufliche Leistungsvermögen bestimmt werden könnte. Den gutachtlichen Ausführungen des PD Dr. H. mangelte es daher an einer nachvollziehbaren Begründung für die von ihm postulierte zeitliche Leistungseinschränkung. Soweit er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom August 2006 das eingeschränkte Leistungsvermögen des Klägers mit der Opiat-Therapie, unter der dieser stehe, und deshalb in seinen kognitiven Fähigkeiten und in seiner Vigilanz beeinträchtigt sei, begründet, ist darauf hinzuweisen, dass der von ihm erhobene Befund keine derartigen Einschränkungen dokumentiert. Damit ist die Beurteilung eines zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögens nicht plausibel aus dem vom Sachverständigen erhobenen Befund abzuleiten. Schließlich ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb PD Dr. H. meint, eine Täuschung durch den Kläger ausschließen zu können. Da der Sachverständige das Vorliegen eines Fibromyalgie-Syndroms auch dann annimmt, wenn alle Kontrollpunkte positiv sind und auch ubiquitär Druckschmerzen angegeben werden, ist nur ein geringes medizinisches Fachwissen vorauszusetzen, was der Kläger spätestens seit dem Heilverfahren in B. besitzen dürfte; jedenfalls hat schon Dr. S. darauf hingewiesen, dass der Kläger den Untersucher über das Krankheitsbild der Fibromyalgie aufgeklärt habe. Ebenso wenig vermochte der Senat der Leistungsbeurteilung durch Prof. Dr. F. folgen. Der Sachverständige hat neben der Erläuterung der Diagnose ausdrücklich festgestellt, dass die Schwere der angegebenen Schmerzen aus seiner Sicht einer schlüssigen Grundlage entbehre. Er hat deswegen und auf Grund des angegebenen Rentenwunsches eine Aggravation nicht auszuschließen vermocht; gleichwohl hat er in Beantwortung der Frage 2b ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen auf 3- bis unter 6-stündig attestiert, ohne die von ihm für möglich gehaltene Aggravation - auf die auch schon Dr. Stelzer hingewiesen hatte - in diesem Rahmen zu diskutieren und ohne überhaupt eine Begründung für die zeitliche Einschränkung zu geben. Dies wäre um so nötiger gewesen, als das Verhalten des Klägers im Zusammenhang mit der Begutachtung in Freiburg deutliche Hinweise dafür gegeben hat, dass man seine Angaben nicht unkritisch übernehmen kann. So hatte der Kläger vorgebracht, nicht zur Begutachtung nach Freiburg fahren zu können. Nachdem der Senat jedoch daran festgehalten und ihm die Übernahme von Übernachtungskosten zugesagt hatte, war es ihm offensichtlich doch möglich, an einem Tag die Hin- und Rückreise nach Freiburg sowie die Begutachtung durchzustehen. Da der Sachverständige in seinem Gutachten auch keinen psychischen Befund (s.o) oder - worauf Dr. G. in seiner Stellungnahme vom Februar 2008 zutreffend hingewiesen hat - funktionelle Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltagsleben dokumentiert hat, ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung von Prof. Dr. F. für den Senat nicht überzeugend.

Schließlich überzeugen auch die Leistungsbeurteilungen der behandelnden Ärzte, soweit sie ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen attestieren, nicht. Die von Dr. M. ist - wie die Beantwortung der Frage 5 zeigt - erkennbar nicht abschließend. Der Leistungsbeurteilung von Dr. Klaus, der noch 4 bis 6 Stunden für zumutbar gehalten hat, fehlt eine plausible Begründung. Dasselbe gilt für das Attest des Dr. A. vom 5. April 2005, zumal der Senat der Leistungsbeurteilung des PD Dr. H. nicht folgen konnte.

Der Senat würdigt daher das positive und negative Leistungsbild des Klägers in Übereinstimmung mit der Internistin G., den Ärzten der Federseeklinik und des Klinikums B. B. (die formularmäßige Leistungsbeurteilung in der Ausfertigung für die EDV ist offensichtlich falsch, da die Leistungsbeurteilung in der Epikrise ausführlicher ist, auch begründet wird und eine - dann richtige - Übereinstimmung mit dem Gutachten - von Internistin G. - festgestellt wird), Dr. S., Prof. Dr. B. und den Beratungsärzten Dres. G. und L. dahingehend, dass er mindestens 6 Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen ausüben kann; zu vermeiden sind monotone Haltungen, insbesondere Wirbelsäulezwangshaltungen und häufige Überkopfhaltungen, häufiges Bücken, Drehen, Wenden und Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, in Kälte und Nässe und mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und schließlich Arbeiten mit starker psychischer Belastung, wie Schicht- und Akkordarbeit. Mit diesem festgestellten Leistungsvermögen ist der Kläger nicht erwerbsgemindert.

Im Hinblick auf diese qualitativen Leistungseinschränkungen braucht dem Kläger auch keine konkrete Berufstätigkeit benannt zu werden,

was nach der Rechtsprechung erforderlich ist, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG SozR 2200 - § 1246 Nrn. 117, 136) oder der Arbeitsmarkt sonst praktisch verschlossen ist, etwa weil der Versicherte nicht mehr in der Lage ist, unter betriebsüblichen Bedingungen zu arbeiten oder seine Fähigkeit, einen Arbeitsplatz zu erreichen, aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist (BSG SozR 2200 - § 1246 Nrn. 137, 139). Keiner dieser Umstände ist hier gegeben. Die Einschränkung ohne häufiges Bücken/Drehen/Wenden und Treppensteigen, ohne einseitige/monotone Körperhaltungen (Wirbelsäulenzwangshaltungen/Überkopfarbeiten), ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg werden bereits vom Begriff "leichte körperliche Arbeiten" umfasst; die verbleibenden Einschränkungen (ohne starke psychische Belastung (Schicht- und Akkordarbeit, ohne Exposition von Kälte und Nässe) führen nicht zu einer zusätzlichen wesentlichen Einengung des für den Kläger in Betracht kommenden Arbeitsfeldes, weil leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht typischerweise unter derartigen Bedingungen ausgeübt werden.

Ein Anspruch des Klägers auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) kommt bei dem 1968 geborenen Kläger von vornherein nicht in Betracht.

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

Die gesetzliche Voraussetzung für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-10-12