S 11 RJ 779/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 RJ 779/96
Datum	28.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 14 RJ 332/99
Datum	07.06.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 28. April 1999 und des Bescheids der Beklagten vom 26. Januar 1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 1996 verurteilt, der KlÃ¤gerin Ã¼ber den 31. MÃ¤rz 1996 hinaus Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit zu zahlen.
II. Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin die auÃergerichtlichen Kosten beider RechtszÃ¼ge zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit Ã¼ber den 31.03.1996 hinaus.

Die im Jahre 1958 geborene KlÃ¤gerin hat keinen Beruf erlernt. Sie war von 1974 bis 1991 â mit Unterbrechungen â als Hausgehilfin, KÃ¼chenhilfe, PlatinenprÃ¼ferin, Versandhilfskraft, Hilfsarbeiterin und Lagerarbeiterin versicherungspflichtig beschÃ¤ftigt. Ihren ersten Rentenantrag vom September 1990 lehnte die Beklagte nach DurchfÃ¼hrung eines Heilverfahrens vom 15.01. bis 12.02.1991 (Diagnose u.a. depressive Verstimmung) mit Bescheid vom 04.04.1991,

bestÃ¤tigt durch Widerspruchsbescheid vom 17.07.1991, mit der BegrÃ¼ndung ab, dass sie zwar in ihrer ErwerbsfÃ¤higkeit durch Folgen einer angeborenen KlumpfuÃbildung rechts mit BeinverkÃ¼rzung rechts und Fehlhaltung der WirbelsÃ¤ule, wiederkehrende MagenschleimhautentzÃ¼ndungen und Verdacht auf NierenbeckenentzÃ¼ndung beeintrÃ¤chtigt sei, aber noch leichte Arbeiten ohne hÃ¤ufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten, ohne Nachtschicht, ohne besonderen Zeitdruck (z.B. Akkord, FlieÃband), ohne Ã¼berwiegend einseitige KÃ¶rperhaltung, ohne hÃ¤ufiges BÃ¼cken und im Rahmen der nervlichen Belastbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten kÃ¶nne. Die anschlieÃende Klage vor dem Sozialgericht Augsburg (S 12 Ar 225/91) endete mit RÃ¼cknahme am 22.01.1992.

Den zweiten Antrag auf Rente wegen Berufs- bzw. ErwerbsunfÃ¤higkeit stellte die KlÃ¤gerin am 29.06.1992. Die Beklagte holte das Gutachten des Internisten Dr.S. vom 27.08.1992 ein, der eine statisch bedingte Seitverbiegung der LendenwirbelsÃ¤ule bei ausgleichbarem Beckentiefstand, eine VerkÃ¼rzung und Minderentwicklung des rechten Beines bei angeborenem, operativ behandelten KlumpfuÃ rechts, eine operativ behandelte habituelle Kniescheibenverrenkung bei Kniescheibendysplasie rechts, eine leichte Minderbegabung und ein GeschwÃ¼rsleiden des ZwÃ¶lffingerdarms diagnostizierte. Dr.S. hielt die KlÃ¤gerin fÃ¼r fÃ¤hig, leichte und mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts im Wechselrhythmus, ohne Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten Ã¼ber 15 kg vollschichtig zu verrichten.

Mit Bescheid vom 18.09.1992 lehnte die Beklagte den Rentenantrag vom Juni 1992 ab. Im folgenden Widerspruchsverfahren wies die KlÃ¤gerin auf eine psychiatrische Behandlung (Arztbrief des Neurologen und Psychiaters Dr.H. vom 22.09.1992) hin. Die Widerspruchsstelle veranlasste daraufhin die Einholung des orthopÃ¤dischen Gutachtens des Dr.W. vom 15.03.1993; dieser diagnostizierte eine Neigung zu Muskelreizerscheinungen bei statisch bedingter Seitverbiegung der LendenwirbelsÃ¤ule und lumbalem Bandscheibenvorfall, eine BeinverkÃ¼rzung rechts, eine KlumpfuÃdeformitÃ¤t des rechten FuÃes und einen Zustand nach operativ versorgter habitueller Patellaluxation rechts. Er hielt die KlÃ¤gerin fÃ¼r fÃ¤hig, nur leichte Arbeiten im Wechselrhythmus ohne Zwangshaltung, ohne hÃ¤ufiges Heben und Tragen sowie Bewegen von Lasten, ohne Ã¼berwiegend einseitige KÃ¶rperhaltung, ohne hÃ¤ufiges BÃ¼cken sowie ohne hÃ¤ufiges Klettern und Steigen vollschichtig zu verrichten. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies daraufhin den eingelegten Rechtsbehelf mit Widerspruchsbescheid vom 26.04.1993 zurÃ¼ck.

Im anschlieÃenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Augsburg (S 9 Ar 216/93) wurde das nervenÃ¤rztliche Gutachten der Dr.P. vom 28.12.1993 eingeholt. Die SachverstÃ¤ndige diagnostizierte ausgeprÃ¤gte psychosomatische Symptombildung (Schmerzsyndrom, Gastritisneigung) bei intellektueller Grenzbegabung und depressiv-neurotischer PersÃ¶nlichkeitsentwicklung sowie lumbalen Bandscheibenvorfall ohne Anhalt fÃ¼r Nervenwurzelkompression, KlumpfuÃdeformitÃ¤t, BeinverkÃ¼rzung rechts und Zustand nach operierter habitueller Patellaluxation. Sie arbeitete heraus, dass die Diskrepanz zwischen

subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden im Rahmen eines psychogen Ã¼berlagerten chronifizierten Schmerzsyndroms zu interpretieren sei, und dass bei der bisherigen Begutachtung die wesentlichen psychiatrischen Anteile des Krankheitsbildes mit der Ãberforderung der KlÃ¤gerin durch BerufstÃ¤tigkeiten vÃ¶llig auÃer Acht gelassen worden seien. Dr.P. hielt die KlÃ¤gerin allein aus nervenÃ¤rztlicher Sicht allenfalls halb- bis unter vollschichtig fÃ¼r einsetzbar, wobei es sich derzeit nicht notwendigerweise um einen Dauerzustand handele. Sie hielt eine antidepressive Medikation und eine konsequente GesprÃ¤chstherapie fÃ¼r sinnvoll, was die Beschwerden der KlÃ¤gerin lindern und eventuell zu einer vollschichtigen LeistungsfÃ¤higkeit fÃ¼hren kÃ¶nne.

Aufgrund dieses Gutachtens schlossen die Beteiligten am 12.07.1994 einen prozessbeendigenden Vergleich mit dem Inhalt, der KlÃ¤gerin befristete Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit vom 01.04.1993 bis 31.03.1996 bei einem im September 1992 eingetretenen Leistungsfall zu gewÃ¤hren. Diesen Vergleich fÃ¼hrte die Beklagte mit Bescheid vom 21.10.1994 aus.

Am 11.12.1995 stellte die KlÃ¤gerin Antrag auf weitere GewÃ¤hrung der ErwerbsunfÃ¤higkeitsrente Ã¼ber den 31.03.1996 hinaus. Die Beklagte lieÃ von der Psychiaterin und Diplom-Psychologin Dr.W. das Gutachten vom 16.01.1996 erstellen. Diese fÃ¼hrte aus, dass im Hinblick auf die psychosomatisch mitbedingten skelettalen Beschwerden der KlÃ¤gerin ein Introspektions- und ReflexionsvermÃ¶gen nicht vorliege, das Verhalten sei jedoch jederzeit kooperativ und situationsadÃ¤quat. Das formale Denken sei geordnet, Hinweise fÃ¼r inhaltliche DenkstÃ¶rungen, WahrnehmungsstÃ¶rungen oder StÃ¶rungen des Ich-Erlebens fÃ¤nden sich nicht. Die kognitiven Funktionen erschienen geringgradig beeintrÃ¤chtigt, gelegentlich wÃ¼rden biographische Ereignisse geringfÃ¼gig unscharf in das zeitliche Gitter eingeordnet, die intellektuellen Funktionen imponierten als im Bereich einer niedrigen Intelligenz (frÃ¼herer mit 83 gemessener IQ) liegend, es bestehe eine RechenschwÃ¤che bei sonst erworbenen Kulturtechniken, im Rahmen einer angeborenen Behinderung sowie ungÃ¼nstiger, belastender und defizitÃ¤rer Sozialisationsbedingungen habe sich eine selbstunsichere, asthenische und dependent strukturierte PersÃ¶nlichkeit mit einer eingeschrÃ¤nkten kÃ¶rperlichen und seelischen Belastbarkeit, einer hohen Trennungsempfindlichkeit, einer erhÃ¶hten KrÃ¤nkbarkeit und einer Neigung zu psychosomatischer Symptombildung ausgebildet. Die SachverstÃ¤ndige diagnostizierte PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung bei niedriger Intelligenz mit selbstunsicheren, asthenischen und dependenten ZÃ¼gen und Neigung zu psychosomatischer Symptombildung, eine BeinverkÃ¼rzung und -minderentwicklung rechts bei angeborener KlumpfuÃbildung rechts, eine leichte WirbelsÃ¤ulenseitverbiegung, wiederkehrende ZwÃ¶lffingerdarmgeschwÃ¼re, eine operativ behandelte habituelle Kniescheibenverrenkung bei Kniescheibenfehlbildung rechts sowie eine leichte SchilddrÃ¼senvergrÃ¶Ãerung ohne Hinweise fÃ¼r SchilddrÃ¼senfunktionsstÃ¶rung. Sie fÃ¼hrte aus, im Vergleich zu dem Vorgutachten der Frau Dr.P. scheine eine Stabilisierung des seelischen Zustandsbildes eingetreten zu sein. Das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin erscheine zum jetzigen Zeitpunkt nicht wesentlich gemindert. Der Versicherten seien TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts leichter,

vorÃ¼bergehend auch mittelschwerer Art, im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen vollschichtig zumutbar, wobei TÃ¤tigkeiten unter Zeitdruck, unter Schichtbedingungen, mit hÃ¤ufigem Klettern und Steigen, mit hÃ¤ufigem Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, in Ã¼berwiegend einseitiger KÃ¶rperhaltung, mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit sowie an die intellektuellen Voraussetzungen ausgeschlossen sein sollten. Aufgrund der lÃ¤ngeren Ausgliederung aus dem Erwerbsleben werde zur Eingliederung eine TrainingsmaÃnahme in einer Werkstatt fÃ¼r Behinderte gutachterlicherseits angeregt.

Aufgrund dessen lehnte die Beklagte mit streitgegenstÃ¤ndlichem Bescheid vom 26.01.1996 die GewÃ¤hrung von Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit Ã¼ber den 31.03.1996 ab. Hierbei ging sie davon aus, dass die KlÃ¤gerin noch leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig, teilweise im Sitzen, ohne dauerndes Stehen und Gehen, ohne hÃ¤ufiges Klettern und Steigen, ohne hÃ¤ufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten (ohne mechanische Hilfsmittel), ohne Ã¼berwiegend einseitige KÃ¶rperhaltung, ohne Schichtbedingungen, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit verrichten kÃ¶nne.

Hiergegen erhob die KlÃ¤gerin Widerspruch unter Hinweis auf ein Attest des Allgemeinarztes Dr.W. vom 17.06.1996, nach dessen Inhalt die Wiederaufnahme einer beruflichen TÃ¤tigkeit vor allem wegen einer "Psychose" fÃ¼r ausgeschlossen gehalten wird. Dr.M. vom ÃrztlichenDienst der Beklagten sah keine neuen Gesichtspunkte, die eine abweichende Beurteilung rechtfertigen kÃ¶nnten. Dr.N. , ebenfalls vom ÃrztlichenDienst der Beklagten, merkte hierzu an, dass eine TrainingsmaÃnahme in einer WerkstÃ¤tte fÃ¼r Behinderte nicht mÃ¶glich sei. WÃ¼nschenswert wÃ¤re eine stufenweise Wiedereingliederung auf einem leidensgerechten Arbeitsplatz, sowohl wegen der ArbeitsentwÃ¶hnung als auch wegen gewisser erschwerter Umstellungs- und AnpassungsfÃ¤higkeit. Dies sei allerdings nicht zwingend notwendig. Eine gewisse Stabilisierung des Gesundheitszustands der KlÃ¤gerin sei eingetreten. Mit Widerspruchsbescheid vom 26.11.1996 wurde der Widerspruch der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckgewiesen, u.a. mit der BegrÃ¼ndung, dass ihr noch vollschichtig leichte Montier-, Sortier-, Verpacker- oder Maschinenarbeiten mÃ¶glich seien.

Im anschlieÃenden Rechtsstreit vor dem Sozialgericht verfolgte die KlÃ¤gerin ihr Rentenbegehren weiter und machte geltend, in ihrem Gesundheitszustand sei keine Besserung, sondern vielmehr eine Verschlechterung eingetreten. Ein Arbeitsversuch vom 15. bis 21.07.1993 sei gescheitert wegen WirbelsÃ¤ulenbeschwerden und auch von der Allgemeinen Ortskrankenkasse als missglÃ¼ckter Arbeitsversuch angesehen worden. Laut einem ÃnderungsbescheidDes AVF Augsburg vom 10.03.1997 sei der Grad der Behinderung nunmehr auf 50 festgesetzt worden. Das Sozialgericht zog Ã¤rztliche Unterlagen bei, darunter u.a. eine Computertomographie der LendenwirbelsÃ¤ule vom 04.07.1996, nach deren Inhalt nicht nur eine Bandscheibenprotrusion bei den WirbelkÃ¶rpern L 4/L 5 festgestellt worden ist, sondern auch ein Bandscheibenvorfall in HÃ¶he von L 5/S 1 mit Impression des Duralsackes von rechts und mit Irritation der rechten Nervenwurzel,

weiterhin einen Befund des Nervenarztes Dr.H. vom 20.03.1997; dieser verwies nochmals auf einen IQ der KlÃ¤gerin mit 85 etwas unterhalb des Durchschnitts (91 bis 109), fÃ¼hrte als Diagnosen eine Psychasthenie, ein leichtgradiges Intelligenzdefizit und eine Lernbehinderung an und war der Ansicht, dass sich der Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin nicht gebessert oder verschlechtert habe.

Das Sozialgericht holte das Gutachten vom 06.08.1997 der Neurologin und Psychiaterin Dr.H. mit dem testpsychologischen Zusatzgutachten der Dipl.-Psych. M. vom 30.07.1997 ein. Die SachverstÃ¤ndige fÃ¼hrte u.a. aus, das formale Denken der KlÃ¤gerin sei geordnet, wenn auch teilweise etwas umstÃ¤ndlich und weitschweifig. Im affektiven Bereich habe sie sehr unterschiedliche Befunde gezeigt, einerseits einen gefassten ausgeglichenen Eindruck vermittelt, andererseits sei sie in weiten Teilen des GesprÃ¤chs wieder weinerlich und subdepressiv gewesen. Sie habe ein ausreichendes DurchhaltevermÃ¶gen bei der Verrichtung von alltÃ¤glichen Arbeiten angegeben, die Psychomotorik habe weitestgehend adÃ¤quat, teilweise etwas expansiv und theatralisch gewirkt. AuÃerdem sei das Verhalten der KlÃ¤gerin teilweise etwas distanzgemindert gewesen. Psychopathologisch sei eine stark eingeschrÃ¤nkte RechenfÃ¤higkeit aufgefallen, des Weiteren eine leichtgradige BeeintrÃ¤chtigung des LangzeitgedÃ¤chtnisses mit ZeitgitterstÃ¶rungen. Das formale Denken sei teilweise etwas umstÃ¤ndlich und weitschweifig gewesen. In der Befundkonstellation niedrige Intelligenz in Zusammenhang mit einer schwierigen und emotional belastenden Kindheitsentwicklung sei es zur Ausbildung einer unsicheren und asthenisch akzentuierten PersÃ¶nlichkeit gekommen. Dies wirke sich in einer eingeschrÃ¤nkten FÃ¤higkeit aus, mit kÃ¶rperlichen und seelischen Belastungen umzugehen, bzw. sich an entsprechende Anforderungen nur eingeschrÃ¤nkt anpassen zu kÃ¶nnen. Dieses Defizit kÃ¶nne dann zur Ausbildung psychosomatischer Beschwerden ohne relevanten organpathologischen Befund fÃ¼hren, wie es bei der KlÃ¤gerin der Fall sei. Es liege eine anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung und eine niedrige Intelligenz vor. Selbstunsichere, asthenische und depressive ZÃ¼ge der PrimÃ¤rpersÃ¶nlichkeit im Sinne einer Akzentuierung der PersÃ¶nlichkeit mit Neigung zu psychosomatischer Symptombildung kÃ¶nnten bestÃ¤tigt werden. Die psychopathologischen AuffÃ¤lligkeiten im Bereich der intellektuellen Funktionen, im affektiven Bereich und im Bereich der VitalstÃ¶rungen lÃ¤gen unverÃ¤ndert vor. Es bestÃ¼nden kÃ¶rperliche und geistige FunktionsausfÃ¤lle und Behinderungen, die die EinsatzfÃ¤higkeit im Erwerbsleben beeintrÃ¤chtigten. Insbesondere die StÃ¶rungen im Bereich der kognitiven Funktionen fÃ¼hrten zu einer eingeschrÃ¤nkten Belastbarkeit der KlÃ¤gerin. Unzumutbar seien Schwerarbeit und mittelschwere Arbeiten, insbesondere Zeitdruckarbeiten, Einzel- und Gruppenakkord am FlieÃband und taktgebundene TÃ¤tigkeiten, Wechselschicht und Nachtarbeiten, weiterhin Arbeiten Ã¼berwiegend im Stehen/Gehen und in Zwangshaltung, Arbeiten mit hÃ¤ufigem Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, BÃ¼cken, Ersteigen von Leitern und Treppen, TÃ¤tigkeiten mit GefÃ¤hrdung an laufenden Maschinen, unter Einwirkung von KÃ¤lte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft, NÃ¤sse, LÃ¤rm, Staub, Gas, Dampf, Rauch- oder Reizstoffen. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die nervliche Belastbarkeit, an das Konzentrations- und ReaktionsvermÃ¶gen sowie

an die Umstellungs- und AnpassungsfÃ¤higkeit nicht mehr verrichten. Unter BerÃ¼cksichtigung dieser EinschrÃ¤nkungen kÃ¶nne sie tÃ¤glich acht Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte TÃ¤tigkeiten verrichten. Die Arbeiten sollten wegen der aufgezeigten EinschrÃ¤nkungen im Bereich der geistigen Wendigkeit sowie der eingeschrÃ¤nkten intellektuellen FÃ¤higkeiten gleichfÃ¶rmig und klar Ã¼berschaubar sein. Dieses Leistungsbild bestehe seit ca. 1992, es handele sich um einen Dauerzustand.

Nachdem der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin Einwendungen gegen das Gutachten der Dr.H. erhob und auch darauf hinwies, dass eine MaÃnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung vom 14.09. bis 25.09.1987 sowie eine berufliche RehabilitationsmaÃnahme vom 06.04. bis 30.12.1992 (praxisorientierte Reintegration) letztlich gescheitert seien, rechtfertigte Dr.H. in der Stellungnahme vom 29.10.1997 nochmals den Inhalt ihres Gutachtens. Hierin verneinte sie die vom Hausarzt und Allgemeinarzt Dr.W. gestellte Diagnose des Vorliegens einer Psychose und wies darauf hin, dass die KlÃ¤gerin von Dr.P. auf die Notwendigkeit einer konsequenten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung aufmerksam gemacht worden sei, aber bisher insgesamt zweimal, 1992 und 1997, einen Nervenarzt (Dr.H. aufgesucht habe. Laut Foerster (Psychiatrische Begutachtung, 2. Auflage, Gustav-Fischer-Verlag 1994) sei zur Beurteilung einer dauerhaften EinschrÃ¤nkung der LeistungsfÃ¤higkeit erforderlich zu klÃ¤ren, ob eine regelmÃ¤Ãige ambulante Therapie bestand oder besteht und ob stationÃ¤re Behandlungsversuche, auch mit unterschiedlichen therapeutischen Ansatzpunkten, stattgefunden haben. Ebenso kÃ¶nne zur Frage der Restgesundheit erst nach DurchfÃ¼hrung und AusschÃ¶pfung etablierter psychiatrischer und psychotherapeutischer BehandlungsmaÃnahmen Stellung genommen werden. Die KlÃ¤gerin sei aus psychiatrischer Sicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, also auÃerhalb einer beschÃ¼tzenden Behinderteneinrichtung, einsatzfÃ¤hig.

Nachdem Dr.P. auf einen Antrag der KlÃ¤gerin auf AnhÃ¶rung eines SachverstÃ¤ndigen gemÃ¤Ã Â§ 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) die Begutachtung wegen ArbeitsÃ¼berlastung ablehnte, benannte die KlÃ¤gerin den Nervenarzt Dr.T. von L. als Arzt ihres Vertrauens. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 11.05.1998 eine ausgeprÃ¤gte psychosomatische Symptombildung bei intellektueller Grenzbegabung und depressiv-neurotischer PersÃ¶nlichkeitsentwicklung, einen Bandscheibenvorfall zwischen L 1/2 ohne neurologische AusfÃ¤lle bzw. WurzelschÃ¤den, einen KlumpfuÃ mit chronischem Schmerzsyndrom im Bereich HÃ¼fte-RÃ¼cken im Sinne eines pseudoradikulÃ¤ren Schmerzgeschehens mit Somatisierungstendenz auf dem Hintergrund der PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung ohne Anhalt fÃ¼r eine organ-neurologische Schmerzsymptomatik, keinen Hinweis fÃ¼r eine hirnorganische StÃ¶rung als Folgen eines vorzeitigen GefÃ¤Ãprozesses und eine Psychasthenie. Dr.von L. hielt den Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin als unverÃ¤ndert seit 1990 und war der Auffassung, sie kÃ¶nne leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts vollschichtig verrichten, wobei er hierbei auch darauf abstellte, dass sie schon vor 1990 gearbeitet und die intellektuelle Grenzbegabung von Anfang an bestanden hatte, so dass insoweit keine neuen Gesichtspunkte eingetreten seien.

Auf Empfehlung des Dr.von L. holte das Sozialgericht noch das orthopÃ¤dische Gutachten des Dr.P. vom 05.08.1998 ein. Dieser wies u.a. darauf hin, dass die groÃe Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den klinischen Befunden auf orthopÃ¤dischem Gebiet auffÃ¤llig und zum Vorliegen der psychosomatischen Komponente bereits in den nervenÃ¤rztlichen Gutachten ausfÃ¼hrlich Stellung genommen worden sei, so dass er sich bei den Beweisfragen auf das orthopÃ¤dische Fachgebiet beschrÃ¤nke. Insoweit stellte er die Diagnosen operativ behandelter angeborener KlumpfuÃ rechts mit VerkÃ¼rzung des rechten Beines, BewegungseinschrÃ¤nkung im oberen und unteren Sprunggelenk, leichter SpitzfuÃ und Fehlstellung des rechten Beines sowie ausgeprÃ¤gte Minderung der Wadenmuskulatur, Fehlbildung beider Kniescheiben, rechts Zustand Weichteileingriff mit Knorpelschaden an der KnierÃ¼ckseite und degenerative VerÃ¤nderungen der LendenwirbelsÃ¤ule mit zeitweise auftretenden leichten Muskelreizerscheinungen. Allein aus orthopÃ¤discher Sicht seien der KlÃ¤gerin Schwerarbeit und dauernd mittelschwere Arbeiten nicht zumutbar, ebensowenig nicht TÃ¤tigkeiten in Zwangshaltung, mit hÃ¤ufigem Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, im BÃ¼cken sowie mit Treppen und Leiter steigen; die KlÃ¤gerin kÃ¶nne auch Arbeiten unter Einwirkung von KÃ¤lte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft oder NÃ¤sse nicht mehr verrichten. Dieses Leistungsbild habe seit 01.04.1996 bestanden. Die KlÃ¤gerin gebe eine EinschrÃ¤nkung ihrer Gehstrecke auf 1.000 m an. Aus orthopÃ¤discher Sicht bestehe keine EinschrÃ¤nkung auf unter 2.000 m.

Mit Urteil vom 28.04.1999 wies das Sozialgericht die Klage ab und stÃ¼tzte sich hierbei im Wesentlichen auf die in erster Instanz eingeholten Gutachten.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung macht die KlÃ¤gerin u.a. geltend, der "Leistungsentzug" sei nicht gerechtfertigt, wenn bei unverÃ¤nderten GesundheitsstÃ¶rungen, wie sich aus der Gutachtenslage ergebe, lediglich eine andere Bewertung der Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit erfolge.

Der Senat hat die Versichertenakten der Beklagten sowie die Akten des AVF Augsburg und des Arbeitsamts Aichach beigezogen, einen Befundbericht vom Hausarzt Dr.W. eingeholt und den OrthopÃ¤den Dr.F. zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 02.12.1999 folgende Diagnosen gestellt: Streckhaltung der HalswirbelsÃ¤ule bei Osteopenie, Chondrosis intervertebralis L 5/S 1 mit Retropositio L 5, geringe Spondylose der LendenwirbelsÃ¤ule, Ileosakralgelenksarthrose, minimale Gonarthrose beidseits, operierter KlumpfuÃ rechts ohne wesentliche degenerative VerÃ¤nderungen der Gelenke, lockerer SpreizfuÃ links sowie Zehendeformierungen mehr am rechten als am linken FuÃ. FunktionsausfÃ¤lle und Behinderungen ergÃ¤ben sich auf orthopÃ¤dischem Gebiet insofern, als die KlÃ¤gerin wegen des Bandscheibenschadens im unteren Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule mit leichter GefÃ¼gestÃ¶rung keine Lasten heben und tragen, nicht in gebÃ¼ckter Stellung arbeiten sowie nicht pausenlos sitzen oder ununterbrochen stehen sollte. Die deutliche Muskelminderung des rechten Unterschenkels sei ein Zeichen dafÃ¼r, dass der rechte FuÃ gegenÃ¼ber dem linken nicht gleichermaÃen belastbar sei. Aufgrund der angeborenen FuÃdeformitÃ¤t sollte die KlÃ¤gerin nicht auf Treppen,

Leitern und GerÃ¼sten arbeiten. Zum beginnenden Kalksalzverlust der WirbelsÃ¤ule sei festzustellen, dass dieser behandlungsfÃ¤hig sei. VorÃ¼bergehend sollten vorsichtshalber schwerwiegende Druck-, StoÃ- und Stauchbelastungen des Achsenorganes nicht zugemutet werden. Eine eindeutige Ãnderung des Gesundheitszustandes seit dem Vorgutachten sei nicht zu verzeichnen. Die KlÃ¤gerin sei nach wie vor in der Lage, viermal tÃ¤glich eine Wegstrecke von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand zu FuÃ zurÃ¼ckzulegen und zweimal Ã¶ffentliche Verkehrsmittel wÃ¤hrend der Hauptverkehrszeit zu benutzen. Aus orthopÃ¤discher Sicht sei die KlÃ¤gerin vollschichtig mit leichten und vorÃ¼bergehend mittelschweren Arbeiten belastbar.

Der weiterhin vom Senat als SachverstÃ¤ndiger herangezogene Prof.Dr.S. fÃ¼hrte in seinem Gutachten vom 07.08.2000 aus, die Stimmung der KlÃ¤gerin erscheine nur oberflÃ¤chlich ausgeglichen, wobei im Laufe des GesprÃ¤ches eine deutliche BedrÃ¼cktheit zu spÃ¼ren sei. Bei fÃ¼r sie bewegenden und belastenden Themen beginne sie immer wieder zu weinen, erscheine dann hilflos und verzweifelt, wobei sie immer wieder bemÃ¼ht sei, schnell ihre alte Fassung zurÃ¼ckzugewinnen. Es zeige sich eine deutliche Ambivalenz bezÃ¼glich der eigenen LeistungsfÃ¤higkeit. Die Psychomotorik sei unauffÃ¤llig. Der Antrieb und das DurchhaltevermÃ¶gen erschienen wechselnd. Das formale Denken sei geordnet, die Patientin dabei geistig aber nicht wendig. Auffassung und KonzentrationsvermÃ¶gen seien anfangs uneingeschrÃ¤nkt, lieÃen im weiteren Verlauf der Untersuchung jedoch nach. Die Einordnung von Daten ins Zeitgitter falle schwer, auch die Erinnerung an die Kindheit sei nur bruchstÃ¼ckhaft, ansonsten sei die GedÃ¤chtnisleistung in Ordnung. Die Intelligenz liege im unteren Normbereich. Prof.Dr.S. diagnostizierte eine asthenische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung in Form einer Psychasthenie, eine anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung und eine niedrige Intelligenz, die nicht das AusmaÃ einer leichten Intelligenzminderung erreiche (IQ 72). Der SachverstÃ¤ndige fÃ¼hrte aus, die von ihm gestellten Diagnosen stimmten zwar weitgehend mit den Diagnosen der Gutachter in erster Instanz Ã¼berein, wobei er allerdings eine andere Schwerpunktsetzung sehe und deshalb zu einer anderen Beurteilung gekommen sei. Seiner Meinung nach sei die psychasthenische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung deutlich zu wenig gewÃ¼rdigt worden. Eine solche StÃ¶rung sei in den meisten FÃ¤llen nur schwer behandelbar und bedÃ¼rfe einer jahrelangen psychotherapeutischen Betreuung. Eine solche Psychotherapie bedÃ¼rfe allerdings als Grundvoraussetzung ausreichender intellektueller FÃ¤higkeiten, die bei der Betroffenen vermutlich nicht vorlÃ¤gen. Bei der EinschÃ¤tzung der LeistungsfÃ¤higkeit sei davon auszugehen, dass die KlÃ¤gerin kurzzeitig vollschichtig leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts mit zahlreichen EinschrÃ¤nkungen verrichten kÃ¶nne, es aufgrund der aufgezeigten PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung jedoch nach kurzer Zeit immer wieder zu einer Ãberforderung und schlieÃlich zu einem Scheitern kommen werde. Deswegen sei die KlÃ¤gerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht einsetzbar. Sie kÃ¶nne auf Dauer nur weniger als zwei Stunden tÃ¤glich eine berufliche TÃ¤tigkeit ausÃ¼ben, ansonsten sei mit einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zu rechnen. Dieser Zustand habe seit dem ersten Antrag auf Berufs- und ErwerbsunfÃ¤higkeitsrente im August 1990 bestanden.

Die Beklagte wendet hiergegen unter Vorlage einer Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr.K. vom 10.11.2000 ein, dass unter Beachtung aller UmstÃ¤nde ein vollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin vorliege. Dr.K. wies u.a. darauf hin, dass sie trotz schwieriger Kindheitsentwicklung und zahlreicher Krankenhaus- und Heimaufenthalte sowie der niedrigen Intelligenz in der Lage gewesen sei, eine geordnete persÃ¶nliche und soziale, auch berufliche Entwicklung Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum zu bewÃ¤ltigen. AuÃerdem lasse der gedachte Vergleich zu psychischen StÃ¶rungen anderer Art, z.B. Psychosen, depressiven Syndromen und ausgeprÃ¤gten somatogenen depressiven Syndromen doch eine erhebliche qualitative und quantitative Differenz zwischen einem derartig gedachten Beschwerdebild und seinen Konsequenzen fÃ¼r das LeistungsvermÃ¶gen im Vergleich zu dem bei der KlÃ¤gerin festgestellten zu. Letzten Endes stÃ¼nde im vorliegenden Falle gutachterliche Auffassung gegen gutachterliche Auffassung, wobei beide Seiten nach seinem DafÃ¼rhalten in formal korrekter Weise argumentierten. Es sprÃ¤che mit EinschrÃ¤nkung wesentlich mehr dafÃ¼r als dagegen, dass die Gutachen der Dres.H. und von L. mit der EinschÃ¤tzung eines vollschichtigen LeistungsvermÃ¶gens fÃ¼r leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts zutreffend sei.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 28.04.1999 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26.01.1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26.11.1996 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der KlÃ¤gerin (unbefristete) Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit Ã¼ber den 31.03.1996 hinaus zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Hilfsweise beantragt sie, beim SachverstÃ¤ndigen Prof.Dr.S. rÃ¼ckzufragen, ob die Festlegung des Versicherungsfalls nur auf Vermutungen beruhe oder vom ihm tatsÃ¤chlich als nachgewiesen bzw. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als vorliegend angesehen werde. Weiterhin solle der Senat nochmals ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten einholen aufgrund der WidersprÃ¼chlichkeiten der Feststellungen im Gutachten des Prof.Dr.S. , der von einer vollschichtigen Einsetzbarkeit der KlÃ¤gerin wie die Vorgutachter Dr.H. und Dr.von L. ausgehe, die aber nach kurzer Zeit wegfalle.

Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider RechtszÃ¼ge vor. Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestands â insbesondere hinsichtlich des Inhalts der Ã¤rztlichen Gutachten und des Vortrags der Beteiligten â wird hierauf sowie auf die beigezogenen Akten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig (Â§Â§ 142 ff., 151 SGG)

und begrÃ¼ndet.

Der KlÃ¤gerin steht nach Ãberzeugung des Senats ein Anspruch auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit Ã¼ber den 31.03.1996 hinaus zu. ErwerbsunfÃ¤hig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, eine ErwerbstÃ¤tigkeit in gewisser RegelmÃ¤Ãigkeit auszuÃ¼ben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen BezugsgrÃ¶Ãe Ã¼bersteigt (Â§ 44 Abs.2 Satz 1 des Sozialgesetzbuches Teil VI â SGB VI â in der seit 01.01.1992 und auch noch im Jahre 1996 geltenden Fassung). Diese Voraussetzungen sind bei der KlÃ¤gerin gegeben.

Ãbereinstimmend nach Auffassung der Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen â insoweit hat sich der Senat nach ÃberprÃ¼fung der Aktenunterlagen angeschlossen â hat sich der Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin seit der GewÃ¤hrung einer befristeten Rente nicht wesentlich gebessert. Zwar ergibt sich nicht alleine daraus, wie die KlÃ¤gerin meinte, ein fortbestehender Rentenanspruch; denn es liegt kein Fall der Aufhebung eines ansonsten weiterbestehenden Dauerverwaltungsakts (Â§ 48 des Sozialgesetzbuches Teil X â SGB X -, "Entzug" der Rente) vor, vielmehr ist der ehemalige Rentenanspruch mit Fristablauf erloschen und sind â nach erneutem Antrag â alle Voraussetzungen fÃ¼r eine Berentung ohne Bindung an die frÃ¼here EinschÃ¤tzung der ErwerbsfÃ¤higkeit erneut zu prÃ¼fen und zu beurteilen. Diese erneute PrÃ¼fung ergibt jedoch kein anderes Ergebnis als frÃ¼her.

Nahezu identisch sind die Gutachten der Dr.P. und des Prof.Dr.S. , auf deren Schlussfolgerungen sich der Senat bei seiner Entscheidung gestÃ¼tzt hat. Der medizinische Sachverhalt allein ist im Wesentlichen gleich geblieben. Dagegen spricht nicht, dass Dr.W. in ihrem Gutachten auffÃ¼hrt, dass eine Stabilisierung des Zustands der KlÃ¤gerin eingetreten zu sein "scheint". Diese Ãrztin vom Ãrztlichen Dienst der Beklagten hat hierfÃ¼r triftige GrÃ¼nde nicht genannt, und das Gutachten weist auch eine andere gravierende SchwÃ¤che auf; einerseits soll das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin nicht wesentlich gemindert sein, andererseits wird eine TrainingsmaÃnahme, noch dazu in einer WerkstÃ¤tte fÃ¼r Behinderte, vorgeschlagen. Hier werden Unsicherheiten in der Beurteilung offensichtlich.

Unsicher in der Beurteilung erscheint auch Dr.N. vom Ãrztlichen Dienst der Beklagten, der nach Aktenlage eine "gewisse" Stabilisierung unterstellt (hier konnte er nur auf das Gutachten der Dr.W. Bezug genommen haben) und eine stufenweise Wiedereingliederung auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz fÃ¼r wÃ¼nschenswert hielt. Als einzige nannte Dr.H. konkret einen Grund fÃ¼r die "Besserung" und "gewisse Stabilisierung", nÃ¤mlich, dass im Gegensatz zur Untersuchung bei Dr.P. keine StÃ¶rung der KonzentrationsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin festgestellt werden konnte und dass die KlÃ¤gerin im Zeitraum von 1993 bis 1995 (subjektiv) eine Besserung ihres Befindens angegeben hÃ¤tte. Letzteres ist aber nicht ausschlaggebend, da schlieÃlich der maÃgebende Gesichtspunkt fÃ¼r eine wesentliche Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit darin besteht, dass die KlÃ¤gerin â konfrontiert mit dem Druck einer vollschichtigen TÃ¤tigkeit â nicht hinreichend

belastbar ist. Dass sie sich also in Zeiten ohne AusÃ¼bung einer ErwerbstÃ¤tigkeit besser fÃ¼hlt, ist verstÃ¤ndlich, vermag aber keine Einsetzbarkeit im Erwerbsleben zu begrÃ¼nden. Auch das Argument, dass die KlÃ¤gerin ihren hÃ¤uslichen Arbeiten nachkommen kÃ¶nne, ist nicht triftig. Zum einen besteht kein Grund zur Annahme, dass ein Zweipersonenhaushalt so viel Aufwand wie die AusfÃ¼hrung einer ganztÃ¤gigen BeschÃ¤ftigung beinhaltet. Zum anderen kÃ¶nnen bei HaushaltstÃ¤tigkeiten Pausen eingelegt und die Reihenfolge der variierenden, nicht fremdbestimmten TÃ¤tigkeiten in der Regel selbst festgelegt werden. AuÃerdem hat die KlÃ¤gerin angegeben, dass ihr Ehemann bei Hausarbeiten mithelfe und dass sie sich nach TÃ¤tigkeiten wie Kochen und Einkaufen erschÃ¶pft fÃ¼hle, sie eine Arbeit oft in mehreren Schritten erledige, weil sie sonst keine Kraft hierfÃ¼r habe.

Allein die fehlende StÃ¶rung der KonzentrationsfÃ¤higkeit (Untersuchung der KlÃ¤gerin im Juli 1997 durch Dr.H.) muss zweifelhaft bleiben, nachdem dieser Mangel vorher eindeutig objektiviert und auch im MÃ¤rz 2000 bei der Untersuchung durch Prof.Dr.S. wieder festgestellt worden ist. Abgesehen davon ist dieser Gesichtspunkt nicht entscheidend fÃ¼r das Vorliegen oder Nichtvorliegen von ErwerbsunfÃ¤higkeit. Ausschlaggebend ist das DurchhaltevermÃ¶gen der KlÃ¤gerin wÃ¤hrend einer gesamten Arbeitsschicht (und nicht wÃ¤hrend einer relativ kurzen Untersuchung), im Ãbrigen der gesamte Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin, der nach Auffassung des Senats eine Belastung durch ErwerbstÃ¤tigkeit nicht zulÃ¤sst, da sonst die unmittelbare Gefahr einer wesentlichen Verschlechterung besteht.

Gefolgt werden kann insoweit nicht den AusfÃ¼hrungen des Dr.K. , dass die Argumentation des Prof.Dr.S. (jedes subjektive und objektive Scheitern im Berufsleben sowie viele frustrane Bewerbungsversuche und Ablehnungen fÃ¼hren zu einer Verschlechterung im psychischen Bereich bei der KlÃ¤gerin) mit EinschrÃ¤nkungen von der Sachlage zwar berechtigt, gleichzeitig jedoch mit einem Vorbehalt zu versehen sei, da bei der EinfÃ¼hrung exogener Faktoren die Gefahr bestehe, dass soziale Sachverhalte medikalisiert wÃ¼rden. Dieser Hinweis des Dr.K. ist im abstrakten Bereich geblieben, und es ist nicht dargetan worden, dass die AusfÃ¼hrungen des Prof.Dr.S. in einem konkreten Punkt unrichtig sind. Im Ãbrigen sind in einem Gutachten nicht nur die GesundheitsstÃ¶rungen als solche zu untersuchen, sondern auch ihre Auswirkungen im Erwerbsleben.

Der Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin im psychiatrischen Bereich ist im Wesentlichen durch zwei UmstÃ¤nde gekennzeichnet. Neben GesundheitsstÃ¶rungen auf internistischem und orthopÃ¤dischem Gebiet, die durchaus real (somatisch) sind und bereits eine Vielzahl an EinschrÃ¤nkungen der ErwerbsfÃ¤higkeit mit sich bringen, liegt zunÃ¤chst eine ausgeprÃ¤gte psychosomatische Symptombildung (Schmerzsyndrom) vor. Dies ist von Dr.P. und Prof.Dr.S. herausgearbeitet worden und wird auch von den anderen SachverstÃ¤ndigen nicht in Abrede gestellt. Dagegen spricht auch nicht die Feststellung des OrthopÃ¤den Dr.P. , dass die Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den klinischen Befunden auffÃ¤llig sei, denn auf der anderen Seite steht fest, wie die SachverstÃ¤ndigen auf nervenÃ¤rztlichem Gebiet festgestellt haben, dass die KlÃ¤gerin weder aggraviert noch simuliert; eher neigt sie zur Dissimulation, wie Dr.von L. betont hat und wie sich auch aus den anderen

Gutachten entnehmen lÃ¤sst; mehrfach ist beschrieben, dass die Stimmungslage der KlÃ¤gerin wechselnd gewesen ist und sie versucht hat, aus ihren Stimmungstiefs herauszukommen, und dass sie bemÃ¼ht gewesen ist, wieder eine Arbeitsstelle zu finden und dort eine BeschÃ¤ftigung durchzustehen. Obwohl glaubhaft arbeitswillig und arbeitsbereit (vgl. das Gutachten des Prof.Dr.S.), kam es wegen der psychischen Komponente rasch zu Beschwerden und Schmerzen im Magen sowie im Bereich der WirbelsÃ¤ule und des KlumpfuÃes bzw. zu einer massiven Ãberlagerung der kÃ¶rperlichen Beschwerden, durch die die KlÃ¤gerin wesentlich stÃ¤rker behindert gewesen ist, als dies allein aus somatischer Sicht, d.h. nur unter BerÃ¼cksichtigung der "kÃ¶rperlichen" internistischen und orthopÃ¤dischen Befunde der Fall gewesen wÃ¤re.

Ãber das psychosomatische Schmerzsyndrom hinaus besteht, wie bereits anfÃ¤nglich Dr.P. herausgearbeitet hat, eine PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung, die ihre AnfÃ¤nge in der Kindheitszeit der KlÃ¤gerin hat (Bett nÃ¤ssen, NÃ¤gel kauen, psychische Besuch einer Sonderschule, zahlreiche Krankenhausaufenthalte und Heimunterbringungen). Hier konnte sich kein stabiles SelbstwertgefÃ¼hl entwickeln, sondern vielmehr ein Anpassungsverhalten. Erschwerend zu dem Geschehen kamen eine grenzwertige intellektuelle Begabung, die es auch nicht zulieÃ, dass die KlÃ¤gerin auf intellektuellem Weg Defizite auf anderen Gebieten kompensierte, ebenso ArbeitsverhÃ¤ltnisse, die fÃ¼r die MÃ¶glichkeiten der KlÃ¤gerin nicht geeignet gewesen sind. Ausgehend von diesen VerhÃ¤ltnissen hat sich eine chronifizierte StÃ¶rung entwickelt, die dazu gefÃ¼hrt hat und fÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin bei Belastung durch eine vollschichtige ArbeitstÃ¤tigkeit dekompensiert. Es fehlt am DurchhaltevermÃ¶gen. Insoweit hat bereits Dr.P. darauf hingewiesen, dass die wesentlichen psychiatrischen Anteile des Krankheitsbilds auÃer Acht gelassen bzw. keine hinreichende BerÃ¼cksichtigung erfahren haben.

Dem entspricht auch die im Gutachten des Prof.Dr.S. aufgenommene Schilderung des Berufslebens der KlÃ¤gerin mit wiederholt auftretenden Schwierigkeiten in der Form, dass sie sich immer wieder unter groÃen Leistungsdruck setze, die an sie gestellten Anforderungen letztlich nur Ã¼ber eine gewisse Zeit mit Anstrengung erfÃ¼llen kÃ¶nne und dadurch immer wieder scheitere und dekompensiere. In Einklang stehen damit der Versicherungsverlauf der KlÃ¤gerin und die Auflistung der Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit (mit Krankheitsbezeichnungen) durch die Allgemeine Ortskrankenkasse Augsburg seit 1984 (vgl. Bl.25 ff. der Sozialgerichtsakte S 9 Ar 216/93); es ist ersichtlich, dass sich die Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit (und Arbeitslosigkeit) seit 1988/89 steigerten und sehr hÃ¤ufig wurden.

Im Zusammenwirken aller UmstÃ¤nde ist eine psychasthenische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung entstanden, die nach der persÃ¶nlichen Struktur der KlÃ¤gerin einer Behandlung â wenn Ã¼berhaupt â schwer zugÃ¤nglich ist, jedenfalls einer jahrelangen, bisher nicht unternommenen therapeutischen Behandlung, deren Ergebnis mehr als ungewiss ist, bedarf.

Der Senat ist nach Auswertung der Aktenunterlagen zu der Auffassung gekommen, dass die in erster Instanz tÃ¤tig gewordenen SachverstÃ¤ndigen die

psychasthenische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung zu wenig gewichtig behandelt haben. So taucht diese Diagnose z.B. im Gutachten des Dr.von L. an letzter Stelle auf und wurde im Gutachten der Dr.H. nicht weiter verfolgt. Prof.Dr.S. hingegen hat nochmals die Ausgangssituation, die Entwicklung der KlÃ¤gerin und den beruflichen Werdegang eingehend verfolgt und die maÃgebenden Gesichtspunkte herausgearbeitet. Es ist dem Senat bewusst, dass die bei der KlÃ¤gerin vorliegenden GesundheitsstÃ¶rungen schwierig fassbar sind. Die Asthenie spielt sich Ã¼berwiegend im Psychischen ab, was sich in einem Mangel an Spannkraft, einer geringen Ausdauer, einem dauernden GefÃ¼hl seelischer SchwÃ¤che und UnzulÃ¤nglichkeit, ErschÃ¶pfbarkeit, rascher ErmÃ¼dbarkeit, KonzentrationsschwÃ¤che und Energiemangel ausdrÃ¼ckt. Vor allem durch die niedrige Intelligenz und die belastende Entwicklung standen der KlÃ¤gerin nicht genÃ¼gend Kompensationsmechanismen zur VerfÃ¼gung, was letztlich zu der anhaltenden somatoformen SchmerzstÃ¶rung gefÃ¼hrt hat.

Eine bisher nicht unternommene konsequente therapeutische Behandlung â so bemÃ¤ngelt von Dr.H. â kann der KlÃ¤gerin nicht zum Nachteil gereichen. Abgesehen davon, dass bezweifelt werden muss, ob die KlÃ¤gerin aufgrund ihrer PersÃ¶nlichkeitsstruktur die Hinweise der Dr.P. hinreichend verstanden und auch verinnerlicht hat, so kÃ¶nnte ein Rentenanspruch nur verneint werden, wenn sie ihren Zustand im Hinblick auf die RentengewÃ¤hrung vorsÃ¤tzlich herbeigefÃ¼hrt oder aufrecht erhalten hat. Dies ist aber nicht anzunehmen. Wenn Dr.H. sich im Ãbrigen zur Rechtfertigung ihres Gutachtens darauf beruft, dass zu Fragen der Restgesundheit erst nach DurchfÃ¼hrung und AusschÃ¶pfung etablierter psychiatrischer und psychotherapeutischer BehandlungsmaÃnahmen Stellung genommen werden kÃ¶nne, so liegt dies neben der Sache. Dies hieÃe, das psychiatrische gutachterliche Fachwissen als Ã¤uÃerst gering und vÃ¶llig unzureichend einzustufen und die Beurteilung des Gesundheitszustands eines Versicherten gegebenenfalls auch auf Jahrzehnte hinaus aufzuschieben und der bisherigen (ohne Behandlung) jahrelang bestehenden LeistungsunfÃ¤higkeit einfach nicht Rechnung zu tragen, obwohl bereits eine mehr als sechs Monate andauernde wesentliche EinschrÃ¤nkung des ErwerbsvermÃ¶gens die GewÃ¤hrung einer Zeitrente rechtfertigt. Letzten Endes kÃ¶nnte der KlÃ¤gerin nur zum Nachteil gereichen, wenn die Beklagte eine von ihr als dringlich angesehene Behandlung von Anfang an erkannt und der KlÃ¤gerin eine MaÃnahme angeboten hÃ¤tte, diese aber hieran nicht â obwohl zumutbar â mitgewirkt hÃ¤tte, wobei sie auf die Konsequenzen bei Unterlassen der Mitwirkung auch noch hingewiesen worden sein mÃ¼sste.

Zum Schluss sei noch darauf hingewiesen, dass den Senat der von Dr.K. angestellte Vergleich zwischen der bei der KlÃ¤gerin vorliegenden StÃ¶rung und psychischen StÃ¶rungen anderer Art (Psychosen usw.) nicht Ã¼berzeugt. Es kann auch bei den von Dr.K. vergleichsweise angefÃ¼hrten GesundheitsstÃ¶rungen zu geringen wie auch schwergewichtigen Auswirkungen im Erwerbsleben kommen, also ErwerbsunfÃ¤higkeit vorliegen oder auch nicht. Im Ãbrigen vermag der sinngemÃ¤Ãe Hinweis, dass andere Versicherte mit anders gelagerten GesundheitsstÃ¶rungen schwerer betroffen seien als die KlÃ¤gerin, noch lange nicht schlÃ¼ssig begrÃ¼nden, warum bei der KlÃ¤gerin ErwerbsfÃ¤higkeit

bestehen sollte. Es kommt stets auf die in einer Person konkret bestehende Erkrankung an, weiterhin darauf, ob in der Gesamtschau aller GesundheitsstÃ¶rungen, gegebenenfalls in ihrer Wechselwirkung, eine hinreichende Belastbarkeit im Berufsleben besteht.

Der Senat ist zur Ãberzeugung gekommen, dass die KlÃ¤gerin weiterhin in ihrer ErwerbsfÃ¤higkeit erheblich beeintrÃ¤chtigt ist. Neben der Sache liegt der "formelle Beweisantrag" der Beklagten, wegen des von Prof.Dr.S. genannten "Leistungsfalles" im Jahre 1990 weitere Erhebungen anzustellen. Ausgehend von den bisherigen UmstÃ¤nden, d.h. von dem Bezug einer Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit (vom 01.04.1993) bis 31.03.1996 (bei einem im September 1992 eingetretenen Leistungsfall) war lediglich entscheidungserheblich, ob Ã¼ber den 31.03.1996 hinaus ErwerbsfÃ¤higkeit besteht. Die erneute Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens erschien dem Senat nicht geboten, und schon gar nicht wegen des von der Beklagten gerÃ¼gten angeblichen Widerspruchs im Gutachten des Prof.Dr.S â¦ Dieser SachverstÃ¤ndige hat eindeutig und klar dargestellt, dass es bei der KlÃ¤gerin, als sie im Erwerbsleben gestanden hat, wiederholt zu Dekompensationen gekommen ist, und sie im streitbefangenen Zeitraum nur weniger als zwei Stunden tÃ¤glich einsetzbar ist. Hierin vermag der Senat keinen Widerspruch zu erkennen.

Nach Sachlage ist davon auszugehen, dass die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtswidrig sind. Der VersicherungstrÃ¤ger hÃ¤tte Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit auf Dauer oder zumindestens auf Zeit gewÃ¤hren mÃ¼ssen. Renten wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit werden auf Zeit geleistet, 1. wenn begrÃ¼ndete Aussicht besteht, dass die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit in absehbarer Zeit behoben sein kann oder 2. wenn der Anspruch auch von der Arbeitsmarktlage abhÃ¤ngig ist, es sei denn, die Versicherten vollenden innerhalb von zwei Jahren nach Rentenbeginn das 60. Lebensjahr. Die Befristung erfolgt fÃ¼r lÃ¤ngstens drei Jahre nach Rentenbeginn, sie kann wiederholt werden, darf jedoch bei sich anschlieÃender Befristung aufgrund der oben genannten Alternative Nr.1 die Gesamtdauer von sechs Jahren nicht Ã¼bersteigen (Â§ 102 Abs.2 SGB VI).

In Anbetracht dessen, dass seit Auslauf der befristeten Rente der KlÃ¤gerin zum 31.03.1996 bereits mehr als fÃ¼nf Jahre verstrichen sind, kann der Senat schlechterdings eine zweite Zeitrente fÃ¼r drei Jahre "zusprechen" und darÃ¼ber hinaus eine weitere Zeitrente oder unbefristete Rente (insoweit wirkt der noch offene Rentenantrag der KlÃ¤gerin vom 11.12.1995 weiter und wurde auch das Rentenbegehren im Streitverfahren aufrecht erhalten, nicht auf eine bloÃe Zeitrente im Anschluss an die erste Zeitrente beschrÃ¤nkt).

NÃ¤here ErÃ¶rterungen der Problematik erÃ¼brigen sich jedoch. Nach jetzigem Stand sind keinerlei Gesichtspunkte ersichtlich, dass die ErwerbsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin in absehbarer Zeit behoben sein wird. Es sprechen infolge des Zeitablaufs seit Ende der letzten TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin (inzwischen chronifiziertes Krankheitsbild) und der letztlich erfolglos gebliebenen medizinischen und beruflichen Rehabilitation mehr Gesichtspunkte dafÃ¼r als dagegen, dass die GesundheitsstÃ¶rungen der KlÃ¤gerin nicht mehr wesentlich zu beeinflussen sind.

Ãberdies ist der Senat â wie Prof.Dr.S. â zu der Ãberzeugung gekommen, dass die KlÃ¤gerin, anfangs noch unter vollschichtig einsetzbar, nunmehr nicht mehr in der Lage ist, eine ErwerbstÃ¤tigkeit in gewisser RegelmÃ¤Ãigkeit auszuÃ¼ben; jede TÃ¤tigkeit wÃ¼rde wieder zu einer Dekompensation fÃ¼hren und geht damit zu Lasten der Gesundheit.

Daher war die Beklagte mit der Kostenfolge aus Â§ 193 SGG zu verurteilen, unbefristete Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit Ã¼ber den 31.03.1996 hinaus zu zahlen.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 05.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024