

**L 14 R 4161/04**

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

14

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 13 RA 421/02

Datum

23.06.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 14 R 4161/04

Datum

16.02.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 23. Juni 2004 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen voller Erwerbsminderung.

Der im Jahre 1960 geborene Kläger hat von November 1975 bis Juli 1978 den Beruf eines Bauschlossers erlernt und bis März 1990 versicherungspflichtig ausgeübt. Von Juli 1990 bis Juli 1992 wurde er wegen eines Wirbelsäulenleidens auf Kosten des Arbeitsamts M. zum technischen Zeichner mit zusätzlicher CAD-Ausbildung umgeschult. Von Juli 1992 bis September 1994 arbeitete er als technischer Angestellter. Anschließend erfolgte eine Weiterbildungsmaßnahme zur CAD-Fachkraft, die vom Kläger aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen wurde. Unterbrochen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit war er dann von September bis Dezember 1996, Mai bis Juli 1997, Mai bis September 1998 und tageweise im Oktober sowie November 1998 als Schlosser bzw. Monteur (Vorarbeiter) beschäftigt. Der Umfang sonstiger Erwerbstätigkeiten blieb teilweise ungeklärt. Bereits im Jahre 1995 hatte der Kläger angegeben, nebenbei selbständig einen Konsumgüterhandel zu betreiben und auch Reinigungsprodukte im Bekanntenkreis zu verkaufen. Ein seit dem 01.01.1996 angemeldetes Gewerbe unter den Tätigkeiten "Vertrieb von Design-Möbeln (Anmerkung: selbst hergestellte Kleinmöbel), Dienstleistungen aller Art, Hausmeister-Service und Gartengestaltung" wurde im Dezember 1999 rückwirkend zum 31.12.1998 abgemeldet. Einen CAD-Lehrgang (Januar bis März 1998) und Weiterbildungskurse an einer Technikerschule (September bis Dezember 1998 und September/Oktober 1999) brach der Kläger aus gesundheitlichen Gründen ab.

Am 08.02.1995 stellte der Kläger bei der Beklagten Antrag auf Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wegen "Wirbelsäulenversteifung" (Stabilisierungsoperation im Dezember 1994 nach Wirbelgleiten von LWK 5/S 1). Die Beklagte holte ein Gutachten des Orthopäden Dr.G. vom 07.06.1995 und ein Gutachten des Nervenarztes Dr.K. vom 25.07.1995 ein. Nach diesen lagen vor ein diskretes lokales Schmerzsyndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule und der linken Leiste, eine degenerative Bandscheibenerkrankung ohne Wurzelkompression bei L3 bis L5, ein lokales Halswirbelsäulen-Syndrom, eine Bizepssehnenruptur 1990 links- seitig mit Reinsertion ohne Restbeschwerdesymptomatik und eine psychoneurotische depressive Entwicklungsstörung mit laufender Psychotherapie bzw. eine depressive Neurose mit mäßig ausgeprägten anankastischen Zügen (Stimmung und Affekt leicht depressiv gefärbt; Psychotherapie seit 1993 wegen Kontaktschwierigkeiten, Schwierigkeiten, sich durchzusetzen und gefühlsmäßig zu äußern, vorausgehend Scheitern einer Partnerbeziehung nach mehreren Jahren). Wesentliche Einschränkungen des Erwerbsvermögens auf psychiatrischem Gebiet wurden nicht gesehen. Im Übrigen wurde der Kläger für fähig gehalten, leichte Tätigkeiten mit einigen qualitativen Einschränkungen vollschichtig zu verrichten.

Die Beklagte lehnte die Rentengewährung mit Bescheid vom 13.02.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.05.1997 ab. Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Augsburg (S 13 RA 201/97) begehrte der Kläger nur eine Rente wegen Berufsunfähigkeit. Das Sozialgericht zog ärztliche Untersuchungen bei, unter anderem den Bericht der Klinik R. vom 24.10.1997 über eine Behandlung vom 29.07. bis 25.09.1997 wegen chronischen komplexen Tinnitus beidseits, rezidivierenden Cervikalsyndroms und Schmerzstörung in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor (bei klinischen Hinweisen und hohen Somatisierungswerten ergab sich die Diagnose einer Schmerzstörung, wobei dem Kläger eine verhaltensorientierte ambulante Psychotherapie empfohlen wurde), weiterhin zwei im Schwerbehinderten-Rechtsstreit beim Sozialgericht Augsburg (S 10 Vs 186/96) erstellte orthopädische Gutachten des Dr.D. vom 06.12.1996 und des Dr.B. vom 10.07.1997. Ein vom Sozialgericht selbst in Auftrag gegebenes Gutachten des Orthopäden Dr.W.

vom 24.03.1998 erbrachte die Diagnosen "operiertes Wirbelgleiten bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit zeitweise auftretenden Wurzelreizerscheinungen in das linke Bein, leichte Großzehenheberschwäche (schon vielfach vordiagnostiziert, aber ohne relevante Störung des Gangbildes), Hals- und Brustwirbelsäulensyndrom mit geringer Funktionsstörung ohne Nervenwurzelreizsymptomatik sowie Tinnitus". Dr.W. hielt den Kläger für fähig, täglich acht Stunden als technischer Zeichner zu arbeiten sowie auch leichte Männerarbeiten ohne häufiges schweres Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, nicht in ständig gebückter Vorneigehaltung, teils sitzend, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig zu verrichten. Vor allem hierauf gründend wies das Sozialgericht die Klage wegen Berufsunfähigkeit mit Urteil vom 17.06.1998 ab.

Im Berufungsverfahren vor dem Bayerischen Landessozialgericht (L 13 RA 96/98) schränkte der Kläger sein anfangs auf Gewährung von Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit gerichtetes Begehren auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit ein.

Der Senat holte zunächst das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.S. vom 18.02.1999 ein. Bei diesem brachte der Kläger Beschwerden von Seiten der Halswirbelsäule (Nackenschmerzen, in die Schulterblättern und den Hinterkopf einstrahlend, drückender Kopfschmerzdruck auf den Ohren), sekundenlangen Schwindel und verstärkte Lichtempfindlichkeit auf dem rechten Auge bei schnellen Bewegungen, einen Tinnitus, ein zeitweise "gewisses Gefühl" von Übelkeit, Durchschlafstörungen, ein pelziges Gefühl zwischen Daumen und Zeigefinger, Probleme im Zungenbereich (Zungenspitze pelzig), Probleme in der rechten Hüfte (ziehender Schmerz, zunehmend beim längeren Gehen), Kniebeschwerden, Koordinationsschwierigkeiten mit dem linken Fuß beim schnellen Gehen (er könne dann das Gangtempo nicht halten), ein Pelzigkeitsgefühl im Bereich der linken Ferse, eine "gewisse Bronchitis" und einen Zustand nach Schädelhirntrauma im Jahre 1992 (verstärkte Nackenschmerzen nach Autounfall) vor. Dr.S. diagnostizierte als weniger bedeutsame Gesundheitsstörung ein gering ausgeprägtes motorisches und sensibles Nervenwurzelkompressionssyndrom L5/S1 links sowie ein Wurzelreizsyndrom C6/C7 am linken Arm und in erster Linie einen unsystematischen Schwindel, einen chronischen Tinnitus aurium beidseits sowie ein chronisches Schmerzsyndrom. Er wies darauf hin, dass der Kläger aufgrund psychischer Probleme im früheren Familien- und Erwerbsleben körperliche Symptome entwickle, wozu das Auftreten des unsystematischen Schwindels, des Ohrengeräuschs und des chronischen Schmerzsyndroms passe. Der Zustand sei noch kompensiert, so dass dauerhafte psychische Folgen zum Beispiel im Sinne einer reaktiven Depression nicht nachweisbar seien. Der Kläger sei noch im Stande, vollschichtig Erwerbstätigkeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck und nicht auf Gerüsten, in großer Höhe oder an anderen gefährdenden Stellen sowie bei Meidung lärmintensiver Arbeiten zu verrichten.

In der Folgezeit berichteten der Orthopäde Dr.R. und der Neurologe und Psychiater Dr.F. als behandelnde Ärzte über eine seit Ende des Jahres 1998 zunehmende vegetative Symptomatik und Verstärkung des funktionell hinterlegten Krankheitsbildes (Befundbericht vom 05.05.1999 und Arztbrief vom 25.03.1999). Der Bevollmächtigte des Klägers machte mit Schriftsatz vom 23.08.1999 erstmals geltend, es liege eine Reihe von Krankheitsbildern vor, die durch die früheren Schweißarbeiten des Klägers mit Zink entstanden seien. Beigelegt wurde ein Artikel "Die chronische Vergiftung mit Quecksilber", Unterpunkt "Symptome" (anhaltender Erschöpfungszustand, Übelkeit und Appetitstörungen, vermehrter Speichelfluss, lokales Zungenbrennen, Kopfsymptome, Konzentrationsprobleme, schlechtes Erinnerungsvermögen, extreme Unruhe mit Angstzuständen, rheumatische Beschwerden, Hautprobleme, allgemeines Krankheitsgefühl, Sehstörungen, Lähmungserscheinungen, Zungenbrennen, Atembeschwerden, Schlafstörungen, psychische Veränderungen, Schwindel, Übelkeit und Trockenheit im Hals, Geruchsstörung, Infektanfälligkeit usw.). Hierzu nachgereicht wurden ein Arztbrief des Dermatologen und Umweltmediziners Dr.M. vom 15.10.1999 und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung desselben Arztes vom 08.11.1999, in denen angeführt wird, beim Kläger bestehe eine toxische Enzephalopathie infolge Belastung durch Lösemittel und resorptive Aufnahme von Schwermetallen, weiterhin Koordinationsstörungen, eine autonome Neuropathie und ein Tinnitus. Aufgrund der ausgeprägten kognitiven Störungen könne der Kläger derzeit keinerlei Tätigkeiten verrichten. Dr.M. empfahl eine Anzahl diagnostischer Schritte und eine adäquate Therapie. Beigefügt war den Vorgängen eine vom Kläger verfasste Auflistung von Beschwerden, wie sie seit dem Jahre 1991 zunehmend bestanden hätten, die im Wesentlichen den bereits vorher beschriebenen Symptomen bei Metallvergiftung entspricht. Angeführt waren hier unter anderem fehlende Koordination der Beine, Funktionsausfälle des linken Arms sowie teilweise der rechten Hand (Taubheitsgefühle), Koordinationsprobleme der beiden Arme, ständiger Kopfdruck, Kopfweh, ständiger Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Einschränkung der Konzentration und Merkfähigkeit, Vergesslichkeit, Ohrgeräusche, Sehstörungen, laufende Nase, ständiger Metallgeruch und teilweise Verwesungsgeruch, brennende pelzige Zungenspitze, pelziger Mundraum, Speichelfluss, Sprachstörungen (Lallen), fehlender Geschmack, Bronchitis, Hustenanfälle, Atemnot, Beklemmungsgefühle, Magenbeschwerden, Übelkeit mit Erbrechen, Gewichtsabnahme, Frieren und Schwitzen wie nach Schweißarbeiten, Gliederschmerzen, Blähbauch, schlechte Verdauung, Schlafstörungen, Hautjucken usw.

In der Folgezeit reichte der Prozessbevollmächtigte des Klägers weitere Unterlagen ein. In einem Arztbrief des Dr.M. vom 28.06.2000 ist der Hinweis auf eine Borrelienerkrankung (Epstein-Barr-Virusinfekt) enthalten, der auch für das Krankheitsbild verantwortlich sein könnte. In einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern vom 07.03.2000 wurde unter Auswertung unter anderem von Fremddiagnosen eine neurotische Depression und eine progrediente neurologische Erkrankung bei Perfusionsstörung der linken Hemisphäre des Großhirns und des Kleinhirns festgestellt. Laut Bericht der Neurologischen Klinik der Universität U. und des Rehabilitationskrankenhauses U. vom 14.06.2000 stellte sich der Kläger mit einem bunten klinischen und auffälligen Befund vor, wobei die Ärzte zwar auch an einen neurodegenerativen Prozess dachten, aber aufgrund der gefundenen Befunde und bestimmter Verhaltensweisen des Klägers am ehesten eine somatoforme Störung annahmen und eine fachpsychiatrische Begutachtung empfahlen. Der Radiologe Dr.H. nahm in seinem Arztbrief vom 17.03.2000 an Frau Dr.P. zur Frage einer Perfusionsstörung (Durchblutungsstörungen des Gehirns) dahingehend Stellung, dass die Emmissions-Tomographie (SPECT vom 14.03.2000) eine grenzwertige Erniedrigung unter die Norm der globalen Perfusion der linken Hemisphäre ergeben habe, weiterhin in bestimmten Bereichen des Gehirns geringe wie auch großflächige Perfusionsminderungen bestünden.

Das vom Senat eingeholte Gutachten des Internisten und Lungenarztes Dr.L. vom 26.09.2000 führte zu den Diagnosen Asthma bronchiale vom gemischtförmigen Typ Schweregrad II, allergische Typ-I-Sensibilisierung gegenüber Katzen, Gräserpollen, Kräuterpollen, Getreidepollen und Milben, leichtgradige Hypercholesterinämie und leichtgradiger Globulinmangel. Letzterer könne zwar auf eine Autoimmunstörung im Bereich des Zentralnervensystems bzw. auf eine schwermetallbedingte Erkrankung des Nervensystems hinweisen, die Laborveränderungen seien jedoch nicht zwingend beweisend. Solange klinisch kein Hinweis auf eine Polyneuropathie oder eine Erkrankung des Gehirns zu finden sei, wie dies eindeutig aus dem Gutachten des Dr.S. und dem Bericht der Neurologischen Klinik der Universität U. hervorgehe, müssten die erhobenen Laborbefunde ebenso wie die Befunde der SPECT-Untersuchung des Dr.H. vom 14.03.2000 als Normvarianten angesehen werden. Störungen im Bereich des zentralen und peripheren Nervensystems könnten sich erst dann auf die Leistungsfähigkeit eines

Untersuchten auswirken, wenn diese klinisch manifest geworden seien. Ursächlich für das Asthma bronchiale sei zum großen Teil eine Allergie, und das Halten einer Katze in der Wohnung trage sicher nicht zur Besserung bei. Folgeerscheinungen der Asthmaerkrankung wie Hochdruck im Lungenkreislauf oder Sauerstoffmangel in Ruhe oder bei Belastung (respiratorische Insuffizienz) oder auch vermehrte Herzbelastung seien nicht erkennbar. Der Kläger könne noch leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig verrichten. Zu vermeiden seien Einflüsse von Kälte, Nässe, Rauch, Staub und bronchialreizende Gase, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, dauerndes Gehen und Stehen, Zwangshaltungen, Zeitdruck sowie Nacht- und Wechselschicht.

Im Anschluss hieran reichte der Bevollmächtigte des Klägers ein Attest der Dr.P. , Homöopathie und Naturheilverfahren, vom 30.10.2000 mit dem Hinweis auf die Diagnose einer chronischen Borreliose ein, die mit den seit zehn Jahren bestehenden komplexen Beschwerden des Klägers vereinbar sei. Beigelegt waren Laborwerte des Internisten Dr.K. , der die Diagnose einer chronischen Lyme-Borreliose im Begleittext dahingehend abschwächte, dass der Befund für eine früher durchgemachte Infektion oder aber auch für eine chronisch persistierende Infektion sprechen könne und eine chronisch persistierende Borrelien-Infektion als mögliche Ursache des Krankheitsbildes des Klägers in Frage komme.

Der Senat holte daraufhin ein erneutes Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.S. vom 25.04.2001 mit psychologischem Zusatzgutachten des Dipl.-Psych. P. vom 17.04.2001 ein. Der Psychologe stellte eine reduzierte allgemeine Leistungsfähigkeit bei unklarem Ausmaß fest, wobei wegen der widersprüchlichen Reaktionszeiten des Klägers und der gezeigten Unfähigkeit, aus der Wiederholung eines Testes einen Lerneffekt zu ziehen, eine Simulation von schlechten Ergebnissen wahrscheinlich erscheine; außerdem habe der Kläger eine geringe Leistungsmotivation gezeigt. Erneut brachte der Kläger bei Dr.S. zahlreiche Beschwerden vor; mittlerweile sei seine Leistungsfähigkeit noch mehr gesunken. Im Untersuchungsgespräch zeigte der Kläger eine normale affektive Schwingungsfähigkeit, explorativ ließen sich keine Hinweise für Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen sowie für eine Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörung finden. Der Kläger habe - so der Sachverständige - bei einem über mehrere Stunden dauernden Begutachtungsgespräch ein Verhalten gezeigt, das seiner Beschwerdeschilderung keineswegs entspreche. Die von ihm angegebene erhebliche Riech- bzw. Geschmacksstörung sei wohl nicht mit seinem Hobby, dem Kochen, zu vereinbaren; außerdem falle auf, dass der Kläger Ammoniak als Reizstoff des Nervus trigeminus, der auch bei einer Riechstörung erkannt werden müsste, nicht benennen konnte. Im neurologischen Befund habe sich weiterhin eine (angegebene) Halbseitengefühlstörung links gefunden, die mit keinem neurologischen Krankheitsbild korreliere. Auffallend sei eine ataktische Störung (Fallneigung nach hinten beim Stand mit geschlossenen Augen), die sich jedoch bei Ablenkung deutlich reduziert habe. Die technischen neurologischen Befunde seien normgerecht ausgefallen.

In der Besprechung kritisierte Dr.S. die Ausführungen des Dr.M ... Die Befunde wie Koordinationsstörungen, autonome Neuropathie, Tinnitus und lokale Veränderung des Vibrationsempfindens seien vieldeutig und widersprächen den Vorbefunden, u.a. auch den bei der früheren Untersuchung am 04.02.1999 erhobenen Befunden. Mit den von Dr.M. genannten Umständen lasse sich weder eine Enzephalopathie noch eine ggf. toxische Genese begründen. Die Forderung des Dr.M. nach weiteren Untersuchungen erscheine wenig sinnvoll, da das vom Kläger geschilderte Beschwerdebild so unspezifisch sei, dass die Relevanz der Ergebnisse der geforderten Untersuchungen für die vorliegende Fragestellung höchst fragwürdig sei. Dr.S. hielt auch nicht die Ergebnisse der SPECT-Untersuchung des Dr.H. für besonders aussagekräftig, da sich in der Literatur durchaus Hinweise auf variable Befunde unter verschiedenen Voraussetzungen ergäben. Zusammenfassend bleibe festzustellen, dass trotz der zwischenzeitlich durchgeführten Untersuchungen und der neuen Befunde eine sichere Einordnung des Beschwerdebildes des Klägers nicht gelinge, es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den von ihm geklagten Beschwerden und den geringfügigen und teilweise widersprechenden objektiven Befunden. Diese Diskrepanz lasse sich seiner Meinung nach nicht durch weitere umweltmedizinische Untersuchungen beheben, sondern müsse als Ausdruck einer derzeit auf körperlicher Ebene nicht zu erfassenden Erkrankung interpretiert werden. Bei dem jetzigen Kenntnisstand lasse sich das Beschwerdebild am ehesten als Somatisierungsstörung bezeichnen. Der Kläger könne ab Februar 1995 noch Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses vollschichtig verrichten. Die Ausprägung der vorliegenden Symptomatik reiche nicht aus, um aus nervenärztlicher Sicht eine dauerhafte quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu konstatieren. Zu vermeiden seien Zeit- oder Termindruck, überwiegend geistige Belastung, Wechsel- und Nachtschicht sowie Arbeiten auf Gerüsten und anderen Stellen, die den Kläger auf Grund der Koordinationsstörung gefährden könnten, außerdem lärmintensive Tätigkeiten. Dagegen seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen möglich. Die Umstellungsfähigkeit für andere als die bisher ausgeübten Erwerbstätigkeiten bestehe durchaus.

In seiner Stellungnahme verwies der Bevollmächtigte hierzu auf einen Befund des Internisten Dr.K. über Untersuchungen des Klägers im August 2000 und Mai 2001 mit der Diagnose eines fortschreitenden hirnorganischen Syndroms unter Hinweis auf das Erscheinungsbild, eine chronisch persistierende Lyme-Borreliose, eine chronisch persistierende Neuroborreliose, eine Immunkomplex-Vaskulitis (Neurologie der Universität U.) und zentralnervöse Durchblutungsstörungen (Befund des Dr.H.). Der Kläger habe auf einer Liste nahezu alle Symptome für eine Lyme-Borreliose angekreuzt.

Eine vom Senat veranlasste röntgenologische Begutachtung durch Dr.B. (SPECT-Untersuchung der Gehirnperfusion) vom 09.10.2001 ergaben maximale rechts-links-Differenzen bei 6 %, die auf Grund methodischer Unsicherheiten nicht als signifikant angesehen würden, jedoch nicht mehr die in der Voruntersuchung des Dr.H. vom 14.03.2000 festgestellte kleinherdige bis großherdige, gering bis deutlich ausgeprägte Perfusionsminderung in unterschiedlichen Lokalisationen des Gehirns. Die dortigen größeren Seitendifferenzen erklärte Dr.B. damit, dass bereits eine minimale Achsenabweichung (Kopfschiefelagerung) während der Untersuchung zu überhöhten Seitendifferenzen führe, wie sie damals mit 12 % gemessen wurden. Möglicherweise sei die damalige Perfusionsstudie methodisch unzulänglich gewesen, zumal eine Lagekorrektur nicht angeführt worden sei. Jedenfalls könne aufgrund der jetzigen eindeutigen Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass keine relevanten Perfusionsstörungen vorlägen. In der ergänzenden Stellungnahme vom 12.10.2001 führte Dr.S. aus, dass sich eine neurologische Schädigung als Ursache der vom Kläger beklagten Gesundheitsstörungen nicht ermitteln lasse und die Diagnose einer Somatisierungsstörung weiterhin aufrecht zu erhalten sei.

Bereits mit Schriftsatz vom 14.08.2001 hatte die Beklagte ein Vergleichsangebot unterbreitet, mit dem befristete Rente wegen Berufsunfähigkeit auf der Grundlage eines Leistungsfalls vom 07.03.2000 (Zeitpunkt der letzten andauernden Arbeitsunfähigkeit) ab 01.04.2000 angeboten wurde. Ausdrücklich wurde in diesem Angebot festgehalten und auch begründet, dass kein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gemäß § 44 Abs.2 Sozialgesetzbuch Teil VI (SGB VI) in der Fassung bis zum 31.12.2000 bestehe. Die Klagepartei unterbreitete daraufhin zunächst ein anderes Angebot (Schriftsatz vom 04.10.2001), wonach bei Gewährung von Rente wegen Berufsunfähigkeit ein Rehabilitations-Antrag des Klägers vom Herbst 2000 in einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Grund

einer Verschlechterung des Gesundheitszustands in den letzten 24 Monaten umgedeutet werde. Nach Hinweis des Senats, dass der Reha-Antrag vom Herbst 2000 noch offen sei und es außerdem dem Kläger frei stehe, jederzeit erneut einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu stellen, nahm der Bevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 26.10.2001, eingegangen beim Bayerischen Landessozialgericht am 29.10.2001, das Vergleichsangebot der Beklagten zur Erledigung des Rechtsstreits an.

Mit Schreiben vom "30.11.2001", eingegangen bei der Beklagten am 07.11.2001, bat der Kläger darum, einen Reha-Antrag vom November 2000 in einen Antrag wegen Erwerbsunfähigkeit umzudeuten (Hierzu ergaben spätere Ermittlungen, dass ein Antrag auf Bewilligung eines Heilverfahrens vom 20.09.2000 mit einem Bescheid vom 10.09.2001 unbekanntem Inhalts abgelehnt worden ist.). Die Beklagte führte den Vergleich mit Bescheid vom 21.01.2002 aus, wobei sich ergab, dass Rentenleistungen wegen Berufsunfähigkeit ab 01.04.2000 wegen anzurechnenden Einkommens (Arbeitslosengeld) nicht zu zahlen waren. Erneut machte der Kläger geltend (Schreiben vom 31.01.2002), sein Gesundheitszustand habe sich derart verschlechtert, dass er auf einer Umwandlung in eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen voller Erwerbsminderung bestehe, wie bereits im Schreiben vom 30.11.2001 (Schriftsatz im Berufungsverfahren) mitgeteilt worden sei.

Mit streitgegenständlichem "Überprüfungsbescheid" vom 06.03.2002 lehnte die Beklagte den Antrag vom 07.11.2001 auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab, weil die Voraussetzungen beim Kläger noch nicht vorlägen. Jener habe weder neue Beweismittel vorgelegt noch neue Tatsachen vorgetragen, die geeignet seien, eine günstigere Entscheidung zu treffen. Der Kläger sei in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig tätig zu sein. Gegenstand des Vergleichs sei Berufsunfähigkeit auf Dauer gewesen. Erwerbsunfähigkeit liege nicht vor. Dem Antrag auf Umdeutung könne daher nicht entsprochen werden, und es verbleibe bei der Rente wegen Berufsunfähigkeit laut Bescheid vom 21.01.2002.

Nach erhobenem Widerspruch zog die Widerspruchsstelle der Beklagten ärztliche Unterlagen bei, unter anderem den Bericht der Rheumatologischen Abteilung des Krankenhauses R. über eine stationäre Untersuchung vom 13.08. bis 06.09.2001. Bei bereits durch eine umfangreiche ambulante Vordiagnostik ausgeschlossener organoneurologischer und entzündlich-rheumatischer Erkrankung fanden sich letztlich keine Erklärungen für das "komplexe Beschwerdebild" einschließlich Gliederschmerzen und Polyarthralgien. Die Krankenhausärzte diagnostizierten unter Hinweis darauf, dass die Voraussetzungen hierfür (hinreichende Anzahl von tender points) noch nicht erfüllt erschienen, ein inkomplettes Fibromyalgiesyndrom mit oligotoper Insertionstendopathie bei Verdacht auf Somatisierungsstörung und empfahlen dem Kläger die Fortführung der erlernten krankengymnastischen Übungen und eine psychotherapeutische Behandlung. Der Rechtsbehelf wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30.08.2002 zurückgewiesen, weil weder die Voraussetzungen für eine Erwerbsunfähigkeitsrente nach [§ 44 Abs.2 SGB VI](#) a.F. noch die für eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nach [§ 43 Abs.2 SGB VI](#) n.F. erfüllt seien. Ab dem 02.09.2002 zahlte die Beklagte - wegen Erschöpfung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld - Rentenleistungen wegen Berufsunfähigkeit an den Kläger aus (Bescheid vom 04.10.2002). Die Rente wegen Berufsunfähigkeit wurde wegen Änderungen hinsichtlich der Pflege- und Krankenversicherung mit Bescheid vom 08.03.2004 neu festgestellt.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Augsburg machte der Kläger an Gesundheitsstörungen unter anderem Benommenheit, rasche körperliche und geistige Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Antriebsminderung, Schwindelanfälle, Magen- und Darmbeschwerden, Muskel- und Gelenkschmerzen in zahlreichen Körperbereichen, Wortfindungsstörungen, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und vieles mehr geltend. Er vertrat die Auffassung, es bestehe bei ihm vor allem eine toxische Enzephalopathie infolge einer langjährigen Lösungsmittel- und Schwermetallbelastung, wie bereits Dr.M. bestätigt habe. Der Kläger wies unter anderem auch auf die Befunde und Diagnosen des Nervenarztes Dr.B. hin und darauf, dass in einem berufsgenossenschaftlichen Verfahren wegen Anerkennung einer Berufskrankheit Frau Prof.Dr.E. im Gutachten vom 09.07.2002 eine toxische Enzephalopathie vom Schweregrad II A festgestellt habe.

Das Sozialgericht holte zahlreiche Befundberichte ein und zog umfassend Arztbriefe bei. Im Befundbericht des Dr.B. vom 22.02.2003 (mit beigelegten ärztlichen Unterlagen, unter anderem ein Schreiben des Dr.B. an Dr.Z. vom 10.04.2002 und ein Bericht des Dipl.-Psych. K. vom 05.02.2002 über eine testpsychologische Untersuchung) wurden eine Neuropathie, eine Myopathie, eine Hemiparese links, schwere Leistungsschäden und deutliche Störungen der Glukose-Utilisation im PET bei zwei bekannten Ursachen, nämlich 20jährige Arbeit als Schlosser (toxische Schäden) und zweimaliges stumpfes Kopft trauma bei Unfällen, festgestellt. Prof.Dr.E. vom Institut für Arbeitsmedizin in F. hielt eine Erklärung der Beschwerden des Klägers durch Neuroborreliose für unwahrscheinlich; ebenso wenig könnten die vom Kläger angegebene Gefühlsstörung der gesamten linken Körperhälfte und Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und Halswirbelsäule sowie in der linken Leiste auf die berufliche Exposition gegenüber Lösungsmitteln zurückgeführt werden. Auch zweimalige Schädelprellungen im Jahre 1991 und 1997 seien nicht als geeignete Ursachen für die Beschwerden des Klägers anzusehen. Lösungsmittelgemische, mit denen der Kläger im Berufsleben als Schlosser und Lackierer in Kontakt gekommen sei, seien für eine mittelschwere Enzephalopathie vom Typ A verantwortlich zu machen, und aufgrund der Schwere der Erkrankung bestehe eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 30 v.H.

Das Sozialgericht ließ den Kläger durch den Neurologen und Psychiater Dr.K. untersuchen, der in seinem Gutachten vom 18.09.2003 zu dem Ergebnis kam, neben einer leichtgradigen Lädierung der peripheren Hörbahnen entsprechend einer mäßiggradigen Schwerhörigkeit linksbetont liege eine Pseudodemenz im Rahmen einer Rentenneurose vor. Eine Enzephalopathie sei nicht nachweisbar, es fehlten in diesem Zusammenhang die zu erwartenden neurologischen Ausfälle. Psychiatrischerseits lasse sich eine Pseudodemenz nachweisen, das heißt, es handle sich um die Darstellung eines Dementen, wie der Laie sich ihn vorstelle. In dem Bestreben, die Geistesstörung möglichst schwer erscheinen zu lassen, würden hier in typischer Weise höchste Grade von Schwachsinn gemimt: Der Kläger könne sich an nichts mehr erinnern, vor allen Dingen nicht an wichtige Begebenheiten oder soziale Probleme mit all ihren Umständen. Er wisse seine Personalien nicht mehr (Geburtsdatum, Adresse, nur ungefähre Angaben zum Lebensalter) und habe scheinbar die elementarsten Kenntnisse eingebüßt (zum Beispiel könne er nicht mit Sicherheit angeben, wieviele Beine ein Hund habe. Er wisse auch nicht, ob er im Besitz einer Brille sei.) Anlässlich der Testpsychologie sei bei der versuchten Intelligenzprüfung aufgefallen, dass die Antworten falsch seien, aber auch eine Neigung zum Vorbeireden bestehe. Die sehr eindrucksvollen Testergebnisse beim Gedächtnistest und Uhrentest seien typisch für eine Pseudodemenz. Eindeutig nachweisbar sei ein übertriebenes Begehren nach Rente; insoweit handele es sich um eine zweckbedingte Fehlhaltung, die besser als psychogene Wunsch- und Zweckreaktion bezeichnet werden müsse und der vorliegend keine sozialmedizinische Relevanz zukomme. Der Kläger könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit dem Jahre 1995 täglich acht Stunden tätig sein. Arbeiten, die ein volles Hörvermögen erforderten, seien nicht mehr zumutbar. Der Kläger könne seine seelischen Hemmungen gegen eine Arbeitsleistung sowohl aus eigener Kraft als auch unter Mitwirkung ärztlicher Hilfe überwinden; besonders wichtig wäre hier eine konsequente

nervenärztlich-psychologische Behandlung, die nach eigenen Angaben des Klägers nicht gegeben sei.

Der Kläger bemängelte an dem Gutachten des Dr.K. das Fehlen psychologischer Testverfahren und machte geltend, dass er an erheblichen hirnorganischen, durch den Metallberuf und zwei Kopfunfälle verursachten Schäden leide, die sich seit Erstellung des Gutachtens der Prof.Dr.E. vom 09.07.2002 weiterhin erheblich verschlechtert hätten. Dr.K. vertrat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24.11.2003 die Auffassung, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine toxische Enzephalopathie verneint werden könne. Testpsychologische Untersuchungen hätten bereits vorgelegen und seien berücksichtigt worden.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 23.06.2004 ab, weil weder Erwerbsunfähigkeit im Sinne von [§ 44](#) Sozialgesetzbuch Teil VI alte Fassung (SGB VI a.F.) noch volle Erwerbsminderung im Sinne von [§ 43 SGB VI](#) neue Fassung (SGB VI n.F.) vorliege. Es ging davon aus, dass ein leichtes rezidivierendes Lumbalsyndrom mit diskreten sensiblen Nervenwurzelreizerscheinungen links, ein Cervikalsyndrom rechtsbetont bei Tinnitus, eine Funktionsbehinderung des rechten Kniegelenks bei rezidivierendem Reizknie und - ohne sozialmedizinische Relevanz - eine Pseudodemenz vorliege. Hierbei stützte es sich vor allem auf das Gutachten des Dr.K. und wies darauf hin, dass aus den von der Kammer bearbeiteten berufsgenossenschaftlichen Streitverfahren Dr.B. als Arzt bekannt sei, der abweichend von bzw. im wissenschaftlichen Konflikt mit der herrschenden medizinischen Lehrmeinung und deren Methodik immer wieder bei Personen, die ihren Körper als durch insbesondere berufsbedingte Umwelteinflüsse vergiftet erlebten, die Diagnose einer toxischen Enzephalopathie stelle, die regelmäßig einer an den derzeit herrschenden medizinischen Standards orientierten Überprüfung nicht Stand halte.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter, "gemäß seinem Antrag Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu zahlen". Er begründet dies unter anderem mit Mängeln im Gutachten des Dr.K. , mit dem sich auch das Sozialgericht nicht auseinandergesetzt habe, und verweist auf das Gutachten der Prof.Dr.E. mit der Feststellung einer Enzephalopathie. Das Sozialgericht sei den im Hinblick auf die Ergebnisse der Vorgutachter und der behandelnden Ärzte widersprüchlichen Feststellungen des Sachverständigen Dr.K. zu Aggravations- oder Simulationstendenzen blindlings gefolgt. Es habe sich auch nicht mit der Ansicht des Dr.B. , die von Prof.Dr.E. bestätigt worden sei, auseinandergesetzt.

Der Senat hat drei Bände Versichertenakten der Beklagten (mit aktuellem Versicherungsverlauf) und eine Heilverfahrensakte 1996, die Berufskrankheitsakte der Süddeutschen Metall-Berufsgenossenschaft, die Streitakte des Sozialgerichts Ulm S 2 U 2642/04, die Schwerbehindertenakte des Amts für Versorgung und Familienförderung A. , die Leistungsakte des Arbeitsamts B. sowie Röntgenfilme beigezogen. Eingeholt wurden Befundberichte des Orthopäden Dr.R. , des Neurologen und Psychiaters Dr.B. , des Allgemeinarztes Dr.Z. sowie des Internisten und Immunologen Dr.K. ... Den Befundberichten waren Arztbriefe beigelegt und teilweise vollständige Bände ärztlicher Unterlagen (drei Bände Unterlagen zu den Befundberichten des Dr.Z. und des Dr.K.). Zahlreiche ärztliche Unterlagen ergaben sich unter anderem auch aus den berufsgenossenschaftlichen Akten; für die Jahre ab 1989 waren sie nochmals dem Gutachten der Prof.Dr.E. beigelegt, darunter unter anderem eine SPECT-Hirnstamm-Rezeptorszintigraphie des Dr.L. vom 19.03.2001. Nach diesem ergab die Untersuchung der Basalganglien und des Cortex eine normale Dichte der Dopamin-D2-Rezeptoren. Ferner ist den Akten zu entnehmen, dass ein Anspruch auf Entschädigung wegen einer Berufskrankheit mit Bescheid vom 11.11.2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.08.2004 abgelehnt worden ist, weil bereits das medizinische Bild einer Polyneuropathie oder Enzephalopathie nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden könne. Hiergegen sprächen zahlreiche Befunde und auch der Umstand, dass Prof.Dr.E. ihre Meinung auf Untersuchungsverfahren stütze, die in der herrschenden medizinischen Lehrmeinung nicht anerkannt seien. Darüber hinaus spreche auch der Beschwerdeverlauf gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den vorliegenden Krankheitserscheinungen und den beruflichen Einflüssen und Einwirkungen. Zum Verfahren beigezogen worden sind ferner das Werk "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 7. Auflage, von Schönberger, Mehrtens und Valentin, Bl.329 ff. (Erkrankungen des Nervensystems durch organische Chemikalien).

Ermittlungen des Senats zu einem Rehabilitationsvorgang im Jahre 2000 haben ergeben, dass die Techniker Krankenkasse dem Kläger mit Schreiben vom 20.09.2000 anheimgestellt hatte, eine medizinische Maßnahme zur Rehabilitation wegen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu beantragen. Ein dementsprechender Antrag auf Bewilligung eines Heilverfahrens ist bei der Beklagten am 20.09.2000 eingegangen. Die Verbescheidung hat sich verzögert, weil die Versichertenakte einschließlich der Rehabilitationsakte sich bei Gericht (Berufungsverfahren L 14 RA 96/98) befanden. Der damals befasste 13. Senat hat die Akten der Beklagten am 07.05.2001 zugesandt. Die Beklagte hat dann den Reha-Antrag bearbeitet sowie - ohne Rückgabe der Akten - dem Kläger ein Vergleichsangebot hinsichtlich Berufsunfähigkeit unterbreitet, nachdem sie ihren Ärztlichen Dienst eingeschaltet hatte. Der Antrag auf Bewilligung eines Heilverfahrens ist bereits vor Abschluss des Vergleiches mit Bescheid vom 10.09.2001 abgelehnt worden. Der Inhalt des Bescheides ist nicht bekannt, dieser konnte weder von der Beklagten (der Reha-Vorgang wurde vernichtet) noch vom Kläger nachgewiesen werden.

Der Senat hat eine Untersuchung des Klägers durch den Psychiater und Neurologen Dr.S. , Stellvertretender Direktor in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirkskrankenhauses G. , veranlasst. Dieser stützte sich auf die während des stationären Aufenthalts des Klägers vom 25.07. bis 28.07.2005 erhobenen Befunde und anamnestischen Angaben. Neben der kontinuierlichen stationären Beobachtung durch Pflegekräfte, dokumentiert im Pflegebericht, wurde der Kläger täglich, das heißt mehrstündig, vom Sachverständigen untersucht. Veranlasst wurden weiterhin eine ausführliche psychologische Untersuchung, Laboruntersuchungen des Bluts, die Durchführung eines Kernspintomogrammes des Schädels sowie die Ableitung eines Elektroenzephalogramms. In dem 73 Seiten umfassenden Gutachten vom 24.09.2005 kam Dr.S. zu dem Ergebnis, dass beim Kläger bis Ende des Jahres 2000 eine somatoforme Störung vorgelegen habe, die in der Folgezeit von Verdeutlichungs- und Simulationstendenzen überlagert worden sei, in zunehmendem Maße sei ein Übergang zu einer artifiziellen Störung mit deutlicher Simulationsneigung festzustellen, die bewusstseinsnah und bewusst ablaufe und bei zumutbarer Willensanstrengung zu vermeiden sei bzw. abgestellt werden könne. Bei der artifiziellen Störung handele es sich um eine willentliche Produktion von Symptomen, vorliegend im Sinne eines partiellen Münchhausen-Syndroms. Der Kläger gebe ein pseudodemenzielles Bild vor. Dies führe zu keinen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit. Daneben lägen somatoforme Anteile hinsichtlich der Wirbelsäulenbeweglichkeit und Beschwerden - bei somatoformen Störungen erfolge die Symptomproduktion nicht willentlich -, ein Asthma bronchiale, eine Hörstörung mit Tinnitus, eine Leukopenie und am ehesten gefäßbedingte lakunäre Läsionen im Kleinhirnbereich vor. Eine gutachtensrelevante rheumatische Erkrankung sowie eine Immunkomplexerkrankung oder Vasculitis seien klinisch nicht hinreichend belegt, zumindest resultierten hieraus keine Funktionsausfälle und Behinderungen. Dem Kläger seien seit September 2000 körperlich leichte Arbeiten im Wechselrhythmus (kein andauerndes Arbeiten im Stehen und Gehen) überwiegend in geschlossenen Räumen (Schutz vor Kälte und Nässe sowie Pollenflug) acht Stunden täglich zumutbar. Wegen der Wirbelsäulenbeschwerden und der anamnestisch angegebenen

Schwindelgefühle und Hörstörung mit Tinnitus sollten Heben und Tragen von Lasten, häufiges Bücken sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten vermieden werden. Nicht ausgeschlossen werden könnten geringe Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit durch das Auftreten von Tinnitus. Weitere fachärztliche Gutachten seien nicht erforderlich.

Zu Beginn des Berufungsverfahrens hatte der Bevollmächtigte des Klägers den Senat gebeten, ihm zum gegebenen Zeitpunkt mitzuteilen, wenn die Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen abgeschlossen sei, damit rechtzeitig ein Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) gestellt werden könne. Im Hinblick auf die anwaltliche Vertretung des Klägers war der Klagepartei mit Schreiben vom 26.10.2004 mitgeteilt worden, dass in dem Fall, dass ein Gutachten eingeholt und zur Stellungnahme unter Fristsetzung übersandt werde, die Beweisaufnahme insoweit abgeschlossen sei und die Frist für die Stellung eines Antrags gemäß [§ 109 SGG](#) laufe. Darüber hinaus würden besondere Hinweise nicht gegeben.

Das Gutachten des Dr.S. ist dem Bevollmächtigten des Klägers mit Schreiben vom 27.10.2005 zur Stellungnahme binnen vier Wochen übersandt worden. Mit Schreiben vom 24.11.2005 wurde ein psychologischer Test nachgereicht, der bereits auf Blatt 46 bis 48 des Gutachtens des Dr.S. in vollem Wortlaut wiedergegeben worden war. Das Gutachten selbst ist dem Anwalt des Klägers, von diesem bestätigt mit Schreiben vom 02.12.2005, am 28.10.2005 zugegangen. Mit einem am 25.11.2005 (Freitag) um 13.10 Uhr eingegangenen Telefax beantragte der Bevollmächtigte des Klägers, ein Sachverständigengutachten gemäß [§ 109 SGG](#) einzuholen. Name und Anschrift des zu beauftragenden Sachverständigen würden nach Rücksprache mit dem Kläger mitgeteilt. Darauf hingewiesen, dass ein Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) ohne Benennung eines Sachverständigen unwirksam sei und die Frist für eine Antragstellung bereits mit Zugang des gerichtlichen Schreibens vom 27.10.2005 zu laufen begonnen habe, vertrat der Klägerbevollmächtigte mit Telefax vom 02.12.2005 die Auffassung, eine Fristversäumnis könne nicht vorliegen, weil das Gericht keine Frist zur Stellung eines Antrags gemäß [§ 109 SGG](#) gesetzt habe. Außerdem sei später noch die psychologische Testuntersuchung nachgereicht worden. Das Gericht werde kaum ernsthaft die Ansicht vertreten wollen, dass vorliegend eine Verzögerung des Rechtsstreits vorliege oder der Kläger den Antrag in Verschleppungsabsicht und aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht habe. Im Übrigen liege in dem Telefax vom 25.11.2005 ein stillschweigender Antrag auf Fristverlängerung. Rein vorsorglich werde gebeten, die fehlenden Angaben zum Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) bis zum 15.12.2005 nachreichen zu dürfen. Der Senat hat daraufhin mit Schreiben vom 06.12.2005 dem Klägerbevollmächtigten rechtliche Hinweise in Zusammenhang mit [§ 109 SGG](#) gegeben und mitgeteilt, dass der beantragten Fristverlängerung nicht zugestimmt werde. Mit Telefax vom 06.12.2005 hat die Klagepartei beantragt, die Ärztin für Psychiatrie und Neurologie Dr.G. mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid vom 23.06.2004 und den Bescheid der Beklagten vom 06.03.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.08.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, antragsgemäß Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (sinngemäß: oder Rente wegen voller Erwerbsminderung) zu zahlen, hilfsweise, die mündliche Verhandlung zu vertagen und ein Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die oben genannten beigezogenen Unterlagen vor. Hierauf wird zur Ergänzung des Tatbestands, insbesondere hinsichtlich des Inhalts der ärztlichen Unterlagen und des Gutachtens des Dr.S., Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143 ff.](#), [151 SGG](#)), jedoch nicht begründet.

Auch der Senat ist nach nochmaliger Beweiserhebung zu der Überzeugung gekommen, dass dem Kläger weder eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit noch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zusteht.

1. Einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit steht bereits der am 29.10.2001 geschlossene Vergleich über eine unbefristete Rente wegen seit März 2000 bestehender Berufsunfähigkeit entgegen. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit war nur nach dem bis zum 31.12.2000 geltenden [§ 44 SGB VI](#) a.F. möglich, anschließend wurden [§§ 43, 44 SGB VI](#) a.F. durch [§ 43 SGB VI](#) n.F. mit der Regelung über Renten wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung abgelöst. Laut Inhalt des Vergleichsangebots der Beklagten vom 14.08.2001 war bei der Bewilligung von Rente wegen Berufsunfähigkeit eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ausdrücklich ausgeschlossen, weil die Voraussetzungen des [§ 44 Abs.2 SGB VI](#) a.F. bis zum 31.12.2000 nicht vorgelegen hätten. Demnach konnte auch ein vom Kläger nach Abschluss des Vergleichs mit Schreiben vom 04.10.2001 und 30.11.2001 gestellter "Antrag", den Rehabilitationsantrag vom 20.09.2000 in einen Rentenanspruch umzudeuten, und der Antrag vom 31.01.2002 auf "Umwandlung" der Berufsunfähigkeitsrente in eine Erwerbsunfähigkeitsrente (bzw. Rente wegen voller Erwerbsminderung) keinen Erfolg haben. Der abgeschlossene Vergleich stand dem entgegen, im Übrigen auch der Zeitpunkt der ab Oktober 2001 gestellten Anträge ([§ 300 Abs.1 und Abs.2 SGB VI](#)).

Auf den mit Bescheid vom 10.09.2001 abgelehnten Antrag auf Bewilligung eines Heilverfahrens kam es nicht mehr an. Dieser Bescheid, über den die damaligen Prozessbeteiligten den 13. Senat nicht informiert hatten, könnte nur dann zur Wertung des Rehabilitationsantrags als ein im September 2000 gestellter Rentenanspruch führen, wenn nach der damals geltenden Vorschrift des [§ 116 Abs.2 SGB VI](#) a.F. der Versicherte vermindert erwerbsfähig war und eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten war (oder Leistungen zur Rehabilitation nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben), nicht dagegen, wenn die Ablehnung auf sonstige Gründe gestützt worden ist. Im Falle der Fiktion eines Rentenanspruchs (zum Schutze des Versicherten vor Nachteilen wegen verspäteter Rentenanspruchstellung - Vorrang der Rehabilitation) hätte ein Rentenanspruch vom 20.09.2000 in Bezug auf den bereits vorliegenden Rentenanspruch vom 08.02.1995 keine selbständige Bedeutung gehabt und wäre in seiner Wirkung mit einer Verbescheidung - oder wie vorliegend durch Abschluss des Vergleichs vom 29.10.2001 über die Gewährung von Rente wegen Berufsunfähigkeit bei Ausschluss von Erwerbsunfähigkeit - "verbraucht".

Nach Sachlage und Inhalt des abgeschlossenen Vergleichs konnte daher allenfalls ein Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung noch offen sein, auf den wegen des zeitlichen Geltungsbereichs des [§ 44 Abs.1 SGB VI](#) n.F. Leistungen erst ab 01.01.2001 möglich gewesen sind.

Ein Antrag gemäß § 44 SGB X, den Bescheid vom 21.01.2002 (Bewilligung von Rente wegen Berufsunfähigkeit in Ausführung des Vergleichs) zu überprüfen, kann nach Ansicht des Senats keinen Erfolg haben. Bei dem Bescheid vom 21.01.2002 handelt es sich um einen den Vergleich vom 29.10.2001 ausführenden Bescheid, mit dem ein Streit um Rente wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit endgültig beendet werden sollte. Im Übrigen hat der Kläger nichts substantiiert zur Unrichtigkeit des Bescheids vom 21.01.2002 vorgetragen, so dass die Beklagte schon deshalb einen solchen Antrag ebenso pauschal ablehnen durfte. Unabhängig von der Problematik des § 44 SGB X - bereits ein entsprechender Antrag ist dem Senat nicht ersichtlich - hat jedenfalls die Überprüfung ergeben, dass der Kläger seit einem (als gegeben unterstellten) fiktiven Rentenantrag vom 20.09.2000 wie auch bereits seit dem Jahre 1995 weder erwerbsunfähig war noch bis heute voll erwerbsgemindert ist. Er konnte und kann mit einigen qualitativen Einschränkungen noch vollschichtig leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsfeldes verrichten und ist daher nicht erwerbsunfähig im Sinne von § 44 Abs.2 SGB VI a.F.; erst recht erfüllt er nicht die strengeren Voraussetzungen der vollen Erwerbsminderung des § 43 Abs.2 SGB VI n.F., denn er war und ist nicht außerstande, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Da ein mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen vorliegt, kann eine angedachte Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (Leistungsvermögen drei bis unter sechs Stunden) auch nicht wegen Verschlossenheit des Arbeitsmarkts in eine Rente wegen voller Erwerbsminderung "umschlagen".

2. Bei der Feststellung des Fehlens einer rentenrelevanten Erwerbsminderung stützte sich der Senat unter Auswertung aller ärztlichen und psychologischen Unterlagen vor allem auf die Gutachten des Dr.S. vom 18.02.1999 und 25.04.2001 (mit Stellungnahme vom 12.10.2001), des Dr.K. vom 18.09.2003 (mit Stellungnahme vom 24.11.2003) und des Dr.S. vom 24.09.2005. Diese Sachverständigen haben die Krankengeschichte und die dazu gehörenden Unterlagen gründlich ausgewertet und ihre Ergebnisse im Gegensatz zu Dr.B. und Prof.Dr.E. schlüssig und überzeugend begründet.

Bis zum Jahre 1999 lagen beim Kläger nur wenig bedeutsame Gesundheitsstörungen vor. Eine wesentliche Verschlechterung des angegebenen Beschwerdebildes war zunehmend ab dem Jahre 1999 zu beobachten, als mehrere Ärzte, insbesondere Dr.M., eine Gehirnschädigung und in deren Folge ein psycho-organisches Syndrom für möglich hielten und umfassende Befunderhebungen in dieser Richtung, insbesondere zu den entsprechenden Ursachen (zunächst Zink-/Schweißarbeiten, Amalgam und Borreliose, dann auch Lösungsmittel), veranlassten. Gleichzeitig häuften sich die vom Kläger vorgetragene Beschwerden - dessen finanzielle Lage hatte sich nach Auslaufen von Krankengeld, Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld verschlechtert - und gleichen denjenigen, die in den vom Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 23.08.1999 dem 13. Senat des Bayer. Landessozialgericht vorgelegten Unterlagen angeführt sind, insbesondere Symptome bei chronischer Vergiftung mit Quecksilber/Amalgam, aber auch Hinweise auf Schwermetalle, Cadmium und Umweltgifte.

Im Vordergrund des langjährigen "Krankheitsprozesses" steht die Frage, ob eine Gehirnschädigung mit einem hirnrorganischen Prozess und eine daran anknüpfende demenzielle Entwicklung oder eine so genannte Pseudodemenz (C. Wernicke: vorgetäuschter Schwachsinn, demonstriert durch Verleugnen elementarer Kenntnisse, nahes Vorbeireden bei Testaufgaben, "verblödetes Gebaren" usw.) vorliegen. Unabhängig von der Ursache, gleich ob Lösungsmittel oder Borreliose oder ein sonstiger Vorgang, konnte der Senat eine maßgebende Schädigung des Gehirns des Klägers nicht als nachgewiesen ansehen. Erste Hinweise auf ungläubhafte Angaben des Klägers, der bis zum Jahre 1989 in psychischer Hinsicht unauffällig erschien (vgl. Bericht zum Heilverfahren vom 20.11. bis 18.12.1989), ergeben sich aus Berichten des Neurologen und Psychiaters Dr.D., der zunächst eine psychoneurotische depressive Entwicklung mit neurasthenischen Anteilen und Ich-Defizit (ohne akute psychopathologische Symptomatik) diagnostizierte und dann auf psychodemente Gedächtnisstörungen hinwies (Arztbriefe vom 16.07.1991 und 14.12.1992). Vorwiegend psychische Störungen folgten noch aus den Beschwerdeangaben des Klägers anlässlich des stationären Aufenthalts im Jahre 1997 in der Klinik R., wobei sich bereits eine erhebliche Abweichung von organischen Befunden und geklagten Beschwerden zeigte. Ab dem Jahre 1999 hat der Kläger anscheinend die psychische Problematik verdrängt oder zumindest nicht mehr mitgeteilt. Sein Verhalten wurde von Ärzten teilweise auf verschiedene organische Ursachen (Gehirn- und Nervenschädigung) zurückgeführt, andererseits wurde des öfteren auch auf Widersprüchlichkeiten und auf einen anderen Hintergrund der Beschwerden hingewiesen (vgl. Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr.F. vom 25.03.1999: regelrechter Hirnnervenstatus, keine Paresen oder pathologischen Reflexe, keine sensiblen Auffälligkeiten. Sichere Koordinationsversuche ... deutlich funktionell hinterlegtes Krankheitsbild).

Erheblich auffällig zeigte sich der Kläger bei der Untersuchung in der Neurologischen Klinik U ... Im Entlassungsbericht vom 14.06.2000 ist eine Vielzahl vorgebrachter Beschwerden vermerkt, u.a. Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, die sich aber bei der Erhebung der Anamnese keineswegs zeigten, aber wiederum in massivem und damit nicht glaubhaftem Umfang bei den psychologischen Untersuchungen in Erscheinung traten.

Dr.S. sprach in seinem Gutachten vom 25.04.2001 von einer Vielzahl vorgebrachter neurologischer und internistischer Symptome und einem bunten klinischen, nicht von einem objektivierbaren Korrelat begleiteten Bild. Wiederum ergaben sich bei einer ärztlichen, über mehrere Stunden dauernden zweiten ärztlichen Exploration am 12.04.2001 z.B. keine Hinweise auf Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Merkfähigkeit und Gedächtnis, vielmehr zeigte der Kläger keine Ermüdungserscheinungen und schien konzentriert, argumentierte schlüssig und war in der Lage, zu allen Einzelheiten seines Krankheitsverlaufs zu berichten. Bei der zeitgleichen Testbearbeitung fiel der Kläger - eine anfängliche Sehstörung verschwand rasch wieder - u.a. dadurch auf, dass er beim Reaktionstest eine erheblich verzögerte Reaktion auf einfache Reize zeigte; die demonstrierte Verlangsamung entfiel jedoch bei schwierigeren Wahlreaktionen (Zunahme der Reaktionsgeschwindigkeit) und schwierigen Mehrfachwahlreaktionen (rasche Geschwindigkeit). Zusammen mit der Unfähigkeit, aus der Wiederholung eines Tests einen Lerneffekt zu erzielen, schloss der Diplom-Psychologe P. auf eine wahrscheinliche Simulation schlechter Ergebnisse (Bericht vom 17.04.2001). Weitere "Zutaten" des Klägers ergaben sich bei der Prüfung der Geruchs- und Geschmacksstoffe, wo er massive Störungen angab, aber dennoch Ammoniak als Reizstoff des Nervus trigeminus erkennen hätte müssen; nur nebenbei weist der Senat noch darauf hin, dass der Kläger später wieder Trigeminusreizstoffe erkannte (vgl. Bl.44 des Gutachtens des Dr.S.). Als weitere Zeichen willkürlich vorgegebener Störungen ist nach Ansicht des Senats auch eine ataktische Störung (Fallneigung im Stand nach hinten bei geschlossenen Augen, was sich bei Ablenkung des Klägers deutlich reduzierte) zu werten. In dieselbe Richtung weist auch die Beobachtung des Dr.S., dass der Kläger eine demonstrierte Fallneigung durch Ausfallschritt wieder rechtzeitig auffing.

Bei zahlreichen klinischen und technischen Befunden einschließlich bildgebender Diagnostik und Liquordiagnostik, die von Dr.S. und vorausgehend von anderen Ärzten erhoben worden sind, teilt der Senat die Ansicht des Dr.S., dass eine schwerwiegende neurologische Schädigung, wie sie angeblich laut Kläger bestehen sollte, anlässlich der durchgeführten Untersuchungen festgestellt worden wäre. Es mag

sein, dass bei durch Lösungsmittel verursachten Enzephalopathien neuropsychologische Untersuchungen oder bildgebende Verfahren in der Regel Normalbefunde ergeben (vgl. hierzu Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 05.01.2004). Dem Senat ist aber andererseits kein Lehrsatz bekannt, dass dies für schwerste neurologische Schäden - hirnorganisches Syndrom mit der Folge der Demenz - auch gilt. Der Hinweis des Klägerbevollmächtigten im Schriftsatz vom 14.11.2003, dass der Kläger laut Gutachten des Dr. S. vom 18.02.1999 keine Hinweise für Aggravations- oder Simulationstendenzen gezeigt habe, liegt neben der Sache, weil Dr.S. in seinem Gutachten vom 25.04.2001 seine Meinung offensichtlich revidiert und nur einen Teilbereich der vom Kläger genannten Beschwerden als nicht allzu gravierende Somatisierungsstörung eingeordnet hat.

Mehr als die Feststellungen des Dr.S. weisen diejenigen in den folgenden Gutachten des Dr.K. und des Dr.S. auf Aggravation und Simulation hin. Erstmals wohl bei Dr.B. auffällig gewordene Wortfindungsstörungen (vgl. testpsychologische Untersuchung des Diplom-Psychologen K. vom 05.02.2002, unterschrieben nach der zusammenfassenden Beurteilung von Dr.B. und M.K.), erwähnt später auch im Arztbrief der Nervenärztin Dr.A. vom 12.03.2003 als deutliche Sprachstörung, sind laut Gutachten des Dr.K. vom 18.09.2003 beschrieben als eindrucksvolle Sprachhemmung wie Stottern, Neologismen sowie abgekürzte und verdrehte Worte; der Kläger produzierte Perseveration und Iteration, wischendurch zeigten sich wieder (vollständige) gestelzte, hochtrabende Äußerungen. Daneben demonstrierte der Kläger bei der Untersuchung des Dr.K. gleich von Anfang an psychische Krankheit und Hilflosigkeit, insgesamt eine schwere Hinfälligkeit. Fehlende Mitwirkung (Willküraktivität teilweise eingestellt; z.B. unrichtige Angaben beim Hörtest; z.B. falsche Blickrichtung unter der Leuchtbrille bei Aufforderung, nach rechts oder links zu sehen) und nicht glaubhafte Befunde (Intelligenzquotient: 8. Bei Dr.B. waren es immerhin noch 93 bzw. 77, vgl. Bericht vom 05.02.2002) kennzeichnen das Erscheinungsbild.

Der Kläger stellte sich als hochgradigen Gehirngeschädigten dar, der nicht Geburtsdatum benennen konnte und sein Alter nur ungefähr sowie den Wohnort erst nach langem Herumfaseln, der nicht genau weiß, wieviel Beine ein Hund hat, und dem unbekannt ist, ob er über eine Brille verfügt. Das vorgegebene demente Erscheinungsbild hat Dr.K. nach Überzeugung des Senats schlüssig widerlegt, u.a. durch den Uhrentest (ein Dementer kann nicht in ein vorgegebenes Ziffernblatt prompt 10.50 Uhr einzeichnen, wie es der Kläger getan hat, wenn er andererseits im item-Gedächtnistest als schwerst Gehirngeschädigter scheitert.).

Soweit der Klägerbevollmächtigte in erster Instanz Mängel im Gutachten des Dr.K. wegen fehlender psychologischer Testverfahren gerügt hat, die zur Abklärung einer möglichen toxischen Enzephalopathie unverzichtbar seien, um einen Überblick über die verschiedenen Qualitäten der geistigen Leistungsfähigkeit zu erhalten, so steht dem nach Auffassung des Senats entgegen, dass der Kläger bereits die bisher von Dr.K. durchgeführten "allgemeinen" Testverfahren verfälscht hat (dies hat im Übrigen auch Dr.S. festgestellt) und weitere Untersuchungen an der Verhaltensweise und Ablehnung des Klägers scheiterten (vgl. ergänzende Stellungnahme des Dr.K. vom 24.11.2003); so war z.B. der Benton-Test, der - Mitarbeit der Testperson vorausgesetzt - Hinweise auf eine cerebrale Schädigung geben könnte, nicht möglich. Im Gutachten der Prof.Dr.E. vom 09.07.2002 ist ein Stottern und Stammeln, das zuvor bei Dr.B./K. (Test vom 05.02.2002) und danach bei Dr.K. (Gutachten vom 18.09.2003) bestand, weder als Beschwerden des Klägers im Sinne von "Sprachstörungen" noch als auffälliger Befund vermerkt. Imponierend sollen jedoch nach dem Bericht der Sachverständigen deutliche Konzentrationsstörungen sowie eine Beeinträchtigung der mnestischen Funktionen (mnestisch: Gedächtnis und Erinnerung) gewesen sein. Begründet wurde dies damit, dass der Kläger nicht in der Lage gewesen sei, seinen Geburtsort oder den Ort des letzten Schulbesuchs zu nennen, wobei im Übrigen diese Abfrage einzelner Merkmale laut Dr.S. nicht ausreichend ist für die Objektivierbarkeit mnestischer Störungen. Jedenfalls stellt der Senat hierzu fest, dass die Produktion verschiedener Symptome bei mehreren Ärzten und Gutachtern insgesamt gesehen nicht glaubwürdig erscheint.

Am deutlichsten hat Dr.S. in seinem Gutachten vom 24.09.2005 anhand aller ärztlichen Vorbefunde und der wohl genauesten Beobachtung des Klägers die bisherigen Ungereimtheiten dargelegt und schlüssig mit einer artifiziellen Störung bei erheblichem Simulationsanteil begründet. Gegenüber Dr.S. hat der Kläger selbst Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen angegeben und auch in schwerer Form demonstriert. So konnte er sich nur mit großer Verzögerung an seinen Vornamen erinnern und musste auch bei Fragen zu seiner Person in den mitgebrachten Unterlagen nachsehen. Nicht einmal der Geburtsort konnte spontan angegeben werden, ebenso wenig die Wohnorte von Eltern und Brüdern (obwohl laut Angaben des Klägers regelmäßige und häufige Kontakte mit Mutter und Brüdern stattfanden und der Kläger im psychologischen Testverfahren Fragen nach seinen Brüdern, u.a. der eine sei Lkw-Fahrer, der andere arbeite in der EDV, spontan beantworten konnte). Andererseits wusste der Kläger aber die Höhe seiner Berufsunfähigkeitsrente und die Höhe des von ihm getragenen Mietanteils für das mit der Lebenspartnerin bewohnte Haus, kam auf gestellte und angeblich nicht beantwortbare Fragen nach Minuten nochmals selbst zurück (also Begriffsaufnahme und Merkfähigkeit durchaus gegeben) und bewältigte laut eigenen Angaben Puzzlespiele von 250 Teilen, was mit der zur Schau gestellten massiven Störung der kognitiven Fähigkeiten nicht vereinbar ist. Die vorgegebene verlangsamte Mimik- und Psychomotorik bei Beantworten von Fragen und bei Ausführung von erbetenen Handlungen sowie die Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen wurden eindrucksvoll dadurch widerlegt, dass sich der Kläger in seinen (zur Gedächtnisstütze) mitgebrachten Unterlagen ausgesprochen gut und schnell zurecht fand und z.B. in der Lage war, Name und Anschrift des Hausarztes rasch herauszusuchen und bei angeblicher Unfähigkeit, diese vorzulesen, exakt auf die konkrete Stelle mit der Adresse zeigte. Auch beim Psychologen fiel der Kläger ähnlich auf; das mangelnde Erinnerungsvermögen war nicht soweit beeinträchtigt, als er nicht mit einem einzigen gezielten Griff das jeweilige betreffende Blatt in seiner Aktentasche finden konnte, sich am Text des Blattes schnell orientierte und das Gesuchte dann flüssig vorlas. Eine exzellente Merkfähigkeit zeigte der Kläger dadurch, dass er einen nicht einfachen Weg von der Station zum Untersuchungszimmer, teilweise über das Außengelände und mit mehrmaligem Abbiegen in äußerlich gleichartigen Gängen, selbständig zurücklegte und zur vorgegebenen Uhrzeit pünktlich erschien, obwohl ihm der Weg nur einmal, einen Tag zuvor, gezeigt worden war. Im Übrigen erschien das Verhalten des Klägers hinsichtlich angeblich fehlender örtlicher und zeitlicher Orientierung auch dann nicht überzeugend, wenn er einerseits bei der ärztlichen Exploration Wochentag und Monat korrekt angeben konnte, andererseits aber nicht die Jahreszeit und das Kalenderjahr.

Ein psychoorganisches Syndrom war auch nicht anderweitig bei näherer Prüfung der behaupteten kognitiven Störungen schlüssig festzustellen. Einerseits konnte der Kläger angeblich eine einfache Substraktion (100 - 7) nicht durchführen, seinen Namen nur mit großer Verzögerung und dann auch nur buchstabenweise stockend schreiben und den Satz "sie leiht ihm kein Geld mehr" nicht nachsprechen, andererseits den Satz "ich bin hier in G." niederschreiben, das Wort Radio rückwärts buchstabieren und nicht ganz simple geometrische Figuren (zwei ineinander verwinkelte Fünfecke) korrekt zeichnen. Im Test MMSt fand sich das Bild eines sehr kontrastreichen Wechsels zwischen komplettem Unvermögen, einzelne Testaufgaben durchzuführen, und guten Fähigkeiten, auch differenzierte Aufgaben zu lösen.

Auch das sonstige Verhalten des Klägers im äußeren Rahmen der stationären Behandlung wies punktuell auf gute kognitive Leistungsfähigkeiten hin. So legte er unaufgefordert am Entlassungstag seinen Entschädigungsantrag unter Hinweis auf die Notwendigkeit des Ausfüllens der Anwesenheitsbescheinigung durch den Gutachter vor.

Die "Sprachstörung" (Stammeln, Stottern usw.), wie sie Folge einer toxischen Vergiftung sein kann, erschien ebenfalls nicht glaubhaft. Gelegentlich schnell gesprochene differenzierte Sätze, u.a. nach Provokation des Gutachters, kontrastierten mit betont verlangsamten und verzögerten, stammelnd gesprochenen Worten und bruchstückhaften Sätzen. Auffallend war die hohe Variabilität des Stammelns und Stotterns, wie sie bei einer echten Gesundheitsstörung kaum angetroffen wird. Am deutlichsten trat die "Sprachstörung" in der direkten Exploration zutage, war jedoch bei den en passant geführten Gesprächen (auf dem Krankenhausgang über Kochen) kaum noch feststellbar. Durch kritische Fragen bzw. bei Vorhalt von Widersprüchlichkeiten konnte beim Kläger das Auftreten verstärkten Stammelns und Stotterns, verbunden mit dem Ausdruck vergeblichen intensiven Nachdenkens und Verlangsamung, induziert werden, was angesichts der Gesamtsituation den Schluss nahe legt, dass der Kläger an (scheinbar) krankhaften Verhaltensweisen nachlegen musste, um in seiner Denkweise glaubhaft zu bleiben.

Die Darstellung des vom Kläger gezeigten Bildes im Gutachten des Dr.S. deckt sich auch mit den vom Kläger seit ca. 1999 demonstrierten Beschwerden. Zum Beispiel waren bei wiederholten Untersuchungen die angeblich kognitiven Einschränkungen (Aufmerksamkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Erkenntnisfähigkeit, Erinnerungs- und Merkfähigkeit usw.) nicht feststellbar, sofern sie nicht von Ärzten ohne nähere eigene und gewissenhafte Prüfung als glaubhaft aus Angaben des Klägers oder Arztbriefen übernommen worden sind. Zum Teil ergab die ärztliche Gesamtschau klinischer Befunde und psychologischer Ergebnisse, dass erhebliche Unstimmigkeiten vorlagen. Der Senat verkennt nicht, dass es dem Kläger auch gelang, eine Reihe von Ärzten zu täuschen. Dies ist nicht so außergewöhnlich, weil zunächst ein Arzt bei einem Besuch vorweg von tatsächlich bestehenden Beschwerden ausgeht und zudem bei einer vom Patienten selbst vorgenommenen Selektion von Beschwerden, Teilen der Krankengeschichte und vorgelegten ärztlichen Unterlagen in die Irre geführt werden kann. Dies gilt umso mehr für Orthopäden, Internisten, Allgemeinmediziner und Umweltmediziner, wenn Anhaltspunkte für mögliche Ursachen wie Borreliose oder toxische Stoffe bestehen, andererseits nicht das Fachwissen eines Neurologen und Psychiaters zur kritischen Auswertung des Verhaltens des Klägers vorhanden ist. In Rechnung zu stellen sind auch ein manchmal unsorgfältiges und voreingenommenes Verhalten von Ärzten, die anscheinend den Fall von vornherein in eine bestimmte Richtung "drängen" wollen, wo sie im Gegensatz zur gesicherten ärztlichen Lehrmeinung engagiert andere Meinungen vertreten (s.u. zur Bewertung der Diagnosen des Dr.B.).

Soweit widersprüchliche Aussagen von Psychologen bestanden haben, hat sich der Senat bei seiner Entscheidung an Sachargumenten orientiert. Die Meinung des Diplom-Psychologen Dr.K. (an den Kläger adressierte Stellungnahme vom 22.01.2001), dass entgegen den Feststellungen der U. Uni-Neurologie der Vortrag des Klägers nicht demonstrativ, sondern glaubhaft gewesen sei und sehr gut zu dem passe, was er erzählt habe, hilft hier nicht weiter. Zunächst ist festzustellen, dass das Ergebnis des Dr.K. auch nicht in allen Bereichen "passend" ist, so z.B., wenn er einen Wert für eine mittelschwere Depressivität feststellte, obwohl mindestens seit dem Jahre 2000 bis heute der Kläger nicht an einem depressiven Syndrom oder auch nur an einer objektivierbaren depressiven Verstimmung gelitten hat. Dr.K., der im Übrigen noch von einem Zustand des Klägers nach Lyme-Borreliose ausging, hat außerdem eingeräumt, dass es bei ihm an einer ausführlichen Untersuchung (Gutachten) gemangelt habe. Im Übrigen erscheint dem Senat die pauschale Bekundung einer "Glaubwürdigkeit" nicht hinreichend. So haben z.B. die Dres.S., K. und S. sowie der beteiligte Fachpsychologe für Psychiatrie Dr.W. und der Diplom-Psychologe P. bei einzelnen Testverfahren und sogar innerhalb eines Testprogramms bei einzelnen Aufgaben beschrieben, was und weshalb nicht vereinbar mit den vorgegebenen Beschwerden des Klägers ist. Einer derartigen genauen Schilderung können auch die von Dr.B. und dem Diplom-Psychologen K. nur pauschal wiedergegebenen Ergebnisse einer testpsychologischen Untersuchung am 11.01.2002 nichts entgegenzusetzen.

Im allgemeinen ist festzustellen, dass die Klagepartei und wohl auch Dr.B. und Prof.Dr.E. den psychologischen Testverfahren zu viel Bedeutung beigemessen haben. Psychologische Auswertungen stellen nur einen von mehreren Hilfsbefunden dar, die im Rahmen einer Gesamtschau mit anderen Befunden vom zuständigen Neurologen und Psychiater auszuwerten und auch zu würdigen sind. Das Ergebnis eines Psychologen allein stellt keinen Beweis für das Vorliegen einer Gesundheitsstörung dar, sondern kann nur hierauf Hinweise, zum Teil auch unrichtige Hinweise, geben. Steht eine organische Hirnschädigung (toxische Enzephalopathie, Cerebralsklerose, Alzheimer Krankheit, Parkinson, traumatische Areale) fest, sind Testverfahren überaus geeignet, das Ausmaß der noch bestehenden Leistungsfähigkeit zu dokumentieren, ein Ergebnis, das aber dann bewusst oder unbewusst verfälscht werden kann, wenn eben keine organische Hirnschädigung bzw. eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis vorliegt. Im Übrigen geben psychologische Ergebnisse Aufschlüsse über verschiedene Symptome, die - die 100prozentige Mitarbeit des Patienten vorausgesetzt - in gewissem Rahmen eine Zuordnung der Erkrankung ermöglichen. Die Mitarbeit des Klägers war aber keineswegs gesichert, vielmehr hat Dr.S. ausführlich dargelegt, dass - im Übrigen auch im Hinblick auf die körperliche Untersuchung eventueller Nervenschäden (Koordination) - erhebliche Widersprüche im Verhalten des Klägers sowie grobe Verdeutlichungstendenzen und Simulationsneigung vorlagen. Wenn im Hinblick hierauf es nicht mehr zweckmäßig erschien, spezielle weiterführende Testverfahren auszuschöpfen, so ist dies nicht zu beanstanden.

Eine vom Kläger seit Jahren behauptete und demonstrierte Halbseitensymptomatik (laut Dr.B. motorische und sensible Hemiparese links sowie deutliche Polyneuropathie mit handschuh- und sockenförmiger Hypästhesie und Hyperpathie) als mögliche Folge einer Gehirnschädigung hielt der von Dr.S. vorgenommenen körperlich-neurologischen Untersuchung nicht Stand. Zunächst waren die Muskeleigenreflexe lebhaft und seitengleich auslösbar, ferner fehlten Pyramidenbahnzeichen und Muskelatrophien vollständig. Eine Schwäche des linken Schulterhebers und auch der Beinmuskeln links war nur vorgetäuscht. Im Liegen (auf der Untersuchungsfläche, also unter Ausschaltung der Schwerkraft) konnte der Kläger angeblich die linke Schulter nicht einen Zentimeter in Richtung Kopf bewegen, obwohl beim An- und Auskleiden (nunmehr gegen die Schwerkraft) die Schulterhebung links problemlos durchgeführt wurde. Bei einer zweiten Untersuchung des Dr.S. "vergaß" der Kläger offenbar seine Beschwerden und war in der Lage, aktiv die Schultermuskulatur kräftig zu innervieren.

Hinsichtlich des linken Beines zeigte der Kläger ein demonstratives Absinken, wobei aber dann das Bein knapp über der Untersuchungsfläche in einer kraftaufwendigen Position gehalten wurde. Die Fußhebung wurde auf Aufforderung beidseits nicht mit normaler Kraft durchgeführt, linksseitig noch schwächer als rechtsseitig; auch insoweit handelt es sich bei fehlender Gehbehinderung, insbesondere dem Fehlen eines Steppergangs und normaler Fußhebung bei scheinbar unbeobachtetem Gehen, um eine funktionelle Störung ohne echtes neurologisches Organdefizit. Bei der Prüfung der groben Kraft der Arme und Beine fiel auf, dass der Kläger gleichzeitig Arbeitsmuskel und

Gegenspielermuskel (Antagonisten) innervierte, so dass sich deren Kraftentfaltung gewissermaßen neutralisierte und (bewusst) dem Gutachter eine Muskelschwäche demonstriert wurde.

Messtechnisch waren bereits seit dem Jahre 1995 nie wesentliche neurologische Auffälligkeiten zu verzeichnen. Eine klinisch von Dr.S. im Gutachten vom 18.02.1999 festgestellte leichte latente Parese des linken Beines nach längerer Belastung mag auf ein Lendenwirbelsäulen-Syndrom hinweisen, wie auch gelegentliche Missempfindungen im linken Arm auf ein Halswirbelsäulen-Syndrom bei vorgegebenen röntgenologischen Veränderungen. Bemerkenswert ist insoweit noch, dass laut Bericht der Neurologischen Klinik U. vom 14.06.2000 - damals gab der Kläger keine Halbseitenparese an, sondern eine gelegentliche Kraftminderung der linken Hand - eine Kraftminderung des linken Armes um vier Fünftel demonstrierte, aber dies bei Wiederholung nicht verifizierbar war; die in der Klinik erhobenen technischen Untersuchungen (SEP Nervus medianus. SEP Nervus tibialis. MEP: zentralmotorische Latenz zu beiden Oberarmen normal, kein Hinweis auf Schädigung der Pyramidenbahn) ergaben keine Auffälligkeiten, wie es auch dann in den folgenden Jahren bei mehreren späteren Untersuchungen (EMG, ENG, SSEP) der Fall war.

Eine Wurzelreizsymptomatik entsprechend C6/C7 (Taubheitsgefühle in der linken Hand) und ein sensomotorisches Wurzelkompressionssyndrom L5/S1 wurden letztmals im Jahre 1999 (vgl. Gutachten des Dr.S. vom 18.02.1999) festgestellt, eine leichte Zehenheberschwäche links letztmals im Jahre 1997 (Gutachten des Dr.B. vom 10.07.1997 im Schwerbehindertenverfahren des Klägers). Diese Befunde waren bereits damals funktionell gering und - möglicherweise vorübergehende Restfolge der Wirbelsäulenoperation - in den Jahren nach 1999 nicht mehr nachweisbar.

Eine motorische Parese des linken Armes und des linken Beines bzw. der gesamten linken Körperhälfte wurde letztlich, ausgenommen von Dr.B., nie festgestellt. Der Diagnose des Dr.B., die ohnehin nur auf einer körperlichen Untersuchung des Klägers beruhte, die nicht genau beschrieben und daher nicht nachvollziehbar ist, muss entgegengehalten werden, dass sie mehr oder minder einzigartig dasteht, wohingegen zahlreiche Ärzte sowohl durch klinische als auch durch technische Untersuchungen vor und nach der Untersuchung des Dr.B. kein Korrelat festgestellt haben.

Entsprechendes gilt für eine Polyneuropathie, die als Diagnose (und Hinweis auf eine toxische Gesundheitsstörung) ebenfalls allein bei Dr.B. auftaucht, der aber messtechnische Befunde nicht erhoben hat, und von keinem anderen Arzt nach Überprüfung auch nur ernsthaft in Erwägung gezogen worden ist. Motorische Störungen fehlten generell, ebenso typische Reizerscheinungen; hinweisende Reflexbefunde konnten ebenso wenig gefunden werden wie messtechnisch (EMG, SEP) auffällige Befunde wie z.B. eine Denervierungsaktivität oder eine verlängerte periphere Nervenleitgeschwindigkeit. Übrig bleibt eine vom Kläger behauptete leichte sensible Störung, die möglich, aber nicht überprüfbar ist. Es handelt sich um einen im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit belanglosen Befund, der letztlich ungesichert bleiben muss. Er kann hypothetisch einer geringgradigen Polyneuropathie zugeschrieben werden, aber mit größerer Wahrscheinlichkeit als sensible Empfindungsstörung aufgrund eines Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulen-Syndroms zu beurteilen sein (so selbst Prof.Dr.E. bei Annahme einer toxischen Schädigung des Klägers). Auch bei Letzterem muss offen bleiben, ob der Kläger die Beschwerden nur gelegentlich, insbesondere nach Wirbelsäulenoperation, oder bei Auftreten eines Halswirbelsäulen- oder Lendenwirbelsäulen-Syndroms empfunden hat, oder nur als andauernd bestehend in seiner "Beschwerdeliste" führte und seitdem permanent behauptete.

Koordinationsstörungen sind beim Kläger ebenfalls nicht objektivierbar. Diese wurden einmal hinsichtlich der Beine behauptet, stellen sich aber nach mehrmaligen Schilderungen des Klägers so dar, dass bei schnellem Gehen das linke Bein oder der linke Fuß nicht mehr mitkomme, damit ein schnelles Gehtempo nicht gehalten werden könne. Hinsichtlich der Arme konnte der Kläger einigermaßen Schlüssiges nicht vortragen, abgesehen vom Schlagwort "Koordinationsprobleme der Arme", umschrieben noch mit "Anstrengung, willkürlich etwas zu ergreifen" bzw. mit "weniger Kraft und Gefühl im linken Arm" (s. anamnestische Angaben des Klägers gegenüber Dr.S.). Hinsichtlich der Arme und Beine konnte jedoch eine Nervenschädigung oder Minderung der groben Kraft nicht festgestellt werden. Möglicherweise ist dem Kläger der Begriff Koordinationsstörungen, wie ihn Ärzte gebrauchen, noch nicht geläufig, so dass er ihn im laienhaften Sinne versteht. Eine Ataxie (Störung der Bewegungskoordination, die ihre Ursachen im zentralen Nervensystem oder im peripheren System haben kann), ist vom Kläger nie behauptet und von Ärzten beobachtet worden, es fehlen die überschüssigen, ausfahrenden Bewegungen, ausfahrenden Bewegungen, eine Standataxie, eine Gangataxie (breitbeinig - unsicheres Gangbild) und ähnliche Symptome. Vielmehr hat der Kläger bei Dr.S. eindrucksvoll demonstriert, dass ein hervorragendes Koordinationsvermögen besteht. Wenn der Kläger wiederholt beim Finger-Nase-Versuch mit dem rechten und linken Zeigefinger bei geschlossenen Augen die Nasenspitze nicht traf, sondern konstant die Nasenwurzel, so belegt dies neben einer Simulation eine exakte Koordinationsfähigkeit. Entsprechendes gilt, wie Dr.S. ausgeführt hat, bei der vom Kläger demonstrierten Fallneigung im Unterberger-Tretversuch nach hinten, wobei sich der Kläger aber zielgerichtet und selbständig sicher mit einem Ausfallsschritt abfangen konnte. Weitere mögliche Symptome einer Ataxie (langsame, stockende, undeutliche Sprache, fehlende Koordination der Augen) konnten durch die Gutachten der Dres.S., K. und S. sowie unauffällig verlaufende augenärztliche Untersuchungen des Klägers ausgeschlossen werden.

Eine Vielzahl von Beschwerden des Klägers und zweifelhaften Diagnosen des Dr.B. (Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, Halbseitensymptomatik, Koordinationsstörungen, Polyneuropathie, letztlich organisches Psychosyndrom und Demenz) kann nach Überzeugung des Senats auch nicht mit bildgebenden Verfahren, die angeblich eine toxische und laut Dr.B. zugleich vorliegende traumatische Schädigung der gleichen Hirnareale belegen sollen, bewiesen werden. Abgesehen davon, dass eine Hirnschädigung fraglich bleiben muss, ist eine Hirnschädigung im Erwerbsleben ohne Relevanz, so lange keine funktionellen Einschränkungen und Auswirkungen nachweisbar sind. Hierauf hat u.a. bereits Dr.L. in seinem Gutachten vom 26.09.2000 zutreffend hingewiesen (Fehlen von klinisch manifesten Zeichen einer Hirnschädigung). Beim Kläger fehlen aber gesicherte neurologische Ausfallserscheinungen, und psychiatrischerseits kann eine Pseudodemenz nachgewiesen werden. Nur nebenbei geht der Senat daher noch auf die bildgebenden Verfahren ein, wobei hier die mehrfach gefertigten Elektroencephalogramme, Dopplersonographien der hirnversorgenden Arterien und ein Liquorbefund zum Ausschluss eines entzündlichen Prozesses im Gehirn als regelrechte Befunde außer Betracht bleiben können. Ein craniales Kernspintomogramm vom 31.05.2000 (Bericht der Neurologischen Klinik U. vom 14.06.2000) ergab einzelne kleine, in ihrer Aussagekraft unspezifische gliöse Veränderungen im Marklager beider Hemisphären sowie beidseitig cerebellär (das Kleinhirn betreffend) und - unverändert zum Vorbefund vom Oktober 1998 - eine unauffällige Darstellung des Neuro-craniums. Eine weitere Kernspintomographie vom 25.10.2001 zeigte keine auffälligen Befunde, die von Dr.S. veranlasste Kernspintomographie vom 26.07.2005 erbrachte aufgrund einer besseren Aufnahmetechnik im Kleinhirn einen lakunären liquorisintensiven Defekt rechts und zwei Defekte links sowie ein einzelnes unspezifisches kleinherdiges Glioseareal im Bereich des rechten Zentrums semiovale und eine winzige venöse Anomalie links occipital. Wie

Dr.S. ausgeführt hat, handelt es sich bei den lakunären Defekten, kernspintomographisch ein durchaus pathologischer Befund, am ehesten um gefäßbedingte (vasculäre) Läsionen im vertebrobasilären Hirnkreislauf; der größte Defekt war ca. 7 mm lang und höchstens 4 mm breit. Die Befunde sind so umschrieben, dass mit hoher Sicherheit keine Funktionsausfälle neurologischer Art resultieren. Für diese Annahme spricht auch die Tatsache, dass eine relevante Kleinhirnatrophie nicht nachgewiesen wurde und der Kläger Gangsicherheit und Zielsicherheit im Finger-Nase-Versuch gezeigt hat. Folgeerscheinungen, ausgehend vom Kleinhirnbereich, sind nicht objektivierbar. Angefügt werden muss hier auch, dass - so Dr.S. - mit diesen lakunären Defekten Auswirkungen auf Großhirnfunktionen wie zum Beispiel Einschränkung der kognitiven Funktionen, Persönlichkeitsveränderungen oder Intellektminderung nicht möglich sind. Das unspezifische, kleinherdige Glioseareal und eine winzige venöse Anomalie links sind hingegen ohne Relevanz. Es hat sich im Laufe der Zeit von 1999 bis 2005 keine größenmäßige Zunahme der Gliose ergeben; die venöse Anomalie selbst ist minimal und kann Fehlfunktionen nicht verursachen. Im Übrigen sind die Nachweise auf eine verbesserte CT-Technik zurückzuführen.

Nicht aussagekräftig sind ferner die Ergebnisse der SPECT (Single-Positronen-Emissionscomputertomographie) und des PET (Positronen-Emissions-Tomogramm). Mit SPECT wird die Durchblutung des Gehirns bei Patienten mit verschiedenen einschlägigen Erkrankungen wie Morbus Alzheimer, vasculäre Demenz, Schlaganfälle, Gehirntraumata usw., mit PET werden Stoffwechselfvorgänge wie Durchblutung, Sauerstoff- oder Zuckerverbrauch (insbesondere Zuckerstoffwechsel) des arbeitenden Gehirns sichtbar gemacht. Beide Verfahren werden zunehmend auch genutzt, um die Existenz eines Syndroms der erworbenen Chemikalienempfindlichkeit (multiple chemical sensitivity - MCS) oder toxische Schäden bei Berufskrankheiten nachzuweisen. SPECT und PET sind methodisch nicht direkt vergleichbar. Wie Dr.S. dargelegt hat, konnten cerebrale Perfusionsstörungen des Gehirns des Klägers mittels SPECT nicht sicher nachgewiesen werden. Während eine am 14.03.2000 von Dr.H. gefertigte SPECT-Untersuchung vielfältige cerebrale Perfusionsstörungen aufwies (Bericht vom 17.03.2000), war eine im Oktober 2001 durchgeführte SPECT-Untersuchung unauffällig in Hinblick auf relevante Perfusionsstörungen (Bericht des Dr.B. vom 09.10.2001 für den 13. Senat des Bayer. Landessozialgerichts). Dr.B. kam in der Gesamtschau des Befunds des Dr.H. und seines eigenen Ergebnisses zu dem Schluss, dass beim Kläger bedeutsame Befunde nicht vorlägen. Eine weitere spezielle SPECT-Untersuchung des Radiologen Dr.L. vom 19.03.2001 zur Ermittlung des Dopamin-D2-Rezeptorstatus bei Basalganglienerkrankungen verlief negativ. Bei quantitativer Auswertung ergaben sich über dem Normbereich liegende Quotienten (1,55 für linkshirnige Basalganglien/Cortex und 1,66 für rechtshirnige Basalganglien/Cortex mit der Beurteilung einer normalen Dichte der Dopamin-D2-Rezeptoren im Corpus striatum). Gerade diese spezielle SPECT-Untersuchung mit 204 MBq J-123-IBZM war vom Dermatologen und Umweltmediziner Dr.M. als geeignete Diagnostik bei Patienten mit Koordinationsstörungen, so bei Kontakt mit Amalgam, Lösemittel uws., empfohlen worden (vgl. Arztbrief vom 15.10.1999 an Dr.Z.), das negative Ergebnis wurde jedoch von Dr.B. und Prof.Dr.E. nicht beachtet.

Dr.B. hielt vor allem die Glukose-Utilisation für maßgebend, wie sie von Dr.H. im PET-Bericht vom 11.02.2002 dargelegt ist. Hier ergab sich vor allem eine großflächige Reduktion der Glukose-Aufnahme in der gesamten Kleinhirnrinde; die Aktivität war hier mäßiggradig (!) unter dem maximalen Niveau der Großhirnrinde gelegen (70 % zu 80 %). Dem entsprechen aber, wie Dr.S. dargelegt hat, keine klinischen Störungen der Kleingehirnfunktion. Insgesamt erbrachten SPECT- und PET-Befunde keine eindeutigen Ergebnisse. Im Übrigen sind diese bildgebenden Verfahren nicht beweisend für ein psychoorganisches Syndrom (kognitive Fähigkeiten, insbesondere im Großhirn anzusiedeln) oder für Koordinationsstörungen (Bewegungsabläufe, insbesondere das Kleinhirn betreffend), sie stellen nur eines von mehreren Hilfsmitteln dar, und eine ärztliche Diagnose erschließt sich aus der Gesamtschau und Gewichtung aller Umstände. Der Senat vermag jedenfalls in Übereinstimmung mit Dr.S. Hirnleistungsstörungen und funktionelle Ausfälle nicht festzustellen.

Dem Ergebnis des Dr.B. kann bereits bei kritischer Würdigung aller Faktoren nicht gefolgt werden. Davon abgesehen erschien auch die Vorgehensweise dieses Arztes nicht hinreichend sorgfältig, vielmehr einseitig. Bereits der Arztbrief vom 10.04.2002 weist auf eine Voreingenommenheit hin. So wird nach zwei Untersuchungen des Klägers eine Reihe von Gesundheitsstörungen auf die Einwirkung toxischer Gifte (Arbeit als Schlosser - Schweißen, Reinigung mit Lösungsmitteln, Kühlschmiermittel, Zink, Aluminium) und auf zwei Schleudertraumata der Halswirbelsäule, die ebenfalls den cervicalen Übergang und damit die basalen Hirnteile und die Medulla oblongata betreffen sollen, zurückgeführt, wobei sich die Schäden gegenseitig angeblich verstärkten; von dieser Theorie hat Dr.B. im Übrigen nie Abstand genommen (vgl. Befundbericht vom 18.02.2004 für das Sozialgericht). Ein einschlägiges Trauma wurde von ihm hier einfach unterstellt, ist aber zu keiner Zeit objektiviert worden.

Bei Dr.B. hat der Kläger berichtet, er sei im Jahre 1990 oder 1991 nachts einem Reh ausgewichen und habe sich dreimal mit dem Auto überschlagen, sei an der Straßenböschung aufgewacht und habe Prellungen der Wirbelsäule gehabt, aber keine Fraktur. Außerdem ist eine beim Mountainbiken erlittene Jochbeinfraktur 1998 erwähnt. Befunde hinsichtlich der Wirbelsäule sind von Dr.B. jedoch nicht erhoben worden, das Vorliegen alter oder neuerer einschlägiger Befunde sowie Röntgenfilme ist auch nicht vermerkt. Wie Dr.B. hier zwei Kopftraumata und ein zweimaliges Schleudertrauma als gesichert eruieren will, ist dem Senat nicht nachvollziehbar. Nach vorhandenen älteren Unterlagen ist die Jochbeinfraktur am 01.05.1998 nur mehr anamnestisch aus dem Arztbrief des Orthopäden Dr.R. vom 05.05.1999 und dem Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr.K. vom 18.05.1998 erschließbar, und die neurologische Konsiliaruntersuchung ergab nach Erhebung klinisch-neurologischer Befunde und einer apparativen Untersuchung (SSEP Nervus medianus) unauffällige Befunde; der Kläger hatte im Übrigen auch nur Kribbelparästhesien in beiden Händen entsprechend dem Dermatome C7 und C8 angegeben. Folgen des Ereignisses vom 01.05.1998 wurden sowohl von den Ärzten als auch vom Kläger nie erwähnt. Immerhin lässt sich noch aus dem Listenauszug der Techniker Krankenkasse eine Schädelprellung mit Jochbeinfraktur links (ohne stationäre Behandlung) entnehmen, wobei sich ein stumpfes Kopftrauma allerdings ohnehin bereits aus dem Umstand einer Jochbeinfraktur ergibt. Der Autounfall vom 26.08.1991 stellt sich nach dem Bericht des Kreiskrankenhauses K. vom 27.08.1991 zu einer lediglich ambulanten Untersuchung dar als Ereignis mit wenig belangvollen Folgen, vor allem Prellungen der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule ohne röntgenologische Nachweise einer frischen knöchernen Verletzung des Schädels und der einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule. Der Kläger gab hier an, nicht bewusstlos gewesen zu sein, was er immerhin auch noch im Jahre 1994 wusste (vgl. Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr.K. vom 28.06.1994). Anamnestisch, klinisch und röntgenologisch ergaben sich keine Anhalte für ein wesentliches Kopftrauma, selbst eine Gehirnerschütterung, überprüft wegen einer Prellmarke am linken Schläfenbein, wurde im Krankenhaus K. ausgeschlossen. In der Folgezeit ergaben sich nie fassbare cerebralorganische oder spinale Schädigungen (vgl. unter anderem Arztbrief des Dr.D. vom 28.12.1995).

Zu Recht hat Prof.Dr.E. zahlreichen ärztlichen Unterlagen entnommen, dass mehr als zwei Schädelprellungen nie vorgelegen haben. Ein Schädel-Hirn-Trauma ist weder in Form einer Gehirnerschütterung noch in der schwereren Form einer Hirnsubstanzschädigung (Contusio cerebri) objektivierbar; dies gilt auch für ein Halswirbel-Schleudertrauma, das zudem einen bestimmten speziellen Unfallmechanismus voraussetzt, der sich aus den vorhandenen Unterlagen und Schilderungen des Klägers nicht ergibt und von Dr.B. auch nicht dargelegt

wurde. Wer derartig - ohne zureichende Grundlagen - leichtfertig mit Diagnosen umgeht und hieran, selbst in Kenntnis zahlreicher entgegenstehender Unterlagen (wiedergegeben im Gutachten der Prof.Dr.E. mit der Meinung, mehr als Kopfprellungen hätten nie vorgelegen) auf seiner Meinung beharrt (vgl. Befundbericht des Dr.B. vom 18.02.2004 für das Sozialgericht Augsburg unter Zitierung des Gutachtens der Prof.Dr.E.), der kann nicht erwarten, dass er hinsichtlich anderer Diagnosen als zuverlässig und sorgfältig eingestuft wird. Hier scheint, gleich aus welchen Gründen, eine vorgefasste Meinung zu bestehen. Dies scheint auch für die angeblichen toxischen Schäden des Klägers gegeben, wenn Dr.B. im Arztbrief vom 10.04.2002 seine Diagnose mit dem Anfangssatz begründet, bei den Metallberufen unter den bisherigen Umständen müsse man ohnehin nicht mehr fragen, ob die Arbeiter Schäden hätten, sondern nur noch, wie viel Schäden sie hätten. Kennzeichnend ist auch der Schluss der Begründung, dass die Schäden des Klägers selbstverständlich auf vielen Gebieten nachgewiesen werden könnten, denn toxische Schäden seien immer Multiorganschäden; als Beleg führte dann Dr.B. eine Leistenbruch-Operation und Nachoperation an (richtig ist, dass nur eine Leistenbruchoperation stattgefunden hat), denn die Gewebe seien eben schwach und die Heilung sei verzögert. Dieser "selbstverständliche" Beweis ist dem Senat nicht mehr nachvollziehbar, mehr als unfundierte spekulative Behauptungen ins Blaue hinein vermag der Senat hier nicht zu sehen.

Als weitere Belege für die fehlende Aussagekraft der Ausführungen des Dr.B. weist der Senat auf die von diesem diagnostizierte motorisch-sensible Hemiparese links und eine deutliche Polyneuropathie mit handschuh- und sockenförmiger Hypästhesie und Hyperpathie hin, Befunde, wie sie weder vor dem Jahre 2002 noch nachher objektiviert werden konnten. Zur Hemiparese fehlt es an jeglicher Befundbeschreibung außer "regelmäßiges Absinken bei den Vorhalteversuchen" und einer beidseitig auf ca. 20 % verminderten groben Kraft beider Hände, links etwas mehr als rechts. Neben dem Fehlen einer apparativen Untersuchung fällt auf, dass die Polyneuropathie ohne weiteres einem toxischen Gehirnschaden zugeschrieben wird, obwohl bekannt sein sollte, dass sich Polyneuropathien typischerweise in engem, zeitlichen Zusammenhang mit der Lösungsmittelexposition entwickeln (so auch ein dem Befundbericht des Dr.B. vom 18.02.2004 beigelegter Auszug aus einem Artikel des Dr.K., Leiter des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität M.). Irgendeine Besprechung der zeitlichen Entwicklung der Polyneuropathie fehlt, geschweige denn ein hinreichender ärztlicher Befund, auf den sich Dr.B. hätte stützen können. Für die Vergangenheit ergaben sich laut den dem Senat vorliegenden Unterlagen manchmal klinisch und neurophysiologisch einem Wurzelreiz-Syndrom zuordenbare Beschwerden, aber eine Polyneuropathie wurde mehrmals ausgeschlossen (vgl. unter anderem Befundbericht Dr.D. vom 14.02.1992 und Arztbrief des Dr.F. vom 25.03.1999) oder auch nicht annähernd in Erwägung gezogen, weil entsprechende Beschwerden vom Kläger nicht geäußert worden sind. Dies war andeutungsweise erst im Jahre 1999 und deutlich erst im Jahre 2000 (vgl. Bericht der Neurologischen Klinik U. vom 14.06.2000) der Fall.

Das Gutachten der Prof.Dr.E. vom 09.07.2002 erschien dem Senat teilweise auch nicht schlüssig, wobei im Rahmen des jetzigen Rentenstreits nicht auf den Ursachenzusammenhang Gesundheitsstörung - gefährdende Stoffe eingegangen werden muss. Im Gegensatz zu den Befunden des Dr.B. ist an dem Gutachten der Prof.Dr.E. auffallend, dass eine eindeutige (sensible) Polyneuropathie nicht objektiviert werden konnte und eine angebliche Kraftminderung des linken Armes und des linken Beines sowie Gefühlsstörungen der linken Körperhälften nicht auf eine Gehirnschädigung zurückgeführt wurden; weiterhin wertete die Ärztin zwei Schädelprellungen (1991 und 1998) nicht als (geeignete) Ursache für die Beschwerden des Klägers und kam - wie auch Dr.S. - zu dem Schluss, dass eine Neuroborreliose, insbesondere mit der Spätfolge einer entzündlichen Erkrankung des Hirngewebes (Lyme-Encephalomyelitis, ausgeschlossen durch Liquorpunktion vom 02.06.2000) unwahrscheinlich sei. Zu beanstanden ist aber die Annahme einer Schädigung des Gehirns mit der Folge eines psychoorganischen Syndroms (organische Erkrankung des zentralen Nervensystems). Eine fachärztliche Qualifikation auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet der Prof.Dr.E. ist nicht ersichtlich, zumindest fehlt es an einer ordnungsgemäßen Befunderhebung auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet und dann einer Besprechung der eigenen Befunde und der Fremdbefunde aus neurologischer und psychiatrischer Sicht. Dies war um so mehr geboten, als sich aus der Krankengeschichte - dem Gutachten lagen überaus zahlreiche ärztliche Unterlagen bei - widersprüchliche Befunde und Diagnosen ergaben, so dass eine fachkompetente Abklärung und Auswertung erfolgen musste. Aus Blatt 31 des Gutachtens geht hervor, dass ein organisches Psychosyndrom abgeleitet wird aus 1. den Beschwerden des Klägers mit "objektivierbaren" Korrelaten in neurologisch-psychiatrischen Untersuchungen und 2. bildgebenden Untersuchungsverfahren mit SPECT und Kernspintomogramm sowie 3. Bestätigungen der Ergebnisse "in nachfolgenden Untersuchungen", wobei nicht klar ist, ob Prof.Dr.E. die widersprüchlichen Fremdbefunde meint oder ihre eigene Untersuchung. Zu 1. berief sie sich gerade auf "massive Beeinträchtigungen in nahezu allen untersuchten Bereichen (Anlage 29)", damit auf den Bericht der Neurologischen Klinik U. vom 14.06.2000 in der Anlage Nr.29, in dem von einem deutlich demonstrativen Verhalten des Klägers mit Verlangsamung der Willkürmotorik die Rede ist, weiterhin davon, dass Hinweise auf vorgebrachte Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis nicht verifizierbar gewesen sind; die damalige zweimalige neuropsychologische Untersuchung ergab Auffälligkeiten eher im Sinne eines "psychiatrischen Hintergrunds". Nach Überzeugung des Senats kann mit einem solchen Befund das Vorliegen eines psychoorganischen Syndroms nicht begründet werden, vielmehr bestand gerade deswegen Anlass zu größten Zweifeln. Zur Sicherung des Befunds eines psychoorganischen Syndroms helfen auch nicht die von Prof.Dr.E. punktuell vorgenommenen und unvollständigen Befunderhebungen weiter (deutliche Konzentrationsstörungen und mnestiche Störungen, weil der Kläger beispielsweise nicht Geburtsort oder Ort des letzten Schulbesuchs nennen konnte; psychologisch-neurologischer Fragebogen, bei dem der Kläger einen erstaunlich hohen und damit verdächtigen Gesamtschwermetallwert erzielte). Zum einen fehlte es an zusätzlichen notwendigen Standarduntersuchungen auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet, zum anderen kann das Ergebnis gerade deswegen verfälscht sein, weil kein psychoorganischer Defekt, sondern andere Umstände (Schmerzstörung, Somatisierungsstörung, Rentenneurose, Rentenwunsch, Pseudodemenz usw.) vorlagen.

Das Ergebnis der bildgebenden Verfahren hat Prof.Dr.E. auch nicht besprochen und gewürdigt, vielmehr unter mehreren, nicht einheitlich ausfallenden Befunden nur die markantesten herausgesucht (erwähnt sind auf Bl.31 des Gutachtens nur die deutlich ausgeprägten regionalen Perfusionsstörungen und gliösen Veränderungen im Marklager) und die dagegen stehenden Befunde unbeachtet gelassen. Die notwendigen klinisch-neurologischen und neurologisch-apparativen Untersuchungen zu den Auswirkungen eines Schadens fehlen ohnehin, so dass eine relevante Gehirnschädigung (ein wesentlicher Umfang steht mit den vorliegenden bildgebenden Verfahren ohnehin nicht fest, es könnte auch ein irrelevanter Gehirnschaden vorliegen) von der Begründung her offen bleibt.

Die vom Kläger vorgebrachten Beschwerden hat wohl auch Prof. Dr.E. bei der Begründung eines Gehirnschadens als glaubwürdig berücksichtigt, aber offenbar bei der Bewertung mit einer MdE nicht allzu ernst genommen. Nach dem vom Kläger im Jahre 2002 demonstrierten demenziellen Syndrom (vgl. Gutachten des Dr.K. und auch die Angaben des Klägers gegenüber Prof. Dr.E.) sowie seiner umfassenden Liste zahlreicher Beschwerden, teils auch schwerster Art, ist die Einstufung einer Enzephalopathie mit Grad II A nicht nachvollziehbar. Bei der Enzephalopathie wird nach herkömmlichen Maßstäben zwischen einer leichten Schädigung (Grad I), einer mittelschweren Schädigung (Typ II A und Typ II B, letzterer mit stärkerer kognitiver Insuffizienz und in der Regel neurologischen Befunden)

und einer schweren Schädigung (Grad III mit globalen Einschränkungen der intellektuellen Leistungen und des Gedächtnisses) differenziert (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, S.336). Nicht mit den auf toxischen Ursachen bezogenen Beschwerden des Klägers vereinbar ist aber die von Prof.Dr.E. angegebene Enzephalopathie Grad II A mit "deutlichen Befindlichkeitsstörungen mit leichtgradigen psychopathologisch und neuropsychologisch fassbaren Befunden einer organisch-psychischen Störung, insbesondere leichtgradigen kognitiven Leistungsminderungen (und/oder Antriebs- und Affektstörungen)". Die "Rückdatierung" der Beschwerden des Klägers mindestens auf das Jahr 1995 und früher erschien dem Senat auch nicht schlüssig. Beschwerden wie Benommenheit, Schwindel und Kopfschmerzen bereits während der Ausbildung sind ebenso wenig greifbar wie damalige entsprechende Persönlichkeitsveränderungen, die offenbar nur auf Angaben des Klägers beruhen und nachträglich als gesichert in das Gutachten eingestellt worden sind. Die von Prof.Dr.E. erwähnte auffallend hohe Anzahl an Verletzungen im Berufsleben und ebenso im Privatleben, typisch für eine entsprechende Störung der Koordination und der Reaktion im Rahmen der Enzephalopathie, ist dem Senat ebenso nicht nachvollziehbar. Die laut Listenauszug der Krankenkasse bestehenden mehreren, relativ belanglosen Verletzungen des Klägers im Berufsleben erscheinen dem Senat im Hinblick auf den Beruf eines Bauschlossers und Monteurs nichts Außergewöhnliches. Unfälle beim Mountainbiken, das der Kläger jahrelang betrieb, sind schon von der Sportart her typisch, und ein einziger Autounfall dürfte jedem Pkw-Fahrer im Laufe mehrerer Jahre passiert sein. Zahlreiche Unfälle im Privatleben sind nicht erkenntlich; noch gegenüber Dr.S. hatte der Kläger im Juli 2005 die Frage nach Stürzen wegen Drehschwindels verneint ("Stürze ... nur so halb") und den letzten Fahrradsturz für das Jahr 1998/1999 angegeben, obwohl er weiterhin noch, angeblich nur mehr eingeschränkt, Fahrrad fährt.

In Hinblick auf rentenrelevante Gesundheitsstörungen des Klägers seit dem Jahre 2000 muss es letztlich verbleiben bei 1. einer schmerzbedingten, zumindest zeitweisen Funktionseinschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit im Bereich der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule ohne eindeutiges Wurzelreizsyndrom, aber mit glaubhaften gelegentlichen sensiblen Reizerscheinungen, zuzüglich eines gewissen somatoformen Anteils, der aber in dem angegebenen Zeitrahmen wegen einer überlagernden artifiziellen Störung mit deutlicher Simulationsneigung nicht gradmäßig bestimmbar ist, 2. einer leichten Schwerhörigkeit im Hochtonbereich mit Tinnitus,

3. einem leichten Asthma bronchiale, wohingegen ohne Relevanz eine bestehende Leukopenie ist und behauptete Sehstörungen nicht nachweisbar sind. Letztere konnten augenärztlich und neurologisch nicht objektiviert werden, und die behaupteten Beschwerden erscheinen ohnehin wenig glaubwürdig. War es Anfang des Jahres 1999 noch der Eindruck einer verstärkten Lichtempfindlichkeit auf dem rechten Auge und ein dort lokalisiertes zeitweises Blitzen, wie ein Feuerwerk (Gutachten des Dr.S. vom 18.02.1999), so sollen es schon Ende des Jahres 1999 und im Jahre 2000 Doppelbilder (vgl. Bericht der Neurologischen Klinik U. vom 14.06.2000) - entsprechend der Beschreibung der Symptome für Amalgamvergiftung - gewesen sein; in den Folgejahren fehlen wiederum teilweise solche Beschwerden und bei den Untersuchungen des Dr.S. demonstrierte der Kläger eine kurze, zeitweise Sehstörung (Unmöglichkeit des Lesens) und klagte im Übrigen über eine Blendempfindlichkeit beider Augen, aber nicht mehr über Doppelbilder.

Mit seinen Gesundheitsstörungen sind dem Kläger körperlich leichte Arbeiten (damit entfällt ohnehin das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg) in geschlossenen Räumen zu ebener Erde vollschichtig zumutbar. Vermieden werden müssen anhaltende Zwangshaltungen, häufiges Bücken, ständiges Stehen und Gehen sowie Einflüsse von lungenreizenden Stoffen. Einschränkungen, die durch eine Gehirnschädigung oder eine maßgebende Erkrankung auf psychiatrischem Gebiet vorzusehen wären, entfallen (zum Beispiel besondere Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit, unter anderem beim Arbeiten in Nacht- und Wechselschicht). Eine cerebrale Schädigung ist nicht beweisbar, und eine maßgebende psychische Störung von Krankheitswert auch nicht vorhanden. Sollte aber ab dem Jahre 2000 ein kleiner Kernbereich von realen Gesundheitsstörungen, zum Beispiel geringe somatoforme Störungen bzw. eine Schmerzstörung, vorhanden sein, kann dies nicht berücksichtigt werden. Der Kläger hätte dann eine sichere Feststellung durch sein Bewusstseinsnahes wie auch bewusstes und zweckgerichtetes Verhalten, das eine reale Gesundheitsstörung vollständig überdeckt, unmöglich gemacht.

Eine weitere Beweiserhebung sah der Senat nicht als veranlasst an. Dem Antrag des Klägers auf Einholung eines Gutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) war nicht stattzugeben. Der Kläger hat innerhalb der vorgegebenen Frist keinen diesbezüglichen wirksamen Antrag gestellt. Zwar ist am letzten Tag der der Klagepartei gestellten Frist ein Antrag eingegangen, jedoch ohne Benennung des ärztlichen Sachverständigen. Dies war nicht hinreichend.

Auf einen fehlenden ausdrücklichen Hinweis des Senats, binnen der gesetzten Frist zur Stellungnahme zum Gutachten des Dr.S. auch einen Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) zu stellen, kann sich der Kläger nicht berufen. Er war und ist anwaltlich vertreten, wobei die Konsequenz der Aufforderung zu einer Stellungnahme nach erfolgter Beweisaufnahme binnen einer bestimmten Frist als bekannt vorauszusetzen ist; zudem ist zwischen dem Senat und dem Klägerbevollmächtigten auf frühere Anfrage eine Abklärung der Handhabung im vorliegenden Fall dahingehend erfolgt, dass mit Übersendung eines Gutachtens und Aufforderung zur Stellungnahme unter Fristsetzung die Frist für die Stellung eines Antrags gemäß [§ 109 SGG](#) läuft (siehe Schreiben vom 26.10.2004). Dies musste dem Anwalt des Klägers auch im Jahre 2005 bewusst sein und ist ihm offenbar auch in Erinnerung geblieben, sonst hätte er nicht am letzten Tag der Frist mit Telefax einen Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) gestellt. Dieser Antrag war aber unwirksam und kann auch per se nicht fristverlängernd bis zum Nachreichen von Name und Adresse eines Sachverständigen wirken. Der Senat sah auch keine Veranlassung, das bereits ca. eineinhalb Jahre anhängige Verfahren trotz Entscheidungsreife zu verzögern. Die Berufung war bereits im Jahre 2005 zur Terminierung vorgesehen, die sich allein wegen einer Erinnerung des Sachverständigen in Kostenfragen verzögerte.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-06-20