

L 5 R 459/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 5109/12
Datum
22.01.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 459/15
Datum
27.04.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 22.01.2015 abgeändert. Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1963 geborene Kläger hat nach Besuch der Sonderschule den Beruf des Malers und Lackierers erlernt. Er arbeitete zunächst in diesem Beruf sowie seit 1984 als Metallarbeiter. Seit 2002 ist er arbeitslos. Er bezieht seither durchgehend Arbeitslosengeld I bzw. Kranken- oder Übergangsgeld und nunmehr Arbeitslosengeld II.

Am 21.01.2010 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Diesen lehnte die Beklagte nach Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens (Dr. Sch. vom 08.03.2010, rez. Lumbalgien bei leichten deg. Veränderungen und Beinlängendifferenz, retropatellare Chondropathie bds., allergisch bedingte phasenweise Bronchitis ohne Obstruktion, traumatisch bedingte AC-Gelenkssprengung linksseitig; Restleistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden und mehr) mit Bescheid vom 31.03.2010 ab. Der dagegen eingelegte Widerspruch des Klägers blieb nach Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. P. vom 23.08.2010, Dysthymie; Restleistungsvermögen für mittelschwere Tätigkeiten sechs Stunden und mehr) erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 02.11.2010). Die hiergegen erhobene Klage (S 12 R 5845/10) wurde zurückgenommen.

Am 29.05.2012 stellte der Kläger bei der Beklagten erneut einen Antrag auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte veranlasste eine ärztliche Begutachtung am 06.07.2012 durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirotherapie und Sozialmedizin Dr. Z ... Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 09.07.2012 1. rezidivierende Lumbalgien bei Wirbelsäulenfehlhaltung bei Beinverkürzung links und leichten degenerativen Veränderungen, 2. retropatellare Chondropathie beidseits, ohne wesentliche Funktionseinschränkung, 3. allergische Rhinitis und allergisches Asthma bronchiale bei Allergie auf Frühblüher sowie 4. eine AC-Gelenkssprengung links ohne wesentliche Funktionseinschränkung. Danach könne der Kläger mittelschwere Tätigkeiten regelmäßig mindestens sechs Stunden täglich und mehr verrichten.

Mit Bescheid vom 23.07.2012 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab. Gegen diese Entscheidung legte der Kläger am 30.07.2012 Widerspruch ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 10.10.2012 zurückgewiesen wurde.

Dagegen erhob der Kläger durch seinen Prozessbevollmächtigten am 17.10.2012 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG). Zur Begründung ließ er vortragen, die Beklagte habe wesentliche Erkrankungen nicht berücksichtigt. Der Kläger leide unter Depressionen, unter einer Schmerzproblematik sowie Angstzuständen mit Ein- und Durchschlafstörungen. Der Wirbelsäulenschaden habe sich verstärkt. Er sei auf absehbare Zeit nicht mehr in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten und sei damit voll erwerbsgemindert.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte des Klägers sowie seinen Psychotherapeuten als sachverständige Zeugen. Der Diplom Psychologe B. teilte unter dem 04.01.2013 mit, der Kläger befinde sich seit Januar 2012 bei ihm in ambulanter Psychotherapie. Der Kläger leide an einer depressiven Störung, Angst und Depression gemischt mit Erschöpfung, Schlaflosigkeit und Rückzugstendenzen sowie unter einer somatoformen Schmerzstörung. Er sei dazu in der Lage, bis zu drei Stunden täglich leichte Arbeiten zu verrichten. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie K. führte in seiner Stellungnahme vom 08.01.2013 aus, der Kläger stelle sich seit August 2010 etwa quartalsweise zur ambulanten Behandlung vor. Seit Juli 2012 berichte er über wiederkehrend auftretende Ängste. Daran habe sich nach Angaben des Klägers im Oktober 2012 nichts geändert. Seit Mai 2012 habe er folgende Befunde erhoben: Bericht von Ängsten, keine andauernde akute Psychose, nicht auszuschließende Abhängigkeitsproblematik von Alkohol, Impulskontrollstörung unter Alkohol, Bericht depressiver Phasen mit verstärkten Ängsten. Die Frage der Quantität und Qualität der Störung sei diagnostisch im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik abzuklären. Der Orthopäde Dr. E. gab in seiner Stellungnahme vom 11.01.2013 an, den Kläger quartalsweise zu behandeln. Es bestünden tendenziell zunehmende Rückenschmerzen im Alltag mit teils pseudoradikulären und radikulären Ausstrahlungen. Der Kläger könne allenfalls noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von drei bis unter sechs Stunden ausüben. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. berichtete in seiner Stellungnahme vom 13.02.2013 über beim Kläger seit Mai 2012 zunehmend aufgetretenen Schwindel. Der Kläger sei depressiv niedergestimmt. Der somatische Befund sei altersentsprechend. Die Rückenschmerzen hätten sich verschlimmert, Kopfschmerzen und Schwindel hätten zugenommen. Er berichtet über eine schizoaffektive Störung sowie über Verlust an strukturellen Fähigkeiten. Aufgrund der fehlenden Tagesstruktur und rezidivierender Synkopen seien Arbeiten über drei Stunden täglich nicht möglich.

Das SG erhob ferner von Amts wegen ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. T ... Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 18.11.2013 eine alkoholische Paranoia, eine leichte depressive Episode sowie leichte Intelligenzminderung mit geringfügiger Verhaltensstörung. Ein langjähriger Alkoholabusus sei belegt. Nach einem schweren Sturz mit Schultergelenkssprengung im Jahr 2007 habe der Kläger die stationäre Behandlung noch am gleichen Tag gegen ärztlichen Rat verlassen, ein Verhalten dass typischerweise bei chronischen Alkoholikern beobachtet werde. Die Konzentration des Klägers sei während psychotischer Episoden sowie depressiver Episoden gestört. Der Antrieb sei vermindert. Durch die Intelligenzminderung sei die Fähigkeit des Klägers flexibel zu reagieren ohnehin vermindert. Das Leistungsvermögen des Klägers sei aufgehoben. Dem Kläger sei ein Weg zu Fuß von höchstens 10 Minuten und mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur in Begleitung zuzumuten. Die Einschränkungen bestünden seit dem erstmaligen Berichten von psychotischen Erscheinungen im Jahr 2011. Eine Besserung des Leistungsvermögens unter Alkoholkarenz und bei medikamentöser Einstellung sei denkbar, die Erfolgsaussichten lägen zwischen 20 und 50 %. Die Wahrscheinlichkeit sei sehr vorsichtig einzuschätzen, da der Kläger bisher schon große Schwierigkeiten hinsichtlich der Medikamentencompliance habe. Die Minderbegabung erschwere eine flexible Behandlung. Die psychosozialen Aussichten seien ziemlich schlecht.

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten nahm hierzu unter dem 11.12.2013 Stellung und führte aus, weder aus der mitgeteilten Anamnese noch dem psychopathologischen Befund fänden sich Hinweise auf eine alkoholische Paranoia. Die behandelnden Ärzte des Klägers hätten über ein solches Krankheitsbild nichts berichtet. Auch die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung weiche von der Aktenlage ab. Eine solche Intelligenzminderung bestehe definitionsgemäß seit dem Kindesalter.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 02.03.2014 äußerte sich Dr. T. zu diesen Einwendungen dahingehend, die Diagnose einer alkoholischen Paranoia begründe sich aus verschiedenen Hinweisen in fachärztlichen Berichten des Neurologen und Psychiaters K. sowie aus der von Dr. H. genannten Diagnose einer schizoaffektiven Störung, ferner aus den Angaben einer älteren Nachbarin, die den Kläger zur Untersuchung begleitet habe und berichtet habe, dass dieser manchmal etwas zu viel trinke, manchmal sehr merkwürdig sei und etwas spinne. Zudem habe der Kläger von Stimmenhören berichtet. Die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung stütze sich auf die Angabe von Dr. P. in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 23.08.2010, der als im Vordergrund des psychiatrischen Untersuchungsbefundes stehend ein leichtes hirnorganisches Psychosyndrom mit Störung der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der geistigen Wendigkeit im Gespräch beschrieben habe. Ferner habe der Diplom-Psychologe E. in einer Stellungnahme an die Beklagte vom 07.08.2010 den Kläger als sehr einfach strukturiert beschrieben, dieser habe eine Sonderschule für Lernbehinderte besucht und während der Ausbildung zum Maler und Lackierer ein Jahr wiederholen müssen. Er sei in beruflichen und privaten Situationen rasch überfordert und scheine nicht über ausreichend Kompetenzen für eine adäquate Problemlösung zu verfügen. Dr. T. verwies auch insoweit auf die Angabe der schizoaffektiven Störung von Dr. H. in dessen sachverständiger Zeugenaussage.

Dr. N. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten nahm erneut unter dem 11.03.2014 Stellung und führte aus, Dr. T. habe zum Zeitpunkt seiner Begutachtung keine Auffälligkeiten beschrieben, die auf ein hirnorganisches Psychosyndrom oder eine Intelligenzminderung hindeuten würden. Die Diagnose könne daher nicht nachvollzogen werden. Der Kläger sei offensichtlich ohne Zeichen einer Alkoholintoxikation oder vegetative Entzugszeichen zur Untersuchung erschienen und verfüge deshalb offensichtlich über die nötigen Ressourcen, auch abstinenz zur Untersuchung zu kommen. Schwerwiegende psychische und schwerwiegende körperliche Folgeerkrankungen bezüglich der Alkoholproblematik seien im Rahmen der Begutachtung nicht bekannt geworden, weshalb es an Befunden fehle, aufgrund derer das Restleistungsvermögen unter sechs Stunden abgesunken sein solle.

Das SG erhob ein weiteres psychiatrisches Gutachten von Amts wegen bei dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. E ... Dieser beschrieb in seinem Gutachten vom 26.05.2014 Einschränkungen bei der Auffassungsgabe, der Konzentrationsfähigkeit und der affektiven Schwingungsfähigkeit sowie beim Antrieb. Es seien Wahneinfälle und -wahrnehmungen explorierbar gewesen. Die Wahrnehmung sei durch multiple akustische Halluzinationen mit imperativen und kommentierenden Stimmen beeinträchtigt. Der Kläger habe Beobachtungs-, Beeinträchtigungserleben, Stimmenhören verschiedener Art und Spüren von Blicken geschildert. Er habe von zwei strafgerichtlichen Verurteilungen wegen Diebstahls und als Sexualstraftäter berichtet; er habe seinen Kindern Pornos gezeigt. Auf Syndromebene leide der Kläger unter einer Mischung aus depressivem Syndrom und einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom. Syndromdiagnosen seien noch keine psychiatrischen Diagnosen im eigentlichen Sinne, sondern beschrieben eine typische Verbindung von Symptomen. Nach der ICD 10 Klassifikation seien beim Kläger die Kriterien einer Schizophrenie erfüllt. Der Kläger leide unter der Symptomatik einer Schizophrenie sowie wahrscheinlich einer Intelligenzminderung und eventuell einer dissozialen Störung. Die Symptome dieser Störung könnten allerdings auch durch die Schizophrenie bedingt sein. Leichteste Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne geistige Anforderungen seien aktuell nur noch weniger als drei Stunden möglich. Die schizophrenen Symptome interferierten mit diesen Tätigkeiten. Die damit verbundene Antriebshemmung und -minderung sowie das vorzeitige Versiegen der Energie führten zu starken

Leistungseinbußen. Die Ursache der Symptomatik sei unerheblich. Aktuell bestehe kein Alkoholkonsum, der die Symptomatik erklären könne. Die Wegefähigkeit des Klägers sei nicht eingeschränkt. Die Einschränkungen bestünden seit der Begutachtung, erst bei dieser sei ein entsprechender psychopathologischer Befund erhoben worden. Sofern die Schizophrenie behandelt werde, sei theoretisch mit einer Verbesserung zu rechnen. Aktuell werde der Kläger nur unzureichend medikamentös antipsychotisch behandelt. Eine Besserung könne innerhalb von sechs bis zwölf Monaten eintreten, eine kurzfristige Verbesserung sei eher unwahrscheinlich. Die von Dr. T. angenommene alkoholische Paranoia entspreche nicht dem aktuellen Befund und könne bei der aktuellen Befundlage auch nicht gesichert werden. Er komme aber zu gleichen oder ähnlichen Symptomen und ähnlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Leistungsfähigkeit.

Auch gegen dieses Gutachten erhob Dr. N. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten Einwendungen. In seiner Stellungnahme vom 09.07.2014 wies er darauf hin, dass die spezielle Anamnese plakativ alle Symptome einer schizophrenen Psychose abdecke, und vermutete einen deutlichen Lerneffekt bei ansonsten recht unglaubwürdiger Schilderung. Keiner der nervenärztlichen Fachkollegen habe zuvor die Diagnose einer schizophrenen Psychose benannt, was im Hinblick auf das Alter des Klägers nicht nachvollzogen werden könne. Die von Dr. T. zuvor diagnostizierte Suchthematik werde von Prof. Dr. E. weder untersucht noch aufgeworfen, was deshalb von Bedeutung sei, da bei substanzbezogenen psychotischen Störungen durchaus unter Suchtmittelkarenz innerhalb eines sechsmonatigen Zeitraums eine wesentliche Besserung eintreten könne. Es bleibe auch unklar, was Prof. Dr. E. unter einer dissozialen Störung verstehe.

Prof. Dr. E. nahm hierzu unter dem 20.08.2014 ergänzend Stellung und blieb bei seiner Beurteilung.

Die Beklagte legte eine weitere sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. N. vom 09.09.2014 vor. Dieser wies zunächst darauf hin, dass sich im vorangegangenen Rentenverfahren zum einen labortechnisch kein Hinweis auf eine Alkoholkrankheit gefunden habe und zum anderen bei Vorliegen eines deutlichen Versorgungswunsches auch bewusstseinsnahe Beschwerdeschilderungen aufgefallen seien. Vor diesem Hintergrund sei die von Dr. T. angegebene langjährige Alkoholkrankheit mit alkoholischer Paranoia nicht belegt. Nachvollziehbar sei lediglich die von ihm angegebene leichte depressive Episode, die nach Aktenlage bekannt gewesen sei, während die von ihm angenommene leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung mit dem Sonderschulabschluss begründet worden sei. Prof. Dr. E. habe sich hierzu lediglich im Sinne einer Vermutung geäußert. Da in keinem der Gutachten eine Intelligenztestung durchgeführt worden sei und sich ein Beleg aus der jetzigen Aktenlage nicht finden lasse, reiche dies zur Begründung einer Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens nicht aus. Immerhin habe der Kläger mit dem vorhandenen Intelligenzniveau im Erwerbsleben gearbeitet. Die von Prof. E. genannte Diagnose einer schizophrenen Symptomatik werde auch in seiner ergänzenden Stellungnahme nicht auf eine nachvollziehbare Grundlage gestellt. Sie beruhe allein auf subjektiven Beschwerdeangaben und lasse eine Konsistenzprüfung vermissen. Es fehle an einer Abgrenzung zu der im Raum stehenden Alkoholparanoia. Insoweit sei eine Alkoholentgiftung erforderlich. Es sei nicht nachzuvollziehen, dass es keiner der Gutachter schaffe, eine saubere Diagnostik und Befundung vorzunehmen. Dies sei jedoch von erheblicher Relevanz, da das Krankheitsbild einer Alkoholparanoia durchaus mit therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes gebessert werden könne. Die Darstellung als paranoide Schizophrenie könne aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht zweifelsfrei gesehen werden, da die plakative Schilderung der Symptome einen Lerneffekt in Bezug auf die wiederholte Begutachtungssituation abbilde.

Mit Urteil vom 22.01.2015 hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 23.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2012 auf und verurteilte die Beklagte, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01.02.2014 bis 31.01.2016 zu gewähren. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die begehrte Rente sei zwischen den Beteiligten nicht umstritten. Der Kläger sei nach der Überzeugung des Gerichts auch voll erwerbsgemindert, da er aufgrund seiner Erkrankungen lediglich dazu in der Lage sei, weniger als drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Dies ergebe sich insbesondere aus den Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen Dr. T. und Prof. Dr. E. ... Die gesundheitlichen Einschränkungen bestünden vorwiegend auf psychiatrischem Fachgebiet. Übereinstimmend stellten die Sachverständigen Beeinträchtigungen bei Affektivität, Antrieb, Kognition, Denken sowie Vegetativum fest. Zwar stellten die Sachverständigen unterschiedliche Diagnosen, die Ursache der Symptomatik sei für die Feststellung des Leistungsvermögens jedoch nicht maßgeblich. Insoweit könne auch die Kritik in den beratungsärztlichen Stellungnahmen nicht überzeugen. Dass keine Einigkeit bei der Diagnose bestehe bzw. die Sachverständigen andere Krankheitsbilder benannt hätten als die behandelnden Ärzte, sei letztlich nicht entscheidend. Einigkeit bestehe bei den Funktionseinschränkungen und bei der Einschätzung des Leistungsvermögens auf unter drei Stunden täglich. Dies sei insgesamt für das Gericht nachvollziehbar. Es bestehe kein Anlass, den Gutachten insoweit nicht zu folgen. Auszugehen sei von einem Leistungsfall zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. T. (23.07.2013). Der Sachverständige Prof. Dr. E. halte die von ihm festgestellten Beeinträchtigungen zwar erst zum Zeitpunkt seiner Begutachtung (20.05.2014) für nachgewiesen. Letztlich habe jedoch Dr. T. bei seiner Untersuchung dieselben Beeinträchtigungen festgestellt. Ein früherer Eintritt der vollen Erwerbsminderung für die davor liegende Zeit sei nicht nachgewiesen, weshalb die Klage im Übrigen abzuweisen sei. Hiergegen sprächen die ärztliche Einschätzung von Dr. Z. in seinem Gutachten sowie die Auskünfte der behandelnden Ärzte des Klägers aus dem Klageverfahren S 12 R 5845/10. Insbesondere der behandelnde Arzt für Neurologie und Psychiatrie gehe in seiner Auskunft vom 21.03.2011 noch von einem über sechsständigen Leistungsvermögen aus. Die Befristung beruhe auf [§ 102 Abs. 2 Sozialgesetzbuch \(SGB\) VI](#) und sei auszusprechen, da nicht unwahrscheinlich sei, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden könne. Nach den Ausführungen des Sachverständigen sei bei entsprechender medikamentöser Behandlung und Alkoholkarenz mit einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu rechnen.

Gegen das ihr am 05.02.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 10.02.2015 Berufung eingelegt. Sie hält an ihrer Auffassung fest, dass die von den Gutachtern im erstinstanzlichen Verfahren genannten Hauptdiagnosen einer alkoholischen Paranoia (Dr. T.) bzw. einer Schizophrenie (Prof. Dr. E.) in den Raum gestellt, jedoch nicht über Laborwerte oder mittels ausführlicher Darstellung der Krankheitsgeschichte belegt seien. Dem SG sei nicht darin zuzustimmen, dass es auf die abweichenden Diagnosen nicht ankomme, wenn Einigkeit bei den Funktionseinschränkungen und bei der Leistungseinschätzung bestehe. Zwar sei richtig, dass für die Beurteilung des Leistungsvermögens nicht die Diagnose das wesentliche Kriterium sei, sondern es maßgeblich auf die vorliegenden Funktionseinschränkungen ankomme. Es komme aber darauf an, ob im konkreten Fall sozialmedizinische weitreichende Leistungseinschränkungen plausibel abgebildet werden könnten, ob also ganz konkrete, sich aus psychischen Störungen ergebende Funktionsstörungen vorlägen. In beiden Gutachten fehle es an einer aufschlussreichen Abbildung der Primärpersönlichkeit des Klägers, an einer ausreichenden Erhebung des Tagesablaufs sowie an einer Hinterfragung der Angaben des Klägers auf Plausibilität. Da sich der Schweregrad psychischer Erkrankungen jedoch aus Defiziten im Hinblick auf die Tagesstrukturierung, das allgemeine Interessenspektrum und die soziale Interaktionsfähigkeit ableite, sei eine Exploration und Würdigung dieser Teilbereiche unverzichtbar. Zum jeweiligen

Zeitpunkt der Untersuchungen seien keine Einbußen des Klägers (z.B. Einschnitte im Ablauf des täglichen Lebens sowie der Selbstversorgung) dokumentiert, die eine Rentengewährung begründen könnten. Allein die Angabe des Klägers, Stimmen zu hören, reiche für die Begründung eines herabgesunkenen Leistungsvermögens nicht aus. Ein klinisch-relevantes Ausmaß sei hierzu nicht ausreichend nachvollziehbar belegt. Ohne eine Plausibilitätsprüfung könnten jedoch ausschlaggebende, aus psychischen Störungen resultierende und überdauernde relevante Funktionsstörungen nicht nachvollzogen werden. Dies gelte insbesondere, wenn von Gutachtern erstmalig neue und dann noch unterschiedliche Diagnosen benannt würden, ohne dass erforderliche und aussagekräftige Laborwerte zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme vorlägen. Trotz Auffälligkeiten in den jeweiligen Gutachten zur angegebenen Medikamenteneinnahme sowie aufgetretenen Widersprüche in den Angaben des Klägers fehlten Kontrollfragen oder Rückschlüsse der Gutachter hierzu. Ferner habe der Kläger bei der Begutachtung durch Dr. Z. am 06.07.2012 davon berichtet, im Vormonat 80 Arbeitsstunden aufgrund einer Verurteilung wegen Diebstahls abgeleistet zu haben. Diese Arbeitsstunden habe er innerhalb von zwei Wochen bei der Feuerwehr L. in der Zeit von 8:30 Uhr bis 17:00 Uhr in Gestalt von Putz- und Reinigungsarbeiten sowie Pflegearbeiten der Außenanlage absolviert. Dr. T. setze sich damit, dass der Kläger also im Jahr 2012 die zumutbare Willensanstrengung aufgebracht habe, eine regelmäßige Tätigkeit zu verrichten, bei seiner Annahme, der Kläger sei seit dem Jahr 2011 weniger als drei Stunden leistungsfähig, nicht auseinander. Weder im Gutachten von Dr. T. noch von Prof. Dr. E. werde schlüssig und nachvollziehbar dargestellt, weshalb es dem Kläger krankheitsbedingt unmöglich sei, eine erwerbsorientierte Lebensgestaltung zu realisieren. Beim Kläger stehe offenbar nicht so sehr die Krankheit, sondern die Lebenssituation, an deren Ausgestaltung er selbst seinen Anteil trage, im Vordergrund. Aufgrund des medizinischen Sachverhaltes könne nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass beim Kläger Gesundheitsstörungen von dem Ausmaß vorlägen, die sein Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht einschränkten.

Die Beklagte beantragt - sachdienlich gefasst -,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 22.01.2015 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Die Gutachten von Dr. T. und Prof. Dr. E. seien nicht zu beanstanden. Auf die teilweise abweichenden Diagnosen komme es nicht an, maßgeblich sei die Feststellung des Leistungsvermögens, das von beiden Gutachtern übereinstimmend auf unter drei Stunden eingeschätzt worden sei. Die Ausführungen der Beklagten seien nicht geeignet, die Ausführungen des erfahrenen psychiatrischen Gutachters Prof. Dr. E. zu erschüttern.

Der Senat hat von Amts wegen den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rehabilitationswesen-Geriatrie Dr. St. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. In seinem nervenärztlichen Gutachten vom 07.01.2016 berichtet der Gutachter, der Kläger habe bei der Begutachtung eine Sonnenbrille getragen und dies damit erklärt, dass er immer im Dunkeln bei heruntergelassenen Rollläden lebe, weil er sich im Dunkeln wohler fühle. Der Kläger habe weiter angegeben, vor 20 Jahren seinen Führerschein mit 1,8 Promille verloren zu haben. In einer Entziehungskur sei er noch nicht gewesen, jedoch bei einer Suchtberatungsstelle. Auch in der seit langem geschiedenen Ehe habe es Probleme wegen des Alkohols gegeben. In schwierigen Situationen und bei Problemen trinke er. Wenn er aufhöre, zittere und schwitze er. Er trinke fünf Flaschen Bier täglich und ab und zu Jägermeister. Er trinke eher abends. Der Kläger habe zur Begutachtung eine Plastiktüte voller Bierflaschen mitgebracht sowie eine Flasche Jägermeister in der Jackentasche. Auf die Frage, warum er diese zur Begutachtung um 10:00 Uhr morgens mitgebracht habe, habe der Kläger zunächst ratlos gewirkt und sodann angegeben, dass er zum Stressabbau auch Bier mitgenommen, heute aber nur Jägermeister getrunken habe. Der Kläger habe ferner angegeben, von schwarzen Limousinen verfolgt zu werden sowie fremde Stimmen, u.a. eine Frauenstimme, zu hören, die ihm Befehle geben würden. Dr. St. beschreibt ein unauffälliges Ergebnis des Hirnstrombildes (EEG) sowie unauffällige Laborwerte, die keinen Hinweis auf einen regelmäßigen erhöhten Alkoholkonsum ergeben hätten. Als Diagnosen nennt Dr. St. Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) und Schizophrenie (ICD-10: F20). Zur Diagnose der Alkoholabhängigkeit erläutert der Gutachter, dass diese auf dem angegebenen Führerscheinentzug mit 1,8 Promille als Hinweis auf eine Toleranzentwicklung beruhe sowie auf den Angaben des Klägers, bei Absetzen von Alkohol zu zittern und zu schwitzen im Sinne von körperlichen Entzugserscheinungen. Da der Kläger auch berichtet habe, weiter getrunken zu haben, obwohl er von seiner Ehefrau auf das Trinken angesprochen worden sei und in früheren Begutachtungen auch angegeben habe, die Ehe sei wegen des Alkohols gescheitert, liege als drittes Kriterium für eine Alkoholabhängigkeit Trinken trotz negativer sozialer Folgen vor. Als problematisch beschreibt Dr. St., dass diese Diagnose lediglich auf die Selbstangaben des Klägers gestützt werden könne, da keine weiteren Angaben von Außenstehenden oder sonstige Befunde als Kontrolle, etwa der Bericht einer Suchtberatungsstelle, vorlägen. Das Mitbringen der Bierflaschen und das kräftige Klappern damit sowie das Herausziehen einer Flasche Jägermeister aus der Jackentasche habe demonstrativ und Alkohol betonend gewirkt. Im Gegensatz dazu seien bei früheren Untersuchungen im Verwaltungsverfahren und auch bei der jetzigen Begutachtung sämtliche Laborwerte, die auf einen möglichen regelmäßig erhöhten Alkoholkonsum hinweisen könnten, völlig in Ordnung gewesen. Aufgrund dessen blieben diagnostische Zweifel. Zur Schizophrenie führt der Gutachter aus, bei dem Kläger seien neben der Angabe, immer im Dunkeln zu sitzen, weitere psychische Phänomene zu erfahren, die eine Zuordnung zur Diagnose Schizophrenie erlauben würden. So habe der Kläger Verfolgungs- und Beobachtungswahn angegeben, Stimmenhören berichtet, es sei eine Antriebsminderung zu erfassen gewesen, die Stimmung habe nivelliert gewirkt, ohne dass eine Depressivität oder Depressivität bestanden habe, sozial seien keinerlei Aktivitäten und keinerlei Struktur im Leben zu erfassen. Andererseits habe der Kläger angegeben, regelmäßig einen sozialen Mittagstisch aufzusuchen und dort auch jemand gefunden zu haben, der ihn zur Begutachtung gefahren habe. Ferner betreibe er das jetzige Rentenverfahren mit Energie. Die Angaben des Klägers rechtfertigten zwar die Diagnose Schizophrenie, doch bestünden auch hier wie bei der Alkoholabhängigkeit deutliche diagnostische Unsicherheiten und angesichts der abweichenden Feststellungen früherer Gutachter sowie des langjährig behandelnden Nervenarztes starke Zweifel. Zur intellektuellen Leistungsbreite führt Dr. St. aus, abweichend von der Beurteilung des Vorgutachters Dr. T. gehe er nicht von einer Intelligenzminderung im Sinne einer psychiatrischen Diagnose, sondern angesichts der vom Kläger absolvierten Ausbildung von einer Minderbegabung aus, die eine Normvariante menschlichen Seins ohne Krankheitswert darstelle. Vor dem Hintergrund der deutlichen diagnostischen Unsicherheiten führt der Gutachter weiter aus, dass nicht eine Erkrankung an sich zu einer Leistungsminderung führe, sondern letztlich deren Therapieresistenz. Dies gelte insbesondere, wenn die Erkrankung nicht vollständig gesichert erscheine. Eine Alkoholabhängigkeit führe grundsätzlich nicht zu einer quantitativen Leistungsminderung, da das Störungsbild in einem überschaubaren Zeitraum von sechs Monaten immer behandelbar sei. Anhaltspunkte für eine ausnahmsweise Abstinenzunfähigkeit bestünden beim Kläger

nicht. Bei der Schizophrenie werde von einer stationären Behandlungsdauer von ca. drei bis vier Wochen ausgegangen und einer deutlichen Besserung und Stabilisierung durch ambulante Nachbehandlung. Nach einer solchen Behandlung könnten viele Menschen noch jahrelang beruflich tätig sein. Die bisherige Krankheitsgeschichte gebe keinen Anhalt für die Erfolglosigkeit einer Therapie des Klägers. Es lasse sich nicht zweifelsfrei ausschließen, dass die Störungen nicht vorgetäuscht und aggraviert seien. Jedenfalls könnten die Störungen, falls sie denn vorhanden seien, in einem überschaubaren Zeitraum von sechs Monaten durch ärztliche Behandlungsmaßnahmen einschließlich einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung überwunden werden. Der Kläger könne unter Zugrundelegung der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten mindestens sechs Stunden täglich einer regelmäßigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen. Wie bei allen psychischen Störungen sollten Akkord- und Fließbandarbeiten, Arbeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung und besonderer Verantwortung vermieden werden, ebenso wie Tätigkeiten mit einer Grifffnähe zu Alkohol oder eine Tätigkeit in der Bier- und Spirituosenproduktion. Auch Prof. Dr. E. habe eine grundsätzliche Behandelbarkeit in den Raum gestellt, wobei er jedoch von einem Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten ausgegangen sei. Die allgemeine Erfahrung zeige jedoch, dass oftmals deutlich kürzere Zeiträume ausreichen würden.

Der Kläger hat hierzu ausführen lassen, eine erfolgreiche Behandlung der Schizophrenie sei entgegen der Auffassung des Gutachters Dr. St. bei ihm aufgrund seiner Persönlichkeit und der Intelligenzminderung nicht möglich. Er verweist insoweit darauf, dass er in keiner festen Beziehung lebe, wenig Kontakt zu anderen Menschen habe, über einen niedrigen Bildungsgrad verfüge und auch schon vor Beginn der Erkrankung eine auffällige Persönlichkeit aufgewiesen habe. Lediglich bei einem Drittel aller an Schizophrenie erkrankten Menschen sei eine vollständige Heilung möglich.

Die Beklagte hat hierzu abschließend entgegnet, ungeachtet der von Dr. St. ausführlich dargelegten diagnostischen Zweifel komme es bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht darauf an, ob die Erkrankung vollständig heilbar sei. Es genüge das Vorliegen von Symptommfreiheit. Eventuell auftretende Krankheitsphasen bedingten, sofern sie nicht durch einen chronischen Verlauf gekennzeichnet seien, lediglich Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. Von einem chronischen Verlauf könne nach Aktenlage bei einer fraglichen Schizophrenie nicht ausgegangen werden. Eine psychische Störung sei nur dann von erwerbsmindernder Bedeutung, wenn trotz adäquater medikamentöser, therapeutischer, ambulanter und stationärer Behandlung davon auszugehen sei, dass die psychischen Einschränkungen dauerhaft nicht überwunden werden könnten. Der Kläger habe die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft. Es sei ihm zuzumuten, alle verfügbaren Mittel zur Behandlung seines Leidenszustands einzusetzen, um seine Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Die Beteiligten haben sich schriftlich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG-).

Die Berufung der Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Da allein die Beklagte Berufung eingelegt hat, ist im Berufungsverfahren nur darüber zu entscheiden, ob der Kläger Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.02.2014 bis 31.01.2016 hat. Soweit das SG die Klage im Übrigen für die Zeit vom 01.05.2012 bis 31.12.2014 und ab 01.02.2016 abgewiesen hat, ist das Urteil des SG rechtskräftig. Denn der Kläger hat keine Berufung eingelegt.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Sie hat mit Bescheid vom 23.07.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2012 den Rentenanspruch des Klägers zu Recht abgelehnt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von voller oder teilweiser Erwerbsminderungsrente für die Zeit vom 01.02.2014 bis 31.01.2016. Das SG hat der Klage zu Unrecht teilweise stattgegeben.

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll- bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeinen Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger konnte zur Überzeugung des Senats unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auch in der Zeit vom 01.02.2014 bis 31.01.2016 täglich noch mindestens sechs Stunden arbeiten und war deshalb nicht erwerbsgemindert ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Eine zeitliche Leistungsminderung bestand insbesondere nicht aufgrund von im Vordergrund des Beschwerdebildes stehenden neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen.

Der Senat folgt insoweit der Leistungseinschätzung des von ihm von Amts wegen beauftragten Gutachters Dr. St. ... Dieser hat sich in seinem Gutachten vom 07.01.2016 umfassend, ausführlich und äußerst differenziert mit dem Beschwerdebild des Klägers befasst und hat

für den Senat nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers nicht besteht. Dr. St. nennt als Diagnosen zwar eine Alkoholabhängigkeit und eine Schizophrenie, führt zugleich aber aus, dass diese Diagnosen allein auf den Angaben des Klägers beruhen, die nicht weiter verifizierbar gewesen sind, weshalb er seine Diagnosen als nicht gesichert relativiert. Diese entsprächen zwar formal den jeweils nach ICD-10 zu erfüllenden Kriterien. Da sie aber allein auf den subjektiven Angaben des Klägers beruhen und diesen gegenüber Glaubhaftigkeitszweifel bestünden, sei nicht gesichert, dass die bezeichneten Krankheiten tatsächlich beim Kläger vorhanden seien. Dr. St. hat auch ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, woraus sich die von ihm geäußerten Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Angaben des Klägers ergeben haben. So hat er im Hinblick auf die Alkoholabhängigkeit beschrieben, dass der Kläger in der Gutachtensituation ein ausgesprochen auffälliges Verhalten gezeigt habe, indem er eine mit Bierflaschen gefüllte Plastiktüte nicht nur mitgeführt, sondern damit auch demonstrativ geklappert habe, um die Aufmerksamkeit des Gutachters hierauf mit Nachdruck zu lenken. Darüber hinaus habe er auf sodann erfolgtes Nachfragen des Gutachters eine Flasche Jägermeister aus der Jackentasche gezogen. Zur Erklärung dieses plakativen Verhaltens hat sich der Kläger zunächst ratlos gezeigt und sodann auf die bestehende Stresssituation hingewiesen. Diese Einlassung ist aber schon insoweit nicht überzeugend, weil der Kläger zuvor angegeben hatte, eher abends zu trinken. Gegen eine erhebliche Alkoholproblematik spricht aber vor allem, worauf der Gutachter Dr. St. ausdrücklich hinweist, dass die im Hinblick auf das gezeigte Verhalten erhobenen Laborparameter (GOT, GPT, GGT, MCV und CDT Werte) keine Auffälligkeiten gezeigt und deshalb einen regelmäßig erhöhten Alkoholkonsum nicht belegt haben. Auch die Angaben des Klägers zur Trinkmenge sind im Vergleich der letzten drei Gutachten nicht stimmig. Während der Kläger bei Dr. T. angegeben hat, fünf Flaschen Bier täglich zu trinken, hat er bei Prof. Dr. E. lediglich von einem Konsum von fünf Flaschen Bier im Monat berichtet, bei Dr. St. hat er wiederum einen täglichen Konsum von fünf Flaschen Bier sowie zusätzlich von Jägermeister angegeben. Prof. Dr. E. war aufgrund der bei ihm erfolgten Angaben von einer weitgehenden Alkoholkarenz ausgegangen. Anzeichen für einen aktuellen Alkoholkonsum hatte auch Dr. T. nicht beschrieben. Dr. N. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten hat zu Recht darauf verwiesen, dass der Kläger durchaus über ausreichende Ressourcen verfügt, um in der Gutachtensituation abstinenter zu bleiben. Aufgrund der widersprüchlichen Angaben des Klägers und des von ihm gezeigten besonders auffälligen Verhaltens bei der Begutachtung durch Dr. St. geht der Senat mit dem Gutachter nicht davon aus, dass eine Alkoholabhängigkeit des Klägers gesichert nachgewiesen ist.

Der Kläger hat auch den Nachweis des Vorliegens einer schizophrenen Erkrankung nicht geführt. Das Vorliegen einer Schizophrenie ist nicht zur Überzeugung des Senats festgestellt. Auch insoweit hält der Senat die differenzierten Ausführungen des Gutachters Dr. St. für überzeugend, dass zwar die Angaben des Klägers (er sitze immer im Dunkeln, höre Stimmen, fühle sich verfolgt und beobachtet) zusammen mit der festgestellten Antriebsminderung, der nivellierten Stimmung und mangelnden Aktivitäten sowie fehlender Struktur im Leben psychische Phänomene erkennen ließen, die eine Zuordnung zur Diagnose Schizophrenie erlauben würden, dass andererseits aber das regelmäßige Aufsuchen eines sozialen Mittagstisches, bei dem der Kläger auch soziale Kontakte knüpfte, und insbesondere die für die Führung des Rentenverfahrens aufgebrauchte Energie diese Diagnose nachhaltig infrage stellten. Ferner hat Dr. St. die erheblichen Zweifel an der rein formal gestellten Diagnose auch damit begründet, dass in früheren Begutachtungen entsprechende Krankheitsanzeichen nicht aufgefallen sind. Auch von den behandelnden Neurologen und Psychiatern ist diese Diagnose zu keinem Zeitpunkt genannt worden. Dies stützt die von Dr. N. in seinen sozialmedizinischen Stellungnahmen geäußerten Zweifel an den Angaben des Klägers, die aufgrund der wiederholten Begutachtungen durchaus einen gewissen Lerneffekt erkennen ließen, da sie allzu plakativ auf die Symptomatik einer schizophrenen Erkrankung zugeschnitten seien. Der Senat teilt diese Zweifel. Der Gutachter Dr. St. hat diesen Bedenken in der Weise Rechnung getragen, dass er die allein auf den Angaben des Klägers beruhende Diagnose einer Schizophrenie angesichts der Glaubwürdigkeitszweifel letztlich als in keiner Weise gesichert beurteilt und damit relativiert hat. Dies unterscheidet seine Beurteilung von den im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Gutachten von Dr. T. und Prof. Dr. E., die ihre Diagnosen auf die Angaben des Klägers gestützt haben, ohne deren Plausibilität zu prüfen und zu hinterfragen. Hierzu hätte aber in Anbetracht zu den Abweichungen gegenüber bereits erhobenen Gutachten und der schweren Fassbarkeit des Beschwerdebildes auch für die Vorgutachter Veranlassung bestanden. Ihren aus nicht nachvollziehbar gesicherten Diagnosen hergeleiteten Schlussfolgerungen auf ein aufgehobenes Restleistungsvermögen des Klägers kann daher nicht gefolgt werden. Die differenzierte Darstellung von Dr. St. ist weit überzeugender, so dass diesem folgend für den Senat weder die Erkrankung einer Alkoholabhängigkeit noch eine Schizophrenie hinreichend objektiviert sind. Der Nachweis gesundheitsbedingter Leistungsbeeinträchtigungen ist schon aus diesem Grund nicht geführt.

Selbst wenn jedoch die genannten Erkrankungen vorliegen sollten, so wäre auch damit eine rentenrelevante Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens des Klägers nicht nachgewiesen. Denn psychische Erkrankungen sind erst dann von rentenrechtlicher Relevanz, wenn trotz adäquater Behandlung (medikamentös, therapeutisch, ambulant und stationär) davon auszugehen ist, dass ein Versicherter die psychischen Einschränkungen dauerhaft nicht überwinden kann - weder aus eigener Kraft, noch mit ärztlicher oder therapeutischer Hilfe (BSG, Urteil vom 12.09.1990 - [5 RJ 88/89](#) - und Urteil vom 29.02.2006 - [B 13 RJ 31/05 R](#) -; BayLSG, Urteil vom 21.03.2012 - [L 19 R 35/08](#) - und Urteil vom 21.01.2015 - [L 19 R 394/10](#) - alle in juris). Auch insoweit folgt der Senat den Ausführungen des Gutachters Dr. St., der sich sowohl zur Behandelbarkeit einer Alkoholabhängigkeit als auch der Schizophrenie geäußert hat. Dr. St. hat ausgeführt, dass das Störungsbild einer Alkoholabhängigkeit in einem überschaubaren Zeitraum von sechs Monaten grundsätzlich immer behandelbar ist. Auch bei einer Schizophrenie besteht eine Behandlungsoption in Form einer drei- bis vierwöchigen stationären Behandlung sowie einer Stabilisierung durch ambulante Nachbehandlung. Auch Dr. T. und Prof. Dr. E. schließen Behandlungsmöglichkeiten nicht vollständig aus, sondern gehen lediglich von längeren Behandlungszeiträumen aus. Dass der Kläger entsprechende zielgerichtete Therapiemaßnahmen bereits erfolglos durchgeführt hätte, hat er selbst nicht geltend gemacht. Dies ist auch den Akten nicht zu entnehmen. Wenn sich der Kläger zuletzt darauf beruft, aufgrund seiner Persönlichkeit und seiner Intelligenzminderung zu einer erfolgversprechenden Behandlung nicht in der Lage zu sein, so kann dies nicht überzeugen. Dr. St. hat dargelegt, dass sich beim Kläger keine Anhaltspunkte fänden, dass er zu den wenigen Ausnahmefällen einer sogenannten Abstinenzunfähigkeit gehört und dass die bisherige Krankengeschichte keinen Anhalt dafür gibt, dass eine Therapie bei dem bisher unbehandelten Störungsbild einer (möglichen) Schizophrenie erfolglos bleiben würde. Zwar hat der Gutachter Dr. T. bei der Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung - allerdings ausgehend von der von ihm angenommenen Alkoholparanoia - ausgeführt, dass die Minderbegabung des Klägers eine flexible Behandlung erschwere. Dr. St. hat in seinem Gutachten aber ausdrücklich nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei einer Minderbegabung nicht um ein psychisches Krankheitsbild handelt, sondern um eine Normvariante menschlichen Seins. Dass dies einem Behandlungsversuch entgegenstehen sollte, hat weder der Gutachter Dr. St. angenommen, noch hat der Senat sonstige Anhaltspunkte für eine derartige Annahme.

Orthopädische Gesundheitsbeeinträchtigungen, die zu einer zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers führen würden, liegen bei ihm nicht vor. Dies folgt aus dem Gutachten von Dr. Z. vom 09.07.2012. Weitergehende Beschwerden hat der Kläger weder im erstinstanzlichen noch im Berufungsverfahren geltend gemacht.

Für eine fehlende Wegefähigkeit, die der Gutachter Dr. T. in seinem Gutachten angenommen hat, enthalten weder das Gutachten von Prof. Dr. E. noch das von Dr. St. irgendwelche Anhaltspunkte. Insbesondere sprechen auch die vom Kläger geschilderten Alltagsaktivitäten - er geht alleine zum Einkaufen und sucht einen sozialen Mittagstisch regelmäßig alleine auf - dagegen, dass er, wie Dr. T. meint, nur noch 10 Minuten zu Fuß und in öffentlichen Verkehrsmitteln nur in Begleitung Wegstrecken zurücklegen kann.

Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung sind daher nicht erfüllt. Das SG hätte der Klage auch nicht teilweise stattgeben dürfen. Auf die Berufung der Beklagten war deshalb das Urteil des SG abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-05-09