

L 2 R 3964/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 96/12
Datum
23.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 R 3964/14
Datum
17.02.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23. Juli 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der geborene Kläger hat den Beruf des Metallbauers mit Weiterbildung zum Maschinenbautechniker erlernt. Er war zuletzt bis März 2009 bei einer Zeitarbeitsfirma als Montagetechniker sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend war der Kläger arbeitslos. Seit 18.5.2010 arbeitet er stundenweise - derzeit 2 Stunden an 4 Tagen als Hausmeister in einem Altenheim. Nebenher bezieht er Arbeitslosengeld II. Bei dem Kläger ist seit 2.2.2012 ein Grad der Behinderung von 70 und das Merkzeichen G festgestellt (Bl. 52 SG Akte).

Der Kläger beantragte am 28.2.2011 bei der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund anhaltender orthopädischer und neurologischer Beschwerden. Die Beklagte veranlasste die ärztliche Begutachtung durch Dr. Z., Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie. Dr. Z. diagnostizierte im Gutachten vom 10./12.05.2011:

- Diabetische PNP (Polyneuropathie) beider Beine mit unangenehmen Dysästhesien und leichter Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangarten
- insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ IIb mit schlechter Stoffwechseleinstellung
- Belastungsschmerzen rechte Hüfte bei Dysplasie-Coxarthrose beidseits
- arterielle Hypertonie, medikamentös angegangen mit noch unzureichender Blutdruckeinstellung
- Impingement-Syndrom linkes Schultergelenk, Zustand nach Neer-Plastik rechte Schulter mit Schmerzen links bei Elevation und Abduktion ab 100°
- koronare 1-Gefäßkrankung, Z.n. PTCA mit Stent-Implantation, ohne Hinweis auf Belastungskoronarinsuffizienz
- Adipositas Grad I (BMI 34,7 kg/m²)
- rezidivierende Lumbalgien und Lumboischialgie bei degenerativen Wirbelsäulen-Veränderungen Bandscheiben-Schäden und leichter Fehllhaltung, mit leichter Funktionseinschränkung.
- Zustand nach Spondylarthritis.

Der Gutachter stellte auch unter Auswertung der beigezogenen ärztlichen Befundunterlagen ein über 6-stündiges positives Leistungsbild für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, zeitweise auch im Stehen und Gehen, unter Vermeidung von Wirbelsäulen-Zwangshaltungen und schwerem Heben und Tragen von Lasten über 10 - 15 kg, sowie ohne Arbeiten mit beiden Armen in und über Schulter- und Kopfhöhe, ohne Stressbelastung und hohem Zeitdruck und häufig wechselnden Schichtformen fest. Ebenfalls unzumutbar seien Tätigkeiten auf unebenem Untergrund. Die letzte berufliche Tätigkeit bei einem Zeitarbeitsunternehmen sei nicht mehr leistungsgerecht.

Die Beklagte lehnte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 30.5.2011 ab. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 6.12.2011). Für den Kläger kämen vorrangig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht.

Am 5.1.2012 hat der Kläger dagegen Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erheben lassen und die Begutachtung durch Dr. Z., der zur Beurteilung der Leiden auf den Gebieten der Inneren Medizin und der Orthopädie nicht geeignet sei, beanstandet. Weiterhin seien die Bandscheibenvorfälle nicht berücksichtigt worden.

Das SG hat das orthopädische Gutachten des Dr. Sch., Chefarzt der Orthopädie am Ortenau Klinikum eingeholt. Im Gutachten vom 19.6.2012 diagnostizierte dieser auf orthopädischem Gebiet eine Acromioclaviculargelenksarthrose des linken Schultergelenks, Zustand

nach Acromioclavicularresektion der rechten Schulter, Osteochondrose lumbosacral mit Spondylarthrose der LWS, pseudoradikuläre Symptomatik mit Lumboischialgie und Dorsalgie bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Aufgrund der diabetischen Polyneuropathie sei das Gehen, Stehen und Bewegung stark eingeschränkt, weshalb der Kläger nicht mehr als 3 Stunden ohne Gefährdung seiner Gesundheit arbeiten könne. Eine neurologische Begutachtung sei jedoch unerlässlich.

Daraufhin hat das SG das nervenärztliche Gutachten des Dr. C. vom 19.9.2012 eingeholt, in dem er eine körperfern, rechtsbetonte Polyneuropathie der unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus sowie eine chronische Lumboischialgie bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenvorfall LWK5/SWK1 diagnostiziert hat. Beeinträchtigt seien die Steh- und Gehfähigkeit insbesondere im Hinblick auf die Stand- und Gangsicherheit sowie die körperliche Leistungsschwere. Ein Weg zur Arbeitsstelle von 1 km zu Fuß und 90 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln seien dem Kläger zuzumuten. Leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg in wechselnder Arbeitsposition, überwiegend sitzend, kurzzeitig stehend oder gehend seien dem Kläger mindestens 6 Stunden pro Tag möglich. Bei der Polyneuropathie handele es sich um einen überwiegend chronischen Verlauf, eine Besserung der schmerzhaften Missempfindungen könne unter adäquater Medikation erreicht werden.

Nachdem die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 6.11.2012 eine medizinische Rehabilitation in der Klinik "O." bewilligt hatte, hat das SG mit Beschluss vom 5.12.2012 das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Das Reha-Verfahren wurde nicht durchgeführt. Nach Wiederanrufung des Verfahrens durch den Kläger hat das SG Prof. Dr. M., Kardiologie Klinikum mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. Im Gutachten vom 4.4.2013 gelangte dieser zu der Auffassung, dass vom Kläger aus internistischer Sicht Arbeiten mit gewissen qualitativen Einschränkungen im Umfang von mindestens 6 Stunden ausgeführt werden könnten. Auf internistischen Gebiet wurden ein Zustand nach akutem Koronar-Syndrom mit instabiler Angina pectoris bei koronarer 1-Gefäßerkrankung mit hochgradiger medialer und 80-prozentiger distaler RCA Stenose, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus (insulinpflichtig seit 2009) mit diabetischer peripherer Polyneuropathie und eine medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie diagnostiziert. Im Belastungs-EKG war der Kläger maximal bis 150 Watt belastbar. Der Abbruch erfolgte wegen muskulärer Erschöpfung bzw. bei anamnestischer Schwäche des Beins bei bekannten neurologischen Vorbefunden.

Das SG beauftragte weiter Facharzt für Neurologie Dr. B. mit der Erstellung eines Gutachtens über den Kläger. In seinem Gutachten vom 21.6.2013 beschrieb er ein ataktisches, hinkendes, aber auch zum Teil bizarres Gangbild. Der Bodenkontakt erfolgte mit dem rechten Fuß lediglich über den Fußaußenrand. Die demonstrierten Beschwerden seien nicht komplett auf die Polyneuropathie zurückzuführen. Wesentliche neurologische Ausfallserscheinungen seien nicht erkennbar. Das bizarre Gangbild sei mit der chronischen Schmerzkomponente am ehesten einer psychogenen dissoziativen Störung zuzuordnen. Neben einem zentralen und konstanten Kern von Symptomen mit Bewegungsstörungen, ohne willentliche Kontrolle, könne zusätzlich aufmerksamkeitsuchendes Verhalten unterschiedlichen Ausmaßes vorkommen. Hinweise für eine Simulation oder Aggravation bestünden nicht. Nach elektrophysiologischer Diagnostik stellte Dr. B. eine rein sensible, beinbetonte diabetische Polyneuropathie und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit beginnender möglicher dissoziativer Bewegungsstörung fest. Es müsse noch von einem vollschichtigen Leistungsvermögen (6 Stunden und mehr) für leichte Tätigkeiten ausgegangen werden. Eine Verbesserung der chronischen Symptomatik sei durchaus möglich, insbesondere zeige der Kläger eine hohe Motivation bezüglich einer Umschulung und Interesse an Kuriertätigkeiten, was er sich auch gesundheitlich zutraue. Zu den Einwendungen des Klägers gegen das Gutachten äußerte sich Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14.8.2013. Das Ablehnungsgesuch des Klägers gegen den Gutachter blieb erfolglos (Beschluss des SG vom 13.11.2013, Zurückweisung der Beschwerde durch Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 27.1.2014 - [L 11 R 5472/13 B](#)).

Zwischenzeitlich hatte der Kläger eine Reha in M. in der Zeit vom 24.4.2013 bis 15.5.2013 durchgeführt. Im Entlassungsbericht der DAK-Fachklinik "H." vom 23.5.2013 wurden diagnostiziert: Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas Grad II, Hypertriglyceridämie, essenzielle Hypertonie und periphere-sensible und motorische Polyneuropathie. Ausschließlich sitzende Tätigkeiten seien vollumfänglich - 6 Stunden und mehr - möglich. Der Patient sei sehr motiviert und arbeitswillig.

Auf das Kostenrisiko des Klägers holte das SG nach [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. M. ein. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 18.4.2014 eine progrediente diabetische Polyneuropathie mit Sensibilitätsstörung beider Unterschenkel und Füße, mit trophischen Störungen an beiden Unterschenkeln, Schmerzen und Gangstörung mit Ataxie und Fallneigung fest ebenso diagnostizierte er eine neurotische Entwicklungsstörung mit Vernachlässigung und Abgeschobenwerden und Überforderung in der Kindheit. Im Rahmen dessen sei es zu einer zunehmenden, depressiv geprägten, somatoformen Schmerzstörung und zum Auftreten einer ebenso zunehmenden dissoziativen Bewegungsstörung zunächst des rechten Beines, jetzt auch des linken Armes gekommen. Eine Arbeit über 3 Stunden sei dem Kläger nicht zuzumuten, nachdem er bereits mit der jetzigen 2-stündigen Arbeit ausgelastet sei.

Die Beklagte ist dem Gutachten mit der sozialmedizinischen Stellungnahme der Stellungnahme Dr. Edelmann vom 12.5.2014 entgegengetreten.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 23.7.2014 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass der Kläger trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage sei, körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bei bestimmten qualitativen Einschränkungen mindestens 6 Stunden täglich zu verrichten. Hierzu hat es sich auf die Gutachten des Dr. Sch., Dr. C., Prof. Dr. M. sowie des Dr. B. gestützt. Dr. Sch. sei bei den diagnostizierten Leiden auf orthopädischem Gebiet (Acromioclaviculararthrose links, pseudoradikuläre Lumboischialgie und Dorsalgie bei degenerativem Lendenwirbelsäulensyndrom ohne radikuläre Ausfallsymptomatik bei Bandscheibenvorfall L5/S1, Zustand nach Acromioclavicularresektion rechts, Osteochondrose lumbosacral und mäßiggradige, kaudal betonte Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule, leichte Dysplasiecoxarthrose beidseits) überzeugend zu der Einschätzung gelangt, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden arbeitstäglich einer leichten Tätigkeit nachgehen könne. Den Leiden des Klägers könne mit qualitativen Anpassungen bei den zu verrichtenden Tätigkeiten - ohne Heben und Tragen, dauerndes Stehen und Gehen, nicht auf Gerüsten - Rechnung getragen werden. Die fachfremde Einschätzung, dass der Kläger aufgrund des neurologischen Defizits mit beinbetonter Polyneuropathie nur weniger als drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne, überzeuge bei den entgegenstehenden neurologischen Gutachten der Dres. C. und B. nicht. Auf Grund des Gutachtens des Prof. Dr. M. sei davon auszugehen, dass die Einschränkungen auf internistischem Gebiet (Zustand nach akutem Coronarsyndrom mit instabiler Angina pectoris bei koronarer 1-Gefäßerkrankung mit hochgradiger medialer und 80%iger distaler RCA-Stenose; insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit diabetischer Folgeerkrankung einer peripheren Polyneuropathie; arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt) nicht zu einer Erwerbsminderung führten. Zu vermeiden seien lediglich Tätigkeiten in Kälte, Hitze oder mit starken Temperaturschwankungen, Umgang mit gefährlichen

Stoffen, Schichtdienst mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus sowie Akkordarbeit. Damit seien dem Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte körperliche Tätigkeiten 6 Stunden arbeitstäglich möglich und zumutbar. Auch die Leiden auf psychischem bzw. neurologischem Gebiet sprächen nicht gegen die Verrichtung einer Erwerbstätigkeit im Umfang von 6 Stunden täglich, wie die überzeugenden Gutachten der Dres. C. und B. bei der diagnostizierten körperfernen, rechtsbetonten Polyneuropathie der unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus und chronischer Lumboischialgie bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenvorfall L5/S1 und anhaltender somatoformer Schmerzstörung mit beginnender möglicher dissoziativer Bewegungsstörung ergäben. Nicht gefolgt werde den Ausführungen des Dr. M., der bei im Wesentlichen gleicher Diagnosestellung der Auffassung sei, dass der Kläger nicht mehr einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit – auch nicht in einem Umfang von drei Stunden täglich – nachgehen könne. Dieser sehe überdies u.a. Hinweise für eine neurotische Entwicklungsstörung mit Vernachlässigung, Abgeschobenwerden und Überforderung in der Kindheit. Dres. C. und B. führten überzeugend aus, dass auch diesen Leiden mit qualitative Einschränkungen bei den zu verrichtenden Tätigkeiten Rechnung getragen werden könne. Aufgrund der Funktionseinbußen im psychischen und physischen Bereich seien Tätigkeiten zu vermeiden, die erhöhte Ansprüche an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen stellten sowie Umstellungs- und Anpassungsvermögen, Verantwortung für Menschen und Maschinen, Publikumsverkehr und Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, verlangten. Die Pflicht zur Benennung einer konkreten Berufstätigkeit bestehe nicht, weil weder eine "Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" noch eine "schwere spezifische Leistungsminderung" vorliege. Auch der bei dem Kläger festgestellte Grad der Behinderung von 70 führe bei unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen zu keinem anderen Ergebnis.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 18.8.2014 zugestellte Urteil hat er am 18.9.2014 schriftlich beim Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt und vorgetragen, dass nach umfangreicher Beweiserhebung bereits der Gutachter Dr. Sch. nur noch ein 3-stündiges Leistungsvermögen des Klägers festgestellt habe. Das Sozialgericht habe sich nicht mit dem Gutachten des Dr. M. auseinandergesetzt, der Schwachpunkte in den anderen Gutachten aufgezeigt habe. Demgegenüber habe der Neurologe Dr. C. nur den einen neurologischen Befund gewürdigt. Neurologe Dr. B. habe zusätzlich neu eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt. Die eingeschränkte Mobilität und stärker behindernde psychische Störung sei von ihm bestätigt worden. Dr. M. habe die stetige Verschlechterung auf neurologischem Gebiet bestätigt. Außerdem sei die seelische Störung des Klägers nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23. Juli 2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. Mai 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Dezember 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 28. Februar 2011 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Nach Vorlage des MRT-Befundes der Dres. N. und Partner vom 7.5.2015 und der nervenärztlichen Bescheinigung des Dr. M. vom 12.5.2015 hat der Senat das neurologisch-psychiatrische Gutachten des PD Dr. B., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, spezielle Schmerztherapie, Epileptologie und klinische Geriatrie vom 2.9.2015 eingeholt. Dieser diagnostizierte: • Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren • Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig, ED 2001 mit • diabetischer Polyneuropathie, überwiegend sensorisch • DD: Dissoziative Bewegungsstörung • essenzielle arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt • koronare Herzerkrankung, Zustand nach akutem koronarem Syndrom, stentversorgt • Adipositas Grad II • Lumboischialgien bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule • Coxarthrose beidseits • Zustand nach Schultergelenksoperation rechts, AC-Gelenkresektion 2008 • Impingement-Syndrom linkes Schultergelenk, Z. n. Neerplastik 10/2012 • Karpaltunnelsyndrom rechts, operiert 04/2010

Er gelangte zur Einschätzung eines vollschichtigen Leistungsvermögens (6 Stunden und mehr) für leichte Tätigkeiten am allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen. Erkrankungen, die eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens begründen würden, habe er im Rahmen seiner Untersuchungen auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet nicht feststellen können. Das vom Kläger hauptsächlich beklagte Einknicken und Wegsacken der Beine mit Auffälligkeiten bei der Untersuchung der Gehfähigkeit und der Koordination bzw. des Standes lasse sich mit keinem neurologischen Krankheitsbild vereinbaren, insbesondere die diagnostizierte Polyneuropathie verursache keine Beteiligung der Stütz Muskulatur. Hierbei müsse an eine mehr oder weniger bewusstseinsnahe Aggravation oder auch gar an eine Simulation gedacht werden. In Bezug auf die chronifizierte Schmerzsymptomatik des Rückens sei bemerkenswert, dass der Kläger gegenwärtig keinerlei Analgetika zu sich nehme, auch physiotherapeutische Maßnahmen oder andere präventive Behandlungen momentan nicht durchgeführt würden. Momentan hätten sich keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer Wurzelreiz- oder Wurzel-Kompressionssymptomatik ergeben. Eine psychische Erkrankung liege nicht vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (Reha und Rente) sowie die Prozessakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die gem. §§ 143, 144 Abs. 1 SGG statthafte Berufung ist zulässig; sie ist unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 30.5.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6.12.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Das SG hat nach erschöpfender Ermittlung des Sachverhalts, unter Darlegung der zutreffenden Rechtsnormen sowie unter Hinweis auf die

einschlägige Rechtsprechung verbunden mit einer rechtsfehlerfreien und ausführlichen Würdigung des Beweisergebnisses zutreffend entschieden, dass der Kläger gestützt auf die eingeholten Gutachten keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung hat. Überzeugend ist dies vor dem Hintergrund der von den Gutachtern im SG-Verfahren erhobenen Befunde. So hat beispielsweise das internistische Gebiet betreffend der Kläger trotz seiner 2009 stattgehabten Herzkrise und fortbestehenden coronaren 1-Gefäß-erkrankung mit distaler RCA-Stenose und arterieller Hypertonie bei der Fahrradergonomie bei Prof. Dr. M. bis 150 Watt belastet werden können, ohne dass der Abbruch wegen einer Herzleistungsschwäche erfolgt wäre, sondern lediglich wegen muskulärer Erschöpfung. Dieses Untersuchungsergebnis entspricht nach den Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit koronarer Herzkrankheit (der DRV, Stand: November 2015, 8.2.2.1, S. 29) einer schweren körperlichen Belastbarkeit. Die insbesondere auch im Hinblick auf die Polyneuropathie eine Leistungsminderung verneinenden Gutachten sind zusätzlich durch das Ergebnis der zwischenzeitlich durchgeführten Reha-Maßnahme im "H." in B. (Entlassbericht vom 23.5.2013) bestätigt worden, wo sich der Kläger auch selbst noch als höher leistungsfähig eingeschätzt hat. Aus dem Gutachten des Dr. Sch. kann der Kläger keine Unterstützung für sein Vorbringen ableiten, nachdem dieser die unter 3-stündige Leistungsfähigkeit allein fachfremd aus den neurologischen Beschwerden abgeleitet hat, dies die Fachärzte Dr. C. und Dr. B. jedoch anders beurteilt haben. Der Senat sieht deshalb zur Vermeidung von Wiederholungen von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück (§ 153 Abs. 2 SGG).

Aus dem Vorbringen und der weiteren Beweiserhebung im Berufungsverfahren heraus ergibt sich kein Anlass, der Einschätzung des Dr. M. zu folgen, wonach der Kläger als erwerbsgemindert anzusehen wäre. Ergänzend ist vielmehr auszuführen, dass sich die fehlende Erwerbsminderung des Klägers trotz der auch nach dem Erörterungstermin stattgehabten und im Vordergrund stehenden Gang- und Sturzproblematik bestätigt hat. PD Dr. B. ist in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 2.9.2015 für den Senat überzeugend und im Ergebnis mit Dres. C. und B. zu der Einschätzung gelangt, dass der Kläger dennoch 6 Stunden und mehr leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit gewissen qualitativen Einschränkungen verrichten kann. Er hat sich den dies bereits vorher bestätigenden Gutachten der Dres. C. und B. sowie den diesbezüglichen Leistungseinschätzungen in den Reha-Verfahren voll angeschlossen. Hierauf stützt sich auch der Senat. Das Gutachten ist überzeugend und in sich schlüssig. Im Vordergrund stehen beim Kläger die von ihm geschilderten Probleme mit seinen Beinen, die immer wieder zu einem Einknicken und Wegsacken sowie zu gelegentlichen Stürzen führen, wie es sowohl im Anschluss an den Erörterungstermin vom 31.3.2015 beim LSG als auch in der Begutachtungssituation bei PD Dr. B. ebenso wie in der Vorbegutachtung bei Dr. M. zu beobachten war. Dass diese Phänomene tatsächlich krankheitswertig und das qualitative Leistungsvermögen einschränkend sind, ist nicht zur Überzeugung des Senats nachgewiesen. Eine überzeugende medizinische Erklärung gibt es hierfür nämlich nicht. So hat PD Dr. B. den Sachverhalt dahingehend beschrieben, dass der Kläger "sich auf den Boden fallen ließ". Er hat klargestellt, dass die beim Kläger nachgewiesene Form der diabetischen Polyneuropathie - leicht bis mittel ausgeprägt mit der Folge von Sensibilitätsstörungen an den Füßen - keine Beteiligung der Stützmuskulatur, die für die Stürze verantwortlich sein könnte, verursacht. Auch Anhaltspunkte für Paresen lagen trotz leichter Auffälligkeit der motorischen Neurografie der Beinerven bei sehr kräftigem und symmetrischem Muskelprofil der Unterschenkel nicht vor. Die Fußsenkung und auch die Fuß und Zehenhebung waren kräftig innerviert. Die Auffälligkeiten der Gehfähigkeit und der Koordination bzw. des Standes bei der Untersuchung, die sich in bizarren Bewegungsmustern äußerten (wiederkehrendes Einknicken im Bereich der proximalen Stützmuskulatur, sich festhalten an Einrichtungsgegenständen, Gangbild unsystematisch unsicher, kleinschrittig mit fehlenden Abrollbewegungen über die Verse und Auftreten mit dem rechten Fuß über die Fußaußenseite), wie sie auch zuvor von den anderen nervenärztlichen Gutachtern als auffällig beschrieben worden sind, sind mit keinem neurologischen Krankheitsbild vereinbar. Auch das Vorliegen einer dissoziativen Störung, bei der zusammengehörige Informationen, Wahrnehmungen oder Gedanken nicht mehr miteinander in Verbindung gebracht werden können, hat PD Dr. B. überzeugend nach ausführlichem Aktenstudium, wie anhand der ihm zuzuordnenden zahlreichen Markierungen in den übersandten Akten nachvollziehbar ist, in Zweifel gezogen. Das Auftreten der Stürze, von 10 beschriebenen Stürzen 3 in Untersuchungssituationen und einer im Gerichtstermin, lässt an eine kontextabhängige Komponente denken. Zudem hat sich der Kläger trotz seines erheblichen Gewichts von über 100 kg bisher keine ernsthafte Verletzung zugezogen und bei dem Sturz in der Begutachtungssituation vom Gutachter beobachtet auch eine kompensatorische geschickte Ausweichbewegung zum Abfangen des Gewichts vorgenommen, was auf eine Vorhersehbarkeit des Sturzgeschehens hindeutet. Widersprüchlich war weiterhin die demonstrierte Symptomatik mit plötzlich einschließenden unkontrollierten Zuckungen und Bewegungen der oberen Extremitäten, die einer Fahrtauglichkeit entgegenstehen würde; im Gegensatz dazu jedoch hatte der Kläger eine Woche zuvor eine Urlaubsstrecke aus dem Nordschwarzwald bis nach Nordfriesland und zurück als Fahrer mit einem PKW zurücklegen können und waren diese Bewegungen überwiegend bei Intention zu beobachten. Nachvollziehbar bringt PD Dr. B. die vorgeführten Symptome daher - z.T. deutlicher als Dr. C. oder anders als Dr. B. mit Aggravation oder Simulation in Verbindung. Bestätigt wird dies auch durch die nahezu vollständig beseitigte vorher demonstrierte Stehunsicherheit bei Ablenkung (dual task).

Doch selbst wenn die Sturzereignisse unwillentlich auftreten sollten, ist daraus nicht bereits auf eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens zu schließen. Etwaigen Gangunsicherheiten könnte zur Vermeidung von Stürzen mit einer Gehhilfe, die dem Kläger ärztlicherseits empfohlen wurde, die er aber bisher ablehnt, begegnet werden. Außerdem kann dem das berufliche Leistungsvermögen betreffend durch qualitative Einschränkungen, nämlich durch eine Tätigkeit überwiegend im Sitzen, ausreichend Rechnung getragen werden. Zudem wird der Kläger dadurch offensichtlich auch nicht daran gehindert, noch regelmäßig der geringfügigen Hausmeistertätigkeit in einem Altenheim, die nicht leidensgerecht sein dürfte, nachzugehen.

Aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik des Rückens liegt ein erheblicher Leidensdruck offensichtlich nicht vor, nachdem der Kläger weder Analgetika zu sich nimmt noch physiotherapeutische Maßnahmen oder andere präventive Behandlungen durchgeführt werden, was bereits im Gutachten von Dr. C. vom 19.9.2012 dokumentiert wurde.

Eine psychische Erkrankung etwa im Sinne einer depressiven Störung hat der Gutachter nicht feststellen können. Bestätigt wird dies durch den erhobenen psychischen Befund. Danach war der Kläger örtlich zeitlich und situativ voll orientiert, im Verlauf des Explorationsgesprächs zunehmend auskunftsbereit, ohne Hinweis auf formale oder inhaltliche Denkstörung, wengleich das inhaltliche Denken sehr auf die Beschwerdesymptomatik fokussiert war. Die Stimmung war weitgehend euthym (ausgeglichen). Die affektive Schwingungsfähigkeit war gegeben.

Demgegenüber konnte sich auch der Senat der Leistungsbeurteilung des Dr. M. nicht anschließen. Die von ihm aus Kindheitserlebnissen des Klägers - als 6. von 9 Kindern im Alter von 10 Jahren ohne weiteren Kontakt zu den Eltern bei den Großeltern aufgewachsen - geschlossene schwere seelische Störung i.S. einer neurotischen Entwicklungsstörung, die sich in der Gangunsicherheit äußere, ist als spekulativ

anzusehen, worauf Dr. Edelmann in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 12.5.2014 zutreffend hingewiesen hat. Den angeblichen Verlust der Steuerungsfähigkeit der Motorik mit muskulären Verspannungen, Zuckungen und muskulärer Schwäche als die Verselbständigung der Gefühle als Reaktionsweisen im körperlichen Bereich zu erklären, überzeugt den Senat nicht, insbesondere nachdem die diesbezüglich beschriebenen Auffälligkeiten in der Untersuchung bei PD Dr. B. bei Ablenkung z.T. nicht vorlagen.

Weiter ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass dem Kläger eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) bereits auf Grund seines Geburtsjahrgangs nicht zustehen kann, da er nach dem 1.1.1961 geboren ist. Das Leistungsvermögen in der zuletzt ausgeübten Beschäftigung ist demnach nicht maßgeblich.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-24