L 6 R 90/06

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 15 RJ 1376/00
Datum
18.11.2005
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 6 R 90/06
Datum
13.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. November 2005 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Anspruch der Klägerin auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 30. Juni 2000 hinaus.

Die am X.XXXXXXX 1961 in der Türkei geborene Klägerin übersiedelte im Alter von 11 Jahren in die Bundesrepublik Deutschland. Sie hat eine förmliche Berufsausbildung nicht durchlaufen und war seit 1980 als ungelernte Stationshilfe im Krankenhaus B. in Hamburg beschäftigt. In dieser Tätigkeit war sie seit Herbst 1997 arbeitsunfähig krank, ab Januar 1998 mit Bezug von Krankengeld. Seither hat sie eine Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeübt. Nach den Angaben der Beklagten enthält der Kontenspiegel (nicht anrechnungsfähige) Zeiten der Arbeitslosigkeit (ohne Leistungsbezug) vom X.XXXXXXX 2001 bis 7. Oktober 2005 und vom 30. November 2005 bis 29. September 2007.

Am 15. April 1998 beantragte sie wegen Depressionen bei der Beklagten die Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit und verwies auf ein beigefügtes Attest des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. vom 2. Februar 1998, der angab, sie mache einen ausgeprägt depressiven Eindruck mit deutlicher Voralterung. Auf Veranlassung der Beklagten wurde die Klägerin zur Prüfung ihrer Erwerbsfähigkeit am 8. Juli 1998 durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. untersucht. Dieser stellte in seinem Gutachten vom Folgetag die Diagnose "Dämmerzustand, z. B. bei Psychose, bei Epilepsie oder Konversionsneurose" und hielt es insgesamt für evident, dass die Klägerin eine auf Gelderwerb gerichtete Tätigkeit derzeit nicht ausüben könne. Die Klägerin war zu dieser Untersuchung in Begleitung ihrer Mutter und eines als Dolmetscher fungierenden Freundes der Familie gekommen, die berichteten, sie erleide seit etwa einem Monat ein- bis zweimal wöchentlich einen Krampfanfall, höre seit August 1997 fremde Stimmen, nässe oft ein und werde oft ohnmächtig. Zur Durchführung einer körperlichen Untersuchung der Klägerin sah Dr. R., der diese zudem als in ihrer Kooperationsfähigkeit hochgradig eingeschränkt beschrieb, sich nicht imstande.

Gestützt auf dieses Gutachten bewilligte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 2. September 1998 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit für die Zeit vom 1. Mai 1998 bis zum 30. April 1999. Dem Antrag auf Weiterbewilligung der Rente über den 30. April 1999 hinaus entsprach sie durch Bescheid vom 25. Juni 1999 für die Zeit bis zum 30. Juni 2000, nachdem die Klägerin durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B1, Oberarzt im Allgemeinen Krankenhaus (AK) O., im Rahmen ihres stationären Aufenthalts in dieser Klinik vom 21. bis 23. April 1999 untersucht und begutachtet worden war, der folgende Diagnosen gestellt hatte: Verdacht auf psychogene Psychose bei anamnestisch sexueller Traumatisierung, psychogene Anfälle (differenzialdiagnostisch: epileptische Anfälle); anamnestisch: Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma. Dr. B1 hob hervor, dass die Klägerin ein uneinheitliches Bild gezeigt habe: sei sie in Gegenwart der begleitenden Angehörigen - Mutter, Bruder und ältester Sohn - sehr zurückgenommen, wortkarg erschienen, mit Schwierigkeiten, sich auf eine initiale Exploration einzulassen und insofern in Aufmerksamkeit und Konzentration gemindert, so dass die Kontaktaufnahme in der Aufnahmesituation schwierig gewesen sei, so sei der Kontakt zu ihr in Abwesenheit der Angehörigen deutlich besser gewesen. Unter den gegebenen Umständen hielt es Dr. B1 aus nervenärztlicher Sicht für problematisch, eine endgültige Entscheidung bezüglich Erwerbsunfähigkeit zu treffen. Einerseits sei die vorliegende psychische Störung dem Eindruck nach - wie in der Vorbegutachtung - aktuell so dramatisch, dass eine auf Gelderwerb gerichtete Tätigkeit nicht zumutbar erscheine; andererseits sei unter psychiatrischen Gesichtspunkten eine endgültige Berentung therapeutisch wenig hilfreich, sogar eher kontraindiziert. Sei in Würdigung der als wahr unterstellten Angaben zur Vorgeschichte von einer geminderten Erwerbsfähigkeit auszugehen, so könne doch eine wesentliche Besserung durch entsprechende Behandlung - u. U. auch stationär - erwartet werden. Hierfür sollte ein Zeitraum von etwa einem Jahr berücksichtigt werden.

Auf den erneuten Weiterbewilligungsantrag der Klägerin ließ die Beklagte sie am 23. Juni 2006 durch den Psychiater. W. untersuchen bzw. explorieren. Dieser formulierte in seinem schriftlichen Gutachten vom 30. Juni 2000 als Diagnose: Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck einer Psychogenie im Sinne histrionischer Reaktionsbereitschaft, offensichtlich nach Psychotraumatisierung. Ein sinnvolles Gespräch mit der Klägerin sei während der gesamten Zeit nicht möglich gewesen. Sie habe die gesamte Zeit über eine von ihr als Baby oder Puppe bezeichnete geformte Stofftüte in der Hand gehalten, sich immer wieder daran geschmiegt und sich langsam gewiegt, wie wenn man ein kleines Kind beruhige. Mit der anderen Hand sei sie die ganze Zeit beschäftigt gewesen, den Schreibtisch mit einem Stück Papier zu wischen, als würde sie sauber machen. Ansonsten habe sie immer wieder aus dem Fenster gesehen und sich durch angeblich auf sie zukommende Männergestalten bedroht gefühlt. Es habe sich der Eindruck ergeben, dass die Klägerin während der Exploration über weite Strecken das Geschehen um sich herum aber sehr real mitbekommen und gut beobachtet habe. Die Grundstimmung sei allenfalls leicht gedrückt gewesen. Hinweise auf eine Depression von vitaler Tiefe hätten sich nicht gezeigt. Es habe auch keinen Anhalt für wesentliche Antriebsstörungen ergeben. Der Untersucher äußerte den Verdacht, dass die von der Klägerin gebotenen Verhaltensweisen auch unter Berücksichtigung der fremdanamnestischen Angaben zu einem großen Teil bewusstseinsnah steuerbar seien. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und der Begutachtungssituation sei nicht klar zu erkennen, dass eine die Leistungsfähigkeit ganz maßgeblich beeinträchtigende psychische Störung vorliege. Unverständlich sei, dass angesichts des sich hier bietenden Bildes der ambulante Therapieversuch in einem sozialtherapeutischen Zentrum in Hamburg A1 durchgeführt werden solle. Wenn das Krankheitsbild wirklich so ausgeprägt sei, wie es hier vorgegeben werde, könne lediglich eine längerfristige stationär-psychiatrische Therapie indiziert sein. Eine solche sei zwischenzeitlich offensichtlich nicht erfolgt.

Der abschließenden Empfehlung des Psychiaters W. folgend, lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 25. Juli 2000 die Weitergewährung der Rente mit der Begründung ab, über den Wegfallzeitpunkt hinaus lägen weder Erwerbsunfähigkeit noch Berufsunfähigkeit vor, weil die Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch vollschichtig arbeiten könne. Der Widerspruch vom 1. September 2000 hatte keinen Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 9. November 2000).

Im anschließenden Klageverfahren haben die behandelnden Ärzte der Klägerin dem Sozialgericht (SG) über die von ihnen bei ihr erhobenen Befunde berichtet:

Dr. A. hat am 7. Januar 2001 über eine ständige innere Unruhe der Klägerin, Schlafstörungen, äußerst gedrückte Stimmung, erheblich beeinträchtigtes Antriebsverhalten, durch familiäre Konflikte erheblich überlagerte Verstimmungs- und Versagenszustände, deutliche Antriebsminderung, erhebliche regressive Tendenzen berichtet. Der Orthopäde Dr. W. hat mitgeteilt, er habe die Klägerin seit Mai 2000 allein wegen Wirbelsäulenbeschwerden behandelt und ihr einen Übungsbogen mitgegeben. Der Internist Dr. P. hat am 9. Juni 2001 über die Behandlung der Klägerin seit Juli 1999 berichtet. Seither klage sie über psychosomatische Beschwerden in der Form von Oberbauchschmerzen, über unklare Schmerzen im Brustraum, Kopfschmerzen und starke depressive Episoden. Derzeit bestehe eine starke depressive Episode aufgrund erheblicher familiärer Konflikte. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. I., der die Klägerin von Juni 1988 bis März 1998 als Hausarzt behandelt hatte, hat in seinem Bericht vom 16. Juli 2001 wissen lassen, sie habe ihn im Anschluss daran nur noch gelegentlich wegen Blasenbeschwerden, Schmerzen im Nierenbereich, Kreuzschmerzen, Schulter-Arm-Beschwerden, Kopfschmerzen sowie depressiven Verstimmungs- und Erschöpfungszuständen in Anspruch genommen.

Sodann hat Dr. N., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, auf Anordnung des SG nach Untersuchung der Klägerin am 19. November 2001 sein schriftliches Gutachten vom 21. November 2001 erstattet. Er hat ausgeführt, dass die Klägerin in psychischer Hinsicht ein völlig unterschiedliches Bild geboten habe. In Gegenwart ihrer Angehörigen habe sie sich nahezu abulisch (d. h. krankhaft willenlos) mit auffälligen Jaktationen (Hin- und Herwerfen des Körpers) gegenüber dem Untersucher, in Abwesenheit der Angehörigen deutlich aufgelockerter gezeigt. Dr. N. hat folgende Diagnose gestellt: Dissoziative Störung mit Verdacht auf psychogene Psychose und psychogene Anfälle, mit erheblichen willensgesteuerten Anteilen. Er hat die Klägerin für fähig befunden, leichte körperliche Tätigkeiten mit eingestreuten mittelschweren Anteilen vollschichtig zu verrichten, und angeraten, zur Vermeidung einer Chronifizierung ein stationäres psycho-therapeutisch ausgerichtetes Heilverfahren unter Hinzuziehung muttersprachlich tätiger Therapeuten in Erwägung zu ziehen.

Den vermutlich im Hinblick auf diese Empfehlung gestellten Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 2. Juli 2002 ab, wogegen die Klägerin nach erfolglosem Widerspruch ebenfalls Klage erhob.

Vom 19. Juli 2004 bis zum 13. September 2004 und vom 15. November 2004 bis 22. Dezember 2004 unterzog sich die Klägerin einer teilstationären Behandlung im W1.-Klinikum, Tagesklinik A1, aus der sie mit den Diagnosen "Wiederkehrende schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, posttraumatische Belastungsstörung, Agoraphobie mit Panikstörung" entlassen wurde.

Nach einer weiteren Untersuchung der Klägerin am 30. März 2005 ist Dr. N. in seinem Gutachten vom 1. April 2005 zu einer gegenüber der Begutachtung im November 2001 wesentlich ungünstigeren Einschätzung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin gekommen. Wegen der gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode einer rezidivierenden depressiven Störung vor dem Hintergrund einer posttraumatischen Belastungsstörung sei die Klägerin zurzeit zu einer Erwerbstätigkeit nicht in der Lage. Diese Einschränkung bestehe seit Mai 2004. Seinerzeit habe Dr. A. die Notwendigkeit einer längerfristigen teilstationären psychiatrischen Behandlung wegen einer Exacerbation der Symptomatik mit Suizidalität und psychosenaher Ausgestaltung angenommen. Seither habe sich der psychopathologische Befund deutlich geändert. Das seinerzeit gezeigte willensnah gesteuerte abulische Syndrom mit erheblichen dissoziativen Symptomen sei einer agitiert depressiven Symptomatik im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung gewichen, die verbunden sei mit Ängsten und Panikstörung, wobei der Hintergrund vermutlich in einer posttraumatischen Belastungsstörung, so wie in der Vergangenheit auch von Dr. B1 vermutet, zu suchen sei. Die in der Vergangenheit offenbar willensnah ausgestalteten Symptome seien deutlich rückläufig. Der jetzt zu erhebende Befund wirke deutlich authentischer, die in der Vergangenheit bestehende histrionische Ausgestaltung sei deutlich rückläufig und lasse jetzt erst den Blick auf die im Hintergrund bestehende rezidivierende depressive Störung zu.

An seiner Beurteilung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin hat Dr. N. in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 3. Mai 2005 in Kenntnis der ihr widersprechenden Stellungnahme des Psychiaters W. vom ärztlichen Dienst der Beklagten festgehalten. Daraufhin hat sich die Beklagte bereit erklärt, der Klägerin ein stationäres psychotherapeutisch ausgerichtetes Heilverfahren in einer für sie muttersprachlichen Klinik zu gewähren, was zur Beendigung des darüber geführten Klageverfahrens durch Annahme dieses Anerkenntnisses geführt hat.

Vom 5. Juli 2005 bis einschließlich 2. August 2005 unterzog sich die Klägerin einer stationären Heilbehandlung in der V.-Klinik, aus der sie mit den Diagnosen "Anpassungsstörung, passiv-aggressive Persönlichkeitsstruktur, Adipositas, Lendenwirbelsäulesyndrom" als arbeitsunfähig für eine Beschäftigung als Reinigungskraft entlassen, ansonsten aber für fähig befunden wurde, mittelschwere körperliche Arbeiten für sechs Stunden täglich und mehr zu verrichten.

Der vom SG beauftragte sodann mit der Begutachtung der Klägerin beauftragte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. hat sie am 19. September 2005 untersucht und darüber das schriftliche Gutachten vom 30. September 2005 erstattet. Er ist zum Ergebnis gekommen, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin infolge einer seelischen Erkrankung lasse sich nicht feststellen. Obwohl ihr von verschiedenen voruntersuchenden und vorbehandelnden Ärzten sehr unterschiedliche und zum Teil schwere Krankheitsbilder bescheinigt worden seien, ergebe sich nach Durchsicht der Akten schon keine überwiegende Wahrscheinlichkeit und noch weniger eine Sicherheit dafür, dass bei ihr ein seelisches Störungsbild von Krankheitswert vorliege. Diese Einschätzung gründe vor allem auf der Tatsache, dass die von der Klägerin in der Vorgeschichte gebotenen Symptome in Verlauf der Zeit sehr stark gewechselt hätten, dass die dadurch verursachte Absenkung des psychosozialen Funktionsniveaus im Zeitverlauf überaus unterschiedlich gewesen sei und dass das Ensemble der Symptome der dargebotenen Störungsbilder letztlich zu einem in der Psychiatrie bekannten Störungsbild nicht passe.

Gestützt auf dieses Gutachten hat das SG die Klage durch das Urteil vom 18. November 2005 abgewiesen.

Gegen dieses ihr am 25. April 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22. Mai 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung verweist sie insbesondere auch auf den Bericht des W1.- Klinikums vom 25. Januar 2005. Im Anschluss an den Aufenthalt in dieser Klinik habe sie sich über längere Zeit in einer Tagesklinik behandeln lassen. Es treffe nicht zu, dass sie - wie das SG behaupte - mit wechselnden Strategien versucht habe, den fälschlichen Eindruck einer schwer wiegenden psychiatrischen Erkrankung zu erwecken. Durch ihre Behandlung in der V.-Klinik von Juli bis August 2005 hätten dem Entlassungsbericht zufolge die Rehabilitationsziele aufgrund ihrer fixierten Vorstellung bezüglich einer organischen Genese ihrer Beschwerden nur ansatzweise erreicht werden können. Die im Vordergrund stehende somatoforme Schmerzstörung bestehe unverändert fort. Es sei zu einer Stimmungsaufhellung gekommen, und man habe eine weitere ambulante psychotherapeutische Behandlung und die Fortführung der Psychopharmakatherapie für sinnvoll erachtet. Der dort vorgenommenen Einschätzung ihrer Erwerbsfähigkeit, dass sie als Reinigungskraft drei bis sechs Stunden täglich arbeiten könne, könne sie schon wegen der bestehenden Schmerzproblematik nicht folgen. Sie sei auch über den 29. September 2007 hinaus beim Arbeitsamt vorstellig geworden. Gleichwohl sei ihr Arbeitsverhältnis beim B.-Krankenhaus ungekündigt. Sie sei nicht geschieden. Der Ehemann wohne noch in derselben Wohnung. Sie habe mit ihm aber nichts mehr zu tun.

Im Übrigen nimmt die Klägerin Bezug auf ihre in der mündlichen Verhandlung über ihre hauptsächlichen gesundheitlichen Probleme und ihre Familienverhältnisse gemachten, in die Niederschrift aufgenommenen Angaben.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. November 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. November 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auch über den 30. Juni 2000 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. November 2005 zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Nervenarzt Dr. H1 hat dem Berufungsgericht im November 2006, im April 2007 und im Januar 2008 berichtet, die Klägerin habe im Rahmen der seit Mitte März 2006 von ihm verantworteten Behandlung über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Ganzkörperschmerzen, Schlaf- und Kraftlosigkeit geklagt, und ein depressives Syndrom in der Gestalt einer somatoformen Depression bzw. chronifizierte depressive Störungen mit somatoformer Ausprägung sowie Angst diagnostiziert. Der Orthopäde Prof. Dr. N1 hat am 2. April 2007 über mäßige degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule (HWS) im Sinne einer Osteoschondrose und über leichte degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule im Sinne einer Spondylose sowie über Spreizfüsse mit hallux valgus berichtet. Der Internist Dr. P. hat im April 2007 die bei der Klägerin bestehenden Gesundheitsstörungen mit "Wahnhafte Depression, Neigung zu erhöhtem Blutdruck, HWS-Syndrom" bezeichnet und den an ihn gerichteten Brief des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N2 vom 26. Mai 2005 beigefügt, demzufolge bei der Klägerin eine phasische wahnhafte Depression besteht.

Schließlich hat auf Veranlassung des Berufungsgerichts Dr. H., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, den der Senat in der mündlichen Verhandlung am 13. Februar 2009 ergänzend gehört hat, nach Untersuchung der Klägerin am 15. Januar 2009 das schriftliche Gutachten vom 26. Januar 2009 erstattet, in welchem er zum Ergebnis gekommen ist, dass bei der Klägerin eine psychiatrische Erkrankung im eigentlichen Sinne nicht feststellbar sei, sodass er die Klägerin für fähig halte, ihrer Ausbildung entsprechende leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen in geschlossenen Räumen ohne schweres Heben und Tragen unter Ausschluss von Zwangshaltungen vollschichtig (sechs Stunden und mehr täglich) zu verrichten. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit habe die Klägerin auch schon im Mai 2000 im gleichen zeitlichen Umfang einer Tätigkeit nachgehen können.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der in der Sitzungsniederschrift aufgeführten Akten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist statthaft (§ 143 Sozialgerichtsgesetz - SGG -), form- und fristgerecht eingelegt worden (§ 151 Abs. 1 SGG) und auch sonst zulässig. Sie ist jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 30. Juni 2000 hinaus.

Der von der Klägerin verfolgte Rentenanspruch richtet sich noch nach § 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Abs. 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung. Dieser Bestimmung zufolge haben Versicherte unter weiteren - hier nicht strittigen - Voraussetzungen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie wegen

Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt. Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin nicht. Sie ist nach Überzeugung des Senats über den 30. Juni 2000 hinaus nicht in diesem Umfange erwerbsgemindert, sondern in der Lage, körperlich leichte Arbeiten mit gewissen unwesentlichen qualitativen Einschränkungen unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens vollschichtig zu verrichten. Das SG hat seine diesbezüglichen Feststellungen zutreffend auf das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. gestützt. Dieser hat seine Einschätzung aus den von ihm erhobenen sowie den aktenkundigen Befunden schlüssig und nachvollziehbar und deshalb überzeugend abgeleitet. Der Senat nimmt deshalb auf sie Bezug.

Demnach lässt sich bei der Klägerin eine seelische Störung mit Krankheitswert nicht feststellen. Die von ihr in der Vorgeschichte gezeigten Symptome wechselten im Laufe der Zeit sehr stark; die dadurch verursachte Absenkung des psychosozialen Funktionsniveaus war im Zeitverlauf überaus unterschiedlich. Das Ensemble der Symptome der dargebotenen Störungsbilder passte letztlich nicht zu einem in der Psychiatrie anerkannten Störungsbild. Die von begutachtenden und behandelnden Ärzten auf psychiatrischem Gebiet gestellten Diagnosen beruhten im Wesentlichen auf eigen- und fremdanamnestisch gemachten Angaben, die sich bei vergleichender Betrachtung im Zeitverlauf größtenteils als unzutreffend erwiesen haben.

Die Einlassungen der Klägerin im Berufungsverfahren sowie die vom Senat angestellten Ermittlungen geben keinen Anlass, von dieser Beurteilung abzuweichen.

Ohne Erfolg beruft sich die Klägerin auf den Entlassungsbericht des W1.-Klinikums Hamburg vom 25. Januar 2005 über ihre teilstationäre Behandlung vom 15. November 2004 bis zum 22. Dezember 2004. Die dort formulierten Diagnosen rechtfertigen nicht die Annahme, bei ihr bestehe eine ihr Leistungsvermögen wesentlich einschränkende psychiatrische Erkrankung, denn sie sind nicht überzeugend begründet.

Das gilt zunächst für die dort an erster Stelle aufgeführte rezidivierende schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Zutreffend hat Dr. F. darauf hingewiesen, dass in besagtem Entlassungsbericht auf der Befundebene Merkmale einer schweren oder psychotischen Depression wie depressiver Wahn, Halluzinationen, die sich zum Beispiel in einem Abgelenktwerden im Gespräch, einem nach innen gerichtetem Blick, plötzlichem Umsichblicken oder Ähnlichem hätten äußern können, nicht beschrieben worden sind. Lediglich auf der Beschwerdeebene ist von akustischen Halluzinationen in Bezug auf den toten Vater die Rede, die mitgeteilt worden seien, und dass sich die Klägerin wieder stärker verunsichert im Alltag außerhalb des Hauses fühle. Gegen eine wesentliche seelische Beeinträchtigung der Klägerin durch eine aktuelle schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen spricht ferner - worauf Dr. H. zutreffend hinweist - die im Entlassungsbericht hervorgehobene Aktivität der Klägerin in der Form der Übernahme einer Art Patenfunktion für neu aufgenommene Patienten.

Zwar hat der Sachverständige Dr. N. im Frühjahr 2005 - also wenige Monate nach der Behandlung der Klägerin in der W1-Klinik - das Leistungsvermögen der Klägerin wegen einer rezidivierenden depressiven Störung mit wiederkehrenden depressiven Episoden, zuletzt noch mit angegebener Suicidalität im Jahre 2004 und noch nicht erreichter Stabilität auf Symptomebene, für aufgehoben erachtet. Diese Einschätzung war und ist jedoch nicht überzeugend.

So hat Dr. N. bei Untersuchung und Exploration der Klägerin einen relativ unauffälligen psychischen Befund erhoben. Er hat sie als freundlich zugewandt beschrieben, im Rapport drängend, überlebhaft, psychomotorisch unruhig, agitiert, über Strecken auch angespannt. Die affektive Schwingungsfähigkeit war bei mäßig depressiv gedrückter Grundstimmung insgesamt erhalten. Bei ihrem Vortrag der Suizidgedanken und parasuizidalen Handlungen hat sich Dr. N. ein nachhaltiger Leidensdruck nicht vermittelt; die Klägerin erschien von Suizidalität distanziert. Die von ihr geschilderten halluzinatorischen Wahrnehmungen hat Dr. N. als vorgetragen wirkend bezeichnet mit überwiegend pseudohalluzinatorischen Wahrnehmungen und von histrionischem Charakter. In der mündlichen Verhandlung am 3. März 2005 hat Dr. N. sodann eingeräumt, dass er sich bei seiner Leistungseinschätzung auf eine Zusammenschau von eigen- und fremdanamnestisch vorgetragener Vorgeschichte, Akteninhalt und von ihm selbst erhobener Befunde gestützt habe. Für den Fall, dass alles das, was die Klägerin inhaltlich zur Vorgeschichte berichtet habe, zum Beispiel ihre Suizidphantasien und parasuizidalen Handlungen, unrichtig sei, müsse man das Leistungsbild womöglich anders einschätzen. Dies ist insofern bedeutsam, als durchaus Anlass besteht, die anamnestischen Angaben der Klägerin sowie die ihrer Angehörigen mit großer Skepsis zu bewerten. Dr. N. selbst hatte bei seiner ersten Begutachtung der Klägerin im Jahre 2001 von einem willensnah gesteuerten abulischen Syndrom mit erheblichen dissoziativen Symptomen gesprochen. Wenn er die Klägerin trotz des von ihr beeindruckend gezeigten Störungsbildes für vollschichtig belastbar befunden hat, so kann maßgebend nur gewesen sein, dass er es für willensgebunden vorgespiegelt erachtet hat. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht auch die Überlegung, dass, wäre das von der Klägerin schon 1999 gegenüber Dr. R., Dr. B1 und auch im Betreuungsverfahren gegenüber Behördenmitarbeitern gezeigte Störungsbild wirklich dem Willen entzogen und objektiv vorhanden gewesen, es kaum denkbar wäre, dass es sich bis zur Untersuchung durch Dr. N. im Jahre 2005 nahezu vollständig verflüchtigt bzw. sich ein Symptomwandel vollzogen hätte, der letztlich zu einer ganz anderen Störung geführt hätte als zur seinerzeit beobachteten. Wiederholt hat Dr. N. im Gutachten vom Frühjahr 2005 in der zusammenfassenden Beurteilung von in der Vergangenheit offenbar bzw. zweifelsfrei willensnah ausgestalteten Symptomen gesprochen, um dann zu Recht die Frage aufzuwerfen, ob die damals - d. h. 2001 - gezeigte, zweifelsfrei willensnah ausgestaltete Symptomatik von der Klägerin genutzt worden sei, um ihre Hilflosigkeit im Rahmen einer depressiven Störung, welche jedoch seinerzeit geringer ausgeprägt sei, zu demonstrieren. Diese Frage stellt sich aber ebenso auch für die Gegenwart bzw. für die Bewertung ihrer aktuell gegenüber Dr. N. gemachten anamnestischen Angaben: Hat jemand schon einmal unter Vorspiegelung falscher Tatsachen ein Störungsbild dargestellt, wird man seine künftigen anamnestischen Angaben, soweit sie nicht belegt sind und jedenfalls sehr ungewöhnliche Konstellationen darstellen - man denke an die gehäuften Suizidversuche in der Familie der Klägerin - kaum unbesehen glauben können. Vielmehr wird man in einem solchen Fall anamnestische Angaben besonders sorgfältig mittels Befunden abzusichern haben, um das Leistungsvermögens zuverlässig beurteilen zu können.

Abgesehen davon wird ein Mensch, der einmal in der Lage war, ein Störungsbild willensgebunden derart überzeugend darzustellen, dass er damit erfahrene Nervenärzte täuscht, in der Regel kaum derart seelisch leistungsgemindert sein, dass er Erwerbstätigkeiten leichter Art nicht mehr oder nur noch mit zeitlicher Einschränkung ausführen könnte. Vielmehr zeigt er damit ein Maß an Zielstrebigkeit, Tatkraft und Entschlossenheit, das mit depressiven Hemmungen, die seine Leistungsfähigkeit einschränken, gerade nicht zu vereinbaren ist. Auch der Sachverständige Dr. F. hat bei seiner Untersuchung der Klägerin am 19. September 2005 einen unauffälligen psychiatrischen Befund erhoben. Zwar hatte sie sich ihm gegenüber als durch seelische Erkrankung umfassend leistungsgemindert und in ihren

Gestaltungsspielräumen eingeengt dargestellt, insbesondere berichtet, dass sie zuhause quasi zu überhaupt nichts in der Lage sei, dass ihr alles, auch leichte Hausarbeiten von Dritten abgenommen würden, dass sie es unter Menschen und überhaupt in fremder Umgebung nicht aushalten könne. Jedoch stand dies alles im Widerspruch zum Verhalten in der Gutachtensituation. Dort hat sie sich nicht aufgeregt, angstvoll oder sonst wie beeinträchtigt gezeigt, war weder erhöht irritierbar noch erhöht reizoffen, ohne sympathikotone Reaktionen (Tachycardie, verstärktes Schwitzen, Erweiterung der Pupillen) bei ihren Schilderungen, wie sie bei Menschen mit Angststörungen in aller Regel zu erwarten sind, verhielt sich vielmehr durchgehend konzentriert, ruhig und situationsangemessen. Es fanden sich keine Einbußen der kognitiven und mnestischen Funktionen. Die Klägerin fand sich im Zeitgitter ihres Lebenslaufes ohne weiteres zurecht, ohne sich in Widersprüche zu verwickeln, ermüdete nicht vorschnell, wusste Wichtiges von Unwichtigem gut zu unterscheiden und verlor sich nicht in Details. Sie war auch nicht umstellerschwert, war affektiv durchgehend gehalten, freundlich und konnte über das effektiv-emotionale Spektrum soweit erkennbar im Ganzen nuanciert verfügen. Sie war jedenfalls nicht im Depressiven gefangen und unauffällig schwingungsfähig. Es bestand keine depressive Hemmung von Mimik und Psychomotorik. Die Stimmung war auf der Befundebene nicht sorgenvoll oder gedrückt, wurde lediglich als solche geschildert und zwar nach Angabe mit schwerer Beeinträchtigung. Es bestand kein durchgehend depressiver oder sonst wie kontinuierlich ausgelenkter Affekt. Der Antrieb war im Mittelbereich. Die Ausdrucksbewegungen waren lebhaft und variabel. Sie begleiteten das Gesagte in angemessener Weise. Es gab keinen Hinweis auf aktuelle oder in der Vergangenheit stattgehabte Suizidgefährdung.

Bei der von Dr. F. veranlassten laborserologischen Untersuchung stellte sich zudem heraus, dass sich die verordneten und angeblich eingenommenen Substanzen Mirtazapin (Antidepressivum) und Risperidon (Neuroleptikum) nicht in einem nachweisbaren Bereich befanden. Daraus ist zu folgern, dass die Klägerin ihre Medikamente seinerzeit zumindest nicht in der von ihr angegebenen Weise eingenommen hatte.

Die im Entlassungsbericht des W1. Klinikums nachfolgend aufgeführte Diagnose "posttraumatische Belastungsstörung" ist - worauf der Sachverständige Dr. H. zutreffend hinweist - schon vom Klinikum bzw. von den behandelnden Personen nicht überzeugend begründet worden. Sie setzt voraus, dass der Betroffene ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung katastrophenartigen Ausmaßes erlebt haben muss. Ein solches Erlebnis ist bei der Klägerin nicht gesichert. Vielmehr hat sie - wie es im Entlassungsbericht wörtlich heißt - erst nach mehrfacher Verneinung der Frage nach einem schwierigen Erlebnis mit einem Mann, das ihre massive Angst vor Männern erklären könnte, von einem schlimmen Erlebnis mit einem Mann etwa 1997/1998 berichtet. Seither sei sie sehr unruhig, leide unter massiven Ängsten und sehe die betreffende Szene oft vor ihren Augen. Nähere Einzelheiten wollte sie nicht berichten. Mit Dr. H. ist auch der Senat der Auffassung, dass hier durch die Art der - schon fast suggestiven - Befragung der Klägerin nicht ein objektiver Sachverhalt zutage gefördert, sondern etwas in sie hineingefragt worden ist. Der Sachverständige Dr. N., der die Diagnose "posttraumatische Belastungsstörung" in sein Gutachten vom 1. April 2005 aufgenommen hatte, hat sich bei seiner Befragung durch das SG in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 3. Mai 2005 mehr oder weniger von ihr distanziert und ausgeführt, es handele sich dabei tatsächlich lediglich um eine Verdachtsdiagnose, die sich auf frühere Angaben einer psychiatrischen Untersuchung im Klinikum N3 durch Dr. B1 sowie im o. g. Entlassungsbericht stütze. Die von ihm im November 2001 und im März 2005 durchgeführten Untersuchungen haben demnach keinen Nachweis für Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung ergeben.

Auch aus dem Entlassungsbericht zu der im Sommer 2005 in der V.-Klinik durchgeführten stationären Heilbehandlung der Klägerin lässt sich entgegen ihrer Auffassung eine wesentliche, einen Rentenanspruch begründende Einschränkung ihrer Erwerbsfähigkeit nicht begründen. Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, dass dem Bericht zufolge die Rehabilitationsziele nur ansatzweise erreicht werden konnten und dass die somatoforme Schmerzstörung unverändert geblieben ist, denn damit ist über ihr Ausmaß und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit der Klägerin nichts gesagt. Bedeutsamer ist, dass die behandelnden Ärzte die Klägerin, die sie über mehrere Wochen hinweg beobachten konnten, für fähig befunden haben, mittelschwere körperliche Arbeiten für sechs Stunden täglich und mehr zu verrichten. Nur einige Wochen später hat der Sachverständige Dr. F. diese Einschätzung nach eigener Befunderhebung bestätigt. Seiner Auffassung hat sich schließlich auch der Sachverständige Dr. H. angeschlossen, der wie Dr. F. nach Auswertung der Akten sowie nach eigener Untersuchung und Exploration der Klägerin zur Überzeugung gelangt ist, dass bei ihr eine psychiatrische Erkrankung im eigentlichen Sinne nicht feststellbar ist, dass vielmehr die von ihr vorgetragenen Beschwerden in einem Ausmaß wechseln, dass sie mit keiner psychiatrischen Diagnose korrelieren. Dieser Umstand hat Dr. H. sogar Anlass zu der Bemerkung gegeben, dass bei der Klägerin ein stringentes, zielführendes Verhalten zu erkennen sei.

Das auf orthopädischem Fachgebiet vorhandene degenerative Wirbelsäulenleiden, ein Übergewicht, ein Bluthochdruck und die von ihr bei Dr. H. als auch in der mündlichen Verhandlung geklagten Kopf-, Schulter-, Nacken-, Rücken - und Beinbeschwerden reichen für sich genommen nicht aus, um Erwerbsunfähigkeit (oder volle oder teilweise Erwerbsminderung) zu begründen. Trotz der sich aus diesen Leiden ergebenden Leistungseinschränkungen war die Klägerin über den 30. Juni 2000 hinaus in der Lage, vollschichtig zumindest eine leichte Arbeit zu verrichten, für die Zeit ab Januar 2001 zumindest sechs Stunden täglich.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil hierfür eine Veranlassung im Sinne des § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG nicht bestanden hat.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2009-08-12