

## L 10 R 4664/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 24 R 3681/08  
Datum  
04.08.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 10 R 4664/10  
Datum  
26.04.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.08.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente.

Die am 1954 geborene Klägerin ist k. Staatsangehörige und lebt seit dem Jahr 1976 in der Bundesrepublik Deutschland. Bis zum Wegfall ihres Arbeitsplatzes wegen einer Werkschließung im Jahr 2002 war sie 22 Jahre als Bestückerin von Leiterplatten und Löterin tätig. Nach einer vorübergehenden Beschäftigung in einer Auffanggesellschaft besteht seither Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit. Die Klägerin bewohnt zusammen mit ihrem Ehemann, der sich - nach ihren Angaben - mindestens seit Dezember 2007 im Vorruhestand befindetet, und ihrer erwachsenen Tochter, die einer geringfügigen Beschäftigung bei einem Steuerberater nachgeht, eine Mietwohnung.

Die Klägerin leidet an leicht altersübersteigenden Aufbraucherscheinungen am linken Schultergelenk mit belastungsabhängigen Beschwerden bei Abduktion und Hochrotation, an einem Halswirbelsäulensyndrom bei Zustand nach Dübelfusion C 5/6 (operative Eingriffe in den Jahren 1999 und 2002), an einem Lendenwirbelsäulensyndrom bei einem degenerativen Bandscheibenschaden L 4/5 und an einer Coxarthrose beidseits (so im Wesentlichen übereinstimmend die Gutachten von Dr. G. , Bl. M8 VA und Prof. Dr. Dr. H. , Bl. 162 SG-Akte). Wegen organisch nicht erklärbarer Schmerzen sowie psychischen Beschwerden, die sie unter anderem in Zusammenhang mit mehreren Fehlgeburten bringt, wird die Klägerin laufend unter den Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung bzw. Fibromyalgie und einer depressiven Störung behandelt, in den Jahren 2007, 2008, 2009 sowie 2011 mehrwöchig auch stationär im Rheumazentrum O. , in den Jahren 2009 bis 2011 zudem jährlich in der Akutklinik für Psychosomatik und Psychotherapie Dr. R. (nachfolgend Klinik Dr. R. ).

Den Rentenantrag der Klägerin vom November 2007 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 18.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.05.2008 ab. Die Klägerin könne noch leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig ohne langes Stehen und häufiges Bücken, Knien, Hocken und Überkopfarbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis max. 10 kg verrichten. Die Beklagte stützte sich auf die von ihr eingeholten Gutachten des Chirurgen Dr. G. und des Neurologen und Psychiaters Dr. H. (Untersuchungen jeweils am 20.12.2007). Dr. G. hielt die Wirbelsäulenveränderungen nur für mäßiggradig und schloss eine belangvolle Wurzel-reizsymptomatik aus. Die Hüftgelenksarthrose zeigte sich ihm in einem Anfangsstadium. Dr. H. sah ein Rentenbegehren bei angegebenen Ganzkörperschmerzen, Kopfschmerzen und Tinnitus. Er ging von einem aggravatorischen Verhalten der Klägerin aus. Die Klägerin habe zur Untersuchung Medikamentenschachteln mitgebracht, aus denen keine Tablette entnommen war. In der Serumspiegelkontrolle seien die angeblich genommenen Wirkstoffe nicht nachweisbar gewesen.

Deswegen hat die Klägerin am 21.05.2008 beim Sozialgericht Stuttgart Klage erhoben. Das Sozialgericht hat den behandelnden Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. , die Ärztin für Anästhesie Dr. St. und den Chefarzt im Rheumazentrum O. Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Dr. L. hat die Klägerin wegen einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Entwicklung sowie einer somatoformen Schmerzstörung im Sinne einer Fibromyalgie nur noch in der Lage erachtet, unter drei Stunden täglich zu arbeiten. Dr. St. hat keine Leistungsbeurteilung abgegeben. Dr. K. hat eine leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit wechselnder Körperhaltungen ggf. auch vollschichtig bzw. in reduzierter Arbeitsstundenzahl für möglich angesehen. Den von ihm vorgelegten Entlassungsbericht über den

stationären Aufenthalt der Klägerin im Mai 2008 hat Dr. H. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten schon wegen der Ausführung, die Klägerin sei wegen Schmerzen trotz regelmäßiger Einnahme der verordneten Medikation aufgenommen worden, angesichts der von Dr. H. durchgeführten Serumspiegelkontrolle nicht für schlüssig erachtet (Bl. 42 SG-Akte).

Ferner hat das Sozialgericht das nervenärztliche Gutachten des Chefarztes der Klinik für Sucht-therapie im Klinikum am W. und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. (Untersuchung am 09.01.2009) nebst ergänzender Stellungnahme sowie - auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) - das Gutachten des Arztes für Psychiatrie, Psychotherapie Dr. A. (Untersuchung am 21.04.2009) eingeholt. Dr. H. hat bei der Klägerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit subdepressiver Begleitkomponente diagnostiziert und das Vorliegen neurologischer Ausfallerscheinungen im Hinblick auf die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ausgeschlossen. Die Klägerin habe bei der Begutachtung deutliche demonstrative Tendenzen gezeigt. Diese seien besonders im Hinblick auf die beklagten kognitiven Leistungseinschränkungen, die sich bei Berücksichtigung des erhobenen Befundes in keiner Weise nachvollziehen ließen, augenfällig gewesen. Die Klägerin sei in der Lage, leichte Tätigkeiten (Lasten bis max. 10 kg) ohne gleichförmige Körperhaltung, Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Leitern, häufiges Bücken und Treppensteigen, Arbeiten in Kälte, im Freien, im Akkord oder in Wechselschicht bzw. unter Zeitdruck sowie ohne besondere Ansprüche an Auffassung und Konzentration sowie ohne erhöhte Verantwortung mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Dr. A. hat ein mittelschweres Residualsyndrom einer depressiven Störung, eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom diagnostiziert und ist von einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich ausgegangen.

Schließlich hat das SG noch das Gutachten des Chefarztes der Orthopädischen Abteilung der Fachkliniken H. Prof. Dr. Dr. H. eingeholt (Untersuchung am 09.11.2009). Dieser hat das Hals-wirbelsäulensyndrom und die Coxarthrose rechts für mäßiggradig, die Coxarthrose links für beginnend erachtet und hinsichtlich des Bandscheibenschadens an der Lendenwirbelsäule keine Hinweise für eine radikuläre Störung gesehen. Die Klägerin könne leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Lastgewichten bis zu 8 kg (Bl. 197 SG-Akte), Armhaltungen über-wiegend vor dem Körper bis maximal Augenhöhe, ohne häufiges kraftvolles Zupacken mit der Hand, mit wechselnder Körperhaltung bei einem Sitzanteil von etwa 50% vollschichtig verrichten. Demonstrative Tendenzen seien bei der Begutachtung nicht zu übersehen gewesen.

Ferner hat das Sozialgericht noch die Entlassungsberichte der Rheumaklinik O. zum stationären Aufenthalt im Mai/Juni 2009 sowie der Klinik Dr. R. über den stationären Aufenthalt im November/Dezember 2009 beigezogen. In der Klinik Dr. R. ist die Behandlung unter der Diagnose schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome erfolgt. Die Klägerin habe beim Abschlussgespräch lebendig und beweglicher gewirkt. Freude und Dankbarkeit seien deutlich geworden. Im Rahmen der neurologischen Konsiliaruntersuchung vom 02.12.2009 hat Dr. W. auf demonstrative Tendenzen hingewiesen. Er habe die Beschwerden nicht objektivieren können. Eine Jammerdepression sei augenfällig gewesen. Für den sozialmedizinischen Dienst der Beklagten hat sich Dr. E.-D. kritisch zu diesen Berichten geäußert.

Mit Urteil vom 04.08.2010 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Hinsichtlich der Gesundheitsstörungen auf dem orthopädischen Fachgebiet hat es sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Prof. Dr. Dr. H. gestützt. Im Übrigen ist es auf der Grundlage der Gutachten von Dr. H. und Prof. Dr. Dr. H. davon ausgegangen, dass die Klägerin an einer somatoformen Schmerzstörung im Rahmen einer leichtgradigen depressiven Verstimmung leidet. Sie sei zur Untersuchung bei Dr. H. gepflegt gekleidet, überpünktlich, bewusstseinsklar und allseits orientiert erschienen. Störungen der Konzentration, der Auffassung, des Durchhaltevermögens, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses hätten sich nicht gezeigt. Ihr formaler Gedankengang sei geordnet und nicht verlangsamt gewesen. Sie habe lebhaft und dynamisch bei lebendiger Psychomotorik ohne irgendeine Antriebsstörung berichtet. Ihre Stimmungslage sei dabei zwar wechselhaft und indifferent gewesen, wobei demonstrative Tendenzen nicht zu verkennen gewesen seien, insgesamt sei sie aber nicht mehr als gelegentlich leicht gedrückt bei immer wiederkehrender Auflockerung gewesen. Auch wenn Prof. Dr. Dr. H. nicht das psychiatrische Fachgebiet vertrete, habe er sich von der psychischen Präsenz der Klägerin zu überzeugen gehabt. Auch sein Hinweis auf nicht zu übersehende Demonstrationstendenzen sei zu berücksichtigen. Das Gutachten von Dr. A. hat das Sozialgericht nicht für nachvollziehbar erachtet. Seine Einschätzungen beruhten ersichtlich im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeschilderungen der Klägerin, die er nicht kritisch gewürdigt und überprüft habe. Auch die Diagnostik des Facharztes für Nervenheilkunde und Psychiatrie Dr. R. in dem Entlassungsbericht vom Dezember 2009 sei nicht nachvollziehbar. Wie er bei der Klägerin zu einer schweren depressiven Episode kommen könne, obwohl diese nur einen Tag vor der Klinikaufnahme von Prof. Dr. H. mit einem im Wesentlichen unauffälligen psychischen Befund begutachtet worden sei, sei unerfindlich. Unabhängig davon seien im Entlassungsbericht bei der Klägerin eine mediterrane Klagsamkeit und demonstrative Tendenzen erwähnt. Auch die Annahme einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Entwicklung durch den Neurologen und Psychiater Dr. L. überzeuge nicht. Er habe keine objektiv-klinischen Befunde mitgeteilt und seiner Einschätzung ersichtlich alleine die Beschwerdeschilderungen der Klägerin zu Grunde gelegt. Wegen der festgestellten Gesundheitsstörungen sei die Klägerin nicht mehr in der Lage, schwere und - jedenfalls dauerhaft - mittelschwere körperliche Arbeiten zu verrichten. Nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten in gleichförmiger und wirbelsäulenbelastender Körperhaltung, auf Leitern und Gerüsten, im Freien, auf unebenem Gelände, unter Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition sowie solche mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Vermieden werden sollten zudem Überkopfarbeiten, häufiges Bücken, Hocken, in die Knie gehen und Treppensteigen, Akkord- und Wechselschichtarbeiten, Arbeiten unter Zeitdruck, Arbeiten mit häufigem kraftvollen händischen Zupacken, Arbeiten mit besonderen Anforderungen an Konzentration, Auffassungsgabe und mit übersteigender geistiger Beanspruchung und Verantwortung. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit habe die Klägerin nicht beantragt, darüber sei daher nicht zu entscheiden. Allerdings liege auch keine Berufsunfähigkeit vor.

Gegen das ihr am 29.09.2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 01.10.2010 Berufung eingelegt.

Sie hat zunächst auf erneute stationäre Behandlungen in der Klinik Dr. R. im November/Dezember 2010 und Juni/Juli 2011 hingewiesen. Zu den jeweiligen Entlassungsberichten hat Dr. E.-D. für den sozialmedizinischen Dienst der Beklagten ausgeführt, die Klinik Dr. R. verlasse sich zu sehr auf die Beschwerdeschilderungen der Klägerin ohne sie zu objektivieren.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG hat der Senat Dr. A. ergänzend schriftlich befragt. Dieser hat mitgeteilt, die Entscheidung des Sozialgerichts sei mit dem Entlassungsbericht der Klinik Dr. R. über den stationären Aufenthalt im November/Dezember 2009 durchaus vereinbar. Nach dem Entlassungsbericht aus dem Jahr 2010 sei von einer Verschlechterung und damit von einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden auszugehen. Hierzu hat Dr. E.-D. eingewandt, Dr. A. nehme zu den Aggravationstendenzen, die unter anderem auch Dr.

W. im Entlassungsbericht aus dem Jahr 2009 beschrieben habe, keine Stellung.

Der Senat hat die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. W. mit der Erstellung eines weiteren nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. Bei einer ersten Untersuchung der Klägerin am 30.11.2011 hat diese eine undeutliche Aussprache, ein groteskes Gangbild und ein bizarres Verhalten gezeigt sowie während der Begutachtung uriniert. Prof. Dr. W. hat eine Blutprobe entnommen. Im Rahmen der zweiten Untersuchung am 02.12.2011 hat die Klägerin mitgeteilt, sich an die erste Untersuchung nicht zu erinnern. Prof. Dr. W. hat Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Angaben der Klägerin geäußert. Unter anderem hat sie darauf hingewiesen, dass nach dem von ihr erhobenen Medikamentenspiegel die Klägerin die Medikamente nicht wie angegeben nehme und Inkonsistenzen zwischen den Angaben der Klägerin bei der Begutachtung und dem Entlassungsbericht der kurz vor der Begutachtung durchgeführten stationären Behandlung im Rheumazentrum O. vorliegen würden. Als Diagnosen nannte sie "wahrscheinlich eine depressive Störung und möglicherweise dissoziative Anfälle". Ginge man vom Vorliegen dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen in einer entsprechenden Schwere aus, liege das Leistungsvermögen der Klägerin unter drei Stunden täglich, bei Nichtvorliegen könne die Klägerin mindestens sechs Stunden arbeiten.

Die Klägerin trägt im Übrigen vor, nach der Gutachtensliteratur (Widder, "Begutachtung in der Neurologie", 1. Aufl.) seien Verdeutlichungstendenzen in der Begutachtungssituation durchaus angemessen und sollten nicht mit Simulation und Aggravation gleichgestellt werden. Bei Ausländern aus dem Mittelmeerraum seien Aggravationstendenzen anders zu bewerten. Den von Prof. Dr. W. erhobenen Medikamentenspiegel hat sie unter Vorlage eines Attests von Dr. L. vom Januar 2012 zu den von ihm verschriebenen Medikamenten angezweifelt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.08.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 18.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.05.2008 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren, hilfsweise Prof. Dr. W. zu dem Thema der verschriebenen Medikamente von Amts wegen zu befragen, weiter hilfsweise Dr. L. von Amts wegen als sachverständigen Zeugen zu befragen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die getroffene Entscheidung für zutreffend.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144 SGG](#) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Das Einverständnis der Klägerin ist hierfür nicht erforderlich.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 18.01.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2008 soweit die Beklagte darin über die Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) entschied. Soweit die Beklagte in diesen Bescheiden zudem die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) ablehnte, hat die Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren zuletzt keinen entsprechenden Antrag gestellt. Das Sozialgericht hat dementsprechend hierüber - freilich unter dem zutreffenden Hinweis, dass eine solche Rente nicht in Betracht käme - auch nicht entschieden. Die Ablehnung der Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ist mithin bestandskräftig geworden. Folgerichtig verfolgt die Klägerin einen solchen Rentenanspruch im vorliegenden Berufungsverfahren auch nicht.

Das Sozialgericht hat unter Darstellung der zutreffenden Rechtsgrundlage ([§ 43 SGB VI](#)) und überzeugender Würdigung der Gutachten von Dr. H., Prof. Dr. Dr. H. und Dr. A. sowie unter Einbeziehung der Entlassungsberichte der Klinik Dr. R. sowie der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. L. überzeugend dargelegt, dass das Leistungsvermögen der Klägerin trotz der bei ihr bestehenden Aufbraucherscheinungen im linken Schultergelenk, dem Halswirbelsäulensyndrom nach Dübelfusion C 5/6, dem rezidivierenden lokalen Lendenwirbelsäulensyndrom bei einem degenerativen Bandscheibenschaden L 4/5 und der Coxarthrose beidseits sowie einer somatoformen Schmerzstörung im Rahmen einer leichtgradigen depressiven Verstimmung nicht auf ein rentenberechtigendes Ausmaß herabgesunken ist. Hinsichtlich der vom Sozialgericht im Einzelnen ausführlich dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen ist lediglich anzumerken, dass Prof. Dr. Dr. H. in der abschließenden Zusammenfassung das sicher zumutbare Heben und Tragen auf Lasten bis 8 kg eingeschränkt hat und wegen der Veränderungen an der linken Schulter noch Armhaltungen über Augenhöhe ausgeschlossen hat. Soweit das Sozialgericht durchaus in Übereinstimmung mit Ausführungen von Prof. Dr. Dr. H. zu den Auswirkungen der einzelnen Gesundheitsstörungen an anderer Stelle nur Lasten über 10 kg ausgeschlossen hat, folgt aus einem 2 kg geringeren Lastgewicht kein Rentenanspruch, so dass dahingestellt bleiben kann, ob Prof. Dr. Dr. H. in der zusammenfassenden Bewertung lediglich ein Schreibfehler unterlaufen ist. Auch aus einer zusätzlichen Einschränkung für Armhaltungen über Augenhöhe folgt kein Rentenanspruch. Im Übrigen nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen des Sozialgerichts Bezug und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zurück.

Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren und die im Berufungsverfahren neu gewonnenen medizinischen Erkenntnisse reichen nicht aus, um eine zeitliche Leistungseinschränkung auf unter sechs Stunden täglich mit hinreichender Sicherheit festzustellen. Da die Beweislast für das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung bei der Klägerin liegt, ergibt sich mithin keine Grundlage für die Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts.

Zwar hat Prof. Dr. W. in ihrem Gutachten die Diagnosen einer depressiven Störung und dissoziativer Anfälle gestellt und ausgeführt, dass die Klägerin bei Vorliegen dieser Diagnosen nur noch unter drei Stunden täglich leistungsfähig sei. Sie hat jedoch auf erhebliche Bedenken hinsichtlich der Glaubwürdigkeit der Angaben der Klägerin hingewiesen, die der Senat teilt, und deswegen ihre Diagnosestellung dahingehend eingeschränkt, dass nur mit Wahrscheinlichkeit von einer depressiven Störung und nur möglicherweise von dissoziativen Anfällen auszugehen und keine sichere Aussage zum Schweregrad möglich ist. Mithin kann nicht mit hinreichender Sicherheit vom Vorliegen der genannten Diagnosen, geschweige denn von einem bestimmten Schweregrad und damit auch nicht von der von Prof. Dr. W. in den Raum gestellten rentenrelevanten zeitlichen Leistungseinschränkung ausgegangen werden.

Der Senat verkennt nicht, dass das bizarre Verhalten der Klägerin im Rahmen des ersten Begutachtungstermin bei Prof. Dr. W. und die mehrmaligen stationären Aufenthalte im Rheumazentrum O. und in der Klinik Dr. R. durchaus auf eine gravierende Erkrankung hinweisen könnten. Davon kann sich der Senat indes nicht überzeugen, denn - mit Ausnahme der Ausführungen von Dr. A. - ziehen sich Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Beschwerdeangaben der Klägerin schon von Anbeginn des Rentenverfahrens durch sämtliche Gutachten. Auch seitens der behandelnden Klinik Dr. R. hat jedenfalls der tätig gewordene Neurologe Dr. W. - wie von Dr. E.-D. betont - auf demonstrative Tendenzen hingewiesen.

Prof. Dr. W. hat die von ihr geäußerten Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Klägerin nachvollziehbar aus Inkonsistenzen in der Zusammenschau der Beschwerdeschilderung, früheren Befunden und den von ihr erhobenen Befunden inklusive der Medikamentenblutspiegelbestimmung hergeleitet.

So hat die Sachverständige nachvollziehbar dargestellt, dass die Teilnahme an verschiedenen, kognitiv und physisch anspruchsvollen Therapieeinheiten, die die Klägerin wenige Wochen vor der Begutachtung am 30.11. bzw. 02.12.2011 im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 20.10. bis 03.11.2011 im Rheumazentrum O. bewältigt hat, dagegen spricht, dass die Einschränkungen so ausgeprägt sind, wie von der Klägerin bei der Begutachtung angegeben. Aus dem Entlassungsbericht des Rheumazentrums O. ergibt sich im Einzelnen, dass die Klägerin eine aktivierende Physiotherapie, Wassergymnastik, Tai-Chi, medizinische Trainingstherapie, Nordic Walking sowie Step-Aerobic durchgeführt und an einer interdisziplinären Gruppentherapie mit der Erlernung von Strategien zur Schmerzbewältigung und Techniken zur Entspannung teilgenommen hat. Dies spricht - so im Ergebnis Prof. Dr. W. - dagegen, dass die Klägerin, wie bei der Begutachtung behauptet, im Haushalt fast nichts mehr macht bzw. jedenfalls machen kann.

Die Beschwerdeangaben im Rahmen der stationären Behandlung im Rheumazentrum O. einerseits und bei der kurze Zeit danach erfolgten Begutachtung durch Prof. Dr. W. andererseits ergeben ebenfalls kein stimmiges Bild. Während im Entlassungsbericht des Rheumazentrums an erster Stelle eine Exacerbation von Ganzkörperbeschwerden genannt worden ist, hat die Klägerin gegenüber Prof. Dr. W. nicht über einen "Ganzkörperschmerz" geklagt (Bl. 94 LSG-Akte), vielmehr mitgeteilt, "am schlimmsten sei das Psychische" (Bl. 75 LSG-Akte). Entsprechendes gilt für den von Prof. Dr. W. im Rahmen des ersten Gutachtenstermin am 30.11.2011 für möglich erachteten dissoziativen Zustand. Soweit die Klägerin und ihr in ihrer Abwesenheit ergänzend befragte Ehemann im Wesentlichen hierzu ähnlich angegeben haben, solche Zustände seit über einem Jahr (die Klägerin) bzw. seit ein paar Monaten (ihr Ehemann) ca. zwei Mal pro Monat (die Klägerin) bzw. zuletzt zwei Wochen vor dem Untersuchungstag (ihr Ehemann) gehabt zu haben, ist - so Prof. Dr. W. - verwunderlich und auch aus Sicht des Senats in keiner Weise nachzuvollziehen, dass die Klägerin im Rahmen des 14-tägigen Aufenthalts im Rheumazentrum O. diese Zustände nicht einmal erwähnt hat. Daher ist es in der Tat, wie von Prof. Dr. W. dargestellt, eine gute Möglichkeit, dass der am 30.11.2011 gezeigte Zustand bewusstseinsnah war, also, dass die Klägerin etwas vorgespielt hat. Dagegen spricht nicht, dass der Ehemann berichtet hat, solche Zustände seien schon zuvor aufgetreten. Denn - so Prof. Dr. W. - häufig sollen diese z.B. im Zusammenhang mit Streitigkeiten zwischen den Eheleuten aufgetreten sein. In diesem Fall ist die willkürliche Behauptung, man könne sich gar nicht daran erinnern, was man gesagt hat, genau so wahrscheinlich wie die Auslösung eines dissoziativen Zustandes durch den Konflikt. So lässt sich aus nervenärztlicher Sicht nicht mit Sicherheit zwischen einem dissoziativen Zustand und der Vortäuschung eines "Anfalls" unterscheiden.

Schließlich hat die von Prof. Dr. W. veranlasste Medikamentenblutspiegelbestimmung nach der bereits von Dr. H. in Auftrag gegebenen Serumspiegelkontrolle zum zweiten Mal belegt, dass die Klägerin die angegebenen Medikamente nicht bzw. nicht im behaupteten Umfang einnimmt. Die insoweit von der Klägerin behauptete mögliche Verwechslung von Patienten hat Prof. Dr. W. in ihrer ergänzenden Stellungnahme mit Sicherheit ausgeschlossen. Auch der Senat geht von keiner Verwechslung der entnommenen Blutprobe aus. Zudem ist der Senat davon überzeugt, dass Prof. Dr. W. die Medikamentenanamnese sorgfältig zusammen mit der Klägerin erhoben hat und sich nicht, wie von ihrem Bevollmächtigten zuletzt behauptet, alleine auf einen von der Tochter erstellten Medikamentenplan verlassen hat. Prof. Dr. W. hat in der ergänzenden Stellungnahme nachvollziehbar dargelegt, dass sie den von der Klägerin mitgebrachten Medikamentenplan ausführlich betreffend jedes einzelne Medikament mit der Klägerin durchgesprochen hat. Dies ist durch den vorgelegten Medikamentenplan (Bl. 110 LSG-Akte), der zu den im Rahmen der Untersuchung von der Klägerin gemachten Angaben handschriftliche Ergänzungen von Prof. Dr. W. aufweist, hinreichend belegt. So hat es Prof. Dr. W. im Übrigen bereits in ihrem Hauptgutachten auf Seite 7 dargestellt. Wenn nun die Klägerin behauptet, in Wahrheit diese Medikamente nicht oder in anderer Dosierung genommen zu haben, ändert dies, wie Prof. Dr. W. zutreffend dargelegt hat, nichts daran, dass sie offensichtlich bezüglich ihrer Medikamenteneinnahme falsche Angaben gemacht hat. Dabei ist zu den überprüften Medikamenten anzumerken, dass die Medikamentenspiegelbestimmung zum Inhaltsstoff Pregabalin, die eine deutlich geringere Einnahme als angegeben erbracht hat, das Medikament mit dem Markennamen Lyrica betroffen hat, dessen Einnahme in der gegenüber Prof. Dr. W. angegebenen Dosierung auch seitens des Bevollmächtigten bestätigt worden ist. Soweit eine Medikation mit Doxepin im Medikamentenplan des Rheumazentrums O. vom November 2011 nicht erwähnt wird und Dr. L. im vorgelegten Attest vom Januar 2012 eine solche zum Zeitpunkt der gutachtlichen Untersuchung durch Prof. Dr. W. ausgeschlossen hat, bleibt es dabei, dass die Klägerin insoweit falsche Angaben gegenüber der Sachverständigen gemacht hat. Zur Medikation mit Metamizol, die die Klägerin nach der Begutachtung durch Prof. Dr. W. ebenfalls bestritten hat, ist hingegen festzuhalten, dass im Entlassungsbericht des Rheumazentrums O. wenige Wochen vor der Begutachtung diese Medikation unter der anderen Bezeichnung Novaminsulfon (s. Prof. Dr. W. Bl. 109 LSG-Akte) als aktuell angegeben worden ist. Es besteht daher kein Zweifel daran, dass die dort behandelnden Ärzte davon ausgegangen sind, dass die Klägerin dieses Medikament - so wie gegenüber Prof. Dr. W. auch angegeben - tatsächlich eingenommen hat, wie der von Prof. Dr. W. veranlasste Medikamentenspiegel ergeben hat, jedoch zu Unrecht.

Soweit die Klägerin beantragt hat, Prof. Dr. W. zu dem schriftlichen Attest von Dr. L. vom Januar 2012 ergänzend zu befragen, ist dieser Antrag abzulehnen. Prof. Dr. W. hat sich in ihrer ergänzenden Stellungnahme, wie sich aus dem angefügten Postskriptum ergibt, bereits mit diesem Attest befasst. Ihre zutreffende Bewertung, dass sich daraus allenfalls ergibt, dass die Klägerin ihr gegenüber falsche Angaben

gemacht hat, ist bereits dargestellt.

Im Hinblick auf die im Rahmen des Berufungsverfahrens vorgelegten Entlassungsberichte der Klinik Dr. R. hat Dr. E.-D. für den sozialmedizinischen Dienst der Beklagten überzeugend ausgeführt, dass sich die Klinik Dr. R. zu sehr auf die Beschwerdeschilderungen der Klägerin verlässt, ohne sie zu objektivieren. Angesichts der dargestellten Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Klägerin hätte jedoch Anlass bestanden, die Angaben der Klägerin kritisch zu hinterfragen.

Auch hinsichtlich der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. A. teilt der Senat die Auffassung von Dr. E.-D., dass sich dieser nicht hinreichend mit den Aggravationstendenzen der Klägerin auseinandergesetzt hat. Im Übrigen sind die Ausführungen von Dr. A. im erstinstanzlichen und zweitinstanzlichen Verfahren in sich nicht schlüssig. Soweit Dr. A. im Hinblick auf den Entlassungsbericht der Klinik Dr. R. aus dem Jahr 2010 von einer Verschlechterung und damit von einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden ausgegangen ist und die Entscheidung des Sozialgerichts mit dem Entlassungsbericht der Klinik Dr. R. über den stationären Aufenthalt im November/Dezember 2009 durchaus für vereinbar gehalten hat, steht dies im Widerspruch dazu, dass er bereits im erstinstanzlichen Verfahren von einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden ausgegangen ist.

Die Hinweise des Bevollmächtigten der Klägerin auf die Ausführungen in der Gutachtensliteratur zu Verdeutlichungstendenzen und zur Begutachtung von Ausländern aus dem Mittelmeerraum tragen nicht. In der vom Bevollmächtigten herangezogenen Literatur wird dargestellt, dass Verdeutlichungstendenzen in der Begutachtungssituation durchaus angemessen sind und nicht mit Simulation oder Aggravation gleichgesetzt werden sollten (Widder, Begutachtung in der Neurologie, 1. Auflage, S. 296). Diese Aussage ist ohne Zweifel zutreffend. Im vorliegenden Fall haben jedoch Dr. H. ("Rentenbegehren"), Dr. H. ("deutliche demonstrative Tendenzen"), Prof. Dr. Dr. H. ("demonstrative Tendenzen nicht zu übersehen") und Dr. W. ("durch demonstrative Tendenzen erschwerte objektive Befunderhebung") Verhaltensweisen beschrieben, die klar über Verdeutlichungstendenzen hinaus gehen und zumindest dem Bereich der Aggravation zuzuordnen sind. Nichts anderes ergibt sich aus den von Prof. Dr. W. aufgezeigten und bereits dargestellten Anhaltspunkten für erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Klägerin. In diesem Zusammenhang geht es auch nicht um die vom Bevollmächtigten herangezogenen Ausführungen in der Gutachtensliteratur zu Schmerzbegutachtungen bei Ausländern (a.a.O.). Soweit dort ausgeführt ist, ein anderes Krankheits- und Schmerzverständnis könne erheblichen Einfluss auf die Bereitschaft zur "Willensanspannung" haben, mag dies ebenfalls zutreffen. Doch auch hier ist eine Grenze überschritten, wenn - wie bereits dargestellt - das Vorbringen des Betroffenen von erheblichen Inkonsistenzen und nicht nachvollziehbaren bis hin zu falschen Angaben geprägt ist.

Soweit die Klägerin zuletzt noch die Befragung von Dr. L. als sachverständigen Zeugen beantragt hat, ist auch dieser Antrag abzulehnen. Dr. L. ist bereits vom Sozialgericht als sachverständiger Zeuge befragt worden. Es sind keine Gründe ersichtlich, weswegen er erneut befragt werden sollte. Auch die Klägerin hat kein Beweisthema mitgeteilt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-05-07