

L 5 R 2892/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 1 R 3062/06
Datum
25.04.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 2892/08
Datum
24.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 25. April 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch des Klägers auf Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Der 1959 geborene Kläger stammt aus der T ... Er hat keinen Beruf erlernt und war nach seiner Einreise nach D. von 1975 bis 1977 als Maschinenbediener und danach von 1977 bis 11. 2. 2003 als Helfer in einem Automobilzulieferbetrieb tätig.

Wegen einer Aortenklappenstenose wurde beim Kläger am 26. 3. 2003 ein Aortenklappenersatz vorgenommen. Am 12. 12. 2003 stellte der Kläger erstmals einen Antrag auf Versichertenrente, den die Beklagte nach Auswertung verschiedener beigezogener ärztlicher Unterlagen (Reha-Entlassungsbericht des Gesundheitszentrums Bad W. vom 3. 6. 2003 sowie Berichte der Kardiologin Dr. K. vom 16. 7. 2003, 23. 10. 2003 und 3. 12. 2003) mit Bescheid vom 5. 4. 2004 und Widerspruchsbescheid vom 4. 8. 2004 ablehnte.

Der Kläger erhob hiergegen Klage bei dem Sozialgericht (SG) Heilbronn (Verfahren S 8 RJ 2660/04), nahm diese Klage aber am 21. 2. 2005 zurück, nachdem Ärztin für Innere Medizin Dr. H. vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit L. (Vorlage der gutachtlichen Äußerung vom 25. 5. 2004), Neurologe Dr. M. (Auskunft vom 2. 11. 2004), Hals-Nasen-Ohren-Arzt Dr. P. (schriftliche Aussage vom 5. 11. 2004), sowie Arzt für Orthopädie Dr. B. (Schreiben vom 15. 11. 2004) übereinstimmend die Auffassung geäußert hatten, der Kläger sei noch in der Lage bei Beachtung qualitativer Einschränkungen körperlich leichte Arbeiten noch sechs Stunden und mehr zu verrichten.

Mitte 2005 fand an seinem bisherigen Arbeitsplatz ein Eingliederungsversuch statt, den der Kläger aber aus gesundheitlichen Gründen nach 2 ½ Monaten wieder abbrach. Seit 2. 1. 2006 bezieht er Arbeitslosengeld II.

Am 2. 5. 2006 beantragte der Kläger erneut die Gewährung von Erwerbsminderungsrente. Er halte sich wegen Zustand nach Aortenklappenstenose, Schwindel, Hämorrhoiden und chronischem Lumbalsyndrom mit muskulärer Dysbalance für erwerbsgemindert. Die Beklagte ließ den Kläger darauf hin in ihrem sozialmedizinischen Zentrum in St. untersuchen und begutachten. Internist Dr. S. (Gutachten vom 24. 5. 2006) stellte danach folgende Diagnosen: 1. Aortenklappenersatz 3/03 wegen Aortenklappenstenose, kein Hinweis für eine Prothesendysfunktion, keine nennenswerte Einschränkung der Herzleistung 2. Paroxysmal auftretende intermittierende Schwindelsymptomatik unklarer Ätiologie 3. Chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Funktionseinschränkung keine belangvolle Nervenwurzelreizsymptomatik 4. Chronisch rezidivierendes BWS-Syndrom bei Facettenirritation; musklotendinöses Schmerzsyndrom 5. Erhebliches Übergewicht (105 kg bei 174 cm Körpergröße).

Dr. S. hielt es für unzumutbar, vom Kläger schwere und durchgehend mittelschwere Arbeiten abzuverlangen. Leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien jedoch weiterhin vollschichtig möglich, allerdings ohne häufig fixierte Zwangshaltungen der Wirbelsäule wie auch ohne häufiges Bücken oder häufige Überkopfarbeiten und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefährdung (Verletzungs- oder Absturzgefährdung).

Mit Bescheid vom 31. 5. 2006 und Widerspruchsbescheid vom 2. 8. 2006 lehnte die Beklagte darauf hin auch diesen Rentenanspruch des Klägers ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 18. 8. 2006 Klage bei dem SG Heilbronn. Er sei trotz seiner Jugend in einem multimorbiden Gesundheitszustand und nicht in der Lage, eine auch nur sechsstündige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Verantwortlich dafür sei insbesondere die Schwindelsymptomatik, die anfallsweise ohne Ankündigung auftrete. Er sei bereits in sämtlichen Richtungen untersucht worden, eine eindeutige Erklärung, woran es liege, habe nicht gefunden werden können. Jedenfalls trete der Schwindel auf, ohne dass er sich hierauf vorbereiten könne.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte des Klägers, Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. (Auskunft vom 4. 12. 2006), Neurologe und Psychiater Dr. M. (Auskunft vom 6. 11. 2006) und die Kardiologin Dr. K. (Schreiben vom 27. 11. 2006) und holte auf Antrag des Klägers gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei dem Neurologen und Psychiater Dr. L. das nervenärztliche Gutachten vom 5. 11. 2007 ein, dem neben den Untersuchungen durch den Sachverständigen auch das neuropsychologische Zusatzgutachten von Dipl. Psych. K. vom 8. 10. 2007 zu Grunde lag.

Dr. M. schloss sich der Beurteilung von Dr. S. an und vertrat die Auffassung, der Kläger sei mindestens sechs Stunden täglich einsetzbar. Aus neurologischer Sicht und von Seiten des Schwindels sei die Erwerbsfähigkeit des Klägers nur qualitativ, nicht aber quantitativ eingeschränkt. Dr. K. gab an, die Schwindelsymptomatik sei von kardialer Seite nicht zu erklären, bedeute für den Kläger allerdings eine stärkere gesundheitliche Beeinträchtigung. In seinem Beruf als Produktionsarbeiter sei er nicht mehr einsetzbar, könne aber noch leichte Tätigkeiten für sechs Stunden durchaus ausführen. Wegen der bei Klappenprothesen häufig bestehenden körperlichen Einschränkungen sei der Kläger mit einer vollschichtigen Tätigkeit aber überfordert. Auch Dr. K. hielt den Kläger für fähig, höchstens sechs Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte bis mittelschwere Arbeiten zu verrichten.

Dr. L. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 5. 11. 2007 beim Kläger auf nervenärztlichem Fachgebiet paroxysmal auftretende intermittierende Schwindelanfälle unklarer Genese, degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule ohne Nervenwurzelreiz- oder Ausfallerscheinungen sowie ein rezidivierendes Lumbalsyndrom mit leichten Nervenwurzelreizerscheinungen rechts. Der Kläger sei noch in der Lage täglich sechs Stunden leichte, allenfalls kurzzeitig mittelschwere körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten. Auf Grund der ätiologisch ungeklärten, aber von keinem mit dem Kläger befassten Arzt je im Zweifel gezogenen paroxysmal auftretenden Schwindelattacken könne der Kläger nicht auf Leitern oder Gerüsten und auch nicht an laufenden Maschinen eingesetzt werden. In Folge seines sichtlich reduzierten Durchhaltevermögens könne dem Kläger auch keine Akkordarbeit mehr zugemutet werden. Seiten seines Fachgebietes sei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch den Gutachter Dr. S. zuzustimmen. Der Kläger sei stark vorgealtert und kaum umstellungsfähig und bei der Befragung rasch ermattet. Solche Personen hätten das durchaus berechtigte Gefühl, ihrer Tätigkeit nicht mehr gewachsen zu sein, ohne dies mit entsprechenden medizinischen Fakten belegen zu können und würden dann in der Folge aggravieren oder demonstrieren oder sogar eine in dieser Form nicht vorhandene, manchmal auch medizinisch gar nicht mögliche Symptomatik demonstrieren, ohne zu bemerken, dass sie sich damit völlig unglaublich machen (Bezug auf das neuropsychologische Zusatzgutachten Dipl. Psych. K. vom 8. 10. 2007, in dem der dringende Verdacht auf Aggravation geäußert und die Simulation einzelner Symptome nicht ausgeschlossen wurde).

Durch Urteil vom 25. 4. 2008 wies das SG die Klage ab. Wegen Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 15. 5. 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 6. 6. 2008 Berufung eingelegt. Sein Bevollmächtigter hat zur Begründung vorgetragen, der Kläger leide unverändert an einem Schwindel, dessen Ursache bis heute noch nicht gefunden worden sei. Die Erkrankung habe sich aber in den letzten Jahren deutlich verschlimmert. Unverändert bestünden Schwindelattacken, die bei ihm zum Sturz führten, ohne vorherige Anzeichen. Der Kläger werde von dieser Schwindelattacke unvermittelt getroffen, müsse sich festhalten, sei schon häufiger gestürzt und habe sich dabei erhebliche Verletzungen zugezogen. Dies verunsichere ihn so stark, dass er ohne Begleitung nicht mehr aus dem Haus gehe. Hierzu legte der Kläger verschiedene Arztbriefe vor, so vor allem den Bericht von Prof. Dr. F., dem ärztlichen Leiter des Zentrums für Neurologie und Frührehabilitation am Klinikum K.-L., vom 4. 4. 2008 (er halte den Schwindel für definitiv organisch bedingt, könne dazu aber Näheres nicht sagen, weil ihm die Ergebnisse der Voruntersuchungen nicht vorliegen; wegen der sekundär phobischen Komponente halte er eine Vorstellung im Bürgerhospital St. für sinnvoll), der Kardiologin Dr. K. vom 6. 2. 2008 (echokardiografischer Befund unverändert, es bestehe weiterhin eine regelrechte Aortenklappenprothesenfunktion) und vom 13. 2. 2008 (keine Erklärung für die Schwindelsymptomatik), des Neurologen und Psychiaters Dr. M. vom 7. 3. 2008 (habe deutliche Ängste umzufallen), der orthopädischen Klinik M. vom 14. 4. 2008 (Diagnose: Hallux valgus bei Spreizfußdeformität links, Hammerzehendeformität DII und DIII), des Klinikums L. vom 29. 6. 2008 (sei aufgrund von Schwindel gestürzt und habe sich am rechten Ellenbogen verletzt), vom 25. 8. 2008 (ihm sei schwindelig geworden, sei darauf hin kollabiert und habe sich an der rechten Schulter und am Kopf verletzt) und vom 11. 3. 2009 (Schulterprellung rechts).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 25. 4. 2008 aufzuheben und unter Aufhebung des Bescheides vom 31. 5. 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. 8. 2006 die Beklagte zu verurteilen, ihm auf Grund eines Leistungsfalls vom 24. 4. 2006 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren,

hilfsweise, Oberarzt Dr. Sch., Zentrum für Psychiatrie W. und Dr. M., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, L. zu dem Gutachten von Dr. H. vom 24. 9. 2010 anzuhören und zu folgenden Fragen Stellung nehmen zu lassen: - ob der Kläger die Kriterien für das Vorliegen einer Angsterkrankung erfüllt, - ob der Kläger unter einem Schwindel leidet, - ob der Kläger absichtlich nicht existierende Symptome vortäuscht, - ob der Kläger nicht unter kognitiven Leistungseinschränkungen leidet und die Leistungseinschränkung nur vortäuscht, - ob der Kläger als Rollstuhlfahrer tatsächlich ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 Stunden und mehr an 5 Tagen in der Woche ausüben kann.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil im Ergebnis und in der Begründung für zutreffend.

Der Senat hat bei der Ärztlichen Direktorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum St. - Bürgerhospital Prof. Dr. med. E.-H. den Bericht vom 10.9.2008 über den stationären Aufenthalts des Klägers vom 28. 5. 2008 bis 1. 8. 2008 angefordert. Diagnostiziert wurde ein sekundärer somatoformer Schwindel bei phobischer Störung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, eine paroxysmale Vestibulopathie. Der Kläger habe während des stationären Verlaufes physisch und psychisch leicht stabilisiert werden können. Eine intensive psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der im Laufe der Behandlung neu gewonnen neurologischen Diagnosen sei erforderlich, empfohlen werde zunächst eine Behandlung in der M.-B.-Klinik K ... Nachdem Dr.med. B. in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 19. 11. 2008 beanstandet hatte, dem vorgelegten Entlassungsbericht sei an keiner Stelle zu entnehmen, wie häufig Schwindelerscheinungen aufgetreten seien und auch bei der Darstellung des Behandlungsverlaufes sich keine Hinweise gefunden hätten, wie häufig während des über zweimonatigen stationären Aufenthaltes Schwindelerscheinungen überhaupt aufgetreten seien, zumal über Stürze und eventuelle Verletzungsfolgen im Entlassungsbericht nichts berichtet worden sei, ließ sich der Senat von Frau Prof. Dr. E.-H. mit Auskunft vom 29.6.2009 mitteilen, an welchen Tagen bzw. wann beim Kläger Schwindelerscheinungen aufgetreten seien und wie lange diese gedauert hätten. Auf die Auflistung Bl. 69 bis 72 der Senatsakten wird Bezug genommen. Ferner holte der Senat bei Hausarzt Dr. K. die Auskunft vom 11. 7. 2009 ein. Danach sei der Kläger in seiner Praxis am 4. 2. 2009 während einer Untersuchung ohne jeden Grund in sich zusammen gesunken, wobei weder Hinweise auf Muskelverkrampfungen, epileptische Anfälle oder sonstige neurologische oder internistische Krankheitsbilder bestanden hätten. Der Kreislauf sei während dieses Ereignisses wie auch danach stabil gewesen, ohne vermehrte Schweißbildung. Der Kläger sei danach auch wieder ganz normal ansprechbar gewesen. Eine Erklärung für dieses Ereignis könne er nicht geben.

Dr. B. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten vertrat hierzu in einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme vom 29. 7. 2009 die Auffassung, die Ärzte des Bürgerhospitals hätten in ihrem Schreiben ausgeführt, der Kläger habe einen seit mehr als zehn Jahren bestehenden Schwankschwindel angegeben, der für ihn zum Dauerzustand geworden sei und annähernd täglich auftrete, weswegen die entsprechende Symptomatik nicht jeden Tag neu beschrieben wurde. Hierbei handele es sich aber um eine vollkommen andere subjektive Beschwerdeschilderung. Im Gutachten der ärztlichen Untersuchungsstelle St. vom 24. 5. 2006 werde ein ein- bis zweimal in der Woche auftretender Schwindel von 1 Min. Dauer angegeben. Im Bericht der neurologischen Klinik vom 12. 8. 2004 würden paroxysmale Drehschwindelattacken von 40 bis 60 Sekunden Dauer genannt mit einer Frequenz von zwei bis dreimal pro Woche, auch im nervenärztlichen Gutachten von Dr. L. heiße es, dass der Drehschwindel von einer Minute Dauer zwei- bis dreimal in der Woche auftrete. Er stelle sich die Frage, ob es tatsächlich zu einer Änderung der Beschwerden gekommen sei, wobei insbesondere die im nervenärztlichen Gutachten von Dr. L. beschriebene massive Aggravation und eine partiell nicht auszuschließende Simulation zu berücksichtigen seien. Auch die betreuenden Ärzte des Bürgerhospitals hätten die im Laufe des stationären Aufenthaltes wiederholt auftretenden Stürze nicht selbst beobachtet, sie seien ihnen vom Kläger lediglich berichtet worden und seien teilweise auch außerhalb des Klinikgeländes während Spaziergängen etwa mit seiner Frau im Wald aufgetreten. Keiner der betreuenden Ärzte habe eine konkrete Sturzfolge beschrieben und einen Sturz direkt beobachtet. Es könne also nicht der Einschätzung des Bevollmächtigten des Klägers gefolgt werden, wonach dieser allein im Bürgerhospital über 30 Mal gestürzt sei. Auch das Ereignis beim Hausarzt sei vom Kläger stark übertreibend dargestellt worden.

In der Zeit vom 17.09.2009 bis zum 27.11.2009 hat sich der Kläger zur stationären Behandlung im Zentrum für Psychiatrie W. aufgehalten. Er hatte sich am 16.09.2009 zu seinen behandelnden Ärzten Dr. K. und Dr. M. begeben, zunehmende depressive Symptome beklagt und berichtet, in den letzten Wochen zunehmend suizidal geworden zu sein. Er hatte den Wunsch geäußert, in stationäre psychiatrische Behandlung zu kommen, was von Dr. M. veranlasst wurde.

Nach Vorlage eines vorläufigen Entlassungsberichts vom 27.11.2009 hat Dr. Sch., als sachverständiger Zeuge durch den Senat befragt, mit Stellungnahme vom 18.12.2009 mitgeteilt, der Kläger sei zum Entlasszeitpunkt arbeitsunfähig gewesen. Eine Prognose, ob der Kläger innerhalb eines halben Jahres dazu in der Lage sein werde, wieder eine leichte Tätigkeit von mindestens sechs Stunden zu verrichten, sei sehr spekulativ. Es sei zu vermuten, dass der Kläger auch nach sechs Monaten dazu nicht in der Lage sein werde. Der Kläger habe während des stationären Aufenthaltes immer wieder Schwindelgefühle geäußert. Dr. Sch. berichtete von sieben Schwindelanfällen, bei denen der Kläger teilweise zu Boden gegliitten sei oder sich habe festhalten müssen. Zu den Schilderungen im Einzelnen wird auf die Darstellungen in der Stellungnahme vom 18.12.2009 (AS 112/115) Bezug genommen. Anfang November habe sich die Stimmungslage des Klägers teilweise deutlich gebessert, er habe am 18.11.2009 selbst eine kleine Besserung verspürt. Bei der Entlassung habe der Kläger angegeben, dass seine Ängste zu Hause besser auszuhalten seien, als im Krankenhaus. Aus psychiatrischer Sicht habe sich das Befinden, vor allem die Stimmung, etwas gebessert, die Schwindelattacken seien aus psychiatrischer Sicht im Rahmen seiner Depression bzw. Angsterkrankung zu sehen. Eine organische Abklärung habe während des stationären Aufenthaltes nicht stattgefunden.

Im Entlassungsbericht des ZfP W. von 28.12.2009 wird als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, mit somatischer Symptomatik (ICD 10 F 33.2) angegeben. Der Kläger habe dort unter einer wechselhaften, vorwiegend ängstlich-depressiven, aber auch gereizten Stimmung gelitten mit ausgeprägten Einbrüchen und aufgehellteren Phasen. Er habe über Kraftlosigkeit, Müdigkeit und Luftnot und besonders über Schwindel geklagt, der vorübergehend auch hier zu Suizidgedanken geführt habe; er sei in diesem Zusammenhang mehrmals kurz zu Boden gegliitten, ohne sich jedoch zu verletzen. Im Verlauf seien außerdem deutliche paranoide Ängste aufgetreten. Da sich die psychische Verfassung nach erfolgter medikamentöser, verhaltenstherapeutischer, ergotherapeutischer und krankengymnastischer Behandlung etwas stabilisiert habe und eine akute Gefährdung nicht erkennbar gewesen sei, habe der Kläger seinem Wunsch entsprechend entlassen werden können.

Dr. B. hat sich zur Stellungnahme von Dr. Sch. am 08.02.2010 geäußert. Die mitgeteilten wiederholten "Stürze" und subjektiven Schwindelerscheinungen sprächen eindeutig für eine ausgesprochen theatralische Neigung zu Aggravation und Simulation. So sei beschrieben worden, dass der Kläger am 21.10.2009 vor dem Dienstzimmer ganz langsam auf den Boden gefallen sei, dass er am Wochenende zu Hause umgefallen sei, am 02.11. sowie am 17.11.2009 zu Boden gegliitten sei und es am 19.11.2009 wieder zu einem Sturz gekommen sei. Konkret sei über eindeutige Stürze nicht berichtet worden, es sei auch nicht ansatzweise über eventuelle Sturzfolgen berichtet worden. Die Behauptung des Bevollmächtigten des Klägers, dieser sei in W. etwa 20 mal gestürzt, ließe sich durch die Stellungnahme von Dr. Sch. ebenso wenig bestätigen wie die Behauptung, der Zustand des Klägers habe sich weiter dramatisch verschlechtert und er sei heute in einem wesentlich schlechteren Zustand als vor der Einweisung nach W ...

Der Senat hat am 24.02.2010 den Sachverständigen Dr. H. mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens einschließlich einer testpsychologischen Zusatzbegutachtung durch den Diplom-Psychologen B. beauftragt.

Das Begutachtungsverfahren ist unterbrochen worden, nachdem der Kläger am 24.04.2010 unter Vorlage eines Arztberichts des Klinikums L. und einer Bescheinigung des ZfP W. hatte mitteilen lassen, dass er am 23.03.2010 in ambulanter Behandlung wegen einer Knie-Distorsion gewesen sei und sich seit dem 26.03.2010 erneut stationär im ZfP W. befinde. Im Arztbericht des Klinikums L. vom 23.03.2010 ist vermerkt, der Kläger sei beim Laufen gestürzt und habe jetzt tiefe Schmerzen im Gelenk. Es sei eine diskrete Schwellung sowie ein diskreter Druckschmerz über dem Gelenkspalt, kein Erguss und keine äußerlichen Verletzungsanzeichen festgestellt worden.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat am 05.07.2010 einen vorläufigen Entlassungsbericht des ZfP W. vom 25.06.2010 vorgelegt und ausgeführt, der Kläger sei körperlich ein Wrack. Er benötige einen Rollator, einen Rollstuhl sowie einen Toilettenstuhl. Einer Begutachtung durch Dr. H. bedürfe es angesichts dessen nicht mehr. Dem vorläufigen Entlassungsbericht des ZfP W. zufolge ist der Kläger dort vom 26.03. bis zum 25.06.2010 erneut in stationärer Behandlung gewesen. Diagnostiziert wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD 10 F 33.3). Der Kläger habe eine persistierende depressive Symptomatik mit psychotischen Symptomen gezeigt, dabei hätten ausgeprägte Angstzustände im Vordergrund gestanden. Der Kläger habe sehr komplexe Ängste beschrieben, die zunächst eine phobische Symptomatik hätten vermuten lassen, etwa die Angst einen Herzinfarkt zu erleiden, oder von einer Brücke zu springen. Im Verlaufe seien diese Ängste jedoch in den Hintergrund getreten, der Kläger habe nun seit Wochen ausgeprägte Verfolgungsängste geschildert, etwa vor einem Mann, der ihn töten wolle, oder vor Mitpatienten. Er habe sich meist in sein Zimmer zurückgezogen und versucht, sich vor seinen Mitpatienten zu verstecken. Aufgrund sprachlicher Barrieren sei es schwierig gewesen zu differenzieren, ob es sich um eine paranoide wahnhafte Vorstellung gehandelt habe oder ob eine Einordnung im Rahmen der Angststörung vorzunehmen gewesen sei. Über die Angstsymptomatik hinaus habe eine schwere depressive Symptomatik bestanden, die sich durch dauerhaft gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Unruhezustände und Anhedonie gezeigt habe. Während der Kläger einen gleichbleibend leidenden Eindruck gemacht habe, habe er starke Stimmungsschwankungen beschrieben. Er habe anfangs über konkrete Suizidgedanken berichtet, die in den letzten Wochen in den Hintergrund getreten und zuletzt glaubhaft verneint worden seien. Letztendlich habe keine deutliche Besserung der ängstlich-depressiven Symptomatik erzielt werden können. Der Kläger sei auf seinen Wunsch entlassen worden.

Dr. B. vom medizinischen Dienst der Beklagten hat in einer weiteren Stellungnahme am 22.07.2010 ausgeführt, der Kläger habe ausweislich des Entlassungsberichts des ZfP W. die Weiterbehandlung in einer türkisch-sprachigen Klinik abgelehnt, weil er dies nicht für sinnvoll halte, da er sich auf Deutsch besser ausdrücken könne als auf Türkisch. Dies erscheine unverständlich vor dem Hintergrund, dass in dem Entlassbericht des ZfP W. vom Herbst 2009 vermerkt sei, der Aufnahmebefund sei durch die Sprachbarriere erschwert gewesen und auch im aktuellen Entlassbericht auf sprachliche Barrieren hingewiesen worden sei, die eine diagnostische Zuordnung erschwert hätten. Diese Haltung des Klägers werfe Fragen nach seiner Intention auf. In diesem Zusammenhang sei auf die von Dr. L. in seinem nervenärztlichen Gutachten vom 05.11.2007 beschriebene massive Aggravation hinzuweisen ebenso wie auf die Feststellung des Gutachters, dass eine partielle Simulation nicht ausgeschlossen werden könne. Eine gute sprachliche Verständigungsmöglichkeit sei bei der Diagnostik gerade psychischer Leiden unerlässlich, im ZfP W. aber offenbar nicht eingehalten. Mit diesen sprachlichen Unzulänglichkeiten seien offenbar die Widersprüchlichkeiten insbesondere in dem zweiten Bericht des ZfP W. zu erklären, wo die Angabe, dass der Kläger häufig zu Boden falle, übernommen worden sei, ohne sie auch nur ansatzweise kritisch zu hinterfragen.

Nach Fortsetzung des Begutachtungsverfahrens hat Dr. H. am 24.09.2010 das in Auftrag gegebene nervenärztliche Gutachten erstattet. Er ist im Rahmen seiner Begutachtung zu dem Ergebnis gekommen, dass sich ein neurologisches Krankheitsbild nicht nachweisen lasse. Auf psychiatrischem Fachgebiet liege eine depressive Erkrankung vor, wobei zum Untersuchungszeitpunkt die Anzeichen für eine leichte depressive Episode - im Grenzbereich zu einer mittelgradigen depressiven Episode - erfüllt gewesen seien (ICD 10 F31.00). Ein eindeutiger phasenweiser Verlauf im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung habe sich nicht herausarbeiten lassen. Die Kriterien einer Angsterkrankung im Sinne des ICD-10 Klassifikationssystems seien nicht erfüllt worden. Inwieweit ein psychogener Schwindel vorliege, sei schwierig zu beurteilen. Die entsprechenden Beschwerden seien im Rahmen der Untersuchung erheblich demonstrativ geprägt gewesen. Ohne Zweifel habe auch eine Tendenz zur Aggravation bestanden und auch eine Simulation habe nicht ausgeschlossen werden können. Insoweit sei auf den ganz erheblichen Kontrast insbesondere des Gangbilds vor der eigentlichen Untersuchung und während der Untersuchung hinzuweisen. Zufällig durch den Gutachter beobachtet, habe sich der Kläger vor der Untersuchung auf dem Klinikgelände frei mit einem nicht merkbar beeinträchtigten Gangbild bewegt. Zur Untersuchung sei er dann vom Sohn im Rollstuhl gebracht worden, nach Konfrontation mit dem zuvor Beobachteten aber doch aufgestanden und habe sich an einen Tisch gesetzt. Auch der Aufforderung, während der Untersuchung selbstständig zur Toilette zu gehen, habe der Kläger entgegen des zunächst von ihm geäußerten Wunsches, vom Sohn gestützt zu werden, nachkommen können. Sein Gangbild im Rahmen der Untersuchung sei in demonstrativer Weise vorsichtig, kleinschrittig und zögerlich gewesen. Die demonstrierten erheblichen kognitiven Leistungseinschränkungen seien definitiv nicht nachvollziehbar. Konzentration und Durchhaltevermögen seien in der Untersuchung nicht eingeschränkt gewesen. Es sei auffällig gewesen, dass Fragen einfachster Natur zunächst nur sehr zögerlich beantwortet worden seien, schließlich aber doch ohne Schwierigkeiten hätten beantwortet werden können. Demonstrative Tendenzen seien insoweit unverkennbar gewesen. Ebenso hätten die durchweg sehr schlechten Ergebnisse im Rahmen der testpsychologischen Zusatzbegutachtung in völligem Widerspruch zum klinisch-psychiatrischen Eindruck gestanden und sich auch mit dem Eindruck des untersuchenden Psychologen nicht in Einklang bringen lassen. Sie könnten letztlich nur als Ausdruck unzureichender Motivation interpretiert werden. Die vorliegenden Erkrankungen begründeten qualitative Leistungseinschränkungen. So seien Akkordarbeit, Nacharbeit, Arbeiten unter besonders hohem Zeitdruck ebenso zu vermeiden, wie Arbeiten mit besonderes hohen Ansprüchen an die Auffassung und Konzentration oder mit besonders hoher Verantwortung oder besonders hoher geistiger Beanspruchung. Der Kläger könne aufgrund seiner Erkrankung Tätigkeiten mit einer das normale Maß deutlich übersteigenden Verantwortung oder mit einer das normale Maß deutliche übersteigenden geistigen Beanspruchung nicht verrichten. Da das Auftreten eines Schwindels nicht definitiv ausgeschlossen werden könne, seien Arbeiten, die mit einer erhöhten Absturzgefahr einhergingen, Arbeiten auf schwankenden Arbeitsgerät, Arbeiten an ungeschützten Maschinen und Ähnliches vermieden werden. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen sei der Kläger dazu in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Bei Berücksichtigung des vor der eigentlichen Untersuchung beobachteten Gangbildes sei der Kläger auch wegefähig. Es bestehe Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. L. aus dem Jahr 2007, in dem bereits auf demonstrative Tendenzen hingewiesen worden sei. Diese hätten sich auch jetzt in deutlicher Form gezeigt. Früher festgestellte mittelgradige oder gar schwere depressive Episoden hätten aufgrund des nunmehr erhobenen Befundes nicht nachvollzogen werden können. Offensichtlich habe ein Teil der früheren Untersucher die vorliegenden demonstrativen Tendenzen nicht gewürdigt.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster und

zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen (voller bzw. teilweiser) Erwerbsminderung nicht vorliegen.

Nach [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) (in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000, [BGBl. I, 1827](#)) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1).

Voll erwerbsgemindert sind gem. [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) 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. Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) auch Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind gem. [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Gem. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist jedoch 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.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben nach den Feststellungen der Beklagten bei Antragstellung beim Kläger vorgelegen, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Pflichtbeiträge und der Wartezeit. Der Kläger ist jedoch nicht im Sinne der obigen gesetzlichen Regelung erwerbsgemindert.

Der Senat ist auf der Grundlage des im Berufungsverfahren erhobenen Gutachtens des Dr. H. sowie der im Wege des Urkundsbeweises zu verwertenden Gutachten des Verwaltungsverfahrens des Internisten Dr. S. vom 24. 5. 2006 und des Neurologen und Psychiaters Dr. L. vom 5. 12. 2007, aber auch auf Grund der Auskünfte und Beurteilungen der im erstinstanzlichen Verfahren angehörten behandelnden Ärzte des Klägers Dr. K. (Auskunft vom 4. 12. 2006), des Neurologen und Psychiaters Dr. M. (Auskunft vom 6. 11. 2006) und der Kardiologin Dr. K. (Schreiben vom 27. 11. 2006) zu dem Ergebnis gekommen, dass der Kläger noch in der Lage ist, unter Beachtung qualitativer Einschränkungen leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig auszuüben. Die im Berufungsverfahren vom Kläger vorgelegten weiteren ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsberichte u. a. von Prof. Dr. F. vom 4. 4. 2008, der Kardiologin Dr. K. vom 6. 2. 2008 und 13. 2. 2008 sowie der orthopädischen Klinik M. vom 14. 4. 2008 und die Arztberichte des Klinikums L. vom 29. 6. 2008, 25. 8. 2008 und 11.3.2009 rechtfertigen ebenso wie die sachverständige Zeugenaussage des Dr. Sch. vom 18.12.2009 und die Entlassungsberichte des ZfP W. vom 28.12.2009 und vom 25.06.2010 keine andere Beurteilung, wie der Senat den überzeugenden Darlegungen des beratenden Arztes der Beklagten Dr. B. in seinen Stellungnahmen vom 19.11.2008, 29.07.2009, 08.02.2010 und vom 22.07.2010 entnimmt. Dies gilt auch für die von Prof. Dr. E.-H. während der langen Behandlung des Klägers vom 28. 5. 2008 bis 1. 8. 2008 beschriebenen Befunde. Gerade auch durch das von den Mitarbeitern des Klinikums St. nachträglich erstellte Sturztagebuch werden erhebliche Zweifel am Bestehen der geklagten Schwindelerscheinungen begründet. Diese Zweifel erhärten sich vor dem Hintergrund, dass auch in dem aktuell eingeholten nervenärztlichen Gutachten von Dr. H. ebenso wie bereits von Dr. L. in seinem Gutachten vom 05.11.2007 der dringende Verdacht auf Aggravation geäußert wurde und Simulation einzelner Symptome nicht habe ausgeschlossen werden können.

Beim Kläger liegen Gesundheitsstörungen auf orthopädischem, internistischem, neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet vor.

Auf internistischem Fachgebiet besteht ein Zustand nach Aortenklappenersatz im März 2003 wegen vorausgegangener Aortenklappenstenose. Der eingesetzte Aortenklappenersatz funktioniert beim Kläger ohne Beanstandungen. So hat Dr. S. krankheitswertige Befunde von leistungsmindernder Bedeutung bei seiner internistischen Untersuchung nicht erheben können. Der Kläger war bei der von ihm durchgeführten Untersuchung bis 125 Watt belastbar. Von einer stärker leistungseinschränkenden Erkrankung hat auch die behandelnde Kardiologin Dr. K. nichts berichtet. Soweit sie in ihrer Auskunft vom 27. 11. 2006 darauf hinweist, dass bei Klappenprothesen viele Patienten körperlich nur eingeschränkt belastbar seien, auch wenn keine Dysfunktion nachzuweisen sei, hat dies nach ihren eigenen Ausführungen lediglich zur Folge, dass der Kläger nur noch leichte Arbeiten mindestens sechs Stunden täglich ausführen kann. Eine Verschlechterung des kardialen Zustands ist auch in der Folgezeit nicht eingetreten, wie der Senat den Berichten von Dr. K. vom 6. 2. 2008 (weiterhin regelrechte Aortenklappen-prothesenfunktion) entnimmt. Eine Verschlechterung seiner Herzerkrankung hat der Kläger auch im Berufungsverfahren nicht mehr geltend gemacht. Der bei ihm zuletzt diagnostizierte Diabetes Mellitus wird nach der Auskunft von Hausarzt von Dr. K. inzwischen außer mit Diätmaßnahmen und Bewegung auch medikamentös behandelt. Weitere Leistungseinschränkungen ergeben sich daraus nach einhelliger Auffassung aller Ärzte nicht.

Auf orthopädischen Fachgebiet liegen beim Kläger ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Funktionseinschränkung, aber ohne belangvolle Nervenwurzelreizsymptomatik sowie ein chronisch rezidivierendes BWS-Syndrom bei Facettenirritation und muskulo tendinösem

Schmerzsyndrom vor. Den damit verbundenen Leistungseinschränkungen wird durch eine Beschränkung auf körperliche leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne häufig fixierte Zwangshaltung der Wirbelsäule, ohne häufiges Bücken und häufige Überkopfarbeiten sowie ohne häufiges Heben und Tragen schwerer Lasten Rechnung getragen. Soweit ersichtlich begründet der Kläger seine Erwerbsminderung auch nicht mit diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Er ist deswegen nicht einmal in fachorthopädischer Behandlung gewesen. Der Auskunft des Hausarztes Dr. K. vom 4. 12. 2006 lässt sich entnehmen, dass orthopädische Leiden bei den von ihm durchgeführten bzw. veranlassten Behandlungen des Klägers keine Rolle gespielt haben. Soweit in diesem Zusammenhang Arztbriefe vorliegen (Bericht des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. Sch. vom 15. 5. 2006 - Tendovaginitis linkes Handgelenk bzw. der orthopädischen Klinik M. vom 14. 4. 2008 - Hallux valgus bei Spreizfußdeformität) handelt es sich um Krankheitszustände, die sich einer erfolgreichen Behandlung als zugänglich erwiesen haben. Den radiologischen Untersuchungen im ZfP (vgl. Entlassbrief vom 28.12.2009) lassen sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung der orthopädischen Erkrankungen entnehmen. Wenn der Bevollmächtigte des Klägers zuletzt mit seinem Hilfsantrag behauptet, der Kläger sei Rollstuhlfahrer, so fehlen hierfür jegliche medizinische Befunde; solche wurden auch nicht im ZfP während der monatelangen Behandlungen beobachtet.

Das vom Kläger vorgetragene Hauptleiden besteht in zahlreichen immer wiederkehrenden Schwindelanfällen. Diese Schwindelanfälle bildeten den Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Gesichert ist, dass eine kardiale Ursache für die Schwindelattacken ausscheidet, wie der Senat den Äußerungen der Kardiologin Dr. K. in den Arztbriefen vom 4. 11. 2004 und vom 30. 1. 2006 entnimmt, weil im Zusammenhang mit den Schwindelanfällen es nie zu Störungen der Herztätigkeit gekommen ist. Auf neurologischem Gebiet wurden bereits im Jahre 2004 zahlreiche Spezialuntersuchungen durchgeführt. Die elektroenzephalographische Untersuchung durch Dr. M. vom 28. 6. 2004 ergab ein normales EGG, eine MRT-Untersuchung durch den Radiologen Dr. W. am 30. 3. 2004 brachte ebenfalls unauffällige Ergebnisse. Seitens der Ärzte der Neurologischen Universitätsklinik T. (vgl. deren Arztbriefe vom 12. 8. 2004, 8. 12. 2005 und 27. 7. 2006) konnte ebenfalls eine klare Ursache nicht festgestellt werden. Die vom Kläger berichteten streng attackenförmig und stereotyp auftretenden Schwindelanfälle konnten keiner bekannten Schwindelerkrankung zugeordnet werden. Die von ihnen deswegen veranlassten Therapieversuche blieben wirkungslos. Die von Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 5.11.2007 beschriebenen Befunde schlossen eine Depression als Ursache der geklagten Schwindelanfälle aus. Die weiterhin veranlasste testpsychologische Untersuchung durch den erfahrenen Neuropsychologen Dipl.-Psych K., nach den Angaben von Prof. Dr. L. ein ausgewiesener Fachmann für Hirnleistungsstörungen, ergab allerdings den dringenden Verdacht auf Aggravation, wobei die Simulation einzelner Symptome nicht ausgeschlossen werden könne. Nach der Beurteilung von Prof. Dr. L. zwingt sich der Kläger sich als krank darzustellen, was verständlich mache, dass die Beschwerden in einer demonstrativen Art vorgetragen würden.

Die eingehende Behandlung vom 28. 5. 2008 bis 1. 8. 2008 in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Bürgerhospital) des Klinikums St. ergab ebenfalls keine weitere Abklärung der Ursache der vom Kläger geklagten Schwindelerscheinungen. Auch eine erneut durchgeführte MRT-Untersuchung des Schädels brachte keine Befunde von klinischer Relevanz. Auffällig war allerdings, dass der Kläger während dieses Aufenthalts im Bürgerhospital häufig angab, Schwindelattacken erlitten zu haben, jedoch keiner der Ärzte und niemand vom Pflegepersonal den Kläger dabei beobachtet hat, geschweige denn, dass einer der behandelnden Ärzte den klinischen Zustand während einer Schwindelattacke beschrieben hätte. Hausarzt Dr. K. vermochte für das Zusammensinken des Klägers während einer Untersuchung am 4. 2. 2009 ebenfalls keine medizinische Ursache zu beschreiben. Auffällig ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass, wie Dr. B. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten in seiner Stellungnahme vom 29. 7. 2009 herausgearbeitet hat, der Kläger im Bürgerhospital völlig andere Schwindelanfälle beschrieben hat, als den Beschwerdeschilderungen etwa von Dr. S. oder den Berichten der neurologischen Universitätsklinik T. vom 12. 8. 2004 zu entnehmen ist. Da von der Befundseite her keine Hinweise für eine Änderung des Beschwerde- und Krankheitsbildes bestehen, hat Dr. B. die unterschiedlichen Angaben des Klägers überzeugend auf die bereits von dem neuropsychologischen Zusatzgutachter beschriebene massive Aggravation bei partiell nicht auszuschließender Simulation zurückgeführt.

In dieses Bild passen auch die Schilderungen des sachverständigen Zeugen Dr. Sch., der in seiner Stellungnahme über den stationären Aufenthalt des Klägers im ZfP W. mehrere Situationen von Schwindelanfällen beschreibt, bei denen der Kläger entweder sich noch habe an einer Säule festhalten können, "ganz langsam" auf den Boden gefallen sei, auf den Boden geglitten sei oder sich habe auf den Boden gleiten lassen. Verletzungen in Folge der angegebenen "Stürze" hat Dr. Sch. nicht angegeben. Soweit im Zusammenhang mit den dargestellten Schwindelattacken Blutdruck und Puls gemessen worden sind, waren die Werte allenfalls geringfügig erhöht. Im Entlassbericht vom 28.12.2009 war hierzu angegeben, der Kläger sei im Zusammenhang mit beklagten Schwindelanfällen mehrmals kurz zu Boden geglitten, ohne sich jedoch zu verletzen. Dr. B. hat diesen Schilderungen in seiner Stellungnahme vom 08.02.2010 Hinweise auf enorme demonstrative Tendenzen entnommen und dem Kläger im Zusammenhang mit der bereits von Dr. L. beschriebenen Neigung zur Aggravation und Simulation eine ausgesprochen theatralische Beschwerdedarbietung vorgehalten. Auch hinsichtlich der Knieverletzung, wegen derer der Kläger am 23.03.2010 im Klinikum L. in ambulanter Behandlung war, ist nicht nachgewiesen, dass es sich dabei um eine Sturzverletzung in Folge eines Schwindelanfalls gehandelt hat. Denn im Arztbericht vom 23.03.2010 ist lediglich angegeben, der Kläger sei beim Laufen gestürzt. Auffallend ist vielmehr, dass trotz der vom Kläger geklagten tiefen Schmerzen im Gelenk ein nennenswerter pathologischer Befund mit Ausnahme einer diskreten Schwellung und eines diskreten Druckschmerzes nicht festgestellt werden konnte. Der Senat teilt deshalb die Einschätzung von Dr. B. ... Sie wird bestätigt durch das vom Senat von Amts wegen eingeholte Gutachten des Dr. H. vom 24.09.2010, der die beim Kläger vorhandene demonstrative Tendenz bei der Beschwerdeschilderung sehr anschaulich im Hinblick auf die gezeigte Gefähigkeit beschrieben hat, die - unbeobachtet - vor der Untersuchungssituation uneingeschränkt gegeben war, während in der Untersuchung selbst erhebliche Einschränkungen durch das Benutzen eines Rollstuhls, den Wunsch, beim Gang auf die Toilette gestützt zu werden, und die Demonstration eines unsicheren, zögerlichen und besonders kleinschrittigen Gangbildes vermittelt werden sollten. Dr. H. hat in Anbetracht dieser Beobachtungen die Feststellung eines psychogenen Schwindels in Frage gestellt, im Ergebnis aber jedenfalls über qualitative Leistungseinschränkungen als ausgleichbar angesehen und nicht als Grund für eine quantitative Leistungseinschränkung bewertet.

Aus dem zweiten stationären Aufenthalt im ZfP W. in der Zeit vom 26.03.2010 bis zum 25.06.2010 ergeben sich ebenfalls keine anderweitigen Erkenntnisse über die Schwindelanfälle des Klägers. Im vorläufigen Entlassbericht vom 25.06.2010 ist hierzu lediglich sehr allgemein berichtet, dass der Kläger seit Jahren unter Schwindelanfällen unklarer Genese leide, aufgrund derer er häufig zu Boden falle. Dies sei auch im Verlauf der Behandlung zu beobachten gewesen. Konkrete Angaben zu einzelnen Vorfällen enthält dieser Bericht - über eine immerhin dreimonatige stationäre Behandlung - nicht. Vielmehr werden darin eher die als komplex beschriebenen Ängste des Klägers infolge der Schwindelanfälle in den Vordergrund gestellt, die sich im Verlaufe der Behandlung in Verfolgungsängste geändert hätten.

Bezüglich der Schwindelattacken ist darauf hinzuweisen, dass den Kläger die Beweislast für das Bestehen, die Art und das Ausmaß der Schwindelattacken sowie insbesondere die hierdurch hervorgerufenen Leistungsbeeinträchtigungen trifft. Trotz zahlreicher Untersuchungen konnte bislang keiner der Ärzte eine (wenigstens ihn selbst) überzeugende Erklärung für die geklagten Schwindelattacken geben. Über eindeutige Stürze aufgrund von Schwindelanfällen konnte auch für die Zeiten der beiden stationären Aufenthalte im ZfP W. nichts berichtet werden. Da aber beide neuropsychologischen Sachverständigen nach eingehender Untersuchung erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Klägers geäußert haben und Dr. B. bei einem Vergleich der subjektiven Beschwerdeschilderungen des Klägers zu dem Ergebnis gekommen ist, dass der Kläger unterschiedliche Krankheitsbilder angibt - so auch im Verlaufe des zweiten stationären Aufenthalts im ZfP W. mit der erstmaligen Schilderung von Verfolgungsängsten -, vermag sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger tatsächlich Schwindelerscheinungen vorliegen, die seine Fähigkeit, mindestens sechs Stunden täglich geeignete körperlich leichte Arbeit zu verrichten, ausschließen. Eventuell tatsächlich auftretenden Schwindelerscheinungen kann durch den Ausschluss von Arbeiten auf Gerüsten und an laufenden Maschinen sowie generell durch das Vermeiden von Tätigkeiten mit Selbstgefährdung begegnet werden. Eine andere Auffassung lässt sich angesichts der einhelligen Auffassung der in den sozialgerichtlichen Verfahren befragten behandelnden Ärzte und der gehörten Sachverständigen Dr. S., Dr. L. und Dr. H. nicht begründen.

Auch die von Dr. H. diagnostizierte leichte depressive Episode begründet keine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Klägers. Der Gutachter hat eine lediglich leicht gedrückte Stimmungslage mit themenabhängigen Auflockerungen, eine leicht reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit und einen ebenfalls leicht reduzierten Antrieb beim Kläger festgestellt. Gereiztheit, Aggressivität oder distanzlose Tendenzen seien nicht aufgetreten. Anhaltspunkte für Suizidalität hat der Gutachter nicht gefunden. Vor diesen Hintergrund ist für den Senat die Diagnose einer leichten depressiven Episode nachvollziehbar. Die Abweichung seiner Einschätzung zu den Beurteilungen in den Entlassungsberichten des ZfP W., in denen zunächst im Dezember 2009 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, mit somatischer Symptomatik (ICD 10 F 33.2) und sodann im Juni 2010 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD 10 F 33.3) diagnostiziert wurden, erklärt Dr. H. mit dem Umstand, dass offensichtlich die vorliegenden deutlichen demonstrativen Tendenzen nicht gewürdigt worden seien. Der Senat hält dies für nachvollziehbar und teilt insoweit die von Dr. B. in dessen Stellungnahme vom 22.07.2010 geäußerten massiven Bedenken an der Diagnostik im ZfP W. ... In beiden Entlassberichten werden sprachliche Schwierigkeiten bei der Befunderhebung erwähnt, im Bericht vom 28.12.2009 beim psychischen Aufnahmebefund, im Bericht vom 25.06.2010 bei der Schilderung von Therapie und Verlauf, wobei hier die sprachlichen Barrieren offenbar die Einordnung der geschilderten Verfolgungsängste als wahnhaftes Vorstellungsvermögen oder als Ausprägung einer sozialen Angststörung erschwert haben. Dr. B. hat insoweit beanstandet, dass bei der Diagnostik psychischer Leiden eine gute Verständigung unerlässlich sei, und dass insoweit im ZfP W. Defizite bestanden hätten. Auch unter Berücksichtigung dieser Bedenken vermag der Senat nicht von einer depressiven Erkrankung des Klägers mit einem höheren Schweregrad als von Dr. H. festgestellt auszugehen.

Auch von dem Vorliegen einer Angsterkrankung ist beim Kläger nicht auszugehen. Dr. H. hat die Kriterien des psychiatrischen Klassifikationssystems ICD-10 für eine solche Erkrankung als nicht erfüllt angesehen. Auch die behandelnden Ärzte im ZfP W. nehmen eine Angsterkrankung trotz der berichteten Verfolgungsängste oder sozialen Ängste nicht an.

Letztlich teilt der Senat auch die Zweifel von Dr. B. an der Intention des Klägers gerade im Hinblick auf seine Angaben zum Sprachvermögen und den daraus resultierenden Entscheidungen über die Weiterbehandlung. Den Vorschlag des ZfP W., eine muttersprachliche Therapie durchzuführen, hat der Kläger mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass er besser deutsch als türkisch spreche. Dies ist schon angesichts der in den Entlassberichten beschriebenen Sprachschwierigkeiten wenig nachvollziehbar. Zudem hat Dr. H. im Rahmen seiner Begutachtung, die unter Hinzuziehung eines Dolmetschers durchgeführt wurde, festgestellt, dass der Kläger über türkische Sprachkenntnisse verfügt, die denen eines Muttersprachlers entsprechen. Der Kläger hat auf Vorhalt auch eingeräumt, beide Sprachen gleich gut zu sprechen. Es ist daher wenig nachvollziehbar, dass der Kläger das im ZfP W. vorgeschlagene muttersprachliche Behandlungsangebot abgelehnt hat. Eine solche Ablehnung lässt eher auf einen deutlich geringeren Leidensdruck schließen, als der Kläger vermitteln wollte.

Dem vom Bevollmächtigten des Klägers in der mündlichen Verhandlung des Senats gestellten Hilfsantrag hat der Senat nicht entsprochen. Die benannten Ärzte wurden im Laufe des gerichtlichen Verfahrens bereits als sachverständige Zeugen befragt, die von Ihnen später verfassten Arztbriefe und Atteste zu den Akten genommen. Um bislang nicht bekannte Befunde oder neu aufgetretene Erkrankungen geht es dem Kläger mit dem Hilfsantrag auch nicht. Ihre Angaben über die von ihnen beim Kläger festgestellten Diagnosen, die durchgeführten Behandlungen und die erzielten Behandlungserfolge waren Gegenstand sozialmedizinischer Würdigung, zunächst durch den beratenden Arzt der Beklagten Dr. B. und sodann durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. ... Bei Dr. H. handelt es sich um einen nach Kenntnis des Senats außerordentlich erfahrenen Sachverständigen, der als Chefarzt in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus über große Sachkunde in Hinblick auf die Diagnose, Behandlung und Beurteilung von psychisch und psychiatrisch erkrankten Menschen verfügt. Die gegen die Glaubwürdigkeit seiner Feststellungen gerichteten Angriffe des Bevollmächtigten des Klägers sind nach Auffassung des Senats haltlos. Die Würdigung des Gutachtens von Dr. H. obliegt zunächst den Beteiligten und sodann maßgeblich dem Senat im Rahmen seiner Entscheidung. Die vom Klägervertreter formulierten Fragestellungen entsprechen einer gutachterlichen Fragestellung und sind von Dr. H. bereits beantwortet worden. Nur weil das Ergebnis der Begutachtung das Klagebegehren des Klägers nicht stützt, bedarf es nicht weiterer Begutachtungen. Das Gutachten von Dr. H. beantwortet nach der oben wiedergegebenen Beweiswürdigung des Senats alle durch die vorherigen Erkrankungen und Behandlungen aufgeworfenen Fragen vollständig, sodass der maßgebliche medizinische Sachverhalt damit vollständig aufgeklärt ist.

Damit besteht kein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, ebenso wenig wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Darüber hinaus besteht beim Kläger auch kein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gem. [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#). Zurecht hat das SG einen Anspruch nach dieser Vorschrift verneint, weil der Kläger mit seinem bisherigen Beruf als Maschinenarbeiter/Helfer in der Teppichproduktion, den er zuletzt bis 10. 2. 2003 ausgeübt hat, allenfalls zur Gruppe der angelernten Arbeiter im unteren Bereich gehört. Er hat nämlich weder eine Ausbildung für diese Tätigkeit absolviert noch eine längere und qualifizierte Einweisung erhalten. Im Rahmen der sozialen Zumutbarkeit kann er deshalb auf sämtliche ungelernte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sozial zumutbar verwiesen werden. Zur weiteren Begründung wird insoweit auf die zutreffenden Ausführungen des SG (S. 8 2. Absatz bis S. 9 Mitte Bezug genommen).

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

Die Voraussetzung für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-12-22