

gescannt

Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

VdK, Der Sozialverband
Bez. Gesch. St. Oberbayern
Schellingstraße 31/II
80799 München



Ihr Zeichen
1350785-3K E-Akte

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
S 10 R 1414/17

Durchwahl
168

Datum
22.05.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit
Franz Aigner ./ Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Standort München

wird eine Abschrift des Gutachtens von Dr. Lorenz Schweyer vom 11.05.2018 zur Kenntnis und Stellungnahme (2-fach) **bis 29.06.2018** übersandt.

Es wird um Mitteilung gebeten, ob angesichts des negativen Ergebnisses der durchgeführten Beweisaufnahme die Klage zurückgenommen wird. Wenn nein, wird um Angabe der Gründe gebeten.

Ferner wird mitgeteilt, dass die Ermittlungen des Gerichts abgeschlossen sind und dass von Amts wegen derzeit keine weitere Begutachtung vorgesehen ist.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Wander

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht unterzeichnet.

Anlagen
wie im Text erwähnt

Dienstgebäude

Richelstraße 11
München
S-Bahn-Haltestelle
"Donnersbergerbrücke"
Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17

Besuchszeiten

Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr
Mo,Di,Do nachmittags nach
Vereinbarung

Telefon (089) 1 30 62 - 0
Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder
(089) 1 30 62 - 259
Internet <http://www.lsg.bayern.de>



Abschrift

IMB München · Ledererstraße 4 · 80331 München

Sozialgericht München
Richelstraße 11
80634 München

Sozialgericht MÜNCHEN
Eingel. 14. Mai 2018
No.
Vollmacht Umschlag
Bescheid/WB Anlagen
Rechnung

München, 11.05.2018
Unser Zeichen: 12632

S 10 R 1414/17

Herr Franz Aigner, geb. 13.03.1963
Egerstraße 5, 84524 Neuötting
Identitätsprüfung: gültiger Personalausweis
Gutachter: Dr. med. Lorenz Schwyer

Auf Veranlassung des Sozialgerichts München, 10. Kammer, vom 05.02.2018 (Beweisanordnung vom 05.02.2018) wird das nachfolgende

Psychiatrisch-Nervenärztliche/ Psychosomatisch-Psychotherapeutische Gutachten

in dem Rechtsstreit Franz Aigner ./.. Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Standort München wegen Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nach § 106 SGG erstellt. Das Gutachten stützt sich auf die Auswertung der übersandten Unterlagen sowie die Befragung und Untersuchung am **28.03.2018**.

Dr. med. Lorenz Schwyer
FA für Nervenheilkunde
FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Forensische Psychiatrie, Suchtmedizin
Verkehrsmedizinische Qualifikation
Medizinischer Sachverständiger (cpu)

Dr. med. Ralf Wagner
FA für Orthopädie, Chirotherapie
Medizinischer Sachverständiger (cpu)

IMB – München
Ledererstraße 4 / III. Stock
80331 München
Tel.: 089 – 21 66 68 92
Fax: 089 – 23 88 90 57
E-Mail: info@gutachterinstitut.de
www.gutachterinstitut.de

IMB – Berlin
Joachimsthaler Straße 17
10749 Berlin
Postfach 30 15 62
Tel.: 030 – 650 15 214
Fax: 030 – 889 24 937

IMB – Frankfurt am Main
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt
Tel.: 069 – 37 00 67 3113
Fax: 089 – 23 88 90 57

IMB – Hamburg
c/o Orthopädische Praxis Dr. Doukas
Fuhlsbüttler Straße 145 / III. Stock
22305 Hamburg

Partnerschaft
AG München PR 928

IMB – Dr. Schwyer – Dr. Wagner
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE11 3006 0601 0007 0908 54
Swift-Code: DAAEDED
U-St.-ID-Nr.: DE 257878373



I. Aktenkundiger Sachverhalt

Akte Sozialgericht München

Ärztlicher Entlassungsbericht, Prof. Dr. med. Ph. Martius (Chefarzt), Klinik Höhenried, vom 18.09.2014, (Blatt 141 f.)

Stationärer Aufenthalt vom 05.08. bis 17.09.2014.

Diagnosen: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. 2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. 3. Vordiagnostizierte ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung [...] Beim Vergleich mit dem Anforderungsprofil der letzten Tätigkeit beeinträchtigen die genannten Einschränkungen die Leistungsfähigkeit für die letzte Tätigkeit nicht. Somit besteht Leistungsvermögen für die letzte Tätigkeit und am allgemeinen Arbeitsmarkt von mindestens 6 Stunden. Wir besprachen unsere sozialmedizinische Einschätzung mit dem Patienten. In seiner Selbsteinschätzung sah sich Herr A. als noch einige Zeit arbeitsunfähig, aber leistungsfähig für die letzte Tätigkeit oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Einschränkungen der Teilhabe an der Gesellschaft und dem Alltag bestehen nicht.

Schlaflaborbericht, Dr. med. Robert Koch (Oberarzt, Leiter des Schlaflabors), vom 28.04.2016

Zusammenfassende Beurteilung: Bei dem Patienten sind schon mehrfach stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt. Auch hat er eine langfristige psychotherapeutische Behandlung hinter sich. In den letzten 2 bis 3 Jahren stand für ihn die Neuroborreliose als Ursache der Be-

schwerden im Vordergrund. Diesbezüglich ist auch eine antibiotische Therapie erfolgt. Weiterhin war er in einer Schmerzklinik bei orthopädischen Problemen. Derzeit wird im Wechsel im Ausmaß Mirtazapin und Amitriptylin zur Nacht genommen. Beide Medikamente bewirken bei ihm Beschwerden im Laufe des Tages mit „Überhang durch Amitriptylin“ sowie „extremes Aufputschgefühl“ unter Mirtazapin.

Nach Analyse des mitgebrachten Schlafprotokolls erscheint jedoch die subjektive empfundene Schlafzeit unter Mirtazapin deutlich gebessert. Die Schlafstörung des Patienten ist einerseits durch die anankastische, überbesorgte angespannte Grundpersönlichkeitsstruktur zu erklären. Der Patient selbst befürchtet die nicht ausgeheilte Neuroborreliose als Ursache und hat hier bereits selbstständig alternativ medizinische therapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Von Seiten der Schlafmedizin wäre gegebenenfalls ein Therapieversuch mit Seroquel in Absprache mit seinem behandelnden Psychiater zu überlegen. Außerdem wäre gegebenenfalls eine stationäre Schlafrestriktionstherapie im Rahmen einer Schlafschule empfehlenswert.

Ärztlicher Entlassungsbericht, Dr. med. Markus Zimmer
(Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin),
Orthopädische Klinik Tegernsee, vom 22.08.2016

Rehabilitationsaufenthalt vom 28.06. bis 26.07.2016.

Diagnose: Chronifiziertes Schmerzsyndrom, chronisch rezidivierendes BWS-, LWS-Syndrom und Zustand nach Disketomie L5/S1 1993, rezidivierende depressive Störung und dramatische Amputation 2., 3. und 4. Finger links im 4. Lebensjahr.

Sozialmedizinische Epikrise: Die Entlassung erfolgte arbeitsunfähig für weitere 4 Wochen zur Stabilisierung des Achsskeletts. Der Patient ist arbeitslos seit 2013.

Negatives Leistungsbild: Ständiges mittelschweres Heben und Tragen, ständiges Arbeiten in Zwangshaltung der Wirbelsäule. Arbeiten, die die volle Funktionsfähigkeit des linken Armes beziehungsweise der linken Hand erfordern, hinsichtlich zum Beispiel grober Kraft, Sensibilität, Koordination und Feinmotorik. Arbeiten in Nässe, Kälte, Zugluft, gekühlten Räumen. Arbeiten mit Absturzgefahr oder Schwindelfreiheit erfordernde Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern.

Aus orthopädischer Sicht bestünde ein Leistungsvermögen von mehr als 6 Stunden. Die Gesamtbeurteilung wird im Wesentlichen durch die somatoforme Schmerzstörung bestimmt. Eine Einschätzung des Leistungsvermögens auf dem neurologisch/psychiatrischen Fachgebiet sollte eingeholt werden. Begutachtung auf dem neurologisch/psychiatrischen Fachgebiet sollte eingeholt werden. Patient traut sich letzte Tätigkeit nur bedingt wieder zu. Patient würde sich eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch bedingt zutrauen.

Nervenärztliches Gutachten, Dr. med. Hartmut Kiefer (Arzt für Neurologie und Psychiatrie), vom 25.01.2017

Es wird ein Gesamt-GdB von 70 festgestellt.

Ärztliches Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung, Dr. med. E. Salewski (Neurologe und Psychiater), vom 02.02.2017, (Blatt 52)

Diagnosen: Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich

vermeidenden oder asthenischen Merkmalen. Angst und Depression, gemischt, gegenwärtig mittelschwer beziehungsweise gering bis mittelschwer ausgeprägt. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und traumatisch bedingter Verlust des linken 2. bis 4. Fingers (Unfall im Alter von 4 Jahren).

Sozialmedizinische Beurteilung: [...] Was die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit des Untersuchten betrifft, so ist nervenärztlicherseits diese Tätigkeit noch täglich 3 bis unter 6 Stunden zumutbar [...] Alternativ ist die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu beurteilen. Nach den Kenntnissen und Fähigkeiten des Untersuchten sind neuropsychiatrischerseits folgende körperliche und geistige Tätigkeiten zumutbar: leichte Tätigkeiten, täglich 6 Stunden und mehr, unter Berücksichtigung des oben genannten negativen Leistungsbildes.

Im Übrigen ist durch die in der sozialmedizinischen Beurteilung genannte zumutbare körperliche und geistige Belastbarkeit eine Gefährdung der Restgesundheit zu befürchten. Auch wird der weitere Verlauf der genannten neuropsychiatrischen Gesundheitsstörungen voraussichtlich nicht negativ beeinflusst werden.

Stationär durchzuführende Reha-Maßnahmen sind nervenärztlicherseits nicht indiziert, da hiervon keine wesentliche Steigerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten ist. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht erfolversprechend, da der Untersuchte keine Motivation erkennen lässt, eine berufliche Tätigkeit wieder auszuüben.

In der Akte finden sich diverse Arztbriefe von ambulanten und stationären Behandlungsversuchen, hierbei dominieren die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer somatoformen Schmerzstörung und verschiedenen Entitäten von Persönlichkeitsstörungen.

Sozialmedizinisches Kurzgutachten, Dr. med. U. Warweg,
vom 24.02.2017

Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; chronisches Schmerzsyndrom; chronisch-rezidivierende BWS-, LWS-Beschwerden und Zustand nach Disketomie L5/S1 1993.

Zusammenfassung und Beurteilung: Bei dem 53-jährigen Versicherten, welcher zuletzt in der Qualitätssicherung einer Mühle gearbeitet hat, besteht seit 21.09.2016 Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte leidet an einer schweren psychischen und psychosomatisch beeinträchtigenden Erkrankung, mit deutlicher Verschlechterung nach Verlust des Arbeitsplatzes. Für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit besteht Arbeitsunfähigkeit aufgrund der oben angegebenen Diagnosen und den hieraus resultierenden Funktionseinschränkungen.

Im Hinblick auf die genannten Diagnosen, den bisherigen Krankheitsverlauf sowie die vorliegenden Befunde, ist mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit nicht zu rechnen. Die Erwerbsfähigkeit ist aus sozialmedizinischer Sicht als erheblich gefährdet beziehungsweise bereits gemindert anzusehen. Die medizinischen Voraussetzungen gemäß § 51.1 SGB V liegen vor. Durch den zuständigen Rentenversicherungsträger sollte die Prüfung der Einleitung eines

Rehabilitationsverfahrens unter krankheitsspezifischen, psychosomatischen Gesichtspunkten erfolgen.

Arztbrief, Inn-Salzach Klinikum, Dr. med. R. Müller (Chefarzt), vom 19.06.2017, (Blatt 88 f.)

Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, sonstige nicht organische Schlafstörungen, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen [...]

Psychopathologischer Aufnahmebefund: Patient ist wach und zu allen Qualitäten ausreichend orientiert, im Gespräch freundlich zugewandt, jedoch sehr raumgreifend, logorrhöisch, ausschweifend. Konzentration, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit sind in der Untersuchungssituation unauffällig, werden vom Patienten aber als eingeschränkt erlebt. Kein Anhalt für Wahn, Halluzinationen oder Ich-Erlebnisstörungen. Im formalen Denken ist der Patient aber etwas weitschweifig, sprunghaft, grüblerisch, sonst aber keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen eruierbar. Patient beschreibt Ängste und Überforderungserleben. Im Affekt deutlich gedrückt, Affektivität insgesamt etwas verflacht, Grübeln, Anspannung, Nervosität, Reizbarkeit, Aggressionen, Wut, Ohnmachtsgefühle, Perspektivlosigkeit, Gefühle von Müdigkeit, Kraftlosigkeit und zunehmender Erschöpfung. Wiederkehrende Suizidgedanken, jedoch soweit von Suizidalität distanziert (so lange seine Mutter lebe, tue er sich nichts an). Ausgeprägte Schlafstörungen mit Schlaflosigkeit, Durchschlafstörungen,

Verdacht auf anankastische Persönlichkeit, in den Vorbefunden gesicherte ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung.

Arztauskunft, Dr. med. Jan Erik Döllein (Allgemeinarzt), vom 21.09.2017, (Blatt 49)

Herr Aigner ist seit dem Jahr 2006 regelmäßig in meiner hausärztlichen Behandlung. Je nach Schweregrad seiner Beschwerden und seiner weiteren sozialen Verhältnisse finden teilweise monatlich, teilweise zweimonatlich Gespräche statt. Seit 2006 steht bei Herrn Aigner ein, wie auch immer geartetes, chronisches depressives Syndrom im Raum, das sich mal mehr und mal weniger durch entsprechende Somatisierungsstörungen verschlechtert oder verbessert. Seit 2006 hat Herr Aigner im Rahmen seiner mittelgradig bis schwergradig depressiven Verfassung ca. sechs- bis siebenmal versucht, ein neues Arbeitsverhältnis einzugehen, wobei seine Qualifikation als Fachkraft für Qualitätsmanagement sicherlich einen Markt fände. In all den Arbeitsverhältnissen kam es immer wieder, meist im Rahmen der Probezeit, zu einer Kündigung beziehungsweise Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund teilweiser unüberbrückbarer Differenzen mit dem Arbeitgeber beziehungsweise dem Team, in dem der Patient eingebunden werden sollte. Nachfolgend nach jeder Kündigung war meist von einer Arbeitsunfähigkeit von 4 bis 8 Wochen auszugehen.

Von hausärztlicher Seite wurden verschiedene antidepressive Medikationen versucht, die jedoch alle keine Besserung erbrachten, es erfolgte eine umfassende, vor allem in den letz-

ten Jahren sehr intensive, auch mehrmals stationäre, Therapie, die aber allesamt keine nachhaltige Besserung der Situation erbrachten. In den Anlagen habe ich versucht, Ihnen alle stationären Unterlagen in Kopie beizulegen, um die Fülle der durchgeführten therapeutischen Bestrebungen darzustellen. Man muss aber sagen, dass letztlich im Vergleich zu 2006 nur eine Verschlechterung und sicher keine Verbesserung des Befindens des Patienten eingetreten ist. Auf der therapeutischen Odyssee des Patienten kam es immer wieder zu verschiedenen Diagnosen, wie zum Beispiel der chronischen Borreliose oder einem chronischen Fatigue-Syndrom, das sich aber nachhaltig nicht beweisen ließ. In der Zusammenschau der letzten 11 Jahre muss ich als Hausarzt hier von einer völlig frustranen Behandlungssituation, nicht nur durch mich, sondern durch multiple Kompetenzträger der Region, sprechen, prognostisch werden sich meiner Ansicht nach, die Beschwerden des Patienten nicht verändern.

Diagnosen: Chronische endogene Depression, wechselnde Intensität, mittelgradig bis schwergradig. Psychiatrie, Neurologie.

Arztauskunft, Neurozentrum Neuötting, Karin Krampfl (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), vom 06.10.2017, (Blatt 287 f.)

Diagnose: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei rezidivierender depressiver Störung, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, nicht organische Schlafstörung und kombinierte Persönlichkeitsstörung.

II. Eigene Angaben

Herr Aigner erscheint pünktlich zur Begutachtung und bringt nicht wie üblich den handschriftlich ausgefüllten Fragebogen zur Untersuchung, sondern ein selbst am Computer erstelltes Dokument mit, in dem er auf die Fragen aus dem Bogen ausführlich eingeht.

1. Biografische Anamnese

Herr Aigner sei in Neumarkt-Sankt Veit geboren. Er sei mit einem Bruder (42 Jahre alt) und einer Schwester (53 Jahre alt) bei den Eltern aufgewachsen. Die Mutter sei Landwirtin und der Vater Landwirt gewesen: „Die Mutter ist berufsunfähig ab 30 Jahren ohne sozialrechtliche Anerkennung und der Vater ist berufsunfähig ab 50 Jahren ohne sozialrechtliche Anerkennung.“ Er sei 10 Jahre lang zur Schule gegangen und habe die mittlere Reife. Danach habe er eine Ausbildung zum Radio- und Fernsichttechniker abgeschlossen.

Wichtige Stationen der Biografie:

1989 bis 1993	Radio- und Fernsichttechnikerhandwerk
1994	Berufsunfähigkeit wegen Bandscheibenschaden (LWS), medizinische Reha
1995 bis 1999	Lagermeister in Logistikbetrieb, Schichtleitung
1999	Erster „Burnout“ in Zusammenhang mit Scheidung

2000 bis 2001	Berufsausbildung in Qualitätsmanagement (Auditor)
2002 bis 2004	arbeitslos
2005 bis 2006	Selbstständig als privater Arbeitsvermittler
2006 bis 2007	Leiharbeit
2008 bis 2009	Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung
2009	Zweiter „Burnout“
2010 bis 2013	Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung
2013	Dritter „Burnout“, Reha
2013 bis 2018	Überwiegend arbeitsunfähig krank mit medizinischer Reha
2013 bis 2018	Überwiegend arbeitslos mit beruflicher Reha
2013 bis 2018	Fortwährend sozialrechtliche Auseinandersetzungen mit Sozialversicherungsträgern (Krankenkasse, Versorgungsamt, Rentenversicherung)
2015 bis 2016	Berufliche Integration als Qualitätsmanagementbeauftragter
2016	Vierter „Burnout“, medizinische Reha seit 2016 nicht bewilligt

2016	Antrag auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
------	----------------------------------------------------

Herr Aigner sei geschieden seit 1998. Er habe 2 Kinder, eine Tochter im Alter von 25 und einen Sohn im Alter von 27 Jahren. Er wohne aktuell zur Miete und sei krankgeschrieben seit dem 20.09.2016. Es sei ein Grad der Behinderung von 70 anerkannt. Es gebe diverse andere Rechtsstreitigkeiten im Kontext seines Gesundheitszustandes, zum Beispiel streite er seit Jahren mit der gesetzlichen Krankenkasse über die Kostenübernahme einer psychosomatischen stationären Krankenhausbehandlung. Schulden habe er keine.

2. Familienanamnese

Der Vater sei im Alter von 59 Jahren an Krebs verstorben. Er habe an Magen- und Darmkrebs und einer Alkoholsucht gelitten. Die 73-jährige Mutter sei „ihr Leben lang durch physische und psychische Erkrankungen schwer beeinträchtigt: Bis 60 schwere Migräne, schwerer Bandscheibenschaden ab 30 (Rückenkorsett), frühzeitiger Gelenkverschleiß (künstliche Kniegelenke), psychische Erkrankung: Depressionen“. Zum Gesundheitszustand der Kinder sagt er: „Beide Kinder haben unter der Scheidung der Eltern sehr gelitten und tragen psychische Erkrankungen beider Elternteile in die nächste Generation: Persönlichkeitsstörungen, Depressionen.“ Der 42-jährige Bruder leide ebenfalls an Depressionen und die 53-jährige Schwester an einer Persönlichkeitsstörung.

3. Somatische Anamnese

Auf die Frage nach körperlichen Erkrankungen sagt er: „Wirbelsäulenschaden (LWS, BWS, HWS), chronische Schmerzstörung (Fibromyalgie), chronische Erschöpfung (CFS) mit schwerer Schlafstörung, zunehmende Gelenksprobleme.“

4. Vegetative Anamnese

Wasserlassen	regelrecht
Stuhlgang	regelrecht
Appetit	normal
Körpergröße	175 cm (eigene Angaben)
Körpergewicht	74 kg (eigene Angaben)

5. Psychiatrische/Psychosomatische Anamnese

Stationäre Behandlungen:

2009	Reha (Psychosomatik), Marquartstein, 5 Wochen
2013	Reha (Psychosomatik), Bad Arolsen, 8 Wochen
2013/2014	Akutbehandlung (Psychosomatik), KH Taufkirchen, 13 Wochen
2014	Reha (Psychosomatik), Höhenried, 5 Wochen
2017	Akutbehandlung (Psychiatrie), Krankenhaus Freilassing, 5 Wochen

Ambulante fachärztliche Behandlung:

2010 bis 2013	Dr. Czycha (Facharzt Nervenheilkunde), Waldkraiburg
------------------	--------------------------------------------------------

2014 bis 2015	Dr. Schmidlechner (Facharzt für Nervenheil- kunde), Burghausen
2015 bis jetzt	Frau K. Krampfl (Fachärztin Nervenheil- kunde), Neuötting

Ambulante psychotherapeutische Behandlungen:

1999 bis 2000	Psychotherapie, Dr. Mayer, Altötting, ca. 25 Termine
2001 bis 2002	Psychotherapie Dr. Schmidt, Perach, ca. 25 Termine
2010 bis 2012	Psychotherapie, Dr. Schmidt, Perach, ca. 50 Termine
2013 bis 2015	Psychotherapie, Dr. Neurohr, Simbach am Inn, ca. 50 Termine
2015 bis heute	Psychotherapie, Dr. Niedermeier, Neuötting, mehr als 20 Termine

6. Medikamentenanamnese

Candecor 16 mg / 5 mg 1-0-0

Pregabalin 100 mg 1-0-0-1

Mirtazapin 7,5 mg 0-0-0-1

Schmerzmittel (Voltaren, Ibuprofen, Thomapyrin), nach Bedarf

Kortison „bei schweren Schmerzschüben (völlig gegensätzliche Empfehlung der Ärzte)“

„Kardenwurzel (als natürliches Antibiotikum)“

„Verschiedene Nahrungsergänzungspräparate (Ubiquinol, Q10, E-Zymin, Colon, Probiolact, Fit 40 Immun, etc.) nach Verordnung Dr. Straube (Spezialist für Borreliose).“

Herr Aigner berichtet, dass bei ihm schon mehrere Psychopharmaka, zum Beispiel Citalopram und Agomelatin versucht worden seien, jedoch mit geringem Erfolg. Die aktuelle Medikation nehme er regelmäßig und zuverlässig ein. Er nehme seine Medikamente hauptsächlich zur Verbesserung seines Schlafs und hier gebe es eine spürbare Wirkung.

7. Suchtanamnese

„Ein täglicher Alkoholkonsum findet nicht statt und insgesamt trinke ich wenig bis sehr wenig Alkohol. Die meisten Tage trinke ich zum Essen ein gepflegtes Bier oder ein Glas Wein.“ Herr Aigner sei Nichtraucher und habe auch sonst keinerlei Drogenerfahrungen.

8. Angaben zum Sachverhalt/Beschwerdenvortrag

Herr Aigner berichtet, dass sein Leben aufgrund der verschiedenen Erkrankungen sehr problematisch sei. Allerdings habe er sich hier halbwegs einrichten können. „Ich habe keine finanziellen Probleme mehr, wohne in einer kleinen Wohnung und komme alleine prinzipiell gut zurecht. Ich möchte auch weiterhin arbeiten. Allerdings hat sich jetzt mehrfach gezeigt, dass ich es nicht mehr schaffe in Vollzeit zu arbeiten. Wie gesagt möchte ich weiterhin arbeiten und habe deswegen auch nur eine Teilerwerbsunfähigkeitsrente beantragt.“

Bei der Frage nach seinen aktuellen gesundheitlichen Beschwerden verweist Herr Aigner auf eine Grafik auf einem DIN A4 Blatt. Er sagt hierzu: „Manche Ärzte sind mittlerweile froh, dass es dieses Dokument gibt.“

9. Medikamentenanamnese

Candecor 16 mg / 5 mg 1-0-0

Pregabalin 100 mg 1-0-0-1

Mirtazapin 7,5 mg 0-0-0-1

Schmerzmittel (Voltaren, Ibuprofen, Thomapyrin), nach Bedarf

Kortison „bei schweren Schmerzschüben (völlig gegensätzliche Empfehlung der Ärzte)“

„Kardenwurzel (als natürliches Antibiotikum)“

„Verschiedene Nahrungsergänzungspräparate (Ubiquinol, Q10, E-Zymin, Colon, Probiolact, Fit 40 Immun, etc.) nach Verordnung Dr. Straube (Spezialist für Borreliose).“

Herr Aigner berichtet, dass bei ihm schon mehrere Psychopharmaka, zum Beispiel Citalopram und Agomelatin versucht worden seien, jedoch mit geringem Erfolg. Die aktuelle Medikation nehme er regelmäßig und zuverlässig ein. Er nehme seine Medikamente hauptsächlich zur Verbesserung seines Schlafs und hier gebe es eine spürbare Wirkung.

10. Suchtanamnese

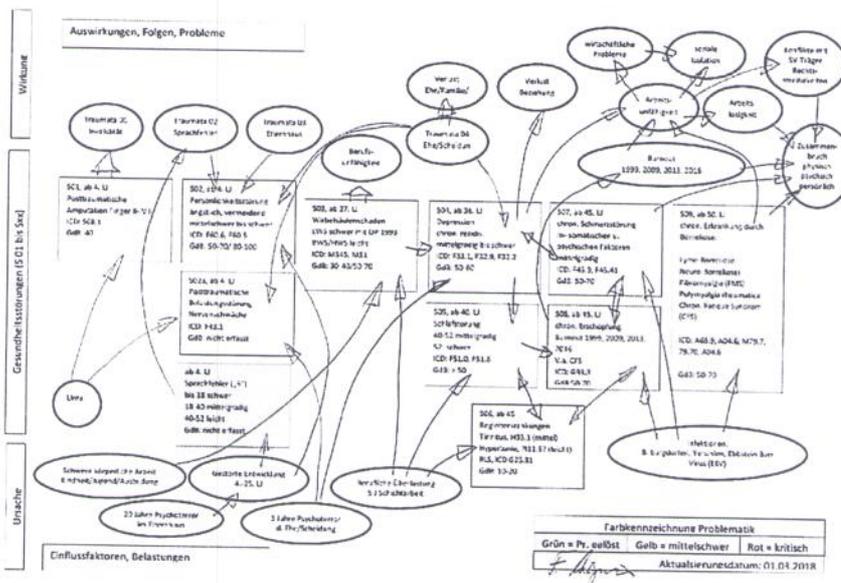
„Ein täglicher Alkoholkonsum findet nicht statt und insgesamt trinke ich wenig bis sehr wenig Alkohol. Die meisten Tage trinke ich zum Essen ein gepflegtes Bier oder ein Glas Wein.“
Herr Aigner sei Nichtraucher und habe auch sonst keinerlei Drogenerfahrungen.

11. Angaben zum Sachverhalt/Beschwerdenvortrag

Herr Aigner berichtet, dass sein Leben aufgrund der verschiedenen Erkrankungen sehr problematisch sei. Allerdings habe

er sich hier halbwegs einrichten können. „Ich habe keine finanziellen Probleme mehr, wohne in einer kleinen Wohnung und komme alleine prinzipiell gut zurecht. Ich möchte auch weiterhin arbeiten. Allerdings hat sich jetzt mehrfach gezeigt, dass ich es nicht mehr schaffe in Vollzeit zu arbeiten. Wie gesagt möchte ich weiterhin arbeiten und habe deswegen auch nur eine Teilerwerbsunfähigkeitsrente beantragt.“

Bei der Frage nach seinen aktuellen gesundheitlichen Beschwerden verweist Herr Aigner auf eine Grafik auf einem DIN A4 Blatt. Er sagt hierzu: „Manche Ärzte sind mittlerweile froh, dass es dieses Dokument gibt.“



Herr Aigner führt hierzu in der Begutachtungssituation aus: „Hier sind die verschiedenen diagnostizierten Gesundheitsstörungen eingetragen, im Zusammenhang von Ursache und Wirkungen. Mein erstes gesundheitliches Problem war ein Unfall mit 4 Jahren. Ich hab in der Landwirtschaft gespielt und bin

in eine Maschine hineingekommen. Das hat zu einer posttraumatischen Amputation von 3 Fingern geführt. Es war mein erstes Trauma: Dieser Unfall. Eine posttraumatische Belastungsstörung ist später diagnostiziert worden.“ Der Unterzeichner bittet Herrn Aigner an dieser Stelle die Symptome der „posttraumatischen Belastungsstörung“ kurz darzustellen: „Ich bin seither von meinem Nervenkostüm her nicht belastbar. Das hat mit Ängsten zu tun. Ich hatte zum Beispiel sportlichen Ehrgeiz, jedoch im Wettkampf, zum Beispiel beim Skifahren aber auch in der Schule oder bei anderen Prüfungssituationen, war ich dann total am Flattern. Schon beim Fußballspielen vorm Tor – ich hab in meiner gesamten Fußballlaufbahn vielleicht ein Tor geschossen. Ich habe handwerklich gute Fähigkeiten und sportlich gute Fähigkeiten, aber wenn es drauf ankommt, kann ich mein Können nicht ins Ziel bringen, weil dann einfach die Nerven nicht mitspielen.“ Zu seiner Grafik führt Herr Aigner weiter aus: „Sehr belastend war diese Situation auch für meine ganze Familie, da mein Vater neben mir stand, als es passierte. Mein Vater hat zu trinken angefangen, zeitlich würde das zusammen passen. Von 30 bis 40 war er zunehmend von schwerer Alkoholsucht betroffen. Letztendlich hat er dann 2 Jahrzehnte lang die Familie durch die Alkoholsucht tyrannisiert.“ An dieser Stelle bittet der Unterzeichner Herrn Aigner zu seinen eigenen Beschwerden zurückzukehren. „Was für mich belastender war als die Verletzung der Hand, war ein Sprachfehler, den ich im Alter von 5 Jahren entwickelt habe. Dieser wurde nicht behandelt. Zum Beispiel konnte ich damals meinen eigenen Namen nicht richtig sprechen, da ich kein „R“ aussprechen konnte. Ich sagte dann statt „Franz“ immer „Fa-anz“. Ich konnte das „R“ nicht ansatzweise

sprechen. Deshalb habe ich mich total aus der Kommunikation zurückgezogen. Das waren auch schockierende Erfahrungen in der Schule. Ich bin sogar von Lehrern bloßgestellt worden.“

Der Unterzeichner bittet Herrn Aigner über aktuelle Beschwerden zu berichten. Er sagt hierzu: „Psychisch bin ich einfach nicht belastbar, was Stresssituationen anbelangt. Ich bin dann oft so in einer Stehgreifargumentation wie gelähmt. Ich kann die Argumente nicht herbringen. Ich bring die Wörter nicht her. Teilweise Wortfindungsstörungen, teilweise Namen. Bin halt dann total blockiert und auch vom Bezug – teilweise ist mir diagnostiziert worden: ein Realitätsverlust. Ich würde es eher so bezeichnen: dass ich eher die kritischen Sachen sehe, als die positive Betrachtung – oft verliere ich meine Neutralitätsbewertungen im Alltag.“

Des Weiteren hat Herr Aigner im Selbstauskunftsbogen angegeben, dass er unter Schmerzen leide. Auf Nachfrage hierzu berichtet Herr Aigner: „Ich habe eine kaputte Lendenwirbelsäule, deshalb bin ich auch operiert worden.“ Die Beschwerden „geistern umeinander am ganzen Körper, zum Beispiel in der Muskulatur und in den Gelenken“. Herr Aigner beziffert die Stärke seiner Schmerzen auf der numerischen Schmerzskala (NRS) mit einer Stärke von 7 von 10 (die numerische Schmerzskala dient zur Einschätzung des Ausmaßes von Schmerzen durch die Betroffenen selbst, 0 steht hierbei für keinerlei und 10 für den maximal vorstellbaren Schmerz). Unter der Einnahme von Schmerzmitteln lindere sich der Schmerz auf die Stärke 4 von 10 auf der NRS. Herr

Aigner gibt hier des Weiteren an: „Mein Hauptproblem sind nicht die chronischen Schmerzen, sondern die chronische Erschöpfung und insbesondere die mangelnde Regenerationsfähigkeit.“ Beim Gehen sei er eingeschränkt, vor allem „bei hartem Untergrund wie Beton oder Asphalt“. Er könne eine Gehstrecke von 2 km ununterbrochen zurücklegen.

Typischer Tagesablauf:

Auch hierzu hat Herr Aigner ausführliche Angaben im Selbstauskunftsbogen gemacht: „Ich stehe zwischen 07:30 Uhr und 08:30 Uhr auf. Werktags eher früher, am meinem Erholungstagen Samstag, Sonntag sowie Mittwoch etwas später. Ich gehe regelmäßig zwischen 22:00 Uhr und 23:00 Uhr ins Bett. Essenszeiten: Früh 08:00 bis 09:00 Uhr, Mittag 12:00 bis 13:00 Uhr, Abend 18:00 bis 19:00 Uhr. Mein Tagesablauf (Leistungsfähigkeit) hängt stark von der nächtlichen Regeneration ab, welche stark schwankt, von schlecht bis katastrophal schlecht. Trotz Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit halte ich eine Tages- und Wochenstruktur aufrecht und versuche über weiterführende Aktivitäten meine Probleme (gesundheitlich sowie sozialrechtlich) nachhaltig zu lösen. Meine Wochenstruktur besteht aus 4 Arbeitstagen. Montag, Dienstag sowie Donnerstag und Freitag, wo ich im Umfang von 3 bis 5 Stunden arbeitstäglich berufsähnliche Beschäftigungen ausübe (um meine beruflichen Fähigkeiten aufrechtzuerhalten). Bereits nach 1 bis 2 Stunden Belastung bin ich erschöpft, egal, ob es um körperliche, geistige oder psychische Beanspruchung geht. Um gut über den Tag zu

kommen, achte ich darauf, dass ich rechtzeitig Pausen einlege und fortlaufend die „Disziplin“ (Körper/Seele/Geist) wechsle (Pacing).

Ich stehe frühmorgens auf, ziehe die Jalousien hoch, lüfte die Wohnung durch und nehme danach mein am Abend vorbereitetes Frühstück (Müsli) ein. Je nach Schweregrad von Erschöpfung sowie Schmerzstörung verbinde ich die Morgenhygiene mit einer physikalischen Therapie in Form eines warmen Vollbades. Das lindert die Schmerzen, die Muskulatur und Gelenke. Des Weiteren hilft mir eine frische Dusche den Kreislauf anzukurbeln und überhaupt auf die Füße zu kommen und in den Tag starten zu können.

Am Vormittag kümmere ich mich meist um Behördenkram, Post und meinen Haushalt. Gegen Mittag ist meine Energie verbraucht und ich gehe werktags in ein Gasthaus (a) zum Mittagessen und (b) um regelmäßig in Gesellschaft zu kommen und (c) weil sich Kochen für mich alleine nicht lohnt. Nach dem Mittagessen trinke ich einen starken Kaffee oder Espresso, das hilft mir, um wieder in die Gänge zu kommen. Früher habe ich viermal in der Woche meinen Körper trainiert über Freizeitsportarten wie Radfahren, Laufen, Schwimmen oder ähnliches. Mittlerweile stellt der Sport im herkömmlichen Sinne für meine Erkrankungssituation mehr Problem als Lösung dar. Mein neuer (in der Reha erlernter) Ansatz ist: Der Körper braucht zur Gesunderhaltung nicht Sport, der Körper braucht BEWEGUNG. Ich bewege mich sehr viel. Basistraining: Nordic Walking oder Fahrradfahren, weiter Wandern, Schwimmen und ähnliches, alles (mittlerweile) ohne sportlichen Ehrgeiz, in moderater und regelmäßiger Weise. Meinen

Pacing-Alltag kann ich am besten an meinem Hobby beschreiben: Fahrradfahren, Fahrradtechnik, Fahrradreparatur (PACING steht für Energiemanagement über chronische Erschöpfung).

Ich bin grundsätzlich fähig ein Laufrad neu einzuspeichen und zu zentrieren. Eine Aufgabe, die sehr viel Konzentration erfordert. Spätestens nach einem Laufradsatz ist meine Konzentration soweit verbraucht, dass ich nicht mehr in der Lage bin fehlerfrei oder effizient zu arbeiten. Nun beende ich diese Tätigkeit und mache mich auf eine ausführliche Probefahrt, wechsle also die Disziplin (Pacing), wo ich den Körper belasten/trainiere, den Geist entlaste und gleichzeitig für psychische Entspannung Sorge. Wenn ich nach diesem körperlichen Training nach Hause komme, stelle ich mich unter die Dusche und bin dann noch mal in der Lage, mich zum Beispiel mit Fahrradtechnik zu befassen bis die Tagesenergie vollständig zur Neige geht. Ein normales/bürgerliches Leben ist aufgrund der Erkrankungssituation nicht mehr möglich. Das zeigt sich insbesondere am Abend, wo ich völlig leer bin und auch nicht mehr in der Lage bin, ein kulturelles oder gesellschaftliches Leben zu pflegen. Mit diesem Hintergrund bin ich ebenfalls nicht mehr in der Lage, ein normales Beziehungsleben zu leben.“

An dieser Stelle hat der Untersucher keine weiteren Fragen mehr. Herr Aigner wird gefragt, ob er etwas ergänzen möchte. Er sagt hierzu: „Wenn man das so liest, dann könnte man vielleicht ein hohes intellektuelles Niveau herauslesen und da kann ich meine Problematik ein bisschen erklären: Ich habe für dieses Schriftstück eine ganze Woche benötigt, um das

zusammenfassen zu können. Wenn ich so was ausarbeite, dann bin ich nach 2 Stunden auch am Ende. Sie können problemlos weiter arbeiten, ich kann das nicht mehr. Das ist halt der Unterschied. Wichtig ist auch noch, dass sich 2013 eine massive Veränderung ergeben hat. Ich war bis zum 50. Lebensjahr sicherlich überdurchschnittlich leistungsfähig. Im Nachhinein weiß man es gibt einen Zusammenhang mit einer Borrelieninfektion. Ich habe 5 Jahre lang eigentlich nicht gewusst was mit mir los ist. Es wurde eine Fibromyalgie diagnostiziert, die Borreliose hat man so betrachtet, dass mit 14-tägiger Antibiotikagabe alles ausgeräumt ist. Man hat dann nur noch ganz allgemein eine chronische Schmerzstörung weiterverfolgt und eine chronische Erschöpfung, ohne dass es diagnostisch jemals vollständig aufgeklärt wurde, aus meiner Sicht und ich war jetzt dieses Jahr im Krankenhaus lange stationär im Schmerzzentrum in Vilsbiburg bei Dr. Gockel und der hat mir Klarheit verschaffen können. Mit meinem Fall ist es so eine komplexe Erkrankung, dass man die Zusammenhänge im Nachhinein gar nicht mehr feststellen kann. Ist es psychisch? Ist es somatisch? Er sagt, man kann mehr oder weniger nur noch die Symptome behandeln, sprich, schauen dass man die Schmerzen lindert. Und er ist sogar so weit gegangen, dass er mir empfohlen hat die Sache mit Cannabinoid zu behandeln. Dies ist auch im klinischen Setting ausprobiert worden - 3 Wochen. Es hat sich eine sehr gute Wirksamkeit gezeigt, die Schmerzen waren weniger, der Schlaf war besser und ich war insgesamt entspannter und ausgeglichener. Bei voller Klarheit – also keine Nebenwirkungen. Ob ich diese Be-

handlung weiterhin haben kann, liegt jetzt bei der Krankenkasse, beim medizinischen Dienst. Ich muss erst eine entsprechende ambulante Weiterbehandlung beantragen.“

III. Untersuchungsbefunde

1) Psychiatrischer Befund

Herr Franz Aigner, geboren am 13.03.1963, erscheint pünktlich zum anberaumten Untersuchungstermin. Er sei mit dem Zug zur Begutachtung angereist. Im äußeren Erscheinungsbild ist er gepflegt und altersadäquat gekleidet. Die Kontaktaufnahme gestaltet sich problemlos. Zum Zeitpunkt der Begutachtung ist Herr Aigner wach, bewusstseinsklar und zu den Grundqualitäten orientiert. Mnestiche Defizite (Kurz- und Langzeitgedächtnis, Merkfähigkeit) finden sich nicht. Auch im Zeitgitter finden sich keine Störungen. Die Konzentration und Aufmerksamkeit sind während des gesamten Untersuchungsgesprächs unbeeinträchtigt. Der formale Denkablauf ist unauffällig. Kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Ichstörungen. Psychomotorisch wirkt der Antrieb ungestört, anamnestisch wird jedoch von Antriebsmangel berichtet. Die Stimmung ist ausgeglichen. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist erhalten. Kein Anhalt für generalisierte Ängste oder Phobien. Keine Hinweise auf Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Keine latente oder manifeste Suizidalität.

2) Neurologischer Befund

Hirnnerven:

Keine subjektive Sehstörung. Fingerperimetrisch intaktes Gesichtsfeld. Freie und regelrecht koordinierte Augenmotilität. Keine Lidspaltendifferenz. Kein Nystagmus. Keine Sensibilitätsstörungen im Bereich des Gesichts. Nervenaustrittspunkte des Nervus trigeminus frei. Korneal- und Masseterreflex beidseits auslösbar. Seitengleiche Innervierung der mimischen Gesichtsmuskulatur. Subjektiv unauffälliges Hörempfinden. Regelrechte Kraftentfaltung der Schulterheber und der Mm. Sternocleidomastoidei. Symmetrisch innervierte Zunge ohne Atrophien. Freie Beweglichkeit. Unauffällige Sprache.

Extremitäten:

Keine Paresen. Regelrechter Tonus und normale Kraftentfaltung an den oberen und unteren Extremitäten. Keine anderen umschriebenen Atrophien.

Reflexe:

Brachioradialisreflex:	seitengleich mittellebhaft
Bizepssehnenreflex:	seitengleich mittellebhaft
Trizepssehnenreflex:	seitengleich mittellebhaft
Patellarsehnenreflex:	seitengleich mittellebhaft
Achillessehnenreflex:	seitengleich mittellebhaft
Tibialis post. Reflex:	seitengleich mittellebhaft

Keine pathologischen Reflexe der Babinski-Gruppe.

Extrapyramidales System:

Kein Tremor, kein Rigor. Unauffällige Mimik, regelrechtes Mitschwingen der Arme beim Gehen.

Koordination:

FNV (Finger-Nase-Versuch):	unauffällig.
KHV (Knie-Hacke-Versuch):	unauffällig.

Romberg-Versuch: unauffällig.
Seiltänzerengang: unauffällig.
Seiltänzerblindgang: unauffällig.

Sensibilität:

Keine Störung der Oberflächen- oder Tiefensensibilität, außer subjektiver Sensibilitätsstörung für Berührungen am linken lateralen Unterschenkel und Fußbereich sowie am rechten medialen Unterschenkel und Fußbereich.

Keine Störung der Lageempfindlichkeit.

3) Körperlicher Untersuchungsbefund

Herr Aigner ist in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Keine Zyanose, keine Dyspnoe, keine Ödeme. Haut warm und trocken. Normale Pigmentierung und Behaarung. Mundhöhle: Zunge feucht, keine Halsvenenstauung, Schilddrüse nicht vergrößert palpabel. Pulmo: Lungengrenzen beidseits in normaler Höhe stehend, gute Zwerchfellverschieblichkeit, sonorer Klopfeschall beidseits. Vesikuläres Atemgeräusch beidseits. Keine Rasselgeräusche. Kein Reiben. Exspirium normal. Cor: Herztöne rein und rhythmisch, keine vitientypischen Herzgeräusche, Pulse der Arteria radialis, brachialis, femoralis, poplitea, tibialis, posterior sowie dorsalis pedis tastbar. Kein Strömungsgeräusch über der A. femoralis beidseits. Abdomen: Weich, kein Druckschmerz. Keine Abwehrspannung. Darmgeräusche über allen vier Quadranten vorhanden. Leber und Milz nicht vergrößert palpabel. Keine Resistenzen palpabel.

4) Laboruntersuchung, 28.03.2018

Medikamentenspiegel im Serum:

- Mirtazapin 9 µg/l (Norm 30 - 80)

- Desmethylnortazapin 3,1 µg/l
- Pregabalin 0,6 mg/l (Norm 2,0 - 5,0)

IV. Diagnosen

Auf psychiatrisch-nervenärztlichem/ psychosomatisch-psychotherapeutischem Fachgebiet bestehen bei Herrn Franz Aigner, geboren am 13.03.1963, folgende Diagnosen:

- **Anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5)**
- **Somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)**
- **Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4).**

V. Beurteilung

Herr Aigner ist ein 55-jähriger Mann, der früher unter anderem als Auditor im Qualitätsmanagement gearbeitet hat. Aufgrund von Schmerzen und depressiver Symptome fühle er sich für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr in der Lage. In der Gerichtsakte finden sich diverse Berichte über psychische Erkrankungen, insbesondere über Probleme mit Schmerzen und rezidivierende depressive Episoden, wie zuletzt von Karin Krampfl (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), am 06.10.2017, (Blatt 287 f.) attestiert. Da es sich bei den genannten Erkrankungen um schwerwiegende

Krankheitsentitäten mit potenziell chronischem Verlauf handelt, die die Erwerbsfähigkeit eines Menschen erheblich mindern oder vollständig aufheben können, sollten die Diagnosen nun näher diskutiert werden. Zunächst zur somatoformen Schmerzstörung. Diese ist im ICD-10 im Kapitel 45 beschrieben - hier ist zu lesen:

Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperlichen Ursachen vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen, widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren; sogar bei deutlichen depressiven und Angstsymptomen kann er sich so verhalten. Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend. Bei diesen Störungen besteht häufig ein gewisses aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, besonders bei Patienten, die empfindlich darauf reagieren, dass es ihnen nicht gelungen ist, Ärzte von der grundsätzlich körperlichen Natur ihrer Erkrankung und von der Notwendigkeit weiterer Nachforschungen und Untersuchungen zu überzeugen.

Da insbesondere bei Schmerzen derartiges Verhalten auftritt wurde das Unterkapitel F45.4 eingeführt. Dieses repräsentiert die Diagnose der sogenannten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die vorherrschende Beschwerde bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung.

Hier nicht zu berücksichtigen sind Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten. Schmerz, der in Verbindung mit psychophysiologischen Mechanismen auftritt (wie beispielsweise Muskelspannungsschmerz oder Migräne), von dem man aber annimmt, dass er eine psychische Ursache aufweist, sollte unter F54 (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) in Verbindung mit einem zusätzlichen Code aus einem Kapitel in der ICD-10 (z.B. Migräne, ICD-10 G43) kodiert werden.

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung kurz aufgeführt:

A: Mindestens sechs Monate kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann und der anhaltend der Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Patienten ist.

B: Ausschluss Vorbehalt: Die Störung tritt nicht während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung auf oder ausschließlich während einer affektiven Störung, einer Somatisierungsstörung, einer undifferenzierten Somatisierungsstörung oder einer hypochondrischen Störung.

Das ICD-10 sieht zwei Unterkategorien bei der Diagnose dieser Störung vor. In der Kategorie ICD-10 F45.40 werden die anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen ohne körperliche Beteiligung aufgelistet, häufig liegt jedoch ein Mischbild vor, d.h. es sind objektivierbare Befunde vorhanden, die allerdings das Ausmaß der Störung nicht erklären. Für diesen Fall ist die Kodierung ICD-10 F45.41 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren) zu vergeben.

Herr Aigner berichtete von Schmerzen, die im Körper umherwanderten. Das Ausmaß der vermittelten Schmerzen ist medizinisch so sicherlich nicht vollständig erklärt. Herr Aigner berichtete von starken Schmerzen, zum Beispiel auch während der Untersuchung (er bezifferte die Stärke seiner Schmerzen mit einer 7 von 10 auf der NRS). Schmerzen engten ihn im Alltag ein und seien ständiger Fokus der Aufmerksamkeit, wie in den entsprechenden Kriterien des ICD-10 gefordert. Die

Einnahme von Schmerzmitteln hätte nur geringe Effekte auf die beschriebene Symptomatik.

Im Widerspruch zu den Angaben von Herrn Aigner, gab es in den Untersuchungssituationen keinerlei Hinweise für das Vorliegen signifikanter Schmerzen. Zum Beispiel beim Entkleiden für die körperliche Untersuchung zeigten sich ebenfalls keinerlei Einschränkungen. Letztlich wäre aus Sicht der Unterzeichner nicht erahnbar gewesen, dass so signifikante Schmerzen vorliegen, wenn Herr Aigner diese nicht glaubhaft geschildert hätte. Auch die Schilderung des typischen Tagesablaufes ist untypisch für einen Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung mit einem höheren Ausprägungsgrad. Herr Aigner führt ein vergleichsweise aktives Leben. Auch die Anreise zum Untersuchungstermin mit dem Zug habe für ihn kein größeres Problem dargestellt. Auffällig ist zudem, dass Herr Aigner das Medikament Pregabalin, das in der Regel im Kontext somatoformer Schmerzen verordnet wird, offensichtlich nicht regelmäßig einnimmt – hierauf deutet zumindest der Laborbefund hin.

Daneben muss das Vorliegen einer depressiven Störung im Falle von Herrn Aigner diskutiert werden. Die entsprechenden Diagnosekriterien befinden sich im ICD-10 im Kapitel F3 - hier ist zu lesen:

Bei den typischen leichten (ICD-10 F32.0), mittelgradigen (ICD-10 F32.1) oder schweren (ICD-10 F32.2/F32.3) Episoden leidet die betroffene Person unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit sich zu freuen, das Interesse und die Konzentration

sind beeinträchtigt. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt, sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle und Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung ändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf äußere Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden (wie Interessenverlust oder Unfähigkeit sich zu freuen, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetits-, Gewichts- und Libidoverlust). Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Diagnostische Kriterien sind:

G1: Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.

G2: In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wären, um die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (ICD-10 F30) zu erfüllen.

G3: Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.

Im Kapitel ICD-10 F32.0 wird die leichte depressive Episode als die am schwächsten ausgeprägte affektive Störung, die für Herrn Aigner als Diagnose in Frage käme, besprochen. Hier

ist zu lesen: Die betroffene Person ist im Allgemeinen beeinträchtigt, aber oft in der Lage, ihre meisten Aktivitäten zu bewältigen.

Diagnostische Kriterien:

A: Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (ICD-10 F32G1 bis G3) sind erfüllt.

B: Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:

1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß (die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend).
2. Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren.
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

C: Eins oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome, so dass die Gesamtzahl aus B und C mindestens vier oder auch fünf ergibt:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. Selbstvorwürfe oder ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle.
3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten.
4. Klagen über oder Nachweis eines geminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit.
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv).
6. Schlafstörungen jeder Art.

7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Zum Untersuchungszeitpunkt am 28.03.2018 waren die Kernkriterien einer depressiven Episode nicht mehr erfüllt. Die Stimmungslage von Herrn Aigner war während des Gespräches weitestgehend ausgeglichen. Nur bei der Thematisierung belastender Themen schien sie leicht gedrückt (Kriterium B1). Seine Stimmungslage kehrte jedoch bei Themenwechsel prompt in den euthymen Zustand zurück. Dass das Kriterium B2 (Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten) im Fall von Herrn Aigner erfüllt ist, versuchte dieser im Gespräch zu verdeutlichen – hiergegen spricht jedoch zum Beispiel sein typischer Tagesverlauf. Das Kriterium B3 (verminderter Antrieb) wurde zwar ebenfalls anamnestisch angegeben, jedoch konnte Herr Aigner eine mehrstündige Untersuchung durch die Unterzeichner problemlos durchhalten. Auch die Anreise zum Begutachtungsort mit der Bahn konnte er problemlos bewältigen. Erhöhte Erschöpfbarkeit zeigte sich am Begutachtungstag nicht. Auch seine Psychomotorik war unauffällig, ja sogar lebhaft. Während des Gesprächs stellte er immer wieder spontan Fragen, machte Andeutungen oder Anmerkungen. Letztlich ließ sich ein Antriebsmangel in der Untersuchungssituation daher nicht objektivieren und auch die Angaben des typischen Tagesablaufs sprechen eher gegen einen klinisch relevanten Antriebsmangel. Da alle 3 Kernkriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt waren, kann diese Diagnose nicht vergeben werden.

Dennoch sollen hier auch die Nebenkriterien einer depressiven Episode kurz diskutiert werden. Hier ist sicherlich das Kriterium C1 (Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls) vorhanden. Dies konnte Herr Aigner glaubhaft verdeutlichen. Daneben sind formal die Kriterien C4 (Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen) und C5 (Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung) erfüllt, wobei hier einschränkend angemerkt werden muss, dass diese Kriterien aus gutachterlicher Sicht wenig zielführend sind. Letztlich reicht für die Erfüllung dieser Kriterien das bloße Klagen beziehungsweise die subjektive Angabe des Probanden, dass diese Symptome vorliegen, auch wenn sie, wie auch im vorliegenden Fall, in der Untersuchung in keinster Weise objektiviert werden können. Das ICD-10 lässt in diesem Punkt die für eine Begutachtung wünschenswerte Trennschärfe vermissen. Auch das Kriterium C6 (Schlafstörungen jeder Art) ist ähnlich weich formuliert und muss daher als gegeben gewertet werden, da Herr Aigner von Schlafstörungen berichtete.

Außergewöhnlich war die Genauigkeit und Akribie, mit der sich Herr Aigner ausdrückte und auch seine Beschwerden für den Begutachtungstag aufarbeitete. Während der Untersuchung zeigte sich ein zwanghaftes Verhaltensmuster, das sich auch im Aktenauszug widerspiegelt (z.B. im Schlaflaborbericht von Dr. med. Robert Koch (Oberarzt, Leiter des Schlaflabors) vom 28.04.2016). Die Diagnosekriterien, die im ICD-10 für die anankastische Persönlichkeitsstörung beschrieben werden, sind die folgenden:

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus und von übertriebener Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet ist; damit verbunden sind ständige Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Rigidität. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken und Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung müssen erfüllt sein
- B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
 - 1. Gefühle von starkem Zweifel und übermäßiger Vorsicht
 - 2. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen
 - 3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert
 - 4. Übermäßige Gewissenhaftigkeit und Skrupelhaftigkeit
 - 5. Unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung bis zum Verzicht auf Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen
 - 6. Übertriebene Pedanterie und Befolgung sozialer Konventionen
 - 7. Rigidität und Eigensinn
 - 8. Unbegründetes Bestehen darauf, dass andere sich exakt den eigenen Gewohnheiten unterordnen, oder unbegründete Abneigung dagegen, andere etwas machen zu lassen

Das A-Kriterium ist bei Herrn Aigner sicherlich erfüllt. Hierunter ist z.B. zu verstehen, dass die Störung von langer Dauer ist, seine Verhaltensweisen deutlich von kulturell erwartetem

Verhalten abweichen und dass es Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen gibt. Hierfür gibt es beispielsweise auch im Aktenauszug Hinweise. So schreibt z.B. Dr. med. Jan Erik Döllein (Allgemeinarzt) in seiner Arztauskunft vom 21.09.2017, (Blatt 49): „Seit 2006 hat Herr Aigner im Rahmen seiner mittelgradig bis schwergradig depressiven Verfassung ca. sechs- bis siebenmal versucht, ein neues Arbeitsverhältnis einzugehen, wobei seine Qualifikation als Fachkraft für Qualitätsmanagement sicherlich einen Markt fände. In all den Arbeitsverhältnissen kam es immer wieder, meist im Rahmen der Probezeit, zu einer Kündigung beziehungsweise Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund teilweiser unüberbrückbarer Differenzen mit dem Arbeitgeber beziehungsweise dem Team, in dem der Patient eingebunden werden sollte.“

Die beschriebenen Phänomene sind typisch für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. Bezogen auf die unter B genannten Kriterien erfüllt Herr Aigner aus Sicht der Unterzeichner zumindest die Kriterien B2, B3, B4, B6 und B7. Daher ist die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung im vorliegenden Fall gerechtfertigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Fall von Herrn Aigner sicherlich die Persönlichkeitsstörung das klinische Bild prägt. Dies ist auch dem Umstand geschuldet, dass die depressive Symptomatik sich zuletzt offensichtlich stark gebessert hat – sodass die Kriterien einer depressiven Episode zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr erfüllt waren. Hierfür

spricht auch, dass Herr Aigner offensichtlich zuletzt seine Medikation nicht mehr regelmäßig eingenommen hat (siehe Laborbefund-Medikamentenspiegel) – ein Umstand, der bei einer Verbesserung von depressiven Symptomen häufig zu beobachten ist. Es wurden in der Vergangenheit depressiv anmutende Episoden berichtet, daher ist von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, die mit einer erhöhten Rückfallgefahr für depressive Episoden in der Zukunft einhergeht, weshalb eine konsequente medikamentös-antidepressive Behandlung wünschenswert wäre, weil dadurch die Rückfallgefahr signifikant reduziert werden könnte.

Daneben berichtete Herr Aigner von starken Schmerzen im ganzen Körper. Jedoch ist aus Sicht der Unterzeichner fraglich, ob die Schmerzen eine Beeinträchtigung der körperlichen und/oder psychischen Leistungsfähigkeiten nach sich ziehen. Die Angaben von Herrn Aigner, seine alltäglichen Verrichtungen und die unauffällige Verhaltensbeobachtung während der aktuellen Exploration, sprechen dafür, dass derzeit von keinem ausgeprägten Schmerzerleben ausgegangen werden kann, beziehungsweise deutet aus Sicht der Unterzeichner das gezeigte Verhalten darauf hin, dass Herr Aigner vorhandene Schmerzen gut kompensieren kann. Offensichtlich hat er gelernt, mit seinen Schmerzen zu leben und sie führen bei ihm nicht wie in schwereren Fällen der gleichen Erkrankung zu einem starken problematischen Schonverhalten. Daher haben die Schmerzen letztlich auf funktioneller Ebene nur eine geringe Bedeutung.

Bei der Bewertung von Persönlichkeitsstörungen ist von Bedeutung, dass sie nur selten mit einer teilweisen oder voller Erwerbsminderung einhergehen, da Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in der Regel für bestimmte Berufe besonders geeignet sind. Menschen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung sind z.B. besonders gut für Aufgaben geeignet, die ein hohes Maß an Perfektionismus und Genauigkeit erfordern. Außerdem ist im vorliegenden Fall nicht von einer schweren Persönlichkeitsstörung auszugehen, daher lässt sich im Fall von Herrn Aigner keine signifikante Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus aus dem Vorhandensein der Persönlichkeitsstörung ableiten.

Die beschriebenen psychischen Störungen sind sicherlich klinisch relevant. Jedoch haben diese aus Sicht der Unterzeichner, wie bereits auch in diversen Einschätzungen und Gutachten zuvor dargelegt (zuletzt im Ärztliches Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung von Dr. med. E. Salewski (Neurologe und Psychiater) vom 02.02.2017 (Blatt 52)), keine signifikante Minderung der Erwerbsfähigkeit zur Folge. Bei Herrn Aigner scheint vielmehr relevant, dass jetzt unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen eine geeignete Arbeit für ihn gefunden wird. Die Suche nach einer leidensgerechten Arbeitsstelle mag unter Umständen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, dabei handelt es sich aber in erster Linie nicht um ein medizinisches Problem. Die rasche Aufnahme einer adäquaten beruflichen Tätigkeit wäre darüber hinaus sowohl aus therapeutischer als auch aus gutachterli-

cher Sicht wünschenswert, da diese wahrscheinlich dazu führen würde, dass die bei Herrn Aigner bestehenden Beschwerden sich weiter verbessern.

Herr Aigner kann sich derzeit nach eigenen Angaben eine vollschichtige Erwerbstätigkeit kaum vorstellen. Ein Wiedereinstieg in das Arbeitsleben ist bei Herrn Aigner aber grundsätzlich kurzfristig wieder möglich. Dies wird für ihn mit einer gewissen Anstrengung, vor allem in den ersten Wochen der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, verbunden sein. Diese ist jedoch zumutbar. Es wäre davon auszugehen, dass sich eine rasche Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit auch aus therapeutischer Sicht eher günstig auf den weiteren Verlauf auswirkt und einer Chronifizierung des sich entwickelnden regressiven Vermeidungsverhaltens entgegenwirkt. Insofern ist aus ärztlicher Sicht davon auszugehen, dass eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit leichten bis mittelschweren Arbeiten nicht zu einer Verschlechterung des bestehenden Störungsbildes führen würde, sondern im Gegenteil zu einer Verbesserung. Die üblichen Pausen sind dabei ausreichend. Zusätzliche Pausen sind nicht notwendig. Die Tätigkeit kann auch vollschichtig ausgeübt werden.

VI. Beantwortung der Fragen lt. Gutachtauftrag

1.

Welche Gesundheitsstörungen bestehen bei dem Kläger seit August 2016 (Rentenantragstellung)? Es wird gebeten, die Erkrankung in das Klassifizierungssystem ICD-10 einzuordnen.

Es besteht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), eine somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5)

2.

Hat sich der Gesundheitszustand seit dem letzten Rentenverfahren verschlechtert, gegebenenfalls in welcher Hinsicht und seit wann?

Nein, der Gesundheitszustand hat sich nicht verschlechtert.

3.

Welche Arbeiten kann der Kläger seit dem oben unter Ziffer 1 genannten Zeitpunkt beziehungsweise dem Zeitpunkt einer eventuellen Befundänderung mit Rücksicht auf die bestehenden Gesundheitsstörungen/Funktions Einschränkungen ohne zumutbare Schmerzen und ohne Gefährdung der Gesundheit unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten?

a)

Schwere, mittelschwere, leichte Arbeiten? Aus welchem Grund gegebenenfalls nur leichte Tätigkeiten? Vergleiche hierzu die Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung am Arbeitsmarkt als Anlage.

Es sind leichte bis mittelschwere Arbeiten möglich.

b)

Arbeiten im Gehen, Stehen oder Sitzen? Zu welchen Anteilen in etwa möglich?

Es sind Arbeiten, die überwiegend im Gehen, überwiegend im Stehen und/oder überwiegend im Sitzen verrichtet werden, möglich.

c)

Arbeiten im Freien, in geschlossenen Räumen?

Arbeiten sind sowohl im Freien als auch in geschlossenen Räumen möglich.

d)

Wie viele Stunden täglich?

aa) weniger als drei Stunden?

bb) drei bis unter sechs Stunden?

cc) sechs Stunden oder mehr?

dd) vollschichtig (acht Stunden)?

Es besteht ein vollschichtiges Leistungsbild.

e)

Mit welchen Unterbrechungen (Anzahl und Dauer)? Gegebenenfalls nur mit längeren Pausen (in welchem Rhythmus, wie lange)?

Es reichen die üblichen Pausen.

f)

Müssen bestimmte Verrichtungen (zum Beispiel Heben und Tragen von Lasten, häufiges Bücken, Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten an Maschinen, auch Büromaschinen, am Bildschirm) vermieden werden? Warum konkret?

Aus psychosomatisch-psychotherapeutischer bzw. nervenärztlich-psychiatrischer Sicht müsste Heben und Tragen von schweren Lasten in Kombination mit angespannter Körperhaltung oder längerer Zwangshaltung vermieden werden.

4.

Falls der Kläger noch eine Tätigkeit ausübt: Kann der Kläger insbesondere die derzeit ausgeübte Tätigkeit weiterhin ohne Gefahr für die Restgesundheit verrichten?

Entfällt.

5.

Falls die Beantwortung der Fragen unter Ziffer 3 eine Einschränkung des Leistungsbildes ergeben hat: Gibt es objektive Anhaltspunkte, dass dieses bereits früher als der Rentenantrag bestanden hat? Falls solche objektiven Anhaltspunkte bestehen, machen Sie, falls erforderlich, bitte

zusätzliche Angaben zum Umfang des Leistungsbildes in der Zwischenzeit.

Entfällt.

6.

Welchen Fußweg kann der Kläger von seiner Wohnung zum öffentlichen Verkehrsmittel sowie vom öffentlichen Verkehrsmittel zum Arbeitsplatz vor Beginn und am Ende der Arbeitszeit zurücklegen (jeweils bis zu höchstens 500 m, über 500 m)?

Der Kläger kann 500 m und mehr zurücklegen. Hinsichtlich des Fußwegs von seiner Wohnung zum öffentlichen Verkehrsmittel sowie vom öffentlichen Verkehrsmittel zum Arbeitsplatz vor Beginn und am Ende der Arbeitszeit bestehen keine signifikanten Beeinträchtigungen.

Kann der Kläger ein öffentliches Verkehrsmittel benutzen?

Ja, der Kläger kann ein öffentliches Verkehrsmittel benutzen.

Kann der Kläger mit seinen Gesundheitsstörungen ein Kfz fahren, eventuell mit Zusatzeinrichtungen?

Ja, das Fahren eines Kfz ist auch ohne Zusatzeinrichtungen möglich.

Kann der Kläger mit seinen Gesundheitsstörungen ein Fahrrad fahren?

Ja, der Kläger kann ein Fahrrad fahren.

7. a)

Bis wann werden die Einschränkung der Gesundheit und des Leistungsvermögens voraussichtlich fortbestehen?

Entfällt.

b)

Ist es unwahrscheinlich, dass die Erwerbsminderung des Klägers behoben werden kann?

Entfällt.

8. a)

Ist zur Erhaltung und/oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Klägers die Durchführung von Heilmaßnahmen (welche) erforderlich?

Herr Aigner befindet sich bereits in ambulanter Psychotherapie und diese ist ausreichend. Die Durchführung von Heilmaßnahmen ist derzeit nicht erforderlich.

b)

Kann der Kläger die festgestellten Gesundheitsstörungen/Funktionseinschränkungen bei zumutbarer Willensanspannung mit oder ohne ärztliche Hilfe innerhalb eines halben Jahres überwinden oder würden die Beeinträchtigungen bei Ablehnung der Rente ohne Weiteres verschwinden?

Aufgrund der leichtgradigen Beeinträchtigungen verfügt der Kläger über ausreichende körperliche und seelische Ressourcen. Es ist davon auszugehen, dass die festgestellten Funktionseinschränkungen bei zumutbarer Willensanspannung mit psychotherapeutischer Hilfe (kognitive Verhaltenstherapie)

abklingen und die Restbeschwerden mit einer dauerhaften und vollschichtigen Erwerbstätigkeit vereinbar sind.

c)

Soweit teilweise Überwindbarkeit vorliegt, wird gebeten darzulegen, bis wann gegebenenfalls ein 6-stündiges Leistungsvermögen für mindestens leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wiederhergestellt werden kann.

Entfällt.

9.

Wie sind folgende Anlagen und Eigenschaften des Klägers zu beurteilen:

a) Leistungsmotivation, Merk- und Konzentrationsvermögen?

Gering, Keine Einschränkungen.

b) technisches Verständnis?

Keine Einschränkungen.

c) Reaktions- und Übersichtsfähigkeit?

Keine Einschränkungen.

d) Ausdauer und Nervenkraft?

Geringe Einschränkungen.

e) Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit?

Keine Einschränkungen.

f) Anpassungsfähigkeit und geistige Beweglichkeit?

Leichte Einschränkungen.

g) praktische Auffassungsgabe?

Keine Einschränkungen.

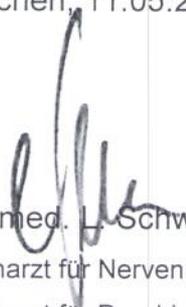
10.

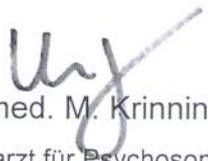
Sind weitere fachärztliche Untersuchungen erforderlich, gegebenenfalls auf welchem Gebiet? (Bitte jeweils mit kurzer Begründung).

Weitere Untersuchungen oder Begutachtungen sind nicht erforderlich.

Untersuchungstag: 28.03.2018

München, 11.05.2018


Dr. med. H. Schweyer
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Forensische Psychiatrie,
Suchtmedizin, Verkehrsmedizin
Medizinischer Sachverständiger (cpu)*
Zertifizierter Medizinischer Gutachter
SIM (Swiss Insurance Medicine)
Mitglied: DGPPN, DGN, DGNB
Verkehrsmedizinische Qualifikation


Dr. med. M. Krinninger
Facharzt für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Medizinischer Sachverständiger (cpu)*

Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§§ 1,2,11,15 UrhG v. 09.09.1965 BGBl. I, S. 1273, neugefasst am 08.08.1998 BGBl. I, S. 902, ergänzt am 22.03.2002 BGBl. 1155). Sie dürfen grundsätzlich nur vom Auftraggeber verwandt werden. Gegen die Herausgabe des Gutachtens an die/den Probanden oder seine/seinen Bevollmächtigten habe ich keine Bedenken, einer weitergehenden Verwendung, auch nur auszugsweise, durch Dritte stimme ich dagegen nicht zu. Nicht statthaft ist die Nutzung des Gutachtens für andere versicherungsrechtliche Zwecke ohne vorherige schriftliche Einräumung des Nutzungsrechtes durch den Unterzeichner (§§ 31, 32 und 37 UrhG). Vorrangige Ansprüche auf gesetzlicher Grundlage bleiben hiervon unberührt. Rechtsverletzungen begründen Anspruch auf Unterlassung und Schadenersatz (§ 97 UrhG) und sind zudem strafbar (§106 UrhG).

* (cpu): Certified Programme of the University of Cologne