

L 10 R 103/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 1413/13
Datum
18.11.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 103/15
Datum
23.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18.11.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung streitig.

Der am 1957 geborene Kläger erlernte den Beruf des Zimmermanns und war nachfolgend bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 21.04.2004 wegen eines Vestibularisausfalls (Ausfall des Gleichgewichtsorgans) in seinem Ausbildungsberuf beschäftigt. Das Arbeitsverhältnis wurde nachfolgend zum 31.10.2004 beendet. Der Kläger bezog zunächst Krankengeld und anschließend - wiederum unterbrochen durch Krankengeldbezug - bis 10.10.2009 Arbeitslosengeld.

Der Vestibularisausfall wurde im Rahmen einer stationären Behandlung in der Universitätsklinik F. zunächst mittels Infusionstherapie behandelt. Wegen den verbliebenen Koordinations- und Gleichgewichtsproblemen führte der Kläger im August/September 2004 in der Rehaklinik am K. in Bad K. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch (Diagnosen: Rezidivierende Vertigo bei Zustand nach Vestibularisausfall rechts 4/04, Hypercholesterinämie), durch die ausweislich des Entlassungsberichts eine deutliche Verbesserung der Standsicherheit erreicht wurde; zuletzt bestanden lediglich noch passager Schwindelgefühle, insbesondere bei Kopfseitneigung. Der Kläger wurde für mittelschwere Tätigkeiten mit einem Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr entlassen und wegen der noch bestehenden Absturzgefährdung noch für arbeitsunfähig erachtet. Anlässlich einer gutachtlichen Untersuchung durch Dr. N. , Medizinischer Dienst der Krankenversicherung B. (MDK), im November 2004 berichtete der Kläger, dass er wieder ein Kraftfahrzeug führe, auch wieder den "Piepser" der Freiwilligen Feuerwehr trage und auch zuletzt bei einer Übung wieder im Einsatz gewesen sei, allerdings in der "zweiten Linie"; er halte sich eher im Hintergrund. Rennrad fahre er nicht mehr, sondern nur noch Fahrrad im Dorf.

Den vom Kläger im Dezember 2004 wegen des Vestibularisausfalls gestellten Antrag auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 29.12.2004 ab. Im Widerspruchsverfahren bewilligte die Beklagte dem Kläger nach Einholung von Gutachten der Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten Dr. F. (ein anhaltender Schaden des Vestibularisorgans sei nicht zu objektivieren, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen objektivierbaren Befunden und dem beklagten erheblichen Unsicherheitsgefühl, durch das der Kläger sich nicht arbeitsfähig fühle; keine Einsatzfähigkeit im Beruf als Zimmermann; leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Tagschicht seien täglich sechs Stunden und mehr zumutbar) und dem Facharzt für Neurologie Dr. C. (neurologische Untersuchung ohne objektivierbares Defizit, die diffus geschilderten Beschwerden seien im Rahmen einer Anpassungsstörung zu erklären; es bestehe eine vollschichtige Leistungsfähigkeit, zu vermeiden seien das Besteigen von Leitern und Gerüsten, besondere nervliche Belastungen und besondere Anforderungen an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen) mit Bescheid vom 29.06.2005 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens ist der Antrag des Klägers vom 01.07.2007 auf Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung, mit dem er geltend machte, er leide als Folge des Vestibularisausfalls weiterhin unter Schwindel bei Bewegungsabläufen, starken Konzentrationsstörungen und dadurch an Vergesslichkeit, Schlaflosigkeit und sei nicht mehr belastbar. Massiv verschlechtert habe sich sein Gesundheitszustand durch den im März 2007 hinzugekommenen Tinnitus. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete der Internist (Zusatzbezeichnung Sozialmedizin) Dr. C. auf Grund Untersuchung des Klägers im August 2007 ein Gutachten, in dem er eine Anpassungsstörung bei Restbeschwerden nach Vestibularisausfall rechts 4/2004, einen Tinnitus links seit 3/2007,

Unterschenkelvarizen beidseits bei Zustand nach tiefer Unterschenkelvenenthrombose 1990 rechts und 1997 links sowie eine Dauerantikoagulation diagnostizierte. Er erachtete den Kläger für in der Lage, bis zu mittelschwere Tätigkeiten möglichst in wechselnder Körperhaltung ohne erhöhte Anforderungen an den Gleichgewichtssinn (ohne Absturzgefahr) sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten. Die Erfolgsaussichten einer wegen des Tinnitus an sich zu erwägenden psychosomatischen Rehabilitation erachtete er für gering, da der Kläger auf eine Rente festgelegt sei. Gestützt auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung mit Bescheid vom 28.08.2007 ab. Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte das Gutachten der Ärztin für Nervenheilkunde B. ein, die den Kläger im August 2008 untersuchte, eine Dysthymia, einen subjektiv anhaltenden Schwindel nach Vestibularisausfall rechts 4/2004 sowie einen Tinnitus links diagnostizierte und den Kläger für in der Lage erachtete, mittelschwere Tätigkeiten ohne Nachtschicht, ohne übermäßigen Zeitdruck und ohne erhöhte Absturzgefahr sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten. Die Indikation für Rehamaßnahmen verneinte sie, da der Kläger auf die Erlangung einer Rente festgelegt sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

In dem anschließenden Klageverfahren S 4 R 6195/08 vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) machte der Kläger geltend, wegen seiner Schwindelsymptomatik, der unzureichenden Konzentrationsfähigkeit und dem aufgetretenen Tinnitus mit den daraus resultierenden psychischen Folgen einer Erwerbstätigkeit im Umfang von drei Stunden täglich nicht mehr nachgehen zu können. Nach schriftlicher Anhörung der behandelnden Ärzte des Klägers holte das SG das neurologische Gutachten (Untersuchung im Dezember 2009) des Prof. Dr. H., Leitender Oberarzt im Neurozentrum des Universitätsklinikums F., ein, der bei fehlenden Hinweisen für ein Residuum einer peripher- oder zentralvestibulären Störung von einem sekundären phobischen Schwindel nach Vestibularisschädigung ausging. Daneben bestehe von neurologischer Seite eine Polyneuropathie, ein Tinnitus und eine Hörstörung links sowie von nervenärztlicher Seite eine depressive Episode mit Angststörung. Eine Erwerbstätigkeit erachtete er aktuell nicht für denkbar. Der bewegungsabhängige Schwindel schränke alle Aktivitäten ein, die mit Bewegung einhergingen (bspw. Gehen, Laufen, Fahrrad fahren). Da der phobische Schwankschwindel einer verhaltenstherapeutischen Behandlung zugänglich sei, empfahl er eine psychosomatische Heilmaßnahme mit Verhaltenstherapie. Gegen die dagegen von dem Facharzt für Neurologie Dr. W. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte erhobenen Einwendungen äußerte sich Prof. Dr. H. unter Aufrechterhaltung seines Standpunktes ergänzend, wozu wiederum Dr. W. Einwände erhob. Das SG holte sodann das Gutachten des Prof. Dr. E., Leiter der Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik F., ein, der nach Untersuchung des Klägers im Februar 2011 zusätzlich zu der von Prof. Dr. H. beschriebenen Symptomatik von psychiatrischer Seite eine depressive Episode diagnostizierte. Unter Berücksichtigung der Unsicherheit durch persistierende Schwindelsymptome erachtete er körperlich und geistig leichte Tätigkeiten, die keine Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit, die Konzentrationsfähigkeit, das psychomotorische Tempo und an die Flexibilität stellen, sechs Stunden täglich für möglich. Mit Urteil vom 27.07.2011 wies das SG die Klage ab. Zwar führe der vom Kläger beklagte Schwankschwindel zu qualitativen Leistungseinschränkungen, jedoch gehe hiervon keine quantitative Leistungsminderung aus. Soweit Prof. Dr. H. sämtliche Aktivitäten, die mit Bewegung einhergingen, ausschließe, überzeuge dies nicht und stehe auch nicht in Einklang mit den vom Kläger geschilderten Aktivitäten. Im Berufungsverfahren L 10 R 2361/11 vor dem Landessozialgericht (LSG) machte der Kläger geltend, sein Leistungsvermögen sei auf weniger als sechs Stunden täglich herabgesunken. Er verfüge lediglich noch über ein stark eingeschränktes Energieniveau, wobei ihn selbst normales Gehen hinsichtlich der Konzentration so fordere, dass er sich anschließend ständig ausruhen müsse. Den Rechtsstreit erledigten die Beteiligten vergleichsweise dahingehend, dass die Beklagte dem Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme gewähren solle und sich verpflichtete, nach Abschluss dieser Maßnahme erneut über einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit ab 11.10.2009 zu entscheiden.

Am 01.03.2012 nahm der Kläger bei der Stadtverwaltung B. am R. eine geringfügige Beschäftigung als Museumsaufsicht im Umfang von zehn Stunden wöchentlich auf. Er war dabei je nach Dienstplan Samstag oder Sonntag in der Zeit von 11.15 Uhr bis 17.30 Uhr eingesetzt, in Vertretungsfällen konnte der Einsatz in dieser Zeit auch Samstag und Sonntag bzw. Dienstag und Freitag (13.45 bis 19.00 Uhr) oder Mittwoch und Donnerstag (13.45 Uhr bis 17.30 Uhr) erfolgen (vgl. Schreiben der Stadtverwaltung B. am R. vom 17.10.2012, Bl. 1116 VerwA). Zum 16.07.2014 wechselte der Kläger bei gleicher Wochenarbeitszeit und täglicher Arbeitszeit von drei Stunden (an den vereinbarten Tagen von 8.30 Uhr bis 11.30 Uhr, drei Tage je Woche, jede dritte Woche vier Tage) in das Archiv der Stadt B. am Rhein. Seine Tätigkeit besteht im Vorbereiten von Zeitungsausschnitten zur Archivierung.

Vom 25.07. bis 29.08.2012 wurde der Kläger stationär in der Rehaklinik G. unter den Diagnosen mittelgradige depressive Störung, lang anhaltend, ausgeprägte Somatisierungsstörung, Tinnitus aurium, ausgeprägter phobischer Schwankschwindel im Rahmen einer dissoziativen Empfindungsstörung, chronisch cervicales und lumbales Schmerzsyndrom, sensibel symmetrisch, Polyneuropathie, Zustand nach Lungenembolie behandelt. Ausweislich des Entlassungsberichtes erachteten die behandelnden Ärzte leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen, ohne häufiges Bücken, ohne fixiertes Sitzen oder Stehen, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne thermische Belastung, ohne Lärmerschütterungen, ohne Allergene, ohne Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, ohne schnell auftretende Reizüberflutung bei komplexen Steuerungs- oder Kommunikationsvorgängen, ohne Verantwortung für Personen sowie ohne häufige Umstellungsnotwendigkeit und Anpassungsvorgänge in einem Umfang von drei bis unter sechs Stunden täglich (maximal vier Stunden täglich) für möglich. Die vom Kläger damals ausgeübte Tätigkeit als Museumsaufsicht hielten sie für ideal, wenn auch diese nach den Angaben des Klägers maximal drei Stunden am Tag, und auch nicht täglich, ausgeübt werde.

Mit Bescheid vom 24.10.2012 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ab. Zur Begründung führte sie aus, mit einem Leistungsvermögen von drei bis sechs Stunden täglich liege volle Erwerbsminderung nicht vor. Für die ihm zumutbaren Tätigkeiten sei ihm der Arbeitsmarkt nicht verschlossen, da er einen Teilzeitarbeitsplatz inne habe. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, ihm stehe eine Arbeitsmarktrente zu. Denn mit seiner Tätigkeit im Umfang von zehn Stunden wöchentlich, was täglich zwei Stunden entspreche, übe er nur eine geringfügige Tätigkeit aus. Damit sei ihm der Teilzeitarbeitsmarkt sehr wohl verschlossen. Dem Entlassungsbericht der Rehaklinik G. sei auch nicht zu entnehmen, dass er über den tatsächlich ausgeübten Umfang hinaus erwerbstätig sein könne. Mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2013 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Im Hinblick auf die geltend gemachte Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes führte die Beklagte aus, bei der ausgeübten Tätigkeit handele es sich um eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung, mit der die Zeitgrenze von weniger als drei Stunden täglich nicht eingehalten werde, da die zehnstündige Wochenarbeitszeit in der Regel in einem, in Vertretungsfällen auch an zwei Tagen in der Woche abgeleistet werde. Dies stehe einem arbeitsmarktbedingten Rentenanspruch entgegen.

Am 25.03.2013 hat der Kläger dagegen beim SG Klage erhoben und geltend gemacht, er arbeite nur an zwei bis drei Tagen pro Woche und

damit höchstens fünf Stunden am Tag und sei an den übrigen Wochentagen keiner Arbeitsbelastung ausgesetzt. Damit arbeite er aber nicht täglich mehr als drei Stunden. Er könne nicht anders behandelt werden als jemand, der wöchentlich fünfmal je zwei Stunden am Tag arbeite.

Das SG hat das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S.-B. auf Grund Untersuchung des Klägers im Oktober 2013 eingeholt. Der Sachverständige hat eine Somatisierungsstörung mit Symptomausweitung, anamnestisch einen Zustand nach Vestibularisausfall 2004 und Polyneuropathie sowie den Verdacht auf einen phobischen Schwindel diagnostiziert und den Kläger für in der Lage erachtet, leichte bis punktuell mittelschwere Arbeiten ohne besondere Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen, ohne Sturz- oder Unfallgefahr und ohne Nachtschicht sechs Stunden und mehr zu verrichten. In diesem Umfang könne auch die derzeit ausgeübte Tätigkeit als Museumswärter - lt. Angaben des Klägers an einem Tag drei und am Samstag sieben Stunden - verrichtet werden. Zu den Einwendungen des Klägers gegen sein Gutachten hat sich Dr. S.-B. unter Aufrechterhaltung seines bisherigen Standpunktes ergänzend geäußert. Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG das Gutachten des Prof. Dr. K., Direktor der Klinik für Neurologie im S. Klinikum V., auf Grund Untersuchung des Klägers im Mai 2014 eingeholt. Der Sachverständige ist diagnostisch von einem phobischen Schwankschwindel/somatoformen Schwindel, einer leichten rechtsbetonten Polyneuropathie der Beine, einem degenerativen Wirbelsäulenleiden, einer ungeklärten Hemihypästhesie rechts sowie einer leichten depressiven Episode ausgegangen und hat das Leistungsvermögen des Klägers für leichte berufliche Tätigkeiten auf Grund des ganz im Vordergrund stehenden phobischen Schwankschwindels mit drei bis weniger als sechs Stunden täglich eingeschätzt. Zu vermeiden seien Tätigkeiten in Akkord, Fließband- und Nachtarbeit, mittelschwere Tätigkeiten geistiger Art, Publikumsverkehr, besondere nervliche Beanspruchung und eine besondere Beanspruchung des Gleichgewichtsvermögens. Der somatoforme Schwindel sei einer Behandlung (Verhaltenstherapie) zugänglich. Der Sachverständige hat eine Behandlung in der Psychosomatischen Klinik des B. S. bei Prof. Dr. E.-H. empfohlen, die sich auf dieses Krankheitsbild spezialisiert habe. Bei erfolgreicher Durchführung der Therapie seien Tätigkeiten auch wieder mindestens sechs Stunden täglich durchführbar. Hierzu hat die Beklagte die sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. vorgelegt, die die Leistungsbeurteilung des Sachverständigen nicht für überzeugend erachtet hat.

Mit Urteil vom 18.11.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich dabei auf die Einschätzung des Sachverständigen Dr. S.-B. gestützt. Die Leistungsbeurteilung des Prof. Dr. K., der aus dem beklagten Schwankschwindel eine quantitative Leistungsminderung abgeleitet hat, hat es nicht für überzeugend erachtet.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 09.12.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.01.2015 beim LSG Berufung eingelegt und geltend gemacht, das SG sei zu Unrecht dem Gutachten des Dr. S.-B. gefolgt. Es habe nicht nur die Einschätzungen der behandelnden Ärzte der Reha-Klinik G. und des Vorgutachter Prof. Dr. H. außer Acht gelassen, sondern auch die Tatsache, dass die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden selbst nur von einem drei- bis unter sechsstündigen Leistungsvermögen ausgegangen sei. Schon allein deshalb stehe ihm jedenfalls vom 11.10.2009 bis 29.02.2012 wegen Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes Rente wegen voller Erwerbsminderung zu. Soweit die Beklagte für die Zeit ab Aufnahme seiner Tätigkeit als Museumswärter ab 01.03.2012 eine Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes verneine, verkenne sie, dass lediglich eine Beschäftigung von wenigstens drei Stunden täglich einem arbeitsmarktbedingten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung entgegenstehe. Dies erfordere jedoch eine wöchentliche Arbeitszeit von 15 Stunden, die er mit seiner wöchentlichen Arbeitszeit von zehn Stunden nicht erreiche. In den jeweiligen drei Stunden seiner aktuellen Arbeitszeit sei eine 15-minütige bezahlte Pause enthalten, sodass er tatsächlich täglich weniger als drei Stunden arbeite.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18.11.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 24.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.02.2013 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 11.10.2009 zu gewähren.

die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Sowohl zum Zeitpunkt des gerichtlichen Vergleichs vor dem LSG am 22.03.2012 als auch aktuell sei von einem zumindest sechsstündigen Leistungsvermögen auszugehen, wobei dieses Leistungsvermögen durchgehend so zu beurteilen sei, nachdem eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Regel nicht zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes führe. Selbst wenn für die Zeit ab August 2012 lediglich noch ein Leistungsvermögen von drei bis weniger als sechs Stunden täglich bestanden haben sollte, stehe die ausgeübte Tätigkeit einer Arbeitsmarktrente entgegen. Eine solche sei nur dann unschädlich, wenn die Beschäftigung weniger als drei Stunden täglich umfasse, was beim Kläger zu verneinen sei. Von der vereinbarten Arbeitszeit könne die Kaffeepause nicht in Abzug gebracht werden.

Der Senat hat das psychosomatische Gutachten nebst ergänzenden Stellungnahmen des Dr. Dr. N., Chefarzt der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im O. Klinikum O., auf Grund Untersuchung des Klägers im Februar 2016 eingeholt. Der Sachverständige ist diagnostisch von einer psychogenen Schwindelsymptomatik und einer dissoziativen Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung ausgegangen und hat den Kläger für in der Lage erachtet, leichte körperliche Tätigkeiten unter weitgehender Reizvermeidung, mit gleichförmigen Körperhaltungen, ohne Akkord- oder Fließbandarbeiten, ohne Nachtschicht und ohne besondere geistige Beanspruchung auszuüben. Er hat die Auffassung vertreten, dass der Kläger entsprechenden Tätigkeiten noch drei bis unter sechs Stunden nachgehen könne, nicht jedoch über ein dauerhaft abrufbares verlässliches Arbeitsvermögen für sechs Stunden und mehr verfüge. Bei Ausübung einer sechsstündigen Tätigkeit sei rasch mit länger anhaltenden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Heilungschancen hat er bei Durchführung einer intensiven stationären Psychotherapie von acht bis zwölf Wochen und ambulanter Weiterbetreuung innerhalb eines Jahres gesehen. Gegen diese Einschätzung hat sich die Beklagte unter Vorlage sozialmedizinischer Stellungnahmen des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N. gewandt. Zuletzt hat der Senat eine Auskunft der I. zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers eingeholt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 24.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.02.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Trotz der bei ihm vorliegenden Gesundheitsstörungen ist der Kläger in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit nicht in einem Ausmaß eingeschränkt, das die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung rechtfertigt. So ist der Kläger weder voll erwerbsgemindert noch liegt ein Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden täglich vor, das mangels Vorliegen eines Teilzeitarbeitsplatzes einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung begründen könnte.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ist [§ 43 Abs. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - voll erwerbsgemindert sind. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Volle Erwerbsminderung besteht über die Regelung des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des BSG (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, u.a. [GS 2/75](#) in SozR 2200 § 1246 Nr. 13) bei regelmäßig bejahter Verschlussenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Diese Voraussetzungen erfüllt der Kläger nicht. Der Senat vermag nicht festzustellen, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf Grund der bei ihm bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf ein rentenberechtigendes Ausmaß herabgesunken ist, er mithin selbst leichte berufliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen nicht wenigstens sechs Stunden täglich zumutbar verrichten kann. Damit steht dem Kläger die begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung insbesondere auch nicht wegen Verschlussenheit des Teilzeitarbeitsmarktes zu, d.h. weder in der Zeit vom 11.10.2009 bis 28.02.2012, in der der Kläger eine berufliche Tätigkeit tatsächlich nicht verrichtete, noch in der nachfolgenden Zeit ab 01.03.2012, in der der Kläger bei der Stadt B. am R. beschäftigt war und ist. Es kann daher auch dahingestellt bleiben, ob diese vom Kläger im Umfang von zehn Stunden wöchentlich ausübte Tätigkeit im Sinne der oben dargelegten Rechtsprechung die Annahme ausschließt, dass der Teilzeitarbeitsmarkt für den Kläger verschlossen ist, sich diese Tätigkeit mithin als rentenschädlich erweist, wovon die Beklagte ausgeht. Denn für alle Erwerbsminderungstatbestände bestimmt das Gesetz ausdrücklich, dass nicht erwerbsgemindert ist, wer die jeweils zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann und dass die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Eine zeitliche Leistungseinschränkung auf drei bis unter sechs Stunden täglich hat der Senat seiner Beurteilung auch nicht deshalb zu Grunde zu legen, weil die Beklagte zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Bescheids vom 24.10.2012 davon ausging, dass der Kläger nicht mehr über ein zumindest sechsstündiges Leistungsvermögen verfügte. Denn soweit in diesem Bescheid auf Seite 2 unten unter der Überschrift "Weitere Hinweise" ausgeführt ist, dass der Kläger nach medizinischer Beurteilung mindestens drei bis sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein könne, handelt es sich hierbei lediglich um die Begründung des Entscheidungssatzes, wonach dem Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht entsprochen werden könne. In Bindung kann nur ein solcher Verfügungssatz erwachsen, nicht jedoch dessen Begründung. Dementsprechend ist in dem anhängigen Verfahren originär über das Leistungsvermögen des Klägers zu befinden, ohne dass es auf eine von der Beklagten zu einem früheren Zeitpunkt getroffene Einschätzung ankommt. Entsprechend ist die Beklagte auch nicht gehindert, von ihrer früheren Einschätzung abzuweichen und in dem anhängigen Berufungsverfahren nunmehr die Auffassung zu vertreten, dass der Kläger über ein Leistungsvermögen von zumindest sechs Stunden täglich verfüge.

Die für die Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens des Klägers maßgebliche Erkrankung ist eine vom Kläger beklagte Schwindelsymptomatik, die als Folge eines im April 2004 aufgetretenen akuten rechtsseitigen Vestibularisausfalls auftrat. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. K. war dieser Vestibularisausfall spätestens im Dezember 2005 kompensiert, da sich anlässlich der Untersuchung bei dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. lediglich noch ein pathologischer nach rechts Kopf-Impuls-Test zeigte, jedoch kein sog. Spontannystagmus (vgl. Arztbrief vom 01.12.2005, Bl. 52 der Verfahrensakte S 4 R 6195/08). Dies zeigte - so Prof. Dr. K. weiter -, dass die Schädigung des rechten Gleichgewichtsorgans zentral durch das Gehirn ausgeregelt wurde und nur bei großen Kopfbeschleunigungen das Defizit noch kurzfristig auftrat. In Einklang damit fand auch die anlässlich des ersten Rentenanspruchs des Klägers mit einer Begutachtung beauftragte Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenärztn Dr. F. anlässlich ihrer Untersuchung keine objektiven Befunde, die auf einen anhaltenden Schaden des Vestibularisorgans hindeuteten. Auch nachfolgend war eine entsprechende Störung nicht mehr nachweisbar. Denn auch der in dem Verfahren S 4 R 6195/08 hinzugezogene Sachverständige Prof. Dr. H. beschrieb bei den vestibulären Funktionsprüfungen für den Zeitpunkt seiner Untersuchung im Dezember 2009 einen Normalbefund. Dabei war bei der kalorischen Überprüfung der Gleichgewichtsorgane wieder eine seitengleiche Erregbarkeit beider Labyrinth festzustellen, d.h. es war zu einer Rückbildung der ursprünglichen Störung gekommen. Auch die Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. K. im Mai 2014 hat bei sämtlichen klinischen Test und apparativen Untersuchungen Normalbefunde ergeben und somit die früheren Ergebnisse bestätigt.

Wenn auch damit eine vollständige Rückbildung des im April 2004 akut aufgetretenen Vestibularisausfalls nachgewiesen ist, so zweifelt der Senat nicht an, dass der Kläger auch über das Jahr 2005 hinaus noch unter Schwindelerscheinungen litt und auch nach wie vor leidet. Denn wie den aktenkundigen medizinischen Unterlagen zu entnehmen ist, bildeten sich beim Kläger gerade nicht sämtliche Symptome zurück und es kamen neue Beschwerden hinzu. Angesichts dessen ging Dr. S. schon anlässlich der erwähnten Untersuchung im Dezember 2005 diagnostisch von einem phobischen Schwankschwindel mit Konzentrationsstörung und verminderter Belastbarkeit aus. Eine Schwindelsymptomatik mit den genannten Begleiterscheinungen gab der Kläger während der Rentenverfahrens auch anlässlich sämtlicher gutachtlichen Untersuchungen an, wobei Dr. F., nachdem diese Beschwerden hno-ärztlich nicht zu erklären waren, die Einholung eines psychiatrisch-neurologischen Gutachtens empfahl und der Neurologe Dr. C. diese Beschwerden dann im Rahmen einer Anpassungsstörung erklärte. Der in dem nachfolgenden Rentenverfahren hinzugezogene Gutachter Dr. C. interpretierte diese Beschwerden als Anpassungsstörung bei Restbeschwerden nach Vestibularisausfall und die Ärztin für Nervenheilkunde B. als subjektiv anhaltenden

Schwindel nach Vestibularisausfall. Erst Prof. Dr. H. und nachfolgend Prof. Dr. K. sowie der im Berufungsverfahren hinzugezogene Sachverständige Dr. Dr. N. haben für den Senat dann überzeugend herausgearbeitet, dass es sich bei der vom Kläger beklagten Schwindelsymptomatik um einen somatoformen Schwindel bzw. die entsprechende Unterform eines phobischen Schwankschwindels handelt. Zu diesem Krankheitsbild haben Prof. Dr. K. und Dr. Dr. N. im Wesentlichen übereinstimmend ausgeführt, dass ein solcher Schwankschwindel bzw. Angstschwindel häufig im Anschluss an eine organische Erkrankung mit Schwindelanfällen auftritt. Die Leitsymptome sind Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, meist in aufrechtem Stand oder beim Gehen, häufig als kurze Attacken, gelegentlich aber auch als Dauerunsicherheit. Hierbei werden Schwindel bzw. Schwindelanfälle als bedrohlich erlebt und begünstigen eine ängstliche Erwartungshaltung vor weiteren Attacken und Anfällen. Dabei kann der Schwindel etwas sein, auf das die Angst gerichtet ist, er kann aber auch selber Ausdruck der Angst sein. Für den Senat überzeugend hat der Sachverständige Prof. Dr. K. deutlich gemacht, dass beim Kläger der klassische Verlauf einer initialen organischen Gleichgewichtserkrankung vorliegt, infolgedessen sich ein somatoformer Schwindel entwickelt hat. Soweit es Dr. Dr. N. angesichts der vom Kläger zur Bewältigung der Schwindelsymptomatik verwendeten Hilfsmittel (Stöcke und Alkohol) für naheliegend erachtet hat, dass es sich beim Kläger nicht um eine bloße Schwindel-, sondern auch um eine Angstsymptomatik handelt, kann dahingestellt bleiben, ob beim Kläger tatsächlich der angesprochene phobische Schwankschwindel als Unterform eines somatoformen Schwindel vorliegt. Denn für die Beurteilung der vorliegend allein relevanten beruflichen Leistungsfähigkeit ist nicht die exakte diagnostische Einordnung einer Erkrankung von Bedeutung, maßgeblich ist vielmehr welche funktionellen Einschränkungen hieraus resultieren.

Der von neurologischer Seite objektivierten leichten Polyneuropathie der Beine hat er bei der vorliegenden Symptomatik dabei keine gravierende Bedeutung beigemessen, ebenso wenig der von ihm in Übereinstimmung mit dem im Verfahren S 4 R 6195/08 hinzugezogenen Sachverständigen Prof. Dr. E. beschriebenen leichten depressiven Störung.

Der Senat geht davon aus, dass bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit auf Grund der beim Kläger vorliegenden Schwindelsymptomatik die qualitativen Einschränkungen zu berücksichtigen sind, wie sie von den Sachverständigen Dr. S.-B., Prof. Dr. K. und Dr. Dr. N. im Einzelnen aufgeführt worden sind. Daher sind für den Kläger Tätigkeiten nicht mehr leidensgerecht, die besondere Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen stellen, mit Sturz- oder Unfallgefahren und mit Publikumsverkehr verbunden sind; ausgeschlossen sind ferner Akkord-, Fließband- und Nachtarbeit sowie Arbeiten mit besonderer geistiger oder nervlicher Beanspruchung. Vorzugsweise kommen daher - so Dr. Dr. N. - leichte Tätigkeiten mit gleichförmigen Körperhaltungen unter weitgehender Reizvermeidung in Frage.

Der Senat vermag sich allerdings nicht davon zu überzeugen, dass der Kläger Tätigkeiten der so beschriebenen Art in einem Umfang von sechs Stunden täglich nicht mehr ausüben vermag.

Soweit Prof. Dr. H. in seinem in dem Verfahren S 4 R 6195/08 eingeholten Gutachten ausführte, der bewegungsabhängige Schwindel schränke alle Aktivitäten ein, die mit Bewegung einhergehen, also bspw. das Gehen, Laufen und Fahrrad fahren, weshalb er aktuell und auch schon ab dem Zeitpunkt des Vestibularisausfalls im April 2004 keinerlei Erwerbstätigkeit mehr für denkbar erachte, überzeugt dies den Senat nicht. Denn derart weitreichende Einschränkungen sind weder mit den Ausführungen im Entlassungsbericht der Rehaklinik am K. in Einklang zu bringen, wo der Kläger im August/September 2004 erfolgreich behandelt und in einem deutlich gebesserten Zustand (nur noch passager Schwindelgefühle, insbesondere bei der Kopfseitneigung) mit einem Leistungsvermögen für mittelschwere Tätigkeiten von sechs Stunden und mehr entlassen wurde und auch nicht mit den Angaben des Klägers anlässlich einer nachfolgend im November 2004 erfolgten Untersuchung bei Dr. N. vom MDK, dem er berichtete, dass er wieder ein Kraftfahrzeug führe, im Dorf Fahrrad fahre und auch wieder den "Piepser" der Freiwilligen Feuerwehr trage, wobei er zuletzt bei einer Übung auch wieder im Einsatz gewesen sei, wenn auch nur in "zweiter Linie". Darüber hinaus steht die Einschätzung des Prof. Dr. H. auch in Widerspruch zu den Aktivitäten des Klägers, wie er sie anlässlich der Untersuchungen durch die von der Beklagten in den Rentenverfahren hinzugezogenen Gutachter Dr. C., Dr. C. und der Ärztin für Nervenheilkunde B. schilderte. So berichtete der Kläger gegenüber Dr. C. im Zusammenhang mit seiner sozialen bzw. familiären Situation von Spaziergängen mit dem Hund und der Mithilfe beim Rebenschneiden und gegenüber Dr. C. gab er an, wieder Auto zu fahren. Die Ärztin für Nervenheilkunde B., die nachfolgend einen umfangreichen Tagesablauf erhob, dokumentierte, dass der Kläger nachdem seine Frau nach dem Frühstück das Haus verlassen habe, etwas im Haushalt mache, Geschirr spüle, auch mal sauge und für den Sohn koche, wenn er aus der Schule komme. Der Kläger habe einen Garten, in dem er Tomaten und Zucchini sowie Johannisbeersträucher anbaue, und einen Weinberg, mit dem er sich ebenfalls beschäftige; er habe verschiedene Reben und auch Speisetrauben. Außerdem habe er einen Hund, mit dem er spazieren gehe. An abendlichen Aktivitäten führte er seine Vereinsmitgliedschaft auf, wobei er manchmal zu Vorträgen gehe. Im Winzerkreis gebe es alle zwei bis drei Wochen Infoabende. Er sei zwar noch im Turnverein, aber turne selbst nicht mehr, bei den veranstalteten Radtouren fahre er mit seiner Frau mit dem Auto hinterher. Er fahre zwar auch selbst wieder Fahrrad, allerdings nicht gern in einer Gruppe, da dies zu viel Konzentration benötige. Seit neuestem mache er mit seiner Frau Walking. Dabei könne er auch durch die Gegend schauen und müsse sich nicht so konzentrieren. Sie seien auch schon zweimal mit einer Gruppe vom Turnverein gegangen. Mit einem Schwindel, der keine mit Bewegung einhergehende Aktivitäten zulässt, lassen sich all diese Beschäftigungen und Verrichtungen nicht vereinbaren. Ungeachtet dessen erachtete Dr. W. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte in dem Verfahren S 4 R 6196/08 die von dem Sachverständigen angelegten Kriterien für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu Recht auch für wirklichkeitsfremd, da auch im privaten Bereich keine Lebensführung ohne Bewegung und Geräuschkulisse denkbar ist und es dem Kläger daher auch unmöglich sein würde, seinen Lebensalltag zu gestalten. Dies ist aber gerade nicht der Fall. Entsprechend schilderte der Kläger anlässlich der nachfolgenden Untersuchung bei dem Sachverständigen Prof. Dr. E. auch einen Tagesablauf mit Haushaltstätigkeiten, wie bspw. Staubsaugen, Geschirr spülen und kochen, ein bis zwei Stunden nachmittags den Enkel hüten und Spaziergängen in den Weinbergen. Die gegenüber dem Sachverständigen angegebenen Aktivitäten bei der Feuerwehr hat der Kläger - entsprechend seinen früheren Angaben gegenüber Dr. N. - nachfolgend dahingehend konkretisiert, dass er als Feuerwehrmitglied über 50 Jahre zwar weiterhin aktiv sei, aber nicht "im ersten Glied", sondern im hinteren Bereich der Unterstützung, als sog. "Altherrenmannschaft" bzw. "Leitermannschaft", also als Teil der Personen, die die Leiter stellen, nicht aber selbst hinaufsteigen. Schließlich ist das von Prof. Dr. H. konstatierte gänzlich aufgehobene Leistungsvermögen auch durch die nachfolgend vom Kläger tatsächlich im Umfang von zehn Stunden wöchentlich aufgenommene Tätigkeit bei der Stadt B. am R. widerlegt. Der Senat sieht auf Grund all dessen keine Anhaltspunkte dafür, dass das Leistungsvermögen des Klägers auf weniger als drei Stunden täglich herabgesunken sein könnte, wie der Kläger dies in dem Verfahren S 4 R 6195/08 geltend machte.

Vor dem Hintergrund der dargelegten Aktivitäten vermag sich der Senat auch nicht davon zu überzeugen, dass dem Kläger - wie er behauptet und durch sein Beschwerdevorbringen belegen möchte - die Ausübung von Tätigkeiten der oben beschriebenen Art in einem

Umfang von sechs Stunden täglich nicht mehr zugemutet werden können. Denn die vom Kläger beschriebenen Tätigkeiten im Haushalt, im Garten bzw. Weinberg, bei der Feuerwehr, die Fähigkeit, Auto zu fahren, und die sportlichen Aktivitäten, wie Fahrradfahren, Walken bzw. Spaziergehen, sieht der Senat in Widerspruch zu den Beschwerdeangaben des Klägers. Gegenüber Prof. Dr. K. hat der Kläger angegeben, sobald er sich mehr bewegen müsse - Bezugspunkt ist die Tätigkeit als Museumswärter mit viel Sitzen gewesen - oder er Geräuschen ausgesetzt sei, bekomme er stundenlangen Dauerschwindel und Koordinationsstörungen. Gegenüber Dr. Dr. N. hat der Kläger angegeben, wenn er einen ruhigen Platz habe, sei es erträglich. Wenn er sich nicht bewege, aber Bewegung um ihn herum sei, sei es schlimm, am schlimmsten sei es, wenn er sich selbst bewege und um ihn herum auch Bewegung und Unruhe sei. Vergleichbare (schwere) Beschwerden gab der Kläger bereits gegenüber der Nervenärztin B. (Schwindel bei Bewegungen und bei Geräuschen), Prof. Dr. H. (seit 2004 anhaltende Schwindelsymptomatik, Gangunsicherheit bei schnellen Bewegungen, insbesondere Eigenbewegungen oder Bewegungen der visuellen Umgebung als Hauptbeschwerde mit angegebener Vermeidung aller Situationen mit raschen Bewegungen bei sich selbst oder in der Umgebung, s. ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen) und Prof. Dr. E. (ständig schwindelig, müsse alles langsam machen, auch Laufen und Reden sei anstrengend, er laufe unsicher und unkontrolliert, ...) an. Wie derartige Beschwerden mit den beschriebenen Aktivitäten vereinbar sein sollen, erschließt sich dem Senat nicht. Hervorzuheben ist insbesondere die Diskrepanz zwischen den Beschwerdeangaben bei Prof. Dr. E. einerseits und der gegenüber demselben Sachverständigen angegebenen Mitgliedschaft bei der Feuerwehr mit den hierzu beschriebenen Aktivitäten (s.o.) und der erhaltenen Fähigkeit, Auto zu fahren (so u.a. die Angaben gegenüber Dr. Dr. N.). Dabei verkennt der Senat nicht, dass der Kläger zwischenzeitlich seine Angaben zu seinen Aktivitäten relativiert. So hat er zuletzt bei Dr. Dr. N. Angaben über Autofahren, seine Haushaltstätigkeiten (aufräumen, staubsaugen, spülen, kleinere Einkäufe) und vorsichtiges Fahrradfahren gemacht, weitergehende Hobbies indessen verneint. Allerdings vermag der Senat für mögliche Einschränkungen der Aktivitäten gegenüber den früheren Angaben keine gesundheitlichen Gründe festzustellen. Denn eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat keiner der Sachverständigen festgestellt, die Beschwerdeangaben des Klägers sind - wie dargelegt - im Wesentlichen gleich geblieben und der Kläger hat die Angaben über eine Reduzierung seiner Freizeitaktivitäten auch nicht mit einer solchen Verschlechterung begründet. Vor diesem Hintergrund vermag der Senat den Beschwerdeangaben des Klägers keine ausschlaggebende Bedeutung für die Beurteilung des verbliebenen Leistungsvermögens beizumessen. Dabei bezweifelt der Senat - wie ausgeführt - nicht, dass beim Kläger tatsächlich Schwindelanfälle vorkommen. Indessen ist das konkrete Ausmaß dieser Schwindelanfälle nicht zu klären. Entsprechend vermag der Senat anhand der Angaben des Klägers nicht festzustellen, dass die funktionellen Auswirkungen der Schwindelsymptomatik so ausgeprägt sind, dass sie zu einer rentenrelevanten Leistungseinschränkung in Form von der vom Kläger behaupteten zeitlichen Einschränkung auf weniger als sechs Stunden täglich führt.

Soweit der Kläger sich in seiner Auffassung durch die Ausführungen der behandelnden Ärzte der Rehaklinik G. im Entlassungsbericht bestätigt sieht, wonach er maximal vier Stunden täglich tätig sein könne, überzeugt diese Einschätzung nicht. So liegt dieser Beurteilung ersichtlich die Angabe des Klägers zu Grunde, dass er zehn Stunden wöchentlich und dabei maximal drei Stunden täglich als Museumsaufsicht tätig ist und darüber hinausgehend auch nicht belastbar sei. Denn auf dieser Grundlage sind die behandelnden Ärzte davon ausgegangen, dass mit einer Trainingsmaßnahme ggf. eine täglich vierstündige Tätigkeit erreichbar sei. Entgegen diesen Angaben war der Kläger seinerzeit jedoch nicht an drei Tagen jeweils maximal drei Stunden täglich als Museumsaufsicht tätig, sondern - wie der Bestätigung der Stadt B. am R. vom 17.11.2012 zu entnehmen ist - am Samstag oder am Sonntag in der Zeit vom 11.15 Uhr bis 17.30 Uhr eingesetzt, d.h. er war an einem Tag mehr als sechs Stunden und an dem weiteren Tag mehr als drei Stunden tätig. In diesem Sinne äußerte er sich auch anlässlich der gutachtlichen Untersuchung bei dem Sachverständigen Dr. S.-B. ... Denn dieser dokumentierte die Angabe des Klägers, dass er bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von zehn Stunden an einem Tag sieben Stunden und an dem anderen Tag drei Stunden arbeite (vgl. Bl. 60 SG-Akte). Damit zeigt sich, dass die Leistungsbeurteilung im Entlassungsbericht auf einer falschen Tatsachengrundlage beruht. Denn die Behauptung, die Belastbarkeit an einem Arbeitstag betrage höchstens drei Stunden, ist unzutreffend, wenn der Kläger jedenfalls an einem Tag pro Woche sogar bis zu sieben Stunden tätig sein kann. Die getroffene Leistungsbeurteilung kann allein schon deshalb nicht überzeugen. Der dargelegte Widerspruch zeigt gleichzeitig aber auch und erneut auf, dass allein die Angaben des Klägers für den Senat nicht Grundlage der Überzeugungsbildung dafür in Betracht kommen können, in welchem Umfang er in der Lage ist, leistungsgerechte Tätigkeiten noch zumutbar zu verrichten.

Für auffällig erachtet der Senat zudem die Ausführungen im Entlassungsbericht zum psychopathologischen Befund, in dem der Kläger als sehr abstrakt und medikalisiert die Beschwerden schildernd, im Gutachtenkontext fixiert, beschrieben wird, ganz davon überzeugt, Opfer einer ungerechtfertigten juristischen Auseinandersetzung geworden zu sein. Er reagierte dabei schnell fordernd und anklagend und auf Nachfragen unwirsch (ob der Untersuchende "die Gutachten nicht gelesen" habe), die eigene gereizte Reaktion kaum reflektierend und auf entsprechende Konfrontation eher erstaunt reagierend. Der Kläger erschien im Denken ganz auf das eigene Rechtsempfinden fixiert ("32 Jahre habe ich gearbeitet, jetzt glaubt mir niemand"), zeigte sich bei der Untersuchung zwar kooperativ, sich selbst allerdings mit ausgeprägten negativen Verbalisationen invalidisierend. Auch eine Veränderungsmotivation des Klägers war für den Untersucher nicht greifbar. All dies lässt im Zusammenhang mit den weiteren Ausführungen, wonach die Leistungsbeurteilung und das weitere sozialmedizinische Procedere in Übereinstimmung mit der Sicht des Klägers vorgenommen worden sei (vgl. Bl. 1107 Rs. VerwA), erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass die im Entlassungsbericht getroffene Leistungsbeurteilung das tatsächliche Leistungsvermögen des Klägers widerspiegelt. Zweifelhafte erscheint auch, ob die Rehabilitationsmaßnahme vom Kläger tatsächlich mit einem Behandlungswunsch angetreten wurde. Denn schon Dr. C. und die Ärztin für Nervenheilkunde B., die den Kläger zuvor im Verwaltungsverfahren untersuchten, haben in ihren Gutachten ausgeführt, dass der Kläger auf eine Rente festgelegt sei, weshalb sie seinerzeit mangels Erfolgsaussicht auch keine Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme sahen.

Über die oben dargelegten Widersprüchlichkeiten im Entlassungsbericht der Rehaklinik G. hinaus, hat der Sachverständige Dr. S.-B. im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme überzeugend auch darauf hingewiesen, dass der Entlassungsbericht zwar als führend eine mittelschwere depressive Störung ausweist, diese jedoch für die getroffene Leistungsbeurteilung nicht maßgeblich war, sondern die vom Kläger angegebene eingeschränkte Belastbarkeit auf Grund der Schwindelsymptomatik. Soweit von den behandelnden Ärzten der Rehaklinik das Bild einer schweren bzw. mittelschweren depressiven Symptomatik beschrieben wurde, die sich im Behandlungsverlauf nicht gebessert habe, hat Dr. S.-B. zu Recht auch deutlich gemacht, dass es nach den Richtlinien einer Depressionsbehandlung einen schweren Fehler darstellen würde, innerhalb einer mehrwöchigen Behandlung bei einer schweren Depression keine Antidepressiva einzusetzen. Allerdings hat er vor dem Hintergrund des erhobenen psychopathologischen Befundes dann überzeugend herausgearbeitet, dass eine mittelschwere oder schwere Depression nicht vorlag, sondern vielmehr die Somatisierung und ein Rentenwunsch sowie das subjektive Empfinden, Opfer einer juristischen Auseinandersetzung zu sein.

Nach alledem lässt sich mit dem in Rede stehende Entlassungsbericht eine rentenrelevante Leistungsminderung nicht überzeugend begründen. Zu Recht hat der Sachverständige Dr. S.-B. auf Grund der von ihm erhobenen Befunde schließlich auch für den Untersuchungszeitpunkt eine zumindest mittelgradige Depression verneint. Eine über eine leichte depressive Störung hinausgehende Symptomatik hat im Übrigen keiner der am Verfahren beteiligten Gutachter oder Sachverständigen beschrieben, im weiteren Verfahren vor dem SG insbesondere nicht der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG hinzugezogene Sachverständige Prof. Dr. K. und auch nicht der vom Senat beauftragte Sachverständige Dr. Dr. N. ...

Der Sachverständige Dr. S.-B. hat im Hinblick auf die beim Kläger im Vordergrund der Beeinträchtigungen stehende Schwindelsymptomatik, die er nach den Beschreibungen des Klägers in der Untersuchungssituation als nicht typisch für einen phobischen Schwindel erachtet hat, lediglich eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt und die Schwindelsymptomatik im Rahmen der diagnostizierten Somatisierungsstörung mit Symptomausweitung berücksichtigt, die wiederum bei zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden könne. Angesichts des von Dr. S.-B. erhobenen Befundes mit Hinweisen auf eine Ausgestaltung der Beschwerden bspw. bei der Prüfung der Kopfbeweglichkeit (unauffällige Spontanbewegung, bei expliziter Prüfung heftiges gegenspannen unter Angabe von Schmerzen) und dem Koordinationstest (sehr auffälliges Schwanken nach links beim Romberg-Versuch, normalisierend bei Nichtbeachtung und Erschwerung der Aufgabenstellung), ist dies für den Senat ebenso schlüssig nachvollziehbar wie die von ihm getroffene Leistungsbeurteilung, wonach Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen, Tätigkeiten mit Sturz- oder Unfallgefahr sowie Nachtschicht nicht mehr leistungsgerecht sind, körperlich leichte bis punktuell mittelschwere Tätigkeiten bei Beachtung dieser Einschränkungen jedoch zumindest sechs Stunden möglich sind.

Soweit der Sachverständige Prof. Dr. K. das Leistungsvermögen des Klägers abweichend von der Beurteilung des Sachverständigen Dr. S.-B. und des Vorgutachters Prof. Dr. E. mit drei bis weniger als sechs Stunden täglich eingeschätzt hat, überzeugt dies den Senat ebenso wenig wie zuvor schon das SG. Prof. Dr. K. hat seine Auffassung damit begründet, dass die somatoforme Schwindelerkrankung, die aus dem neurologischen und psychiatrischen Raster herausfalle, oftmals nicht ausreichend gewürdigt werde und auch von diesen Sachverständigen nicht adäquat bewertet worden sei. Seines Erachtens führe ein somatoformer Schwindel entgegen der Ansicht des Prof. Dr. E. zu einer quantitativen Leistungsminderung. Das Ausmaß der Leistungsminderung hat er dann, ausgehend von der Einschätzung der behandelnden Ärzte der Rehaklinik G., deren Einschätzung angesichts der Dauer des dortigen Aufenthalts eine besondere Bedeutung zukomme, der vom Kläger tatsächlich verrichteten Tätigkeit, bei der am Wochenende auch mal eine Schicht von fünf bis sechs Stunden erforderlich sei, den zusätzlich im Haushalt oder dem Garten noch verrichteten Tätigkeiten und dem weiteren Umstand, dass der Kläger kürzere Strecken auch noch mit dem Auto fahre, mit drei bis unter sechs Stunden täglich eingeschätzt.

Der Sachverständige hat insoweit zwar gut nachvollziehbar hergeleitet, wie er zu seiner Beurteilung gelangt ist, allerdings überzeugt den Senat schon seine Grundannahme nicht, wonach ein somatoformer Schwindel eine quantitative Leistungsminderung bedingt. Denn es ist nicht zulässig, allein von der Diagnose auf das Ausmaß einer Leistungsminderung zu schließen. Schließlich kann ein somatoformer Schwindel in ganz unterschiedlicher Ausprägung und Schwere vorliegen. Insoweit hat der Sachverständige beim phobischen Schwankschwindel als Leitsymptome Schwindel und Gleichgewichtsstörungen genannt, die meist im aufrechten Stand oder beim Gehen auftreten, häufig auch als kurze Attacken oder aber auch als Dauerunsicherheit vorliegen können. Dies macht deutlich, dass die funktionellen Einschränkungen nur anhand der im Einzelfall tatsächlich vorhandenen Beeinträchtigungen überzeugend abgeleitet werden können, und allein mit der diagnostischen Zuordnung der Erkrankung eine quantitative Leistungsminderung nicht begründet werden kann. Berücksichtigt man weiter, dass dem Entlassungsbericht der Rehaklinik G. angesichts der oben dargelegten zahlreichen Widersprüche keine Beweiskraft beizumessen ist und auch Prof. Dr. K. seiner Beurteilung zu Grunde legt, dass der Kläger am Wochenende lediglich Schichten von fünf bis sechs Stunden absolvierte, nicht aber - wie gegenüber Dr. S.-B. angegeben - Schichten bis hin zu sieben Stunden, so erschließt sich nicht, weshalb die Ausübung einer leistungsgerechten Tätigkeit nicht auch sechs Stunden möglich sein soll. Soweit Prof. Dr. K. darauf hingewiesen hat, dass die somatoforme Schwindelform für den Arbeitsalltag erhöhte Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit stellt und dadurch zu einer vorzeitigen Erschöpfung führen kann, ist dies für den Senat zwar ohne weiteres nachvollziehbar. Daraus kann aber nicht ohne weiteres abgeleitet werden, dass - und ab wann - beim Kläger eine solche Erschöpfung eintritt. So hat keiner der am Verfahren beteiligten Sachverständigen, die den Kläger untersucht und begutachtet haben, eine solche vorzeitige Erschöpfung beschrieben, obwohl eine gutachtliche Untersuchung einschließlich Anreise und Wartezeiten mit einer durchaus beachtlichen Belastung verbunden ist und eine entsprechende Erschöpfung sich in der Untersuchungssituation dann auch darstellen sollte. So hat der Sachverständige Dr. S.-B. diesbezüglich vielmehr einen unauffälligen Befund beschrieben (vgl. Bl. 43 SG-Akte). Danach war die Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit erhalten und der Kläger hat den Sachverständigen - so Dr. S.-B. ausdrücklich - auch korrigiert, als dieser eine Jahreszahl irrtümlich festgehalten hat. Auch Prof. Dr. K. hat insoweit keine Auffälligkeiten beschrieben und den Kläger vielmehr als wach, adäquat kontaktfähig, voll orientiert, psychomotorisch adäquat reagierend und affektiv schwingungsfähig beschrieben und Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen verneint (vgl. Bl. 73 SG-Akte). Statt dessen hat der Sachverständige anlässlich seiner Untersuchung allerdings mehrmals auf eine Aggravation des Klägers hingewiesen, so bspw. bei Prüfung der Motorik, der Koordination sowie der Posturographie (vgl. Bl. 72/73 SG-Akte), dies allerdings einer üblichen Verdeutlichung gleichgesetzt, ohne dies weiter zu verifizieren. Schließlich hat auch der vom Senat hinzugezogene Sachverständige Dr. Dr. N. einen im Wesentlichen unauffälligen psychopathologischen Befund ohne Hinweise auf eine vorzeitige Erschöpfung beschrieben. Danach hat der Kläger in der Stimmungslage ernst gewirkt, jedoch nicht typisch depressiv oder dysphorisch, die Schwingungsfähigkeit ist erhalten gewesen, ebenso der Antrieb, er hat in adäquater Weise gestikuliert, das Bewusstsein ist klar, die Orientierung örtlich, zeitlich und zur Person sowie zur Biographie erhalten gewesen, ebenso das Gedächtnis und die Merkfähigkeit; auch das formale und inhaltliche Denken ist unauffällig gewesen (vgl. Bl. 62 Senatsakte). Die Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. K. überzeugt den Senat daher nicht.

Nichts anderes gilt für die Auffassung des Sachverständigen Dr. Dr. N. ... Auch er hat - hierauf hat Dr. N. für die Beklagte u.a. hingewiesen - keine Befunde erhoben, die die Annahme einer Erschöpfung durch die Belastungen der Begutachtung (Anreise, Exploration, Testpsychologie) rechtfertigen würden. Entsprechend beruht seine Beurteilung darauf, dass er die vom Kläger angegebenen Symptome von Erschöpfung bei erhöhter körperlicher Anstrengung und übermäßiger konzentrativer Beanspruchung als typisch für die dissoziative Gang- und Standstörung ansieht. Abgesehen davon, dass die Angaben des Klägers - wie dargelegt - keine geeignete Grundlage der Leistungsbeurteilung sein können, lässt sich aus der Typik von Beschwerden bei einer dissoziativen Störung nicht deren Ausmaß ableiten. Damit vermag der Senat Dr. Dr. N. auch insoweit - mangels entsprechendem, diese Annahme tragendem Befund - nicht zu folgen, als er die Leistungsfähigkeit des Klägers (nur) deshalb mit drei bis unter sechs Stunden täglich eingeschätzt hat, weil er kein dauerhaft verlässliches Leistungsvermögen für eine Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden und mehr gesehen hat, da bei Ausübung einer sechsständigen Tätigkeit

rasch mit länger anhaltenden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen sei. Soweit er dies mit den Beschreibungen des Krankheitsverhaltens im Entlassungsbericht der Rehaklinik G. begründet hat, kann dies schon deshalb nicht überzeugen, weil der Senat den entsprechenden Ausführungen - wie bereits ausgeführt - keine Beweiskraft beizumessen vermag. Ohnehin hat sich der Sachverständige nicht in der Lage gesehen, eine Aussage dazu zu machen, in welchem Ausmaß mit derartigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden muss. Damit hält es der Senat eher für spekulativ, dass die Ausübung einer leidensgerechten Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden täglich zu häufigen und längeren Zeiten der Arbeitsunfähigkeit führt.

Zu erwartende häufigere und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten begründen im Übrigen auch keine Erwerbsminderung. Ein Versicherter, der noch eine Erwerbstätigkeit ausüben kann, ist nicht schon deshalb erwerbsunfähig, weil er in Folge eines wie auch immer verursachten Leidens häufig krankheitshalber nicht arbeitsfähig ist. Etwas anderes kann dann gelten, wenn der Versicherte so häufig krank ist, dass die von ihm während eines Arbeitsjahres erbrachten Arbeitsleistungen nicht mehr die Mindestanforderung erfüllen, welche ein vernünftig und billig denkender Arbeitgeber zu stellen berechtigt ist, so dass eine Einstellung oder Weiterbeschäftigung eines solchen Versicherten praktisch ausgeschlossen ist (BSG, Urteil vom 21.07.1992, [4 RA 13/91](#)). Maßgebend ist - so das BSG im genannten Urteil -, ob der Versicherte auf Grund seines Leidens gehindert ist, durchschnittlich in der Woche mehr als zwei oder je Monat mehr als acht volle Schichten in einer Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Solche zeitlich nicht einplanbaren, häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einer vollständigen Leistungsunfähigkeit verbunden sind, sind rechtlich den unüblichen Arbeitsbedingungen zuzuordnen (vgl. BSG, Urteil vom 31.03.1993, [13 RJ 65/91](#) in [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 14](#)). Hinreichende Anhaltspunkte für das Vorliegen einer derartigen Fallgestaltung sieht der Senat nicht. So hat sich Dr. Dr. N. auch nicht annähernd in der Lage gesehen, die von ihm angenommenen Arbeitsunfähigkeitszeiten zu quantifizieren. Die vom Senat hierzu eingeholte Auskunft der Krankenkasse des Klägers - hinsichtlich des Inhalts wird auf Bl. 103 ff. der Senatsakte Bezug genommen - belegt eine andauernde Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 13.08.2007 bis 08.02.2009 wegen Schwindel ("Störung der Vestibularisfunktion"). Nach dem 08.02.2009 finden sich dann lediglich einzelne Zeiten der Arbeitsunfähigkeit für die Jahre 2012 (maximal 36 Tage am Stück = stationäre medizinische Rehabilitation in der Rehaklinik G.) und 2015 (maximal 19 Tage am Stück wegen Herpes zoster) sowie eine längere Arbeitsunfähigkeit von Dezember 2015 bis Juni 2016 (wegen Schulterbeschwerden), jedoch kein einziger Tag der Arbeitsunfähigkeit aus den von Dr. Dr. N. beschriebenen Gründen, und für die Jahre 2013 und 2014 kein einziger Tag der Arbeitsunfähigkeit. Damit ist die Annahme des Sachverständigen, wegen des fluktuierenden Krankheitsverlaufs mit wechselnder Symptomausprägung sei schon aktuell mit Arbeitsunfähigkeitszeiten zu rechnen (Bl. 65 Senatsakten), widerlegt.

Zweifel an der Schwere der beim Kläger vorliegenden rein subjektiven Symptomatik, die keiner Objektivierung zugänglich ist, hat der Senat schließlich auch auf Grund der Tatsache, dass der Kläger bisher keine adäquaten Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen hat, obwohl solche bereits vor mehr als sechs Jahren von Prof. Dr. H. in seinem im Mai 2010 vorgelegten Gutachten empfohlen wurden. Seinerzeit wies der Sachverständige darauf hin, dass der phobische Schwankschwindel einer verhaltenstherapeutischen Behandlung zugänglich ist und er empfahl ausdrücklich eine psychosomatische Heilmaßnahme mit Verhaltenstherapie. Auch der Sachverständige Prof. Dr. K. hat in seinem Gutachten von September 2014 deutlich gemacht, dass der somatoforme Schwindel einer Behandlung zugänglich sei und er hat ausdrücklich die Psychosomatische Klinik des B. S. genannt, wo Prof. Dr. E.-H. tätig ist, die sich auf dieses Krankheitsbild seit Jahren spezialisiert hat. Auch dieser Hinweis auf die Behandlungsmöglichkeit durch eine auf diese Erkrankung spezialisierte Ärztin in einer nahe gelegenen Klinik hat den Kläger nicht veranlasst, Prof. Dr. E.-H. aufzusuchen. Angesichts der vom Kläger geltend gemachten Schwere seiner Beeinträchtigungen, die keine Tätigkeit zuließen, die über den Umfang von zehn Stunden wöchentlich hinausgehen, ist dies für den Senat nicht verständlich. Soweit er sein Verhalten auf die Frage des Senats damit begründet hat, dass er davon ausgegangen sei, die Beklagte werde eine weitere Rehabilitationsmaßnahme in der Psychosomatischen Klinik des B. S. erneut als nicht erfolgsversprechend ablehnen, ist dies nicht nachvollziehbar. Zu Recht hat Dr. Dr. N. insoweit deutlich gemacht, dass es sich bei der Psychosomatischen Klinik des B. S. um ein Akutkrankenhaus handelt, nicht aber um eine Rehabilitationseinrichtung. Demnach ist für die Durchführung einer entsprechenden Behandlung auch keine Genehmigung des Rentenversicherungsträgers notwendig. Ausreichend ist vielmehr eine Krankenhauseinweisung durch den behandelnden Arzt, die jedenfalls seit Kenntnisnahme von dem Gutachten des Prof. Dr. H., in besonderer Weise jedoch seit dem Gutachten des Prof. Dr. K. zu erwarten gewesen wäre. Neben der Sache liegt der weitere Hinweis des Klägers, dass schon die Behandlung in der Rehaklinik G. keine Besserung gebracht habe. Denn dass der Kläger im Rahmen dieser Rehabilitationsmaßnahme in Bezug auf die Schwindelsymptomatik nicht verhaltenstherapeutisch behandelt wurde, muss dem Kläger bekannt gewesen sein, nachdem er an einer solchen Therapie nicht teilnahm. Schließlich hat aber auch das Gutachten des Prof. Dr. K. erneut verdeutlicht, dass und in welcher Klinik Behandlungsoptionen bestehen, ohne dass der Kläger diese in Anspruch genommen hat.

Von einer rentenrelevanten Leistungsminderung vermag sich der Senat nach alledem somit nicht zu überzeugen, weshalb die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben kann.

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

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-03-01