

L 3 RJ 86/04

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 31 RJ 2712/00

Datum

19.05.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 RJ 86/04

Datum

10.08.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 19. Mai 2004 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1950 in der Türkei geborene Klägerin lebt seit 1971 in der Bundesrepublik. Sie ist schwer-behindert mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 insbesondere wegen einer neurotischen Depression und Angstsymptomatik sowie einem Wirbelsäulensyndrom mit rezidivierender Reizsymptomatik bei Wirbelsäulenfehlhaltung, Muskelreizerscheinungen im Nacken- und Schulterbereich und Kopfschmerzen (Bescheid des Versorgungsamts Berlin vom 09. Februar 1998). Nach ihren Angaben verrichtete die Klägerin ungelernete Arbeiten als Reinigungskraft und Knallerbsenherstellerin. Das letzte Arbeitsverhältnis als Reinigungskraft beim Bezirksamt Kreuzberg von Berlin bestand bei der Antragstellung auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit am 01. März 2000 fort. Die Klägerin, die seit 30. August 1999 arbeitsunfähig krank war und deshalb ab 11. Oktober 1999 Krankengeld bezog, gab an, sich wegen Depressionen und eines Wirbelsäulensyndroms seit August 1999 für erwerbsunfähig zu halten. Dem Rentenantrag beigelegt waren Atteste des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. an H vom 05. Februar 2000, der Augenärzte Dres. D vom 15. Februar 2000, des Orthopäden Dr. Z vom 17. Februar 2000, des Gynäkologen Dr. P vom 22. Februar 2000 und des Allgemeinmediziners Dr. G vom 22. Februar 2000.

Zur Ermittlung des Sachverhalts ließ die Beklagte die Klägerin durch die Internistin Dr. R untersuchen und begutachten. In ihrem Gutachten vom 31. März 2000 stellte Dr. R fest, die Klägerin leide an 1. einer Depression mit Somatisierungstendenz, Angststörung, 2. degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit chronischem Schmerzsyndrom cervikal und lumbal, 3. Cephalgien, 4. Astigmatismus, Myopie, Strabismus, 5. Zustand nach Reduktionsplastik beide Mammae und 6. Hypotonie.

Bei der klinischen Untersuchung seien sämtliche Gelenke passiv frei beweglich gewesen, die grobe Kraft, soweit bei eingeschränkter Mitarbeit prüfbar, sei ebenso wie der Muskeleigenreflex seitengleich, die Sensibilität sei auf nicht typische Weise gestört. Die Beweglichkeit der LWS sei eingeschränkt. Die mitgebrachten Aufnahmen der gesamten Wirbelsäule belegten lediglich geringere degenerative Veränderungen, die Röntgenbilder des rechten Knie- und Hüftgelenks zeigten keine nennenswerten degenerativen Veränderungen. Laborchemisch bestehe kein Hinweis auf die attestierte Myalgia rheumatica. Der kardio-pulmonale Befund sei unauffällig. Aus allgemeinärztlicher Sicht könnten deshalb leichte Tätigkeit weiterhin vollschichtig mit qualitativen Einschränkungen durchgeführt werden. Als Reinigungskraft bestehe dagegen kein Leistungsvermögen mehr. Da im Vordergrund des Beschwerdebilds vermutlich eine neurologisch-psychiatrische Erkrankung stehe, werde zur abschließenden Beurteilung ein neuropsychiatrisches Gutachten empfohlen.

Dieses Gutachten wurde am 21. Juni 2000 durch den Neurologen und Psychiater Dr. T unter Hinzuziehung einer Dolmetscherin erstattet. Der Gutachter diagnostizierte, sein Fachgebiet betreffend, eine Somatisierungsstörung. Es bestehe eine Neigung zur depressiven Episode. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe jedoch keine weitere psychiatrische Erkrankung im klinischen Ausmaß erkannt werden können. Die Klägerin wirke altersentsprechend, ausreichend vital, im Affekt durchaus modulierbar und im Antrieb nicht erheblich reduziert. Aus nervenärztlicher Sicht sei der Klägerin die Arbeit zumutbar, die ihr unter körperlichen Aspekten möglich sei.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Rentenantrag mit Bescheid vom 05. Juli 2000 ab. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch bezog sich die Klägerin auf ein Attest des Neurologen und Psychiaters Dr. v H vom 03. August 2000. Dieser kritisierte, dass große Teile des Erlebens der depressiven Klägerin von dem Gutachter Dr. T nicht exploriert worden seien und das bei einer Patientin, die per Attest schon wegen

einer chronifizierten Depression angekündigt worden sei. In Übereinstimmung mit den Kollegen in der Schlosspark-Klinik, in der sich die Klägerin 1999 stationär aufgehalten habe, sei auch aus der Kenntnis des Krankheitsverlaufs heraus festzustellen, dass bei ihr eine chronifizierte depressive Episode vorliege, die nach den ICD-10-Kriterien als mindestens mittelschwer mit einem zusätzlich vorliegenden somatischen Syndrom einzustufen sei. Unter Berücksichtigung der Primärstruktur der Klägerin ohne wesentliche Introspektionsfähigkeit, ohne wesentliche Umstellungs-, Adaptions- und Lernfähigkeit sei nicht klar, welche Tätigkeiten sie noch ausführen können solle. Sie sei deshalb erwerbsunfähig. Nach Einholung einer sozialmedizinischen Stellungnahme der Neurologin und Psychiaterin Dr. S vom 21. August 2000 wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. Dezember 2000 zurück.

Mit ihrer dagegen bei dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Ziel, eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten, weiterverfolgt. Zur Begründung hat sie Atteste des Internisten Dr. R vom 07. Mai 2001 und des Orthopäden Dr. P vom 28. Mai 2001 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat zur Ermittlung des Sachverhalts Befundberichte der die Klägerin behandelnden Ärzte, des Neurologen und Psychiaters Dr. v H vom 08. März 2001, des Orthopäden Dr. Z vom 16. März 2001, des Allgemeinmediziners Dr. G vom 29. März 2001 und des Gynäkologen Dr. P vom 28. Mai 2001, eingeholt.

In der Zeit vom 10. April bis 08. Mai 2001 hat die Klägerin an einer von Beklagten geförderten stationären Heilbehandlung in der BKlinik in B teilgenommen. In dem Entlassungsbericht vom 23. Mai 2001 ist eine Somatisierungsstörung, Dysthymia sowie ein vertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Die Klägerin könne als Reinigungskraft 6 Stunden und mehr täglich arbeiten. Außerdem könne sie mittelschwere Arbeiten überwiegend im Stehen und Gehen und zeitweise im Sitzen bei Beachtung weiterer qualitativer Einschränkungen vollschichtig verrichten. In der sozialmedizinischen Epikrise wird ausgeführt, die Klägerin habe es während des gesamten Heilverfahrens geschickt verstanden, sich durch ihre somatischen Anfälle einem Großteil der Anwendungen und therapeutischen Gespräche zu entziehen. Insgesamt blieben die Motivation und die Compliance der Klägerin während des gesamten Heilverfahrens fraglich. Der sekundäre Krankheitsgewinn, die geringe Introspektionsfähigkeit und die fragliche Motivation machten es unmöglich, einen therapeutischen Zugang zu ihr zu finden, so dass sie nicht von dem Heilverfahren habe profitieren können und die von ihr demonstrativ vorgetragene Symptomatik weiterhin fortbestehe. Trotz der massiv vorgetragenen Beschwerden habe keine objektive Begründung für eine Leistungsunfähigkeit erkannt werden können.

Die Beklagte hat die Befundberichte und den Heilverfahrensentlassungsbericht durch Dr. S und die Ärztin für Allgemeinmedizin - Sozialmedizin - Dr. G in sozialmedizinischen Stellungnahmen vom 04. und 06. Juli 2001 auswerten lassen.

Die Klägerin dagegen hat sich auf einen Bericht über eine vertrauensärztliche Untersuchung durch Dr. F vom Gesundheitsamt des Bezirksamts Mitte von Berlin vom 03. September 2001 bezogen, wonach mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere aufgrund des chronischen Verlaufs der psychischen Erkrankung, nicht gerechnet werden könne. Ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeit erscheine aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes als sinnvoll. Das Sozialgericht hat noch einen Befundbericht der die Klägerin nunmehr behandelnden Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. BB vom 21. Februar 2002 eingeholt, die eine schwere chronifizierte Major Depression diagnostiziert hat.

Dann hat das Sozialgericht den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W mit der Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt. In seinem Gutachten vom 08. Juli 2002 ist der Sachverständige aufgrund der Untersuchung der Klägerin, die in Anwesenheit einer Dolmetscherin stattfand, zu dem Ergebnis gekommen, die Klägerin leide an degenerativen Wirbelsäulenveränderungen leichter Ausprägung, Astigmatismus, Myopie und Strabismus, Zustand nach Reduktionsplastik beider Mammae ohne Beeinträchtigung des organischen Leistungsvermögens und an einer leichten bis mittelgradigen Depression, aktuell eher leichter Ausprägung. Es bestehe bei ihr auf der Basis einer einfach strukturierten Persönlichkeit ein Rentenbegehren bzw. ein Begehren auf Versorgung mit deutlicher histrionischer Ausgestaltung von Angaben und Symptomen. Die starke Fixierung auf eine Rente sei nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit durch psychotherapeutische Mittel umkehrbar, hier spiele die Vorenthaltung der Rente zur Aufgabe der eingenommenen Haltung eine wesentliche Rolle. Die seelische Störung äußere sich in einer ausgeprägten Klagsamkeit mit Ausdruckcharakter, wie in der Angabe bzw. Darstellung von Symptomen, die so pathophysiologisch nicht möglich seien. Die Klägerin sei noch in der Lage, täglich regelmäßig leichte Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten ohne Zeitdruck vollschichtig zu verrichten. Das Heben und Tragen von Lasten sei bis zu 15 Kilogramm möglich, vorübergehend auch bis zu 20 Kilogramm.

Dazu hat die Klägerin weitere Atteste von Z vom 06. August 2002 und Dr. BB vom 20. August 2002 vorgelegt. Vom 26. August bis 03. September 2002 hat sie sich in stationärer Behandlung des SGK Krankenhaus befunden. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 02. September 2002 bestanden eine akute Hörminderung mit Tinnitus links mehr als rechts sowie Vertigo und ein depressives Syndrom. Die Therapie habe in einer Infusionsbehandlung und neurologischer Abklärung bestanden.

In einer gutachterlichen Stellungnahme hat Dr. W vom 11. Februar 2003 zu den nachgereichten Unterlagen Stellung genommen.

In der Zeit vom 28. Juli bis 22. August 2003 hat sich die Klägerin erneut in stationärer Behandlung des V Klinikum AU befunden.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) haben Prof. Dr. F, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des V Klinikum N/Herr S-R am 29. Dezember 2003 ein Gutachten erstattet, ohne, wie von dem Sozialgericht angeordnet, einen Dolmetscher beizuziehen. Sie haben die Klägerin wegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht mehr für in der Lage gehalten, einer Tätigkeit vollschichtig nachzugehen. Aufgrund des depressiven Syndroms bestünden neben der gedrückten Stimmung und dem reduzierten Antrieb ausgeprägte kognitive Leistungseinbußen unter anderem in Form von schweren Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der Merkfähigkeit und der Auffassungsgabe. Die Klägerin sei infolge ihrer Erkrankungen nicht anpassungs- und umstellungsfähig. Die Gesundheitsstörungen bestünden fortwährend seit mindestens 3 Jahren, seien chronifiziert und somit kaum mehr behebbar. Sie simuliere und aggraviere nicht. Es handele sich bei ihr nicht um ein bewusstes Verhalten im Sinne einer Begehrensvorstellung. Dies sei eindeutig aus dem Verhalten der Klägerin bei der Untersuchung ableitbar.

Zu diesem Gutachten hat die Beklagte eine Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dipl. Med. W vom 06. Februar 2004

vorgelegt, die auf die Verständigungsprobleme des Gutachters mit der Klägerin hingewiesen hat.

Durch Urteil vom 19. Mai 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin, die keinen Berufsschutz genieße, habe weder Anspruch auf eine Rente wegen Berufs- noch wegen Erwerbsunfähigkeit, denn sie verfüge über ein zwar qualitativ, nicht aber quantitativ eingeschränktes Restleistungsvermögen. Dies ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. W, das in Übereinstimmung mit dem Rehabilitationsentlassungsbericht vom 23. Mai 2001 stehe und im Wesentlichen auch mit dem Gutachten von Dr. T vom 16. Juni 2000. Danach sei bei der Klägerin auffallend das demonstrativ klagsame Verhalten und die damit einhergehende hohe Anspruchs- und Versorgungshaltung. Eine Demonstration eines pseudopathologischen Befunds werde auf mehreren Gebieten erkannt, z.B. Finger-, Nase-Versuch, psychogene Pseudodemenz mit Aggravation bzw. Simulation, inkonstanter irregulärer psychogener Tremor, der unter Ablenkung sistiere und nur während der Zeit der körperlichen Untersuchung inkonstant feststellbar sei. Es sei diesbezüglich mehrfach zu psychogenen Störungen gekommen, ohne dass aus dem Kontext der übrigen Untersuchungen Hinweise für eine Koordinationsstörung erkennbar gewesen seien. Hinweise für eine Demenz, einen hirnanorganischen Abbau oder hirnanorganische Wesensveränderungen hätten sich nicht gefunden. Von den organischen Veränderungen gingen keine wesentlichen Leistungseinschränkungen aus. Die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule seien leichter Ausprägung. Für das von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom habe sich laborchemisch keine Bestätigung gefunden. Eine Überprüfung der Halswirbelsäulenmobilität sei objektiv nicht möglich gewesen, da die Klägerin massiv gegengespannt habe. Dieser Befund finde sich auch im Rehabilitationsentlassungsbericht. Dr. W habe eine leichte bis mittelschwere Depression in wechselnder Ausprägung festgestellt, die unter Berücksichtigung kulturkreisspezifischer Aspekte zu bewerten sei. Das Bestehen von Symptomen habe zu einer Entlastung in der sozialen und familiären Verantwortung geführt, mithin zu einem nicht zu unterschätzenden sekundären Krankheitsgewinn. Ein Rentenbegehren auf der Basis einer einfach strukturierten, histrionischen Persönlichkeit werde sichtbar. Während des Heilverfahrens seien ebenfalls häufige Somatisierungserscheinungen bei Verdacht auf ein ausgeprägtes Rentenbegehren sichtbar geworden. Es sei dort gleichfalls ein vollschichtiges Leistungsvermögen bei fehlendem organischem Korrelat für die geschilderten Beschwerden attestiert worden. Auch Dr. W halte ein vollschichtiges Leistungsvermögen für zumindest leichte körperliche Arbeiten für gegeben. Die von ihm aufgezählten qualitativen Einschränkungen berücksichtigten teilweise die Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparats und teilweise die psychische Komponente.

Dem Gutachten von Prof. Dr. F/ SR, das in der Bewertung und diagnostischen Einordnung des erhobenen Befunds deutlich vom Vorgutachten abweiche, könne nicht gefolgt werden. Die Sachverständigen hätten angemerkt, dass die sprachliche Verständigung durch die für die Untersuchung gerade noch ausreichenden Deutschkenntnisse erschwert gewesen sei, insbesondere zu Beginn der Untersuchung. Die Beklagte habe zu Recht darauf hingewiesen, dass die Aussagekraft des Gutachtens möglicherweise dadurch beeinträchtigt sein könne, dass diese von sprachlichen Missverständnissen mitgeprägt sei, zumindest aber gegenüber den Vorbegutachtungen an einem Nachteil leide, da diese sämtlich mit einem Dolmetscher vorgenommen worden seien. Auffallend sei bei dem Gutachten von Prof. Dr. F/ SR dass diese Gutachter nicht deutlich machten, ob sie die äußerlich erkennbaren und demonstrierten Befunde sowie die Berichte der Klägerin einer kritischen Hinterfragung unterzogen hätten. Die jedoch schwerwiegende Diagnose einer ausgeprägten depressiven Episode und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung werde - trotz der erheblich in ihrem Ergebnis abweichenden Vorbegutachtungen - nur sehr kurz begründet und im Gutachten (scheinbar) vor allem auf die Schilderung der Klägerin über ihre Stimmungen gestützt. Schwer nachvollziehbar erscheine schließlich die Leistungsbeurteilung, soweit sie postuliere, das erhobene Leistungsbild bestehe in dieser Ausprägung seit mindestens 3 Jahren. Damit würden nicht nur die gut begründete Auffassung des Gutachters Dr. W negiert, sondern auch die Vorbefunde von Dr. T und die ausführliche Einschätzung des Rehabilitationsentlassungsberichts aus dem Jahre 2001, ohne dass hierfür eine Begründung schlüssig nachvollziehbar gemacht worden sei.

Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach dem ab 01. Januar 2001 geltenden Recht, denn sie sei noch in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Gegen das am 16. August 2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 06. September 2004 eingelegte Berufung, mit der die Klägerin geltend macht, nach dem Gutachten von Prof. Dr. F/ SR sei nun nachgewiesen, dass ihre Arbeitsfähigkeit auch für eine Teilzeittätigkeit nicht mehr gegeben sei. Weshalb das Gutachten von Prof. Dr. F von sprachlichen Missverständnissen geprägt sein solle, könne nicht nachvollzogen werden. Es sei auch nicht berücksichtigt worden, dass die sie behandelnden Nervenärzte, Dr. v H und Dr. BB, in ihren Stellungnahmen zu derselben diagnostischen Einschätzung gekommen seien wie Prof. Dr. F. Außerdem bezieht sich die Klägerin auf ein Attest des sie seit Juni 2003 behandelnden Neurologen und Psychiaters S vom 01. Oktober 2004, der ein chronifiziertes Krankheitsbild im seelischen Bereich im Sinne eines depressiven Syndroms mit Somatisierungsstörung diagnostiziert. Die Klägerin sei deshalb nicht mehr in der Lage, einer Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert nachzugehen.

Dazu hat die Beklagte eine Stellungnahme von Dr. S vom 15. Dezember 2004 vorgelegt, die ausführt, es sei nicht nachvollziehbar, dass Prof. F ohne Dolmetscherhilfe zu dem Ergebnis einer schweren depressiven Episode gekommen sei. Er schildere zwar die Kriterien, aber bei mangelnden Sprachkenntnissen sei die diagnostische Einordnung und Leistungsbeurteilung nicht zu akzeptieren.

Der Senat hat eine weitere Begutachtung der Klägerin durch den Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie Dr. B, leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des V Klinikum AU veranlasst. In seinem Gutachten vom 30. August 2005, das auf einer Untersuchung unter Beiziehung einer Dolmetscherin beruht, ist der Sachverständige zu der Einschätzung gelangt, die Klägerin setze in der Untersuchung ein pseudodementes und pseudopsychotisches Verhalten dramatisch ausgestaltet in Szene. Sie aggraviere und zeige Verhaltensweisen, die nur simuliert verstanden werden könnten. In der Untersuchung könne ein Zweifel an willkürlicher Steuerung und intendierter Ausgestaltung nicht aufkommen. Ein depressives Syndrom sei nicht zu befunden, es gebe keinen Hinweis auf eine tief greifende seelische Störung im Sinne einer Psychose. Bei erheblichem Übergewicht seien degenerative Veränderungen der Wirbelsäule ohne neurologische Defektsymptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Die Klägerin könne noch täglich regelmäßig leichte körperliche Arbeiten in allen Haltungsarten mit weiteren qualitativen Einschränkungen vollschichtig verrichten. Sie sei in der Ausübung geistiger Arbeiten krankheitsbegründet nicht beschränkt. Besonderheiten für den Weg zur Arbeitsstelle seien nicht zu berücksichtigen.

Die Klägerin hat im Anschluss daran ein Privatgutachten des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. E vom 31. Januar 2006 vorgelegt. Dr. E ist zu dem Ergebnis gekommen, dass bei der Klägerin trotz aggravierenden Verhaltens eine schwere seelische Erkrankung

be-stehe, die lange habe kompensiert werden können, nach erneutem traumatischen Verlust einer nahen Angehörigen jedoch zum Ausbruch gekommen sei. Aufgrund erfolgloser Behandlungs-versuche sei zu Recht ein Antrag auf Rente gestellt worden, da die Erwerbsfähigkeit der Kläge-rin aufgrund der diagnostizierten Erkrankung nicht mehr gegeben sei. Wie auch von anderen Gutachtern und Therapeuten werde bei ihr ein deutlich demonstrativ wirkendes und teilweise aggravierendes Verhalten beobachtet. Im Unterschied zur Einschätzung von Dr. B sei es aber hauptsächlich als Teil der Konfliktabwehr und als Ausdruck der Tiefe der krankhaften Störung anzusehen. Ein geringerer Teil sei jedoch auch dem mit der Krankheit verbundenen sekundären sozialen Gewinn zuzuschreiben. Ein ausgeprägtes aggravierendes Verhalten dürfe nicht reflex-haft als Ausdruck eines Rentenbegehrens interpretiert werden, sondern müsse auch auf andere, vor allem unbewusste Motivationen hin untersucht werden.

Zu diesem Privatgutachten hat die Beklagte eine Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie G vom 07. März 2006 vorgelegt, der darauf hingewiesen hat, dass auch Dr. E keinen Dolmet-scher zur Exploration hinzugezogen habe. Es müsse deshalb von einer mangelhaften Untersu-chungssituation ausgegangen werden, die Auswirkungen auf die vom Gutachter gezogenen Schlussfolgerungen und Ergebnisse habe, denen nicht gefolgt werden könne.

In einer vom Senat veranlassten ergänzenden Stellungnahme vom 06. Mai 2006 hat Dr. B aus-geführt, in wesentlichen Zügen und manchen Details sei das Gutachten des Dr. E vom 31. Ja-nuar 2006 als Bestätigung seines Gutachtens aus August 2005 zu lesen. Die entscheidende Dif-ferenz liege darin, dass Dr. E die auch ihm gezeigten Fehlhandlungen und in eindeutiger Weise unecht in Szene gesetzten Symptome als Teil der psychischen Abwehr interpretiere, sie aber - im argumentativen Rückgriff auf das "Unbewusste" - als Zeichen einer besonders schweren und beeinträchtigenden Krankheit werte. Diese Argumentation sei nicht nachprüfbar und gera-de deshalb unzulässig und fehlleitend. Dies gelte nicht nur im Rahmen einer gutachterlichen Untersuchung. Deshalb sei das Gutachten von Dr. E nicht geeignet, von der in seinem Gutach-ten gegebenen Beurteilung abzuweichen.

Die Klägerin, die die Einholung eines weiteren Gutachtens für notwendig hält, beantragt sinn-gemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 19. Mai 2004 aufzuheben und die Beklagte un-ter Aufhebung des Bescheides vom 05. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbe-scheides vom 13. Dezember 2000 zu verurteilen, ihr ab 01. März 2000 bis zum 09. Ap-ril 2001 vorgezogenes Übergangsgeld und ab dem 09. Mai 2001 Rente wegen Erwerbs-unfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, hilfsweise wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichts-akten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Trotz des Ausbleibens des ordnungsgemäß unter Hinweis auf [§ 110 Abs. 1 S. 2 SGG](#) gelade-nen Prozessbevollmächtigten und der wegen Krankheit entschuldigtem Klägerin, deren Er-scheinen nach [§ 111 Abs. 1 SGG](#) angeordnet war, konnte der Senat aufgrund einseitiger münd-licher Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten in der Ladung auf diese Möglichkeit hin-gewiesen worden sind ([§§ 124 Abs. 1, 126 SGG](#)). Die für den Prozessbevollmächtigten er-schienenene Rechtsanwältin L war nicht durch eine schriftliche (Termins-)Vollmacht gemäß [§ 73 Abs. 2 S. 1 SGG](#) zur Vertretung legitimiert.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig aber unbegründet. Die Klägerin hat, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit. Ihr steht auch kein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach dem ab 01. Januar 2001 geltenden Recht zu.

Der ab 01. März 2000 geltend gemachte Rentenanspruch richtet sich nach §§ 43, 44 Sozialge-setzbuch VI (SGB VI) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung. Danach sind be-rufsunfähig Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weni-ger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung oder gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, um-fasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berück-sichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumut-bar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabili-tation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)).

Erwerbsunfähig sind demgegenüber Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit aus-zuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das monatlich 630,00 DM übersteigt ([§ 44 Abs. 2 SGB VI](#)).

Gemäß [§ 43 Abs. 1, 2 SGB VI](#) in der ab 01. Januar 2001 geltenden Fassung haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeits-marktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht ab-sehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmark-tes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2, S. 2 SGB VI](#)).

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

Nach Auswertung der im Verwaltungs- und gerichtlichen Verfahren erstellten Sachverständigenutachten, insbesondere des Gutachtens des Neurologen und Psychiaters Dr. W vom 08. Juli 2002 nebst ergänzender Stellungnahme vom 11. Februar 2003 und des Psychiaters Dr. B vom 30. August 2005 nebst ergänzender Stellungnahme vom 06. Mai 2006, ist der Senat davon überzeugt, dass die Klägerin, die wegen fehlender Berufsausbildung und der Ausübung ausschließlich ungelerner Tätigkeiten keinen Berufsschutz genießt, nicht berufsunfähig und damit erst recht nicht erwerbsunfähig ist. Sie ist auch nicht nach der ab 01. Januar 2001 geltenden Vorschrift des [§ 43 SGB VI](#) voll oder teilweise erwerbsgemindert. Mangels Berufsschutz steht ihr außerdem keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) zu.

Die nach [§ 106 SGG](#) tätig gewordenen gerichtlichen Sachverständigen sind übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin noch in der Lage ist, zumindest leichte Arbeiten mit weiteren qualitativen Einschränkungen vollschichtig zu verrichten. Diese Auffassung entspricht der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in dem Heilverfahrensentlassungsbericht vom 23. Mai 2001. Das Sozialgericht hat in seinem Urteil das Gutachten von Dr. W gründlich ausgewertet und überzeugend dargelegt, dass die Klägerin zwar über ein qualitativ eingeschränktes, jedoch kein quantitativ aufgehobenes Leistungsvermögen verfügt. Das Sozialgericht hat auch nachvollziehbar ausgeführt, aus welchen Gründen dem Ergebnis der Begutachtung durch Prof. Dr. F/S-R nicht gefolgt werden kann. Der Senat sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und verweist zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Feststellungen des Gutachters Dr. W sind durch das im Berufungsverfahren eingeholte weitere Gutachten von Dr. B in vollem Umfang bestätigt worden. Dr. B hat ausdrücklich erklärt, das Gutachten von Dr. W sei sorgfältig erhoben, methodisch klar geführt und stringent in seiner Argumentation. Die Befunderhebung belegte die konstatierten Hinweise auf ein pseudodementes Verhalten, Aggravation und auch Simulation, die Beurteilung einer deutlich "histrionischen Ausgestaltung von Angaben und Symptomen" werde gut nachvollziehbar. Der jetzt von ihm selbst erhobene Befund könne nur als erhebliche Steigerung dieser Tendenz verstanden werden. In diesem Sinne hat Dr. B ein depressives Syndrom überhaupt nicht mehr feststellen können. Er beschreibt die Klägerin als willensbestimmt, energisch und zielgerichtet. Dies wird durch eine genaue Darstellung der Untersuchungs- und Begutachtungssituation, die in vielen Einzelheiten nicht nur mit der Darstellung durch Dr. W, sondern auch mit der im Heilverfahrensentlassungsbericht vom 23. Mai 2001 übereinstimmt, verdeutlicht. Danach setze die Klägerin in der Untersuchung ein pseudodementes und pseudopsychisches Verhalten dramatisch ausgestellt in Szene. Sie aggraviere dabei und zeige Verhaltensweisen, die nur simuliert verstanden werden könnten. Zweifel an einer willkürlichen Steuerung und intendierter Ausgestaltung bestünden nicht. Diese doch sehr deutliche Beurteilung belegt der Sachverständige auch im Einzelnen mit medizinischen Argumenten:

Der Fall vom Stuhl gleich zu Beginn der Begutachtung sei nicht begleitet gewesen von Bewusstlosigkeit. Es sei kein tonisches, klonisches oder astatisches Anfallsäquivalent zu beobachten gewesen. Es sei weder zu einem Kreislaufversagen, noch zu einer Blässe oder einem muskulären Tonusverlust gekommen. Diese Beobachtung wird auch in dem Heilverfahrensentlassungsbericht wiedergegeben. Der Senat hat deshalb keine Bedenken, der Schlussfolgerung des Sachverständigen darin zu folgen, dass es sich bei dem Sturz um eine gezielte Aktion gehandelt hat. Die von der Klägerin dargestellte Demenz wird von dem Sachverständigen nachvollziehbar mit der Begründung als Pseudodemenz bezeichnet, dass eine Demenz in dieser Ausprägung klinisch undenkbar sei. Denn bei einer derart fortgeschrittenen Demenz müssten praktische Defizite hinzutreten, so dass die Klägerin eigentlich grundpflegebedürftig wäre. Außerdem sei von den behandelnden Ärzten eine hirnorganische Symptomatik nicht festgestellt worden. Bei der Klägerin liege auch keine Psychose vor, wie bereits Prof. Dr. F bei seiner Begutachtung festgestellt hat. Dr. B führt dazu aus, die von ihr geschilderten Erlebnisweisen würden gezielt, scheinverrückt und zum Teil mit kühler Berechnung vorgebracht. Es handele sich um ein "kontrolliert in Szene gesetztes Drama". Sowohl Dr. B als auch Dr. W attestieren der Klägerin einen erheblichen Krankheitsgewinn. Erst seitdem die Klägerin unter körperbezogenen Symptomen leide, komme es zu keinen körperlichen Übergriffen ihres Mannes mehr. Die Klägerin habe deshalb gar keinen Grund, ihr Verhalten aufzugeben. Diese Situation sei aber nicht durch eine Krankheit bedingt, auch wenn klar sei, dass die Klägerin nicht mehr arbeiten werde.

Dr. B hält die Bewertung durch Prof. Dr. F/S-R aus denselben Gründen wie das Sozialgericht für nicht nachvollziehbar. Dem schließt sich der Senat an. Insbesondere angesichts des sehr deutlich von den Vorgutachten abweichenden Ergebnisses, zu dem Prof. Dr. F/S-R gekommen sind, hätte es einer detaillierten Auseinandersetzung mit den Vorgutachten bedurft, an der es hier mangelt.

Letztlich kann sich die Klägerin auch nicht mit Erfolg auf das Privatgutachten von Dr. E vom 31. Januar 2006 berufen. Abgesehen davon, dass Dr. E keinerlei Ausführungen zu den qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen der Klägerin macht, ist die Begründung seiner Auffassung, sie sei wegen einer schweren seelischen Erkrankung in Form einer Dysthymia - überlagert von wiederkehrenden Depressionen, zur Zeit schwergradig ausgeprägt - erwerbsunfähig, nicht nachvollziehbar. Dr. E erkennt nämlich auch, dass die Klägerin aggraviert, und beobachtet ein deutlich demonstrativ wirkendes Verhalten. Er sieht dieses Verhalten aber als Teil der Konfliktabwehr und als Ausdruck der Tiefe der krankhaften Störung. Dieser Einschätzung vermag der Senat angesichts der detailliert begründeten Kritik von Dr. B in seiner Stellungnahme vom 06. Mai 2006 an dem Gutachten von Dr. E nicht zu folgen. Danach ist auch hier zu bemängeln, dass das Gutachten sich außer auf eine Beschreibung des Verhaltens der Klägerin auf eine Fremdanamnese durch die sie begleitende Tochter und Cousine stützt. Auch hier ist kein/e Dolmetscher/in beigezogen worden. Dr. E bestätigt zwar pseudodemente und pseudopsychotische Erlebnisweisen sowie den sekundären Krankheitsgewinn. Eine somatoforme Störung diagnostiziert er nicht. Gleichwohl kommt er zu dem Ergebnis, die früher erlittenen Traumata und eine chronische Überlastung bedingten zum größeren Teil Zustand und Verhalten der Klägerin, weshalb von einer Erkrankung und nicht von einem zweckgerichteten Verhalten zu sprechen sei. Diese Einschätzung erläutert er allerdings nicht weiter. Wie Dr. B aber zutreffend ausführt, sind diese Ausführungen nicht zielführend. Sie sind nicht nachprüfbar und können angesichts des erhobenen Befunds nur als spekulativ bewertet werden.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login
BRB
Saved
2006-08-24