

**L 9 R 2334/09**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 R 3423/06  
Datum  
30.03.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 9 R 2334/09  
Datum  
11.09.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30. März 2009 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger 1/3 seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die (Weiter)Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung bereits ab 1. März 2006, nachdem die Beklagte inzwischen einen Anspruch auf eine solche Rente auf Zeit ab 1. August 2011 bis 28. Februar 2014 anerkannt und er dieses Anerkenntnis angenommen hat.

Der 1959 geborene Kläger, ein türkischer Staatsangehöriger, der keine Berufsausbildung absolviert hat, war im Zeitraum von Februar 1974 bis April 2002 - mit Unterbrechungen - als Arbeiter im Textil- und Kunststoffbereich rentenversicherungspflichtig beschäftigt. Danach war er arbeitslos und schließlich wegen eines Bandscheibenvorfalles (BSV) arbeitsunfähig.

Aus einem stationären Heilverfahren (Diagnosen [D]: ausgeprägte Somatisierungsstörung, degeneratives Lumbalsyndrom, spondylogenes LWS-Syndrom bei Bandscheibenprolaps L4/5 und Adipositas) in der Breisgau-Klinik (29. Oktober bis 19. November 2002) wurde der Kläger gemäß dem Entlassungsbericht im Hinblick auf eine psychische Störung als unter drei Stunden leistungsfähig entlassen, wobei nach Überwindung dieser Störung Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bis mittelschwerer Art mit qualitativen Einschränkungen verrichtet werden könnten. Auf Grund dessen gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 19. Februar 2003 Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 1. März 2003 bis 28. Februar 2006.

Den Antrag des Klägers vom 4. August 2005 auf Weitergewährung der Rente lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23. Dezember 2005 und Widerspruchsbescheid vom 31. August 2006 ab. Der Kläger könne leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich verrichten und sei auf Grund der zuletzt ausgeübten versicherungspflichtigen Beschäftigung auf alle ungelerten Tätigkeiten verweisbar.

Grundlagen der Entscheidung waren neben Berichten behandelnder Ärzte nach Untersuchungen erstellte Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Z. vom 13. Dezember 2005 (der erhobene psychische Befund kontrastiere ausgesprochen mit den angegebenen Beschwerden, ebenso Gangbild und Kraftprüfung mit dem Verhalten, das der Kläger gezeigt habe, als er sich ungesehen gewöhnt habe; D: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Rentenneurose, NPP L4/5; leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit zeitweiligem Stehen, Gehen und Sitzen ohne Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten sowie Zwangshaltungen und häufigem Bücken seien sechs Stunden und mehr möglich;) sowie des Allgemein- und Sozialmediziners Dr. P. vom 21. Dezember 2005 (D: Verschleißerscheinungen der WS in Höhe L4/5 mit BSV L4/5 und L5/S1 mit Somatisierungsstörung; leichte Tätigkeiten, zeitweise im Stehen und Gehen oder mit ständigem Sitzen - ohne Heben, Tragen oder Bewegen schwerer Lasten sowie Zwangshaltungen und häufiges Bücken - seien sechs Stunden und mehr arbeitstäglich möglich). Weitere Grundlage war ein Gutachten des Nervenarztes Dr. W. vom 8. Juni 2006 (massive Simulation und Aggravation von verschiedenen Beschwerden wie Demonstration erheblicher Atembeschwerden und massiver krampfartiger Schmerzen im linken Bein, mühevolleres Ausziehen von Hose, Hemd und Schuhen einerseits sowie relativ ruhiges und rasches Anziehen ohne hörbare Atembehinderung, nachdem der Untersucher das Zimmer verlassen hat, kräftig entwickelte Muskulatur, keine auffällige Einschränkung der Beweglichkeit objektivierbar; D: knöcherne Forameneinengung L4/5 links auf degenerativer Basis mit möglicher leichter Wurzelschädigung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, massive Simulation und Aggravation; mittelschwere Tätigkeiten zeitweise im Stehen, Gehen oder

Sitzen - ohne schweres Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel und Tätigkeiten in ständig einseitiger oder gebückter Haltung - seien sechs Stunden und mehr möglich) sowie die Stellungnahme der Internistin Dr. M. vom 14. Juli 2006 (keine das Leistungsvermögen relevant beeinträchtigende Erkrankung, aber deutliches Aggravations- und Demonstrationsverhalten bei Rentenwunsch).

Wegen der die Gewährung von Rente ablehnenden Entscheidungen hat der Kläger am 15. September 2005 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben und die Weitergewährung der Rente auf Zeit begehrt. Er hat im Wesentlichen geltend gemacht, er sei wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden, einer Depression und Atemwegbeschwerden in seinem Leistungsvermögen gemindert. Hierzu hat er u.a. ärztliche Berichte aus der Zeit von Januar 2007 bis Februar 2009 vorgelegt.

Das SG hat zunächst behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Über die von ihnen erhobenen Befunde haben der Neurochirurg Dr. Hahn am 7. November 2006 (persistierendes Schmerzsyndrom, die für die Beurteilung des Leistungsvermögens maßgebenden Leiden lägen auf orthopädischem Gebiet), der Allgemeinmediziner Dr. B. am 16. November 2006 unter Beifügung von Arztbriefen (die für das Leistungsvermögen relevanten Gesundheitsstörungen lägen maßgeblich auf orthopädischem Gebiet) sowie der Neurologe und Psychiater Dr. Reimann am 5. Dezember 2006 berichtet.

Das SG hat Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W. sowie - auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) - des Neurochirurgen Prof. Dr. R. (und dessen ergänzende Stellungnahme auf Einwände des Klägers) und des Internisten und Rheumatologen Dr. M. eingeholt.

Dr. W. hat im Gutachten vom 26. März 2007 nach der Untersuchung vom 21. März 2007 ausgeführt, der Kläger habe eine athletische Konstitution und zeige demonstrativ wirkende Schmerzäußerungen, wirke aber nicht depressiv. Er habe einen hochgradigen Aggravierungseindruck bei undefinierbarer Bewusstseinsnähe gewonnen. Beim Kläger bestünden leicht- bis mäßiggradige BS-Veränderungen der LWS. Die starken Schmerzangaben seien durch objektivierbare Befunde nicht zu begründen. Es bestehe eine inzwischen hochgradige Chronifizierung mit Einfluss einer somatoformen Schmerzstörung. Unter Berücksichtigung der Leiden könne der Kläger leichte Arbeiten mit - näher beschriebenen - qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten, viermal 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand zurücklegen und benötige keine unüblichen Arbeitspausen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das schriftliche Gutachten verwiesen.

Prof. Dr. R. hat im Gutachten vom 6. August 2007, das Assistenzärztin L. mitunterzeichnet hat, ausgeführt, der Kläger berichte u.a. über Lumboischialgien und nächtliche Krämpfe. Spazieren gehen sei über 600 m möglich. Der Kläger sei bewusstseinsklar und zeige keine Denkstörungen. Bei der Untersuchung habe er einen schmerzverzerrten Gesichtsausdruck mit lautstarken Äußerungen über massive Schmerzen gezeigt. Es bestünden Lumboischialgien, bezüglich derer eine Operation zu empfehlen sei, eine depressive Verstimmung, Beschwerden an der Nasenscheidewand und ein Asthma bronchiale. Die angegebenen Schmerzen seien bei dem objektiven Befund nicht vollständig plausibel. Körperlich wenig belastende Arbeiten mit der Möglichkeit des Positionswechsels und des Einlegens von Pausen sowie Vermeidung von Zwangshaltungen - ohne Heben und Tragen oder Bewegen von Lasten über 5 kg ohne Hilfsmittel, überwiegendes Gehen und Stehen, häufiges Bücken, Einflüsse von Kälte, Hitze, Nässe und Zugluft - seien möglich und der Kläger könne auch viermal 500 m arbeitstäglich mit zumutbarem Zeitaufwand zurücklegen. Die üblichen Arbeitspausen seien ausreichend und der Kläger könne entsprechende Tätigkeiten mindestens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten. Eine ambulante Therapie sei neben einer beruflichen Tätigkeit möglich. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Oktober 2007 auf Einwände des Klägers hat Prof. Dr. R. eingeräumt, er habe diesen wegen einer akuten Notsituation nicht persönlich untersucht, aber alle Befunde ausgewertet. Er sei auch bereit, den Kläger "kostenneutral" selbst nochmals zu untersuchen. Bei diesem sei eine erhebliche Aggravationstendenz erkennbar. Es bestehe ein Leistungsvermögen von sechs Stunden, wobei nach klinischer Erfahrung auch eine Besserung durch eine Operation zu erwarten sei. Eine Untersuchung hat der Kläger dann abgelehnt.

Dr. M. hat im internistisch-rheumatologischen Fachgutachten und Schmerzgutachten vom 22. Januar 2008 nach Untersuchung des Klägers und unter Auswertung auch der von diesem ausgefüllten Schmerzfragebögen konstatiert, der Kläger, der deutlich depressiv wirke und eine normal kräftig ausgeprägte Muskulatur ohne Anhalt für eine isolierte oder generalisierte Atrophie großer oder kleiner Muskelgruppen aufweise, sei zwar schmerzorientiert, doch sei wegen kohärenter und konsistenter Angaben keine Aggravation zu attestieren. Die Schmerzangaben erschienen ihm eindeutig glaubwürdig. Es liege eine jetzt medikamentös gut eingestellte Bluthochdruckerkrankung vor und bestehe anamnestisch eine rezidivierende Bronchopneumonie bei aktuell unauffälligem Befund. Eine entzündliche rheumatische Erkrankung sei internistisch nicht zu diagnostizieren. Außerhalb einer chronifizierten Schmerzzerkrankung bestehe eine wirbelsäulenbezogene Symptomatik im Sinne einer BS-Symptomatik im Segment L4 bis L5 links. Letztendlich liege aus Sicht der kombinierten Fachgebiete der speziellen Schmerztherapie und der internistischen Rheumatologie eine chronische Schmerzzerkrankung vor, die der klassischen somatisch betonten Form einer Fibromyalgie entspreche. Bei allen Erkrankungen handle es sich nicht um primär psychische Erkrankungen und Störungen, wenngleich die seelische Situation bei chronischen Schmerzpatienten immer eine erhebliche Rolle spiele. Im Hinblick auf die Auswertung der Fragebögen und die Beobachtung des Klägers sowie die Reproduzierbarkeit der Schmerzsymptomatik und die daraus resultierenden Funktionseinbußen im Bereich der WS könne man eigentlich in keiner Weise von einem Simulations- oder Aggravationsverhalten ausgehen. Unter Berücksichtigung - näher dargelegter - qualitativer Einschränkungen könne der Kläger leichte Tätigkeiten vorwiegend aus schmerztherapeutischen Erwägungen nicht mehr als fünf Stunden pro Arbeitstag verrichten. Mit Verwendung einer Gehstütze könne eine Strecke von 500 m arbeitstäglich auch viermal in etwa 20 Minuten zurückgelegt werden. Bei Beachtung der genannten Einschränkungen seien zusätzliche Arbeitspausen über betriebsübliche hinaus nicht erforderlich. Das Vollbild der chronischen Schmerzzerkrankung liege seit 2005 vor. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Juni 2008 auf Einwände in der von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme der Dr. H. vom 2. Mai 2008 hat Dr. M. u. a. ausgeführt, entgegen Einschätzungen von Vorgutachtern habe er nicht den Eindruck einer Aggravation gehabt. Chronische Schmerzen führten auch nicht zu einer Verminderung der Muskulatur. Eine kräftige Muskulatur und Gebrauchsspuren an Händen belegten aus schmerztherapeutischer Sicht nicht, dass das Leistungsvermögen nicht eingeschränkt sei. Beim Vergleich der Fragebögen könne er keine Aggravations- oder Simulationstendenz erkennen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, eine rentenberechtigende Leistungsminderung sei nicht nachgewiesen, sowie Stellungnahmen der Dr. H. u.a. vom 2. Mai und 12. September 2008, auf die verwiesen wird, vorgelegt.

Mit Urteil vom 30. März 2009 hat das SG die Klage abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente

wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, seien nicht erfüllt, da der Kläger in der Lage sei, leichte Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Dies ergebe sich sowohl aus den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten wie auch dem Sachverständigengutachten des Dr. W. und den vorliegenden Äußerungen behandelnder Ärzte, als auch dem Gutachten von Prof. Dr. R., das die zuvor eingeholten Gutachten bestätigt habe. Soweit Dr. M. auf Grund der Schmerzsymptomatik auch eine quantitative Leistungsminderung des Klägers angenommen und dies auch mit einer Fibromyalgie begründet habe, sei dessen Gutachten nicht überzeugend. Es beruhe ganz maßgeblich auf den eigenen Angaben des Klägers, was allerdings vor dem Hintergrund der sich durch sämtliche vorherigen Gutachter ziehenden Verdachtsmomente auf massive Aggravation und Simulation problematisch sei. Auch wenn er selbst keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation gefunden habe, entkräfte dies nicht die vorherigen fünf Gutachten und die darin geschilderten eindrücklichen und nachvollziehbaren Verdachtsmomente. Damit verblieben erhebliche Zweifel am tatsächlichen Kern des Schmerzgeschehens und dem damit einhergehenden Leidensdruck, weswegen der Leistungsfall der Erwerbsminderung nicht nachgewiesen sei. Im Übrigen komme auch ein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit nicht in Betracht, da der Kläger auf Grund seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit uneingeschränkt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar sei. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 8. Mai 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18. Mai 2009 Berufung eingelegt, mit welcher er die Weitergewährung einer befristeten Rente begehrt hat.

Der Senat hat ein neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten des Dr. W. vom 3. August 2009 und dessen ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 11. April 2011 sowie - auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) - ein orthopädisch-schmerztherapeutisches Gutachten des Dr. A. vom 8. Juni 2010 und ein nervenärztliches Gutachten des Dr. D. vom 28. Januar 2011 mit ergänzender Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 - und dann wiederum von Amts wegen - ein Sachverständigengutachten des Nervenarztes Dr. H. vom 20. Januar 2012 mit ergänzender Stellungnahme vom 6. August 2012 eingeholt.

Dr. W. hat im Gutachten vom 3. August 2009 nach einer Untersuchung vom 29. Juli 2009 ausgeführt, die Beschwielen sowohl im Bereich der Hände als auch der Füße sei seitengleich und stark ausgeprägt, zum Teil mit Verschmutzungsspuren im Bereich der Finger und Fußsohle. Psychisch sei der Kläger bewusstseinsklar, allseits orientiert und freundlich. Der Beschwerdevortrag erfolge erkennbar mit erheblicher Verdeutlichungstendenz. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen Angaben zum täglichen Leben und dem Untersuchungsbefund, was auf eine Aggravation hinweise. Festzustellen seien eine chronifizierte Lumboischialgie links bei mediolateralem BSV LWK4/5 und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Das geschilderte Schmerzmaß übertreffe, wie schon von den Vorgutachtern gesehen, das Ausmaß, das allein auf Grund des BSV zu erwarten wäre. Deshalb sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Auch wenn allein eine fehlende Muskelatrophie nicht als Beleg für nicht existente Schmerzen gewertet werden könne, sei es nicht vorstellbar, wie es beim geschilderten Tagesablauf zu einer so deutlichen Muskelbemantelung kommen könne. Zudem seien sowohl Fußsohlen als auch Hände kräftig eingeschwielt, zum Teil mit Schmutzspuren, was schlechterdings allein durch Zeitunglesen, Fernsehen oder gelegentlich in den Garten sitzen nicht erklärbar sei. Die von Seiten seines Fachgebietes feststellbaren Gesundheitsstörungen führten zu qualitativen Einschränkungen. Unter Berücksichtigung der bei der Untersuchung auffälligen ausgeprägten bewusstseinsnahen Aggravation und Simulation sei aber kein eindeutiger Grund ersichtlich, warum der Kläger nicht alle Tätigkeiten mit den näher ausgeführten Einschränkungen - keine mittelschweren Tätigkeiten, kein überwiegendes Stehen und Gehen, keine Tätigkeiten in gleichförmiger Körperhaltung, insbesondere verbunden mit häufigem Bücken und in Kälte, Nässe und Zugluft sowie mit Zeitdruck und in Nachtschicht - noch sechs Stunden und mehr werktätlich verrichten können sollte. Er sei auch in der Lage, viermal täglich Wegstrecken von mindestens 500 m in etwa zehn bis 15 Minuten zurückzulegen. Seine Leistungseinschätzung decke sich weitgehend mit der der Dres. P., Z., W., W. und H ... Soweit abweichend Dr. M. eine Simulation und Aggravation verneint habe, fehle es hierfür an einer nachvollziehbaren Begründung. Entscheidend sei seines Erachtens, ob insoweit eine Konsistenz zwischen den eigenen Angaben und objektivierbaren Befunden bestehe, was hier eindeutig nicht der Fall sei und auch durch das Verhalten des Klägers bei der Untersuchung belegt werde.

Im orthopädisch-schmerztherapeutischen Gutachten vom 8. Juni 2010 hat Dr. A. nach der Untersuchung vom 23. April 2010 über eine etwa 45-minütige Phase bei der Untersuchung berichtet, bei der der Kläger auf Frage nach den Kniegelenksbeschwerden plötzlich begonnen habe, tief zu atmen, sich auf das Bein und den Nacken zu klopfen, immer hektischer geworden sei und fast orientierungslos durch den Untersuchungsraum blickt habe und so tief und schnell zu atmen begonnen habe, dass der Eindruck entstanden sei, es werde jeden Moment eine tetanische Reaktion erfolgen. Der Kläger sei aufgesprungen, hektisch umhergelaufen, habe seine Zahnprothese verloren, sich Wasser aus einer Mineralwasserflasche ins Gesicht gekippt, einen Schuh verloren und es sei für mehrere Minuten nicht möglich gewesen, mit ihm Kontakt aufzunehmen. Nachdem er den Untersuchungsraum einen Moment verlassen habe und ihn, nachdem sich der Kläger etwas beruhigt habe, wieder betreten habe, habe dieser ihn starr angeblickt, sei wieder nervös geworden und habe schwer geatmet. Auch auf ruhige Ansprache sei es nicht gelungen, wirklich Kontakt aufzunehmen. Schließlich habe er eingewilligt, ins Badezimmer der Etage zu gehen, nachdem er sich immer wieder Wasser aus seiner Mineralwasserflasche ins Gesicht gekippt habe. Im Badezimmer habe er sich dann fallen lassen, dass er fast gestürzt sei, sich aber, bevor man ihm wirklich habe unter die Arme greifen können, am Waschbecken und durch eigene Muskelkraft bemerkenswert behände wieder gefangen. Nachdem er dem Kläger erstmals forsch und mit lauter Sprache mitgeteilt habe, er habe Zweifel, ob so die Untersuchung weiterzuführen sei, habe sich fast schlagartig die psychische Verfassung des Klägers geändert und er habe spontan angegeben, er sehe sich nun wieder in der Lage, die Fragen zu beantworten. Die Art und Weise, wie der Kläger eine Bewusstseinsveränderung gezeigt habe und sich dann wieder gefangen habe, könne er aus orthopädischer Sicht nicht beurteilen. Aus psychotherapeutischer Sicht könne die Bewusstseinslageveränderung sowie das hektische Verhalten einerseits Ausdruck einer histrionischen Beschwerdedarstellung sein, aber auch Ausdruck einer anderen psychischen Störung, oder aber auch einer ganz erheblichen Aggravation oder Simulation. Soweit Dr. M. eine Fibromyalgie bejaht habe, entsprächen der von ihm erhobene Befund und die Beschwerden nicht typisch einem Fibromyalgiesyndrom. Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms begründe darüber hinaus nicht per se die Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens. Auch sei die Art und Weise der Schmerzangaben eher vereinbar mit einer massiven Aggravation oder sogar Simulation oder mit einer erheblichen psychischen Störung. Rein organisch-orthopädisch seien die vorliegenden Befunde nicht zu erklären. Der Kläger mache auch mündlich und schriftlich überwiegend inkonsistente Angaben, auch die schriftlichen Angaben seien in sich inkonsistent und nicht immer ganz vollständig. Der Kläger sei auf den von ihm zu überblickenden Gebieten in seiner Leistungsfähigkeit nicht so eingeschränkt, wie er dies geltend mache. Auch sprächen die dunklen Einlagerungen der Hände und Füße, die auch andernorts beschrieben seien, sowie seine muskuläre Körperstatur nicht für die Angabe eines entsprechend nur noch im häuslichen Bereich stattfindenden täglichen Lebens. Aus seiner fachgebietsärztlichen Sicht könne der Kläger noch leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben von Gewichten bis höchstens zehn kg in wechselnder Körperhaltung - ohne häufiges Bücken sowie Tätigkeiten auf Leitern und

Gerüsten, Arbeiten an laufenden Maschinen sowie mit besonderen Zeitdruck - mindestens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten. Er sei auch nicht gehindert, Wegstrecken von viermal knapp über 500 m in einer Zeit von unter 20 Minuten zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu besteigen. Den Vorgutachten stimme er, soweit in ihnen eine Aggravation angenommen werde, zu. Das Gutachten des Dr. M. sei dagegen nicht überzeugend, da die Abwägung im Sinne der Konsistenzprüfung, wie im Sinne der Leitlinie zur Begutachtung chronischer Schmerzen erforderlich, sehr knapp und wenig überzeugend ausgefallen sei. Der berücksichtigte wesentliche Beschwerdevortrag sei subjektiv. Ferner gehe die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms per se nicht mit einer Reduktion des zeitlichen Leistungsvermögens einher.

Dr. D. ist in seinem Gutachten vom 28. Januar 2011 nach einer Untersuchung vom 13. Januar 2011 zum Ergebnis gelangt, auf nervenärztlichem Gebiet bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Differenzialdiagnostisch sei auch an eine Somatisierungsstörung sowie an eine histrionische Persönlichkeitsstörung zu denken. Orthopädisch-internistisch bestünden eine chronifizierte Lumboischialgie, ein Zustand nach BSV, eine arterielle Hypertonie, ein Asthma bronchiale und rezidivierende Bronchitiden. Ferner hat Dr. D. Befunde einer Depression beschrieben, ohne diese in die Liste der Diagnosen aufzunehmen. Hinsichtlich des Leistungsvermögens hat er ausgeführt, der Kläger könne allenfalls leichte Tätigkeiten, abwechselnd im Sitzen und Stehen, in Tagesschicht - ohne Heben und Tragen von Lasten, Akkord, Fließ-band-, Schicht- und Nachtarbeit sowie Arbeiten in Kälte oder Nässe, im Freien oder unter stärkerer psychischer Anspannung (Publikumsverkehr, Telefondienst) oder besonderer geistiger Beanspruchung und erhöhter Verantwortung und Tätigkeiten unter nervlicher Belastung - drei bis unter sechs Stunden verrichten, wobei etwa alle zwei Stunden eine Pause von etwa 15 bis 20 Minuten erforderlich sei. Dieser Zustand bestehe zumindest seit dem 8. August 2005. Dr. W. sei auf Art, Schwere, Dauer und Prognose der auch von ihm diagnostizierten Somatisierungsstörung ganz unzureichend und keineswegs zielführend eingegangen, was auch für die anderen psychiatrischen Gutachten gelte, die meinten, der Kläger sei trotz der schweren Somatisierungsstörung vollschichtig für leichte Tätigkeiten leistungsfähig.

In der vom Senat eingeholten ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 11. April 2011 hat Dr. W. ausgeführt, das von Dr. A. geschilderte einmalige Ereignis während der Untersuchung sei in der Zuordnung sicherlich schwierig. Gegen ein epileptisches Geschehen spreche die Zeitdauer der Auffälligkeit, die über die eines epileptischen Anfalls deutlich hinausgehe, und auch der Umstand, dass der Kläger während des Ereignisses durchaus zielgerichtet Bewegungen habe vollziehen können und die Symptomatik durch entsprechend forsches Auftreten des Dr. A. sofort unterbrochen worden sei. Insoweit sei am Wahrscheinlichsten von einem dissoziativen Geschehen auszugehen. Dr. D. habe einen anderen psychopathologischen Befund als er beschrieben. Bei seiner Begutachtung habe sich keinerlei Auffälligkeit im Hinblick auf Antrieb und Psychomotorik ergeben. Entsprechende psychopathologische Auffälligkeiten habe bisher auch kein anderer Vorgutachter beschrieben. Es könne natürlich auch eine Verschlechterung im Lauf der Zeit nicht ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Bewertung der somatoformen Schmerzstörung sei allerdings festzuhalten, dass Dr. D. bei seiner Begutachtung die auch in der Leitlinie geforderte Konsistenzprüfung vermissen lasse. Lediglich in einem Satz sei festgehalten, dass er keine Simulation oder Aggravation habe beobachten können. Eine vergleichbare Verhaltensbeschreibung, wie auch in seinem Gutachten oder noch viel ausführlicher bei Dr. A. erfolgt, finde sich im Gutachten von Dr. D. nicht. Unter kritischer Würdigung der Befunde sei er nach wie vor nicht überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich bestünden.

In der auf Antrag des Klägers eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 hat Dr. D. nochmals auf seine Ausführungen in seinem Gutachten verwiesen. Dass der psychopathologische Befund bei der Untersuchung von Dr. W. anders gewesen sei, sei durchaus möglich. Bei somatoformen Schmerzstörungen bestehe entweder ein chronischer oder fluktuierender Verlauf mit mehr oder weniger stärkeren oder schwächeren Beschwerden. Auch sei die Untersuchung durch Dr. W. etwa eineinhalb Jahre vor seiner Untersuchung erfolgt, sodass zwischenzeitlich eine Chronifizierung eingetreten bzw. weiter fortgeschritten sei. Insoweit verwundere der unterschiedliche psychopathologische Befund nicht. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die ergänzende Stellungnahme von Dr. D. verwiesen.

Der Senat hat ferner ein nervenärztlich-sozialmedizinisches Gutachten bei Dr. H. vom 20. Januar 2012 und dessen ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 6. August 2012 eingeholt. Dieser hat nach einer Untersuchung und auch unter Berücksichtigung fremdanamnestischer Angaben der Tochter ausgeführt, beim Kläger bestünden eine chronifizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches Lumbalsyndrom und ein Bluthochdruck. Das aggravatorische Verhalten des Klägers sei Ausdruck seiner Hilflosigkeit, den Gutachter von der Schwere seines seelischen Leidens zu überzeugen. Die vorliegenden Gesundheitsstörungen bedingten ein aufgehobenes Leistungsvermögen auf dem gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Tochter habe ausgesprochen sachlich, differenziert und intelligent die familiäre Situation geschildert. Nach ihren Angaben hätten die Probleme etwa 2002 mit dem WS-Leiden begonnen. Schlimm sei es vor etwa drei Jahren geworden, als sich ihr Bruder habe scheiden lassen, was der Kläger überhaupt nicht akzeptiert habe. Der Kläger - so Dr. H. - sei jetzt eindeutig depressiv herabgestimmt, betrübt, klage über Freudlosigkeit, Interessenverlust, verminderte Konzentration und ein erheblich beeinträchtigtes Selbstwertgefühl. Dies entspreche einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Der Gesundheitszustand habe sich in den Jahren nach 2002 progredient ungünstig entwickelt. Dr. Z. habe bereits am 13. Dezember 2005 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung beschrieben, allerdings im psychischen Befund kein wesentliches depressives Syndrom und damals ein noch mehr als sechsständiges Leistungsvermögen. Dies werde man akzeptieren müssen. Auch Dr. W. habe eine echte Depression nicht festgestellt. Unter Berücksichtigung der heute verfügbaren Vorgeschichte ergäben sich Zweifel an der von Dr. W. angenommenen vollschichtigen Leistungsfähigkeit. Relevant seien dann wieder die Gutachten von Dr. W. und Dr. D., denen er grundsätzlich zustimme. Allerdings sei dort dem depressiven Syndrom zu wenig Bedeutung beigemessen worden. Rückblickend sei aus seiner Sicht schon ab 1. März 2006 von einem aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen.

In seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme hat Dr. H. ausgeführt, der von Dr. D. erhobene Befund entspreche zweifellos einem ausgeprägten depressiven Syndrom. Berücksichtige man, dass der Kläger bereits von März 2003 bis Februar 2006 Rente wegen voller Erwerbsminderung wegen degenerativer Veränderungen der WS, aber auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die auch in der Folgezeit mehrfach beschrieben sei, erhalten habe, habe sich im Grunde nach dem 28. Februar 2006 keine Besserung ergeben. Hinzugetreten sei vielmehr eine depressive Störung, die sich als progredient erwiesen habe, allerdings stets überlagert von demonstrativen Verhaltensweisen, die die Einschätzung naturgemäß erschwerten. Er halte daher nach wie vor das Leistungsvermögen ab 1. März 2006 für aufgehoben, da nach Februar 2006 eine Besserung der somatoformen Schmerzstörung den Akten nicht zu entnehmen sei und in der Folgezeit sich zunehmend zusätzlich ein depressives Syndrom entwickelt habe.

Die Beklagte hat auf Grund des Gutachtens von Dr. H. vom 20. Januar 2012 mit Schriftsatz vom 14. Februar 2012 ein Teilanerkennnis

abgegeben, mit dem sie eine volle Erwerbsminderung des Kläger seit 28. Januar 2011, dem Gutachten von Dr. D., und einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 1. August 2011 bis 28. Februar 2014 anerkannt sowie einen entsprechenden Ausführungsbescheid angekündigt hat. Ein weitergehender Anspruch bestehe nicht, insbesondere sei der frühere Eintritt des Versicherungsfalles nicht nachgewiesen. Hierzu hat sie neben zuvor vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen von Dr. Reutter vom 27. Juli 2010 und Stellungnahmen von Dr. El D. vom 16. Februar, 23. Mai und 24. Oktober 2011 die Stellungnahme von Dr. El D. vom 7. Februar 2012 vorgelegt. Auf die genannten Stellungnahmen wird verwiesen.

Der Kläger hat das Teilanerkenntnis der Beklagten am 23. Februar 2012 angenommen und begehrt weiter die Gewährung von Rente bereits ab 1. März 2006, da er über den 28. Februar 2006 hinaus nicht leistungsfähig gewesen ist.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30. März 2009 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 23. Dezember 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. August 2006 sowie unter Abänderung des Bescheids vom 5. März 2012 zu verurteilen, ihm auch vom 1. März 2006 bis 31. Juli 2011 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger habe für die Zeit vor dem 1. August 2011 keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung, da über den 28. Februar 2006 hinaus bis Januar 2011 eine Erwerbsminderung nicht mehr vorgelegen habe. Hierzu bezieht sie sich auf die von ihr vorgelegten ärztlichen Äußerungen und Stellungnahmen.

Wegen des weiteren Vorbringens und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Akten der Beklagten sowie die Akten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung des Kläger ist nicht begründet.

Soweit die Beklagte den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. August 2011 bis 28. Februar 2014 mit Schriftsatz vom 14. Februar 2012 anerkannt hat, hat sich der Rechtsstreit durch die Annahme dieses Teilanerkenntnisses durch den Kläger mit Schriftsatz vom 21. Februar 2012 in der Hauptsache erledigt ([§ 101 Abs. 2 SGG](#)).

Das weiter aufrecht erhaltene Begehren, mit welchem der Kläger auch Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 1. März 2006 bis 31. Juli 2011 begehrt, ist nicht begründet, denn die Voraussetzungen für die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung für diesen Zeitraum sind nicht erfüllt.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB V) Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt 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 ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben ([§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)). Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)).

Darüber hinaus ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Daneben haben nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) in Verbindung mit [§ 43 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind sowie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Berufsunfähig sind gemäß [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit richtet sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufs. Zur Erleichterung dieser Beurteilung hat die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Berufe der Versicherten in Gruppen eingeteilt. Diese Berufsgruppen sind ausgehend von der Bedeutung, die Dauer und Umfang der Ausbildung für die Qualität eines Berufs haben, gebildet worden. Dementsprechend werden die Gruppen durch die Leitberufe des Vorarbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hoch qualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters (anerkannter Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren), des angelernten Arbeiters (sonstiger Ausbildungsberuf mit einer Regelausbildung von drei Monaten bis zu zwei Jahren) und des ungelerten Arbeiters charakterisiert.

Grundsätzlich darf ein Versicherter im Vergleich zu seinem bisherigen Beruf auf Tätigkeiten der nächst niedrigeren Gruppe des Mehrstufenschemas verwiesen werden. Die Einordnung eines bestimmten Berufs in dieses Mehrstufenschema erfolgt nicht ausschließlich nach der Dauer der absolvierten förmlichen Berufsausbildung. Ausschlaggebend ist allein die Qualität der verrichteten Arbeit, d. h. der aus einer Mehrzahl von Faktoren zu ermittelnde Wert der Arbeit für den Betrieb. Es kommt auf das Gesamtbild an, wie es durch die in [§ 240 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) am Ende genannten Merkmale (Dauer und Umfang der Ausbildung, bisheriger Beruf, besondere Anforderungen der bisherigen Berufstätigkeit) umschrieben wird.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden gemäß [§ 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) auf Zeit geleistet. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn ([§ 102 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Sie kann verlängert werden, wobei es bei dem ursprünglichen Rentenbeginn verbleibt ([§ 102 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#)). Nach [§ 102 Abs. 2 Satz 4 SGB VI](#) erfolgen Verlängerungen für längstens drei Jahre nach dem Ablauf der vorherigen Frist. Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden gemäß [§ 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#) unbefristet geleistet, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann, wovon nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen ist.

Es ist insofern weder erforderlich, dass eine solche Behebung der Erwerbsminderung überwiegend wahrscheinlich ist, noch dass diese in absehbarer Zeit wahrscheinlich sein muss. Unwahrscheinlich im Sinne des [§ 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#) ist dahingehend zu verstehen, dass schwerwiegende medizinische Gründe gegen eine rechtlich relevante Besserungsaussicht sprechen müssen, so dass ein Dauerzustand vorliegt, wovon erst ausgegangen werden kann, wenn alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und auch danach ein aufgehobenes Leistungsvermögen besteht. Eingeschlossen werden alle Therapiemöglichkeiten nach allgemein anerkannten medizinischen Erfahrungen. Es kommt nicht darauf an, dass eine begründete Aussicht auf Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit besteht. Entscheidend ist vielmehr die Möglichkeit, das Leistungsvermögen eines Versicherten auf der Grundlage anerkannter Behandlungsmethoden wiederherzustellen. Solange diese Möglichkeit besteht und im Einzelfall keine gesundheitsspezifische Kontraindikation entgegen steht, ist von Unwahrscheinlichkeit der Behebung der Erwerbsminderung nicht auszugehen (vgl. Kater in Kasseler Kommentar, [§ 102 SGB VI](#) Rdnr. 11 f).

Nach [§ 101 Abs. 1 SGB VI](#) werden befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht vor Beginn des 7. Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet.

Gemessen an den vorstehenden Voraussetzungen hat der Kläger erst ab 1. August 2011 (wieder) Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, da der Leistungsfall des Eintritts der vollen Erwerbsminderung erst im Januar 2011 mit der Untersuchung bei Dr. D. festzustellen ist. Für die Zeit vom 1. März 2006 bis 31. Juli 2011 hat der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, denn er war vor Januar 2011 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert und auch nicht berufsunfähig.

Der Senat vermochte sich nicht davon zu überzeugen, dass der Kläger über den 28. Februar 2006 hinaus und vor Januar 2011 erwerbsgemindert im vorgenannten Sinne war.

Dies ergibt sich für den Senat in der Gesamtschau der Gutachten der Dres. P., Z. und W., die die Beklagte im Verwaltungsverfahren eingeholt hat und die im Wege des Urkundenbeweises verwertet sind, sowie der vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. W., des Dr. M. (mit ergänzender Stellungnahme) sowie der vom Senat eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. W. (mit ergänzender gutachterlicher Stellungnahme), des Dr. A., des Dr. D. (mit ergänzender Stellungnahme) und des Dr. H. (mit ergänzender Stellungnahme). Etwas anderes folgt im Übrigen auch nicht aus dem vom SG auf Antrag des Klägers eingeholten neurochirurgischen Gutachten des Prof. Dr. R., bezüglich dessen im Übrigen dahingestellt bleiben kann, ob es als Sachverständigengutachten verwertet werden kann, nachdem Prof. Dr. R. den Kläger nicht selbst untersucht hat und der Kläger die danach noch vom ihm angebotene persönliche Untersuchung dann abgelehnt hat.

Auf Grund der genannten Gutachten stellt der Senat zunächst fest, dass der Kläger im noch strittigen Zeitraum im Wesentlichen unter einem Verschleißleiden der LWS mit BS-Schäden im Bereich L4/5 und L5/S1, zeitweiligen Atemwegsproblemen und einer Somatisierungsstörung bzw. anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Rahmen einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer Rentenneurose gelitten hat, was sich bereits aus den Gutachten der Dres. P., Z. und W. ergibt. Bestätigt wurde dies auch durch das orthopädische Sachverständigengutachten des Dr. W., der den Kläger am 21. März 2007 untersucht hat, und den Sachverständigen Dr. W. nach dessen Untersuchung vom 29. Juli 2009 sowie schließlich auch durch das Ergebnis der Untersuchung des Dr. A. am 23. April 2010 für dessen auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholtes orthopädisch-schmerztherapeutisches Gutachten.

Daneben entwickelte sich nach Beginn des strittigen Zeitraums eine depressive Störung, wobei allerdings erst mit der Untersuchung bei Dr. D. im Januar 2011 ein entsprechender Befund beschrieben ist, der den Eintritt einer rentenrechtlich relevanten Leistungsminderung zu begründen vermag. Zu Beginn des strittigen Zeitraums lag jedenfalls eine entsprechende Einschränkung des Leistungsvermögens auf Grund einer depressiven Störung nicht vor. Dies folgt für den Senat aus dem Gutachten des Dr. P., der den Kläger am 28. November 2005 untersucht und dabei festgestellt hat, dass dieser hinsichtlich des psychischen Befundes bewusstseinsklar war, keine Denkstörungen aufwies und eine ausgeglichene Stimmungslage zeigte. Ausdrücklich hat Dr. P. vermerkt, der Kläger sei nicht depressiv. Auch Dr. Z. hat bei seiner Untersuchung vom 12. Dezember 2005 ausgeführt, der Kläger sei bewusstseinsklar, allseits voll orientiert und sein Denken sei formal und inhaltlich nicht gestört. Die Schwingungsfähigkeit war voll erhalten und der Kläger wirkte gemäß den Ausführungen des Gutachters nicht depressiv. Auch Dr. W., bei dem der Kläger bei der Untersuchung am 1. Juni 2006 angab, er sei seit einem Jahr wegen Depression in Behandlung, erlebte den Kläger bewusstseinsklar, allseits orientiert und ohne sichere psychopathologische Störungen im Sinne einer echten

Depression oder psychotischer oder hirnanorganischer Zeichen. Krankheitswertige psychopathologische Störungen waren - so Dr. W. - auszuschließen. Ein Anhalt für eine Depression ergab sich auch nicht anlässlich der Untersuchung der Assistenzärztin Ly anlässlich der Erstellung des Gutachtens des Prof. Dr. R. vom 6. August 2007, wobei dahingestellt bleiben kann, ob dieses Gutachten als Sachverständigengutachten verwertbar ist. Ferner hat auch der auf Antrag des Klägers gehörte Sachverständige Dr. M. bei der Untersuchung des Klägers weder eine wesentliche depressive Symptomatik beschrieben noch eine Depression diagnostiziert. Auch Dr. W., der den Kläger am 29. Juli 2009 untersuchte, fand diesen bewusstseinsklar, allseits orientiert und freundlich. Die Stimmungslage während des Gesprächs - so Dr. W. - war über weite Strecken ausgeglichen, stellenweise etwas gedrückt, auf keinen Fall aber in einem solchen Maß depressiv herabgesetzt, wie dies vom Kläger bei der Untersuchung angegeben wurde. Eine wesentliche und erhebliche anhaltende depressive Symptomatik lag auch zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

Bei der Untersuchung durch den auf Antrag des Klägers gehörten Dr. A. am 23. April 2010 war der Kläger zu Beginn und zum Ende wach und bewusstseinsklar und allseits voll orientiert. Er wirkte nach sechsstündiger Befragung und Untersuchung auch nicht entkräftet. Als die Helferin von Dr. A. dem Kläger zum Ende eine von dem Gutachter frei formulierte Bescheinigung über die Anwesenheit vorlegte, war der Kläger wach und klar und sehr konzentriert und wies darauf hin, dass er vom Gericht eine andere Anwesenheitsbescheinigung erhalten hatte. Insofern ergaben sich auch bei dieser Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Depression. Psychisch auffällig war allein, ein etwa eine ¼ Stunde währendes und nur während dieser Untersuchung aufgetretenes auffälliges Verhalten des Klägers. Für Dr. A. wirkte er während dieser Zeit nicht ganz bewusstseinsklar, war zur Person, zum Ort und zum Sinn der Untersuchung nicht orientiert und gab auch an, sein Geburtsdatum und seinen eigenen Namen nicht zu kennen. Er schaute in dieser Zeit ziellos durch den Untersuchungsraum, zeigte ein merkwürdiges Verhalten, band sich auch beispielsweise einen nassen Strumpf um die Unterschenkel, zog die Schuhe aus, hüpfte auf einem Bein im Badezimmer, drohte zu fallen, konnte sich dann aber noch auffangen, nahm sein Gebiss aus dem Mund und goss Mineralwasser über sich. Nachdem ihn Dr. A. allerdings unmissverständlich und mit lauter Sprache angesprochen hatte, dass so die Untersuchung nicht weitergeführt werden könne, gab der Kläger an, es gehe ihm jetzt wieder besser und man könne die Befragung weiterführen. Diese konnte dann auch fortgesetzt werden. Dieses einmalige, auch bei sonstigen gutachterlichen Untersuchungen nicht festgestellte Verhalten ist - so Dr. W. in seiner ergänzenden Stellungnahme - diagnostisch schwierig einzuordnen. Gegen ein in Betracht kommendes epileptisches Geschehen sprechen die Zeitdauer der Auffälligkeit, die Fähigkeit des Klägers zu zielgerichteten Bewegungen und der Abbruch der Symptomatik durch ein entsprechend forsches Auftreten des Gutachters (so Dr. W.). Dementsprechend handelt es sich - so Dr. W. - am wahrscheinlichsten um ein dissoziatives Geschehen. Von Bedeutung für das Leistungsvermögen ist ein derartiger einmaliger Ausfall, der auch später nicht noch einmal aufgetreten oder beschrieben ist, nicht. Die Untersuchung bei Dr. A. hat insofern somit auch keine Depression ergeben.

Erst bei der Untersuchung durch Dr. D. im Januar 2011 wurden Befunde erhoben und beschrieben, die auf eine wesentliche depressive Erkrankung hinweisen. So hat Dr. D. nun deutliche Auffassungs- und Konzentrationsstörungen, einen verlangsamten formalen Denkablauf, ein Gefühl der Gefühllosigkeit, eine deutliche Affektverarmung, Störungen der Vitalgefühle, eine mittelgradige Deprimiertheit, Hoffungslosigkeit, Ängstlichkeit, zeitweise Dysphorie, innere Unruhe, Klagsamkeit, Insuffizienzgefühle und Affektstarre beschrieben. Er fand eine deutliche Antriebsverarmung und erlebte Antriebshemmung. Unter Berücksichtigung dessen ist Dr. H. in dem vom Senat abschließend eingeholten Sachverständigengutachten nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass (nun) von einer erheblichen depressiven Erkrankung auszugehen ist, die auch Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen hat. Dies, obwohl Dr. D. selbst die Diagnose einer Depression nicht gestellt hat. Damit steht zur Überzeugung des Senats fest, dass eine rentenrelevante Depression frühestens ab der Untersuchung durch Dr. D., nicht aber zu einem früheren Zeitpunkt, nachgewiesen ist.

Dies deckt sich auch mit den Ausführungen von Dr. D. und Dr. W., wonach beide eine Verschlimmerung der depressiven Symptomatik nach der Untersuchung bei Dr. W. für möglich erachten, von der auch der Senat ausgeht, und auch die Tochter des Klägers bei Dr. H. angegeben hat, dass sich der Gesundheitszustand und das Verhalten, insbesondere auch wegen des Scheiterns der Ehe des Sohnes und dessen Trennung gegen den Willen des Klägers, im Lauf der Jahre verschlechtert hat.

Weitergehende rentenrechtlich relevante Gesundheitsstörungen im Zeitraum von März 2006 bis Dezember 2010 sind nicht belegt. Insbesondere ist auch nicht vom Vorliegen einer Fibromyalgie auszugehen. Unabhängig davon, dass allein Dr. M. diese Diagnose gestellt hat und sowohl Dr. W. als auch Dr. A. das Vorliegen einer Fibromyalgie nachvollziehbar verneint haben, und eine solche für den Senat deshalb nicht bewiesen ist, bedeutet eine solche Diagnose per se nicht, dass auch eine - insbesondere auch eine quantitative - Minderung des beruflichen Leistungsvermögens tatsächlich besteht.

Damit steht zusammengefasst für den Senat fest, dass der Kläger im Zeitraum von März 2006 bis Dezember 2010 im Wesentlichen unter den genannten WS-Beschwerden sowie einer somatoformen Schmerzstörung und zeitweilig auftretenden vorübergehenden Atemwegsbeschwerden litt. Daneben entwickelte sich - ohne wesentliche Relevanz für das berufliche Leistungsvermögen bei leichten Tätigkeiten - ein medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck (Dr. M.).

Auf Grund dieser Gesundheitsstörungen war das Leistungsvermögen des Klägers vor Januar 2011 zwar qualitativ, nicht jedoch quantitativ eingeschränkt. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus den im Wege des Urkundenbeweises verwertbaren Gutachten der Dres. P., Z. und W. sowie dem Sachverständigengutachten des Dr. W. und dem weiteren Sachverständigen des Dr. W. ... Etwas anderes folgt weder aus dem neurochirurgischen Sachverständigengutachten des Prof. Dr. R., noch aus dem orthopädisch-schmerztherapeutischen Gutachten des Dr. A. ... Eine weitergehende Leistungseinschränkung ist für den Senat bezogen auf die Zeit vor Januar 2011 im Übrigen auch nicht auf Grund des Gutachtens des Dr. M., dem schon deshalb nicht gefolgt werden kann, weil es sich im Wesentlichen auf subjektive Angaben des Klägers stützt, und den nervenärztlichen Gutachten des Dr. D. und des Dr. H. belegt. Die Gutachten von Dr. P., Dr. Z., Dr. W., Dr. W. und auch Dr. W. sowie schließlich auch Dr. A. sind für den Senat insbesondere vor dem Hintergrund einer erheblichen Aggravation und Simulation des Klägers schlüssig und überzeugend, d.h. eine weitergehende, insbesondere zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens ist im genannten strittigen Zeitraum nicht bewiesen bzw. feststellbar. Dass der Kläger ein aggravorisches bzw. simulierendes Verhalten bei gutachterlichen Untersuchungen gezeigt hat, haben die genannten Vorgutachter schlüssig und überzeugend und mit Hinweis auf objektive Umstände für den Senat belegt. Die Schmerzangaben waren nach Angaben der Dres. P., Z. und W. sowie des Dr. W., des Dr. W. und auch des Dr. A. mit objektiven Befunden nicht zu vereinbaren. Auch hat der Kläger - so Dr. P. - ein hinkendes Gangbild gezeigt, das in spontanen Situationen nicht zu beobachten war. Auch bei der Beobachtung des Dr. Z. ergab sich ein unterschiedliches Gangbild in den Untersuchungsräumen gegenüber seiner Bewegung auf der Straße, bei der sich der Kläger unbeobachtet

glaubte, und bei der er so gut wie unauffällig ging. Auch bei der Untersuchung durch Dr. W. demonstrierte der Kläger Atemwegsbeschwerden, krampfartige Schmerzen im Bein und ein mühevolleres Ausziehen der Kleidung. Demgegenüber beobachtete Dr. W., als sich der Kläger unbeobachtet wähnte, die Fähigkeit eines raschen Anziehens ohne noch bemerkbare Atembehinderung. Auch bei der Untersuchung durch Dr. W. demonstrierte der Kläger erhebliche Schmerzen im Bereich der LWS, weswegen er ein Bewegen der LWS im Stehen wegen angegebener Schmerzen ablehnte. Allerdings war er in der Lage, mit durchgestrecktem Kniegelenk mehrere Minuten ohne Schmerzäußerung auf der Liege zu sitzen und dabei auch problemlos die Zehen zu berühren. Sowohl Dr. W. als auch Dr. A. beschrieben ein entsprechendes auf Aggravation bzw. Simulation hinweisendes Verhalten. Schließlich sprechen auch die von mehreren Gutachtern, zuletzt auch von Dr. A., beschriebene ausgeprägte Muskulatur, Beschwiellung und Gebrauchsspuren an den Händen mit Schmutzeinlagerungen dagegen, dass der Kläger schmerzbedingt gezwungen war, sich zu schonen. Zumindest wäre, wenn die Angaben des Klägers zu seinen Aktivitäten zutreffend wären, entsprechende Aktivitäts- und Gebrauchsspuren zur Überzeugung des Senats nicht feststellbar.

Damit steht zur Überzeugung des Senats fest, dass in der Zeit von Dezember 2005 bis Juni 2010 eine Aggravation bzw. Simulation vorlag und eine rentenrechtlich relevante quantitative oder qualitative Leistungsminderung, insbesondere auch auf Grund der somatoformen Schmerzstörung nicht als belegt angesehen werden kann, nachdem die Gutachter, die den Kläger in diesem Zeitraum untersucht haben, entsprechende Einschränkungen nicht festgesellt haben. Der Senat sieht keine Veranlassung, diese Einschätzung in Zweifel zu ziehen.

Soweit hiervon abweichend Dr. H. insbesondere unter Mitberücksichtigung des von Dr. D. erhobenen Befundes und einer eingehenden fremdanamnesticchen Befragung der Tochter des Klägers den Schluss gezogen hat, der Kläger sei nicht erst mit der im Januar 2011 erstmals belegten gravierenden Depression in seinem quantitativen Leistungsvermögen gemindert, sondern - auf Grund der somatoformen Schmerzstörung, die ja schon zur ersten Zeitrentengewährung geführt habe - seit März 2006 entsprechend eingeschränkt, fehlt es an einer den Senat letztlich überzeugenden Begründung, nachdem gerade die Vorgutachter die somatoforme Schmerzstörung durchaus gewürdigt und berücksichtigt haben. Hier ist auch zu berücksichtigen, dass die Gutachter ihre Beurteilung des Leistungsvermögens auch auf Grundlage ihrer jeweiligen Untersuchungen in eben dieser Zeit vorgenommen haben. Angesichts ihrer übereinstimmenden Einschätzungen überzeugt insoweit die rückblickende Beurteilung des Leistungsvermögens durch Dr. H. für die Zeit vor Januar 2011 nicht. Er hat im Übrigen auch ausgeführt und eingeräumt, die Beurteilung von Dr. Z. werde man akzeptieren müssen. Zum anderen lag eine erhebliche Aggravation des Klägers nach Übereinstimmung der Gutachter vor, auf Grund der allein schon erhebliche Zweifel an einer rentenrechtlich relevanten Einschränkung, auch des quantitativen Leistungsvermögens des Klägers, die dieser geltend machte, verbleiben. Allein die Tatsache, dass sich das Ausmaß der somatoformen Schmerzstörung seit Gewährung der ersten Zeitrente nicht verändert haben mag und insbesondere eine Besserung nicht nachgewiesen ist, belegt nicht, dass der Kläger im Zeitraum von März 2006 bis Dezember 2010 leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht wenigstens 6 Stunden arbeitstäglich verrichten konnte. Der Beweis einer entsprechenden Leistungsminderung ist für den Senat in Gesamtschau aller vorliegender Gutachten nicht erbracht.

Damit ist für den Senat davon auszugehen, dass der Kläger in der Zeit von März 2006 bis Dezember 2010 in der Lage war, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wenigstens 6 Stunden täglich zu verrichten. Eine weitergehende, insbesondere quantitative Leistungsminderung ist für diese Zeit nicht feststellbar.

Der Kläger war unter Berücksichtigung der vorliegenden Gutachten im Übrigen auch in der Lage, einen Arbeitsplatz aufzusuchen, da er nach den Gutachten u.a. von Dr. W. und Dr. A. Wegstrecken von 4 x 500 Meter in weniger als 20 Minuten zu Fuß zurücklegen konnte und ferner in der Lage war, öffentliche Verkehrsmittel auf dem Weg zur Arbeit zu benutzen. Ferner lag mit den bestehenden qualitativen Einschränkungen - nur noch noch leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben von Gewichten bis höchstens zehn kg in wechselnder Körperhaltung, ohne häufiges Bücken sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten an laufenden Maschinen sowie mit besonderen Zeitdruck (vgl. u.a. Dr. W. und Dr. A.) - keine schwere spezifische Leistungsbehinderung und keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die die Benennung möglicher Tätigkeiten erforderlich machten.

Im Übrigen hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, da er aufgrund seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar ist. Entsprechende Tätigkeiten kann er bzw. konnte er im fraglichen Zeitraum wie oben dargelegt auch noch verrichten.

Nach Eintritt des Leistungsfall im Januar 2011 beginnt die Rente - wie von der Beklagten anerkannt - erst am 1. August 2011 und besteht davor kein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Da der Kläger somit keinen weitergehenden Anspruch auf Rente hat, weist der Senat die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), wobei zu berücksichtigen war, dass der Kläger auf Grund eines während des Berufungsverfahrens eingetretenen Leistungsfalles und des Anerkenntnisses der Beklagten teilweise obsiegt hat.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-09-14