

L 5 R 3735/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 1 R 2974/07
Datum
22.07.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 3735/09
Datum
26.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 22.07.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig unter den Beteiligten ist, ob der Kläger über den 30.04.2007 hinaus Rente wegen voller Erwerbsminderung beanspruchen kann.

Der im Jahr 1963 geborene Kläger war - unterbrochen durch Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit - von 1980 bis 1998 als Arbeiter, Baufachwerker, Gerüstbauer und zuletzt vom 01.09.1998 bis 30.04.2002 und vom 21.05.2002 bis 30.09.2002 als angelernter Bauwerker bei der Firma K. K. GmbH versicherungspflichtig beschäftigt. Seither ist er arbeitslos bzw. krank. Vom 15.12.2003 bis 11.06.2004 absolvierte er ein berufspraktisches Seminar in der Abteilung Warenannahme/Lager des E-Center E. B. Er bezog bis 12.06.2005 Krankengeld, anschließend Arbeitslosengeld. Seit dem 01.07.2005 erhält er Leistungen der Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II).

Anfang März 2001 und erneut am 10.04.2001 kam es zu Hörstürzen, derentwegen der Kläger in der HNO-Klinik H. stationär vom 08.03.2001 bis zum 18.03.2001 sowie ambulant am 10.04.2001 behandelt wurde. Im Arztbericht vom 22.05.2001 wurde von den behandelnden Ärzten der Verdacht auf einen Morbus Menière rechts geäußert. Im März 2003 trat erneut ein Hörsturz mit störendem Tinnitus, Schwerhörigkeit rechts mit wechselnder Ausprägung und Schwindel auf, der wiederum mit Infusionen behandelt wurde. In der Zeit vom 25.06. bis 30.07.2003 führte der Kläger eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in Bad K. durch. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 05.08.2003 bestätigte sich ein Morbus Menière. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wurde der Kläger als leistungsfähig für mittelschwere Tätigkeiten für sechs Stunden und mehr arbeitstäglich angesehen, wegen des Morbus Menière seien aber Tätigkeiten mit Absturzgefährdung zu vermeiden. Vom 11.08. bis 07.10.2003 befand sich der Kläger in ambulanter Behandlung der HNO-Universitätsklinik F., wo ein Zustand nach Grippe-Otitis rechts mit rezidivierendem Schwindel seit 2000 diagnostiziert wurde. Im Februar 2004 wurde der Kläger erstmals mit einem Hörgerät ausgestattet. Im Auftrag der Agentur für Arbeit erstattete der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K. am 03.08.2004 ein Gutachten. Er fand einen innenohrbedingten Schwindel, eine hochgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts sowie Handgelenksbeschwerden nach einem Arbeitsunfall im Februar 2002 und schloss Arbeiten auf Leitern und Gerüsten aus; im Übrigen könne der Kläger noch mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel ohne besondere Belastung der rechten Hand oder des Handgelenkes vollschichtig verrichten. Der Kläger wurde vom 14.09. bis 17.09.2004 in der neurologischen Klinik der Universität T. zum Ausschluss einer begleitenden neurologischen Erkrankung und vom 04.10. bis 12.10.2004 in der HNO-Klinik des K. St. zur Durchführung einer Gentamycin-Therapie stationär behandelt.

Am 27.12.2004 beantragte der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Am 31.05.2005 erfolgte in der HNO-Klinik des K. St. eine Saccotomie rechts. Anschließend beauftragte die Beklagte den Neurochirurg, Neurologen und Nervenarzt Dr. W. mit der Begutachtung des Klägers. In seinem Gutachten vom 20./29.06.2005 diagnostizierte Dr. W. die Menière-Krankheit. Er beschrieb ein etwas vorsichtiges und langsames Gangbild, das aber nicht eindeutig behindert sei, und hielt den Kläger sowohl in seiner letzten beruflichen Tätigkeit als Bauarbeiter als auch für mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für sechs Stunden täglich einsetzbar. Der Prüfarzt Dr. K. stellte in einer abschließenden sozialmedizinischen Stellungnahme vom 12/13.07.2005 fest, der Kläger könne aufgrund seiner Erkrankung jedenfalls für die Dauer von zwei Jahren ohne Begleitperson keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen und keinen Pkw steuern. Aufgrund dieser Feststellungen bewilligte die Beklagte dem Kläger durch Bescheid vom 18.07.2005 aufgrund eines Leistungsfalles vom 04.10.2004 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit befristet bis 30.04.2007.

Wegen fortdauernder Beschwerden wurde am 16.08.2005 eine translabrynthäre Neurektomie des 8. Hirnnerven im K. St. vorgenommen. Der Kläger befand sich vom 25.01. bis 21.02.2006 zur stationären Behandlung in der Tinnitusklinik Bad A., wo unter anderem ein psychogener Schwindel diagnostiziert wurde. In der Zeit vom 17.7.2006 bis 21.07.2006 sowie vom 04. bis 05.12.2006 wurde der Kläger in der neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität M. stationär behandelt. Die dort demonstrierte ausgeprägte Gangunsicherheit wurde in den Arztberichten vom 27.07.2006 und 09.01.2007 zum Teil auf eine sekundäre psychogene Überlagerung zurückgeführt. Es wurde ein Verdacht auf phobischen Schwankschwindel, am ehesten sekundär bei Morbus Menière beidseits diagnostiziert.

Am 11.01.2007 beantragte der Kläger, ihm die Rente wegen voller Erwerbsminderung weiter zu gewähren. Die Beklagte erhob ein Gutachten des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. H. ... Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 16.02.2007 einen phobischen Schwankschwindel, am ehesten sekundär bei Morbus Menière und Zustand nach Neurektomie des 8. Hirnnerven rechts 08/05, und beschrieb eine gut kompensierte periphere vestibuläre Störung rechts sowie eine ausgeprägte funktionelle Gangstörung. Im Rahmen der neurologischen Befunderhebung beschrieb Dr. H., der Romberg-Test sei mit offenen Augen unter Ablenkung unauffällig gewesen, mit geschlossenen Augen leicht ataktisch ohne Fallneigung. Das Gehen sei ohne die mitgeführten Unterarmgehstützen möglich gewesen, dabei sei jedoch eine funktionelle Überlagerung deutlich geworden. Im Rahmen der psychiatrischen Befundung stellte Dr. H. eine deutliche Aggravation mit Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den bestehenden Möglichkeiten fest. Der Drehschwindel sei medikamentös unterdrückbar; eine verhaltenstherapeutische Behandlung des Schwankschwindels habe begonnen. Der Kläger sei im Hoch- und Tiefbau nur unter drei Stunden täglich einsetzbar. Mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er sechs Stunden und länger ausüben. Leistungseinschränkungen sah der Gutachter hinsichtlich des Hörvermögens sowie bezüglich des Ersteigens von Treppen, Leitern und Gerüsten. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 27.02.2007 ab, die Rente über April 2007 hinaus weiter zu gewähren.

Hiergegen erhob der Kläger am 07.03.2007 Widerspruch. Er sei am 25.03.2007 als Notfall in die HNO-Klinik des K. St. aufgenommen und bis 30.03.2007 stationär behandelt worden. Ausweislich des vorgelegten Berichts vom 29.03.2007 habe die Vorstellung des Klägers in der Psychosomatik ergeben, dass es zur Entwicklung eines sekundären somatoformen Schwindels gekommen sei. Die ihm dargelegte Möglichkeit einer psychosomatischen Therapie habe der Kläger aber nicht in Anspruch nehmen wollen. In einem Verfahren auf vorläufigen Rechtsschutz vor dem Sozialgericht Heilbronn (S 3 R 1594/07 ER, durch Rücknahme des Antrags beendet) wies er darauf hin, der Grad der Behinderung sei ab 11.01.2007 von 50 auf 70 angehoben und das Merkzeichen "G" zuerkannt worden. Auf Nachfrage der Beklagten teilte Dr. H. daraufhin unter dem 19.03.2007 mit, die sozialmedizinisch relevante Gehstrecke sei nicht eingeschränkt. Die Beklagte holte ferner beim letzten Arbeitgeber des Klägers eine Auskunft ein. Die Firma K. K. GmbH Bauunternehmung teilte am 30.03.2007 mit, der Kläger habe als Bauwerker allgemeine Hilfstätigkeiten auf Anweisung ausgeübt. Es habe sich um ungelernte Arbeiten mit einer Anlernzeit von bis zu drei Monaten gehandelt. Mit Widerspruchsbescheid vom 26.07.2007 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 08.08.2007 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte und Therapeuten des Klägers als sachverständige Zeugen.

Die den Kläger seit Oktober 2005 behandelnde Ergotherapeutin P. J. berichtete am 05.10.2007 über eine zunächst deutliche Verbesserung der Körperkoordination, der Ausdauer und Kondition, die seit ca. 1 1/2 Jahren stagniere. Die weitere Behandlung diene dem Erhalt der bislang erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und wirke einer Verschlechterung entgegen.

Der ärztliche Direktor der HNO-Klinik St., Professor Dr. R., hielt ausweislich seiner Auskunft vom 28.11.2007 die körperliche Leistungsfähigkeit des Klägers aufgrund wiederkehrender Drehschwindelanfälle nach dessen Angaben für stark eingeschränkt und den Erfolg einer psychosomatischen Verhaltenstherapie für fraglich.

Die Ärztin für Psychiatrie Dr. K. hatte zunächst keine Angaben für die Zeit ab Januar 2007 machen können, weil sie den Kläger zuletzt im August 2006 behandelt hatte. Am 17.03.2008 ging beim Sozialgericht sodann ein aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 01.02.2008 erstelltes "nervenärztliches Gutachten" der Frau Dr. K. vom 13.03.2008 ein, in welchem sie ausführte, der Kläger leide an zwei bis dreimal täglich auftretenden Dreh- und Schwankschwindelattacken verbunden mit Übelkeit und Erbrechen, die jeweils etwa 10 bis 15 Minuten andauerten. Trotz intensiver Therapie habe sich keine Besserungstendenz gezeigt. Aufgrund dieser Schwindelattacken sei der Kläger verunsichert und habe sich sozial zurückgezogen. Seit 1999 bestehe eine depressive Erkrankung im Sinne rezidivierender mittelgradiger depressiver Episoden mit Ein- und Durchschlafstörungen und Antriebsminderung, ferner Cephalgien im Sinne von Spannungskopfschmerzen in Kombination mit migränoiden Kopfschmerzen. Der Kläger berichte weiter über Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS). Der Kläger könne Arbeiten von Erwerbswert nicht mehr, auch nicht teilschichtig ausüben. Das zeitliche Leistungsvermögen könne durch eine psychosomatische Verhaltenstherapie über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren evtl. gebessert werden.

Der von Amts wegen beauftragte gerichtliche Sachverständige Professor Dr. Dr. W. führte in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 27.06.2008 aus, der Kläger leide auf neurologischem Fachgebiet an einem gut kompensierten Labyrinthausfall rechts. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine Somatisierungsstörung mit anamnestisch angegebenem Schwindel, einer Gangstörung und Konzentrationsproblemen auf dem Boden einer primär neurasthenen Persönlichkeit. Im zuletzt ausgeübten Beruf als Bauhelfer könne der Kläger in wirtschaftlich relevantem Umfang nicht mehr tätig sein. Nicht zu erkennen sei jedoch, warum der Kläger nicht in der Lage sein sollte, körperlich leichte und mittelschwere Arbeiten im Wechsel von Sitzen, Gehen und Stehen vollschichtig auszuüben. Es sei auch kein Grund ersichtlich, weshalb der Kläger auf das Tragen von Unterarmgehstützen angewiesen sein solle. Die mitgeführten Gehstützen hätten trotz eines angegebenen Alters von zwei bis drei Jahren nur wenig benützt erschienen, der Kläger habe kaum Handbeschielung aufgewiesen, demgegenüber aber eine kräftige Ober- und Unterschenkelmuskulatur. Zudem habe der Kläger deutlich braun gebrannt erschienen, was mit seiner Angabe, nur selten und in Begleitung das Haus verlassen zu können, nicht in Einklang stehe. Beim Kläger bestünden ausgeprägte Inkonsistenzen, die lediglich im Rahmen eines bewusstseinsnahen Versorgungswunsches zu interpretieren seien. Aufgrund dieser überlagernden Problematik könne zum Kern einer möglicherweise bestehenden psychischen Erkrankung nicht vorgedrungen werden. Ein psychiatrisch-psychosomatisches Heilverfahren aufgrund der bestehenden psychischen Erkrankung sei sinnvoll. Wenn die von Dr. K. beschriebene schwere seelische Erkrankung vorliegen würde, sei eine engmaschige Behandlung einschließlich einer geeigneten psychotherapeutischen Betreuung und einer psychopharmakologischen Behandlung geboten. Diese sei nicht zu erkennen. Die

weitreichende Aussage von Dr. K. sei bei derart seltenen ärztlichen Vorstellungen nicht nachvollziehbar.

Auf Antrag und Kosten des Klägers erstattete der Sachverständige Dr. E. ein nerven-fachärztliches Gutachten vom 13.03.2009. Er stellte bei den Koordinationsprüfungen fest, dass der Kläger diese ohne Krücken mit größten Schwierigkeiten vorführte. Es habe zwar keine Sturztendenz bestanden, jedoch habe der Kläger erhebliche Mühe aufgewendet, ruhig zu stehen. Es seien komplexe Ausgleichsbewegungen demonstriert worden, ohne dass die Gefahr bestanden habe, dass ein Sturz induziert werde. Der Finger-Zeige-Versuch sei regelrecht gewesen, der Knie-Hacken-Versuch mühsam unter Schmerzen ohne Nachweis relevanter typischer zerebellarer Dysfunktionen oder Paresezeichen. Er diagnostizierte bei dem Kläger eine allerschwerste psychische Fehlverarbeitung der seinerzeitigen HNO-ärztlichen Erkrankung sowie eine schwere psychogene Ataxie, die sowohl Anteile einer Somatisierungsstörung als auch einer dissoziativen Bewegungsstörung enthalte. Der Kläger leide an einer mittelschweren depressiven Episode, die endoreaktiv ausgestattet sei. Es bestehe bei primär eher niedriger Intelligenzleistung ein psychogenes kognitives Defizit, das zumindest psychometrisch das Ausmaß eines beginnenden dementiellen Syndroms ausbilde. Hinweise für eine persistierende neurologische Erkrankung neben den bereits HNO-ärztlich erkannten Störungen gebe es nicht. Der Kläger sei aufgrund der schweren psychogenen Ataxie weder privat noch beruflich zu einer adäquaten Lebensführung fähig. Er könne unter keinen Umständen ohne eine adäquate Therapie seinen zuletzt ausgeübten Beruf ausüben. Auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei sein Leistungsvermögen aufgrund der psychiatrischen Erkrankung auf weniger als drei Stunden herabgesunken. Erst nach einer psychosomatisch ausgerichteten stationären Therapie könne die Dauerhaftigkeit des Krankheitsbildes beurteilt und die Behandlungsfähigkeit prognostiziert werden. Der Kläger simuliere oder aggraviere nicht; vielmehr habe eine schwere psychogene Fehlverarbeitung der körperlichen Erkrankung dazu geführt, dass das vom Kläger vorgetragene Leistungsniveau auch seinem inneren seelisch pathologischen Erleben entspreche. Mindestens seit 2006 seien diese schweren Einschränkungen auf der seelischen Seite zurück verfolgbar. Die primär einfache intellektuelle Persönlichkeit schränke den Erfolg einer stationären psychosomatischen Therapie zwar ein, sollte aber dennoch mit einer Mindestbehandlungszeit von etwa drei Monaten versucht werden. Die hochgradige psychische Fehlverarbeitung der Erkrankung führe dazu, dass die Gehstrecke des Klägers zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund der seelischen Störung auf deutlich weniger als 500 m eingeschränkt sei.

In einer Stellungnahme vom 15.04.2009 führte Dr. B. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten aus, es sei dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Professor Dr. Dr. W. zu folgen, der mit dem Verwaltungsgutachter Dr. H. übereinstimme. Nicht nachvollziehbar sei die von Dr. K. mitgeteilte mittelgradige depressive Episode, die nach einer letzten Vorstellung des Klägers am 31.08.2006 nach nahezu 1 1/2 Jahren am 01.02.2008 diagnostiziert worden sei. Dr. E. erwähne zwar, dass der Kläger Drehschwindelattacken erlebe, äußere sich aber nicht zur Häufigkeit der Attacken und zu eventuellen Verletzungsfolgen. Unklar bleibe, woraus er eine allerschwerste psychische Fehlverarbeitung ableite. Offensichtlich übernehme Dr. E. die eigenen Angaben des Klägers weitgehend unkritisch und nehme insbesondere zu den von Professor Dr. Dr. W. aufgezeigten ausgeprägten Inkonsistenzen keine Stellung. Dr. E. habe die subjektive Beschwerdeschilderung und die objektiven Befunde nicht abgeglichen. Völlig unklar bleibe, worauf Dr. E. sein Urteil stütze, wonach weder simulierendes noch aggravierendes Verhalten vorliege.

Das Sozialgericht Heilbronn wies die Klage mit Urteil vom 22.07.2009 ab. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens vermöge das Gericht weder ein unter sechs Stunden herabgesunkenes Leistungsvermögen noch eine für die Gewährung einer Rente relevante Beschränkung des Gehvermögens des Klägers auf weniger als 500 Meter mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festzustellen. Vielmehr verblieben bei Würdigung der ärztlichen Äußerungen Restzweifel an solchen Leistungseinschränkungen. Der Kläger habe nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast die Folgen zu tragen, wenn die einen Rentenanspruch begründenden Tatbestandsmerkmale nicht festgestellt werden könnten. Im Vordergrund des Krankheitsverlaufs des Klägers stünden Hörstürze aus den Jahren 2001 und 2003. Auf Grund der ab 2003 aufgetretenen Beschwerden sei es zunächst zu einer Gentamycin-Therapie, dann zu einer Saccotomie und schließlich im August 2005 zu einer translabyrinthären Neurektomie des achten Hirnnervens gekommen. Die in diesem Zusammenhang bestehende periphere vestibuläre Störung rechts sei gut kompensiert und der Schwankschwindel und die Gangstörung, die der Kläger demonstriert habe, hätten keine neurologische Ursache. Insoweit stimmten die Ergebnisse des Verwaltungsgutachtens von Dr. H. sowie der beiden gerichtlichen Sachverständigen überein.

Nicht nur die sich aus einer mangelhaften Mitwirkung ergebende Nichterweislichkeit von Tatsachen, sondern auch eine sich aus Verdeutlichungstendenzen eines Beteiligten ergebende Ungewissheit bei der Leistungsbeurteilung gehe nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten desjenigen, der sich auf die ihm günstigen Umstände berufe. Von allen Ärzten werde eine erhebliche Gangstörung des Klägers beschrieben, die nach der Neurektomie im August 2005 teilweise auf eine psychogene Überlagerung zurückzuführen sei. Dementsprechend habe der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. eine Somatisierungsstörung auf dem Boden einer primär neurasthenen Persönlichkeit als Ursache für den angegebenen Schwindel und die Konzentrationsprobleme des Klägers angenommen. Damit bestätige er das Verwaltungsgutachten von Dr. H., der einen phobischen Schwankschwindel und eine ausgeprägte funktionelle Gangstörung beschrieben habe. Beide Gutachter hätten jedoch eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den tatsächlichen Möglichkeiten festgestellt und eine deutliche Aggravation beschrieben. Die Angaben des Klägers gegenüber den Gutachtern zur Häufigkeit des Auftretens von Schwindelattacken und zur Art und Weise des Schwindels (Schwank-, Dreh-, Dauerschwindel) wiesen erhebliche Inkonsistenzen auf. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen auf sein Leben seien im geschilderten Ausmaß nicht plausibel. Prof. Dr. Dr. W. habe im Einzelnen dargelegt, dass die dauerhafte Benutzung der Unterarmgestützen auf Grund von objektiven Anhaltspunkten wie etwa die fehlende Beschwielen der Handinnenflächen in Frage zu stellen sei. Ebenfalls habe Prof. Dr. Dr. W. darauf hingewiesen, dass die deutliche Bräune, die der Kläger bei der Begutachtung aufgewiesen habe, seinen Angaben, er könne nur in Begleitung das Haus verlassen und halte sich deshalb nur selten im Freien auf, eindeutig entgegenstehe. Aufgefallen in der Begutachtung durch Prof. Dr. Dr. W. seien auch die bizarren Ausgleichsbewegungen, die der Kläger beim Stehen ohne Krücken gezeigt habe, die aber bei Ablenkung verschwunden seien und beim Augenschluss - entgegen den Erwartungen - nicht zugenommen hätten. Der Gutachter habe daher die Angaben des Klägers und die demonstrierten Körperfunktionen für nicht authentisch gehalten und das tatsächliche Ausmaß der Beschwerden und körperlichen Funktionen als nicht beurteilbar angesehen. Der wirkliche Zustand des Klägers sei nicht feststellbar, weil er durch zweckgerichtetes Verhalten des Klägers überlagert sei. Das Gericht folge deshalb dem Gutachter und gehe ebenfalls davon aus, dass die behaupteten Beschwerden und die demonstrierte Gangstörung des Klägers, da sie nicht authentisch seien, keinen Rückschluss auf den Ausprägungsgrad eines psychopathologischen Geschehens ermögliche. Sie böten deshalb keinen objektiven Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Klägers. Dem Gutachten von Dr. E., der zu einem für den Kläger günstigen Ergebnis im Hinblick auf die Leistungsbeurteilung komme, sei nicht zu folgen, da dieser ohne weiteres kritisches Hinterfragen die Beschwerdeschilderung des Klägers und den von diesem demonstrierten Zustand in seine Leistungsbeurteilung übernommen habe. Dr. E. habe weder die Mitarbeit des

Klägers während der Untersuchung beschrieben, noch dazu Stellung genommen ob und inwieweit die Angaben des Klägers zuträfen, widerspruchsfrei und zuverlässig seien. Gerade unter sozialrechtlichen Begutachtungsbedingungen kämen tendenziöse und verfälschende Angaben vor, die deshalb besonders zu kontrollieren seien. Dazu hätten die von Prof. Dr. Dr. W. detailliert aufgezeigten Inkonsistenzen hinreichend Anlass gegeben. Die Begründung von Dr. E. zur Abweichung vom Gutachten des Prof. Dr. Dr. W., dieser habe die Psychogenität der Erkrankung nicht adäquat gewürdigt, überzeuge nicht. Es komme nicht auf die diagnostische Zuordnung einer Erkrankung an, sondern allein darauf, wie sich diese auf das berufliche Leistungsvermögen auswirke. Die Psychogenität der Erkrankung erkläre somit gerade nicht eine Diskrepanz zwischen demonstriertem Beschwerdebild und objektiven Befunden.

Das Sozialgericht folgte auch nicht der Feststellung der Nervenärztin Dr. K., der Kläger leide an rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episoden mit Ein- und Durchschlafstörungen und Antriebsminderung. Dagegen spreche zum Einen die Tatsache, dass sich der Kläger erst während des Gerichtsverfahrens wieder in die Behandlung von Dr. K. begeben habe und sich offenbar auch nicht in einer engmaschigen psychotherapeutischen Behandlung oder psychopharmakologischen Behandlung befinde. Entsprechende Maßnahmen wären aber bei dem Krankheitsbild zu erwarten gewesen. Eine depressive Erkrankung hätten weder die Gutachter Dr. H. noch Prof. Dr. Dr. W. feststellen können.

In Anbetracht dessen, dass sich der Verwaltungs- und beide Gerichtsgutachter darüber einig seien, dass die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgereizt seien, könne von einer dauerhaften beruflichen Leistungsunfähigkeit nicht ausgegangen werden. Da das Gericht nicht feststellen könne, dass dem Kläger körperlich leichte berufliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem Umfang von zumindest sechs Stunden täglich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich seien, sei davon auszugehen, dass er sozial zumutbare körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen zur ebenen Erde noch verrichten könne und er noch in der Lage sei, ortsübliche Wege zur Arbeitsstelle zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Der Kläger sei deshalb weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Ein Rentenanspruch stehe ihm nicht zu. Auch wenn der Kläger seine ursprüngliche Tätigkeit als Bauwerker auf Grund seiner Erkrankung nicht mehr verrichten könne, folge daraus kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit, da seine bisherige Tätigkeit der Gruppe der angelernten Arbeiter zuzuordnen sei und insoweit kein Berufsschutz bestehe.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 10.08.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 17.08.2009 Berufung eingelegt. Zur Begründung lässt er ausführen, es erscheine unzulässig, dass das Sozialgericht die von Dr. E. getroffenen Diagnosen als unzutreffend bzw. fehlerhaft gewürdigt habe, weil dieser weder die Mitarbeit des Klägers während der Untersuchung geschildert habe noch sich zu der Authentizität der Angaben des Klägers geäußert habe. Das Gericht hätte dem Gutachter hierzu Gelegenheit zur Stellungnahme geben müssen. Stattdessen sei das Sozialgericht ausschließlich den Angaben von Prof. Dr. Dr. W. gefolgt, was insbesondere auf Grund der Diskrepanz zu der von Dr. E. und Dr. K. eindeutig festgestellten Depressionserkrankung verwundere. Deshalb seien weitere Ermittlungen von Amts wegen erforderlich.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 22.07.2009 und den Bescheid der Beklagten vom 27.02.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.07.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 30.04.2007 hinaus auf Dauer zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

Der Senat beauftragte den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie Dr. H. mit der Begutachtung des Klägers. Dr. H. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 30.11.2009 auf neurologischen Fachgebiet einen gut kompensierten Labyrinthausfall rechts. Ansonsten hätten sich im Rahmen der körperlich neurologischen Untersuchung keine relevanten Auffälligkeiten ergeben. Überformt sei die Untersuchung durch demonstrative Tendenzen gewesen, die insbesondere bei der Prüfung des Finger-Nase-Versuchs und des Gehens und Stehens aufgefallen seien. Dr. H. berichtete im Rahmen der neurologischen Befunderhebung von demonstrativem Zittern und Danebenzeigen beim Finger-Nase-Versuch. Der Kläger sei mit einem Rollator erschienen. Bei Prüfung des Gangbildes ohne Rollator habe er demonstratives Schwanken, auch beim Stehen gezeigt. Sturzgefahr habe dabei nicht bestanden.

Auf psychiatrischem Fachgebiet sei von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) auszugehen. Es lägen zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden vor, die durch zugrundeliegende Erkrankungen nicht ausreichend erklärt werden könnten. Diskutiert werden könne differenzialdiagnostisch zusätzlich das Vorliegen einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.1). Er halte diese Diagnose aber nicht für gesichert, da die Störungen der Bewegungen jetzt durch erhebliche demonstrative Tendenzen überlagert worden seien. Diese seien augenscheinlich bewusstseinsnah entstanden und einer willentlichen Kontrolle unterlegen. Sowohl die gezeigten Störungen der Koordination als auch die gezeigten Störungen des Stehens und Gehens seien augenscheinlich durch deutliche demonstrative Tendenzen geprägt gewesen. Auch die kräftig ausgebildete Muskulatur (besonders der Beine) kontrastiere zu den Angaben des Klägers über den Tagesablauf und die bei ihm bestehenden Einschränkungen. Es hätten sich keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung oder einer Angsterkrankung im Sinne des Klassifikationsproblems ICD-10 ergeben. Der Kläger sei dazu in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit noch leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten auszuüben. Auf Grund des beklagten Schwindels müssten Arbeiten, die mit einer erhöhten Absturzgefahr einhergingen, wie Arbeiten auf Leitern oder Ähnliches, Arbeiten auf unebenen Boden oder Arbeiten an ungeschützten Maschinen vermieden werden. Ebenso sei eine Überforderung durch Akkordarbeit, Nachtarbeit oder durch Arbeiten unter besonderem Zeitdruck zu vermeiden; dies gelte gleichermaßen für besonders hohe Ansprüche an Auffassung und Konzentration sowie für eine besonders hohe Verantwortung und besonders hohe geistige Beanspruchung. Unter Berücksichtigung dieser Leistungseinschränkungen könne der Kläger leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche ausüben. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit bestehe nicht, im Hinblick auf das Vorliegen der beklagten Einschränkungen der Gehfähigkeit sei von ausgeprägten demonstrativen Tendenzen auszugehen. Mit der Stellungnahme von Dr. K. stimme er hinsichtlich des Vorliegens einer depressiven Erkrankung nicht überein. Das von ihr konstatierte untermittelschichtige Leistungsvermögen lasse sich auf dem Boden des zuletzt erhobenen Befundes nicht nachvollziehen. Während Prof. Dr. Dr. W. ebenfalls die vorliegenden ausgefallenen demonstrativen Tendenzen beschrieben habe, habe sich Dr. E. in seinem Gutachten vom

13.03.2009 damit nicht auseinandergesetzt, so dass das von ihm konstatierte untermittelte Leistungsvermögen auf dem Boden der jetzt erhobenen Befunde definitiv nicht nachvollziehbar sei.

Der Kläger unterzog sich in der Zeit vom 15.02.2010 bis zum 30.03.2010 einer stationären psychosomatischen Behandlung in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Krankenhauses B ... Im Entlassbericht vom 30.03.2010 wurden folgende Diagnosen genannt: 1. Somatoforme Störung mit Schwindel und Ataxie (F45.8) 2. Mittelgradige depressive Episode (F32.1) 3. Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden und unsicheren Zügen 4. Menière-Krankheit. Im Rahmen der Anamnese wird geschildert, es bestehe nach wie vor ein Drehschwindel, der sich bei Bewegung und beim Laufen verstärke, sodass der Kläger sich nur mit Gehstöcken, auch aus Angst hinzufallen, fortbewegen könne. Eine psychosomatische Behandlung sei wiederholt empfohlen worden, diese werde jetzt erstmalig durchgeführt. Ziel der Behandlung sei gewesen, bei erheblicher Alltagsbeschränkung des Klägers durch seine Schwindelsymptomatik den Aktionsradius zu verbessern. Insbesondere seien Versuche unternommen, den Kläger zu einem vermehrten Gehtraining mittels verschiedener Hilfsmittel zu motivieren. Der Kläger habe gut kooperiert, jedoch wenig Eigeninitiative gezeigt. Es bestünden ein ausgeprägtes regressives Potenzial sowie ebenfalls ausgeprägte Versorgungswünsche. Der Kläger scheine unbewusst zu befürchten, dass expansive Impulse schädlich sein könnten. Die Schwindelsymptomatik stehe für eine erhebliche phobische Komponente des Patienten, der auf der anderen Seite wiederum massive Schuldgefühle abzuwehren habe, da er sich in einer zunehmenden Abhängigkeit von seiner Ehefrau sehe. Der Kläger sehe wenig Möglichkeiten, seine Frau im alltäglichen Zusammenleben zu entlasten, so habe sich im Laufe der Jahre ein ausgeprägtes maladaptives Schon- und Vermeidungsverhalten entwickelt. In zwei geführten Paargesprächen hätten sich tendenziell die resignative Haltung der Ehefrau und maladaptive interaktionelle Muster der Ehepartner bestätigt. Insgesamt bestehe eine schwer chronifizierte und komplexe Symptomatik, die aus psychosomatischer Sicht am ehesten im Rahmen einer somatoformen Störung zu interpretieren sei. Der Kläger sei keinesfalls auch für leichte Arbeiten auch nur im halbschichtigen Umfang arbeitsfähig.

Dr. B. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten hat hierzu unter dem 10.5.2010 Stellung genommen. Er beanstandet im Hinblick auf die Einschätzung des Leistungsvermögens im Entlassbericht der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, dass von den betreuenden Ärzten die eigenen subjektiven Angaben des Klägers weitgehend kritiklos übernommen worden seien. Auf zahlreiche vorbeschriebene Diskrepanzen, demonstrative Tendenzen und eine Aggravationsneigung sei nicht ansatzweise eingegangen worden. Allerdings werde auf ein ausgeprägtes regressives Potenzial sowie auf ausgeprägte Versorgungswünsche hingewiesen, ohne dies allerdings bei der Beurteilung adäquat zu würdigen. Im therapeutischen Prozess im Rahmen einer psychosomatischen Behandlung sei es zwar durchaus erforderlich, sich auf den Patienten einzulassen. Zweifel an den Ausführungen des Patienten würden diese Therapie doch zumindest wesentlich erschweren. Entsprechend sei es für den Behandler dann schwierig, auch nur einigermaßen zuverlässig die Leistungsfähigkeit einzuschätzen unter Berücksichtigung einer gebotenen kritischen Distanz. Eine Abweichung von der bisherigen Leistungseinschätzung lasse sich aus dem Entlassbericht nicht ableiten.

Dr. H. hat zu den Feststellungen im Entlassbericht der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Krankenhauses B. unter dem 07.06.2010 Stellung genommen und ausgeführt, die beschriebene Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden und unsicheren Zügen erfülle nicht die Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung im Sinne des Klassifikationssystems ICD-10. Soweit eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei, lasse sich das Ausmaß der depressiven Symptomatik aus dem beschriebenen Befund, der Kläger sei affektiv herabgestimmt und wenig schwingungsfähig gewesen, nicht eindeutig ableiten. So sei sinngemäß ausgeführt worden, der Kläger sei inhaltlich sehr auf die Berentung eingeengt gewesen. Trotz der beschriebenen mittelgradigen depressiven Episode sei der Kläger letztendlich nicht durchgehend antidepressiv behandelt worden, sondern die vorher ambulant angesetzte antidepressive Therapie sei sogar abgesetzt worden. Dies sei aus seiner Sicht nicht recht nachvollziehbar. Nachvollziehbar hingegen sei die Beschreibung der Kollegen, es bestehe ein ausgeprägtes regressives Potenzial sowie ebenfalls ausgeprägte Versorgungswünsche. Die von ihm in seiner Begutachtung festgestellten ausgeprägten demonstrativen Tendenzen seien von den dort behandelnden Kollegen offensichtlich nicht bemerkt bzw. gewürdigt worden. Insoweit sei die dort getroffene Leistungsbeurteilung nicht nachvollziehbar. Es sei nochmals darauf hinzuweisen, dass die im Rahmen seiner Untersuchung festgestellte kräftig ausgebildete Muskulatur insbesondere der Beine sowohl zu den Angaben des Klägers zum Tagesablauf und den bestehenden Einschränkungen im Rahmen der Begutachtung als auch zu der bei der Behandlung in B. augenscheinlich demonstrierten Passivität und Untätigkeit kontrastiere. Das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode erscheine ihm nicht ausreichend belegt. Bei der durch ihn erfolgten Untersuchung seien die Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung - auch im Sinne einer leichten depressiven Episode - nicht erfüllt gewesen.

Der Senat hat den behandelnden Arzt des Klägers Dr. Sch., Facharzt für Innere Medizin und Oberarzt an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Krankenhauses B., als sachverständigen Zeugen zur Objektivierbarkeit der Angaben des Klägers befragt. Dieser hat in seiner Stellungnahme vom 08.07.2010 ausgeführt, für die diagnostizierte somatoforme Störung sei es gerade kennzeichnend, dass eine unter Umständen große Diskrepanz zwischen dem subjektiven Beeinträchtigungsgrad der Symptomatik und den objektiven Befunden bestehe. Der Betroffene fühle sich aufgrund eines fehlenden Zugangs zu seinen Gefühlen/Affekten den körperlichen Beschwerden hilflos ausgeliefert. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes hätten vielfältige Beobachtungsmöglichkeiten durch verschiedene Therapiemitglieder in unterschiedlichen Behandlungskontexten zur Verfügung gestanden, die letztlich zur Diagnosestellung geführt hätten. Dazu habe in starkem Maße das beobachtete Krankheits- und Interaktionsverhalten des Klägers gezählt. Hierbei sei wiederholt zu beobachten gewesen, dass sich der Kläger durchgängig kaum etwas zugetraut und stets Hilfsmittel wie Gehstützen und Rollator benutzt habe, um nicht hinzufallen. Er habe eine starke Tendenz erkennen lassen, andere zu Hilfeleistungen heranzuziehen. Bemühungen von Seiten des therapeutischen Teams, Eigenständigkeit zu fördern, sei der Kläger mit großem Widerstand begegnet. Es hätten sich keinerlei Hinweise für eine Simulation ergeben. Verdeutlichungstendenzen seien dem Kläger selbst nicht bewusst, aus bindungstheoretischer Sicht sei es für ihn innerlich unabdingbar, stets die Versorgung und Hilfestellung durch andere aufrecht zu erhalten. Diese Tendenz bestehe auch im häuslichen Bereich, wo sich eine extreme Unselbständigkeit entwickelt habe. Hinweise für bewusste Täuschungsmanöver oder Vorspiegelung falscher Tatsachen hätten sich während des Aufenthaltes nicht ergeben, die Verhaltensmuster seien durchgängig und konsistent zu verzeichnen gewesen. Es handle sich um ein komplexes, chronifiziertes und nur äußerst gering beeinflussbares Krankheitsbild mit mittlerweile kennzeichnenden maladaptiven Verhaltensmustern. Auch z.T. vorhandene Verdeutlichungstendenzen dienten der inneren Entlastung, da sie Verlassensängste mindern sollten, indem dem Gegenüber die Hilfebedürftigkeit signalisiert werde.

Dr. B. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten nahm am 02.08.2010 erneut Stellung und führte zu der Aussage von Dr. Sch. aus, diese lasse erkennen, dass die Einschätzungen im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Klägers beruht hätten. Es verwundere, dass weder eine adäquate nervenärztliche Betreuung in Anspruch genommen worden sei und auch bisher keine empfohlene

psychosomatische Therapie, wenn der Kläger nach den Angaben von Dr. Sch. seine "Heilserwartungen stets nach außen" verlagert habe. Die behandelnden Ärzte im Krankenhaus B. hätten offenbar nur zum behandelnden HNO-Arzt des Klägers, nicht aber zu einem eventuell behandelnden Nervenarzt in Kontakt gestanden. Auch die Aussage, dass sich der Kläger kaum etwas zugetraut habe, stelle ausschließlich und allein eine subjektive Angabe des Klägers dar. Etwaige Tests zur Symptomvalidierung wie etwa im Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. seien nicht durchgeführt worden. Dies verwundere allerdings nicht, weil solche Tests den therapeutischen Prozess im Rahmen einer psychosomatischen Behandlung stören könnten. Dass die vorhandenen Verdeutlichungstendenzen, die von Dr. Sch. auch gesehen worden seien, der inneren Entlastung dienen, sei in keiner Weise belegt. Der Hinweis darauf, dass der Kläger im häuslichen Umfeld auch von den minderjährigen Töchtern unterstützt werde, weise eindrücklich auf den bereits mehrfach vorbeschriebenen sekundären Krankheitsgewinn hin, der von den betreuenden Ärzten bei der Einschätzung nicht adäquat berücksichtigt werde. Das Vorliegen somatoformer Störungen, wie jetzt von den Ärzten des Krankenhauses B. in den Vordergrund gestellt, werde auch von Dr. H. nicht angezweifelt. Derartige Störungen rechtfertigten aber nicht ohne weiteres die Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf Dauer.

Der Kläger hat schließlich einen Bescheid des Landratsamtes L. vom 05.10.2010 über die Festsetzung des GdB von 80 seit dem 02.07.2010 mit den Merkzeichen B und G vorlegen lassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die zur Sache gehörenden Verwaltungsakten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts einschließlich der Akten des Eilverfahrens S 3 R 1594/07 ER sowie auf die Akten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, dem Kläger Rente wegen Erwerbsminderung über den 30.04.2007 hinaus weiter zu gewähren. Er hat darauf keinen Anspruch.

Gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind 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 ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Versicherte haben gemäß [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind 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 ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)).

Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Senat teilt nach den Ermittlungen im Berufungsverfahren die Auffassung des Sozialgerichts, dass der Kläger eine Erwerbsminderung nach den vorgenannten Maßstäben nicht nachgewiesen hat. Die bei dem Kläger bestehenden Gesundheitsbeschwerden rechtfertigen zwar qualitative, nicht aber quantitative Einschränkungen seines Leistungsvermögens.

Nach einer zusammenfassenden Würdigung der im Verfahrensverlauf eingeholten und vorgelegten medizinischen Stellungnahmen und Gutachten geht der Senat davon aus, dass bei dem Kläger im Jahr 2001 die Menière-Erkrankung mit ihrer typischen Symptomtrias von Schwindelanfällen mit Übelkeit und Erbrechen, Tinnitus und Schwerhörigkeit aufgetreten ist. Der Verdacht auf diese Erkrankung war erstmals im Arztbericht der HNO-Klinik H. vom 22.05.2001 nach den zuvor aufgetretenen Hörstürzen geäußert worden. Er hatte sich während der Rehabilitationsbehandlung des Klägers im Juni/Juli 2003 ausweislich des Entlassungsberichts vom 05.08.2003 bestätigt, ebenso im Rahmen der Begutachtung von Dr. W. auf Veranlassung der Beklagten nach Renten Antragstellung. Der Kläger wurde wegen dieser Erkrankung in den Jahren 2001 bis 2005 wiederholt stationär behandelt. Insbesondere wurde er in der HNO-Klinik des K. St. im Oktober 2004 in den krankheitstypischen Behandlungsschritten zunächst konservativ mit einer Gentamycin-Therapie behandelt, im Mai 2005 wurde dort eine Saccotomie durchgeführt und im August 2005 erfolgte eine Durchtrennung des 8. Hirnnerven (translabrynthäre Neurektomie) zur Ausschaltung der Gleichgewichtsirritationen.

Diese Erkrankung ist aber nach Auswertung der vorliegenden Gutachten als ausreichend kompensiert anzusehen, so dass sie keine quantitative Leistungseinschränkung rechtfertigt. So wurde das Leistungsvermögen des Klägers bereits alsbald nach dem Auftreten der Menière-Erkrankung in der Rehabilitationsklinik in Bad K. als nicht in zeitlicher Hinsicht eingeschränkt bewertet. Der Kläger sei nach der im Entlassungsbericht vom 05.08.2003 vorgenommenen Einschätzung dazu in der Lage, mittelschwere Tätigkeiten noch sechs Stunden und mehr arbeitstäglich auszuüben. Diese Einschätzung teilte der Gutachter Dr. K. in seinem für die Bundesagentur für Arbeit erstellten Gutachten vom 03.08.2004. Übereinstimmung bestand in beiden Bewertungen auch hinsichtlich der qualitativen Einschränkung im Sinne eines Ausschlusses von Arbeiten mit Absturzgefahr, etwa auf Leitern und Gerüsten. Dass die aufgrund der Menière-Erkrankung zeitweilig auftretenden Schwindelanfälle einen entsprechenden Leistungsausschluss rechtfertigen, liegt auch für den Senat auf der Hand. Entsprechende Leistungsbewertungen haben auch die Gutachter Dr. W. und Dr. H. im Verwaltungsverfahren vorgenommen. Dr. W. hatte den Kläger nach Durchführung der Saccotomie im Juni 2006 untersucht und hielt ungeachtet der bestehenden Menière-Krankheit mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes für sechs Stunden und mehr arbeitstäglich für zumutbar. Veranlassung für die Bewilligung einer Zeitrente aufgrund eines angenommenen Leistungsfalles am 04.10.2004 fand die Beklagte erst durch die Feststellung des Prüfarztes, der nach Aktenlage eine fehlende Wegefähigkeit des Klägers angenommen hatte. Dr. W. hatte zwar ein etwas vorsichtiges und langsames Gangbild des Klägers festgestellt, aber insoweit keine eindeutige Behinderung angenommen. Dr. H. hatte den Kläger im Februar 2007, also nach Durchführung der Neurektomie, begutachtet und eine gut kompensierte periphere vestibuläre Störung rechts beschrieben.

Er schloss ein Restleistungsvermögen für eine Tätigkeit im Hoch- und Tiefbau aus, sah aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ebenfalls mittelschwere Tätigkeiten für sechs Stunden und mehr als zumutbar an. Die von ihm beschriebenen Leistungseinschränkungen betrafen das Hörvermögen sowie das Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten. Der Senat hält die Feststellungen der Gutachter Dr. W. und Dr. H. zu den Auswirkungen der Menière-Krankheit auf das Leistungsvermögen des Klägers für schlüssig und nachvollziehbar. Sie werden bestätigt in den im Verlaufe des gerichtlichen Verfahrens eingeholten Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. und Dr. H., die übereinstimmend auf neurologischem Fachgebiet einen gut kompensierten Labyrinthausfall rechts diagnostiziert haben. Auch diese beiden Gutachter halten leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Arbeiten mit Absturzgefahr auf Leitern und Gerüsten in einem Umfang von sechs und mehr Stunden für zumutbar. Auch der vom Kläger beauftragte Gutachter Dr. E. hat in seinem im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Gutachten vom 13.03.2009 festgehalten, dass auf neurologischem Gebiet eine schwerwiegende Erkrankung nicht zu objektivieren und zu diagnostizieren sei. Im neurologischen Befund seien keine relevanten persistierenden objektiven Defizite vorhanden gewesen, die auf eine persistierende Störung des Gleichgewichtsinns rechts zurückzuführen seien.

Eine quantitative Leistungseinschränkung aufgrund der Menière-Erkrankung hält der Senat daher aufgrund dieser übereinstimmenden gutachterlichen Beurteilungen für nicht gegeben.

Der Senat vermag aber auch keine weitergehende Leistungseinschränkung in Folge der Menière-Krankheit im Hinblick auf ein durch Schwindelanfälle gestörtes Gangbild des Klägers festzustellen. Auch eine Einschränkung der Wegefähigkeit, wovon der Prüfarzt Dr. K. in seiner Stellungnahme vom 12/13.07.2005 jedenfalls für einen Zeitraum von zwei Jahren ausging, liegt nicht zur Überzeugung des Senats vor.

Vielmehr ist nach den vorliegenden medizinischen Erkenntnissen davon auszugehen, dass nach den in der HNO-Klinik des K. durchgeführten konservativen und operativen Behandlungen ab dem Jahr 2006 eine psychogene Überlagerung der Erkrankung erfolgt ist, die im weiteren zeitlichen Verlauf mehr und mehr in den Vordergrund gerückt ist und sich hin zu einer somatoformen Störung verselbständigt hat. So wurde die Schwindelsymptomatik und die daraus resultierende Gangstörung erstmals im Bericht der Tinnitus-Klinik Bad A. vom 28.02.2006 als überwiegend psychogen bedingt beschrieben. In der dortigen Behandlung sei es auch darum gegangen, dem Kläger eine Unterscheidung zwischen organischer Schwindelsymptomatik und dem häufiger auftretenden reaktiven Angstschwindel zu vermitteln. Die Betahistin-Medikation sei stufenweise reduziert worden und sollte am Heimatort weiter ausschleichend fortgesetzt werden. Trotz des immer noch gehäuft auftretenden Schwindelerlebens - es sei einmalig zu einem Sturz mit einer Prellung der Lendenwirbelsäule gekommen - sei der Kläger deutlich ermutigt gewesen. Das Gangbild habe sich zeitweise gebessert, so dass der Kläger anstelle des Rollators oder der mitgebrachten Gehstöcke auch mit Walkingstöcken und vereinzelt auch frei kleinere Strecken im Haus habe zurücklegen können. Es wurde eine intensive ambulante Weiterführung der noch nicht abgeschlossenen psychotherapeutischen Aufarbeitung empfohlen. Eine sekundäre psychogene Überlagerung der ausgeprägten Gangunsicherheit des Klägers mit Fallneigung nach rechts wurde auch im Bericht der Neurologischen Klinik des Klinikums der Universität M. vom 27.07.2006 bestätigt. Der Kläger hatte sich dort in der Zeit vom 17.07. bis zum 21.07.2006 in stationärer Behandlung befunden. Ein psychiatrisches Konsil habe die Annahme der psychogenen Überlagerung bestätigt. Der Kläger habe aber keine weitere psychiatrische Diagnostik gewünscht, eine psychopharmakologische Therapie sei nicht angezeigt gewesen. Der vom Kläger beklagte persistierende Drehschwindel sei mit einer Hochdosistherapie mit Betahistin behandelt worden. Dem Kläger wurde eine Wiedervorstellung in der Schwindelambulanz des Klinikums angeboten. Eine erneute Behandlung in der Neurologischen Klinik des Klinikums der Universität M. in der Zeit vom 04.12. bis zum 05.12.2006 ergab ausweislich des Arztberichts vom 09.01.2007 erneut einen Verdacht auf phobischen Schwankschwindel, am ehesten sekundär bei Morbus Menière. Der Kläger hatte dort erstmals von zweimal im Monat plötzlich und ohne Bewusstlosigkeit auftretenden Stürzen berichtet. Es habe eine ausgeprägte funktionelle Gangstörung ohne gerichtete Fallneigung mit Tasten entlang der Wände und langsamen Gang bestanden. Beschrieben worden sei ein anhaltender Schwankschwindel mit Gangunsicherheit. Unter der Betahistinbehandlung hätten sich die Drehschwindelattacken von zwei- bis dreimal wöchentlich auf einmal wöchentlich reduziert. Deshalb sei die Vasomotoldosis (Wirkstoff Betahistin, Anm. d. Gerichts) erhöht worden. Es wurde Gleichgewichtstraining sowie wegen der starken funktionellen Gangstörung Verhaltenstherapie empfohlen. Eine Wiedervorstellung in der Schwindelambulanz wurde erbeten. Diese Feststellungen aufgrund der stationären Behandlungen bestätigten sich in der Begutachtung durch Dr. H. am 15.02.2007. Auch dort hatte der Kläger davon berichtet, dass er zweimal im Monat umstürze, weil der Schwindel so stark werde. Deswegen habe der HNO-Arzt ihm vor etwa zwei Jahren Unterarmgehstützen verschrieben. Dr. H. hatte im Rahmen der neurologischen Untersuchung festgestellt, dass dem Kläger das Gehen ohne die mitgeführten Unterarmgehstützen möglich gewesen sei, dass hierbei aber eine funktionelle Überlagerung deutlich geworden sei. Der Romberg-Test sei bei offenen Augen unauffällig gewesen, bei geschlossenen Augen leicht ataktisch ohne Fallneigung. Der Gutachter beschrieb ein gezieltes Abfangen mit Ausgleichsbewegungen und Schritten. Im Rahmen der psychiatrischen Befundung hatte Dr. H. eine deutliche Aggravation mit Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den bestehenden Möglichkeiten erhoben. Ausgehend von der Angabe des Klägers, der bestehende anhaltende Drehschwindel sei medikamentös mit Betahistin unterdrückbar, nahm Dr. H. insoweit keine funktionelle Einschränkung der Leistungsfähigkeit an. Hinsichtlich des als Hauptproblem angesehenen phobischen Schwankschwindels legte der Gutachter ebenfalls die Angabe des Klägers zugrunde, er habe insoweit eine verhaltenstherapeutische Behandlung begonnen, und kam zu keiner rentenrechtlich relevanten funktionellen Einschränkung der Leistungsfähigkeit, sondern wertete die Beschwerden als diskrete Restsymptome der peripheren-vestibulären Störung. Schließlich wurde auch im Bericht des Klinikums St. vom 29.03.2007 bestätigt, dass es beim Kläger zur Entwicklung eines sekundären, somatoformen Schwindels gekommen sei. Allerdings hatte der Kläger dort nach Information über die Möglichkeiten einer psychosomatischen Therapie zu erkennen gegeben, dass er eine solche zur Zeit nicht in Anspruch nehmen wolle.

Die im erstinstanzlichen Verfahren und im Berufungsverfahren eingeholten neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. und Dr. H. bestätigen jeweils das Vorliegen einer Somatisierungsstörung. Prof. Dr. Dr. W. benennt eine Somatisierungsstörung mit anamnestisch angegebenem Schwindel, Gangstörung und Konzentrationsproblemen auf dem Boden einer neurasthenen Persönlichkeit. Dr. H. beschreibt eine undifferenzierte Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.1, wobei das vollständige typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung im engeren Sinne nicht erfüllt werde, weil keine multiplen körperlichen Symptome bestünden, sondern es sich um einen umgrenzten Beschwerdenkreis handle. Beide Gutachter gehen - auch insoweit übereinstimmend - von einer erheblichen Aggravation der geklagten Gangstörung aus und bestätigen damit die schon im Verwaltungsgutachten von Dr. H. enthaltene Annahme der Aggravation. Prof. Dr. Dr. W. beschreibt hierzu zahlreiche Merkmale, die Zweifel an den Angaben des Klägers über die auftretenden Schwindelanfälle und die daraus resultierende Notwendigkeit, Unterarmgehstützen zu benötigen, begründen. Der Kläger hatte gegenüber Prof. Dr. Dr. W. angegeben, zwei bis dreimal pro Woche Schwindelattacken zu erleiden, die des Öfteren zu Stürzen führten. Verletzungsfolgen hat der Kläger jedoch nicht beschrieben. Der Kläger hat dem Gutachter ferner mitgeteilt, sich aufgrund der Stürze immer mit Unterarmgehstützen zu bewegen und

nicht ohne Begleitung das Haus zu verlassen. Dem hat der Gutachter entgegen gehalten, dass der Kläger deutliche Bräune aufgewiesen habe, was gegen das nur seltene Verlassen des Hauses spreche, dass die Gehstützen, obwohl zwei bis drei Jahre alt, nur wenig benützt erschienen und der Kläger kaum Handbeschwellung aufgewiesen habe, was jeweils gegen einen durchgehenden Gebrauch der Gehstöcke spreche. Der Gutachter beschreibt ferner die kräftig ausgeprägte Ober- und Unterschenkelmuskulatur, die aus seiner Sicht ebenfalls den durchgehenden Gebrauch der Gehstützen in Frage stellt. Auch ist dem Gutachter die beim Faustschluss demonstrierte geringe Kraft aufgefallen, die zur angegebenen Benutzung der Unterarmgehstützen kontrastiert habe. Schließlich beobachtete der Gutachter beim Gehen ohne die Gehstützen bizarre Ausgleichsbewegungen des Klägers, die bei Ablenkung verschwunden seien und beim Augenschluss nicht zugenommen hätten, was allen pathophysiologischen Erwartungen widersprochen habe. Dr. H. stellte bei seiner Untersuchung fest, dass der Kläger bei ansonsten unauffälligem neurologischen Befund beim Finger-Nase-Versuch demonstrativ gezittert und daneben gezeigt habe und beim Gehen ohne den mitgeführten Rollator demonstratives Schwanken, auch beim Stehen demonstriert habe, ohne dass dabei aber Sturzgefahr bestanden habe. Auch ihm war die kräftige Beinmuskulatur des Klägers aufgefallen, die nach seiner Beurteilung mit der Schilderung des Tagesablaufes nicht in Einklang zu bringen sei. Der Kläger hatte dort angegeben, mit Ausnahme gelegentlicher Spaziergänge mit seiner Frau unter Zuhilfenahme des Rollators überwiegend zu Hause zu sein und nicht viel zu machen. Der Senat hält die Einschätzungen dieser Gutachter für nachvollziehbar und überzeugend und folgt ihnen. Insbesondere aufgrund der von Prof. Dr. Dr. W. geschilderten zahlreichen sehr konkreten Merkmale sind die Angaben des Klägers zu den behaupteten Schwindelanfällen zumindest nachhaltig erschüttert. Die Beobachtungen von Dr. H. haben diese Feststellungen bestätigt. Der Kläger hat sich zu den geäußerten Zweifeln an der Darstellung seiner Beschwerden nicht geäußert und diese zu keinem Zeitpunkt entkräftet. Die Behauptung des Klägers, immer wieder in Folge von Schwindelanfällen zu stürzen, erscheint auch deshalb wenig nachvollziehbar, weil es dabei zu keinen Verletzungsfolgen gekommen ist. Lediglich aus dem Jahre zurückliegenden Aufenthalt in der Tinnitus-Klinik in Bad A. ist ein Sturz dokumentiert, bei dem der Kläger eine Lendenwirbelprellung erlitten hat. Vergleichbare Verletzungen in späterer Zeit sind nicht nachgewiesen, obwohl der Kläger im Rahmen der verschiedenen Begutachtungen stets vorgetragen hat, immer wieder "umzufallen". Die Behauptung des Klägers, bei den Stürzen hätten sich Wirbel verschoben, ist nicht belegt.

Der Senat geht aufgrund der Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. und Dr. H. davon aus, dass die Gangstörung des Klägers erheblich aggraviert ist, und folgt der Bewertung der Gutachter, dass bei dem Kläger lediglich eine Somatisierungsstörung besteht, die eine Einschränkung des Leistungsvermögens nicht begründet. Nicht für überzeugend hält der Senat hingegen die Beurteilung des Gutachters Dr. E., der auf Antrag des Klägers im erstinstanzlichen Verfahren ein Gutachten erstellt hat und darin zu dem Ergebnis gelangt ist, bei dem Kläger bestehe eine allerschwerste psychische Fehlverarbeitung der seinerzeitigen HNO-ärztlichen Erkrankung, aufgrund derer keinerlei Restleistungsvermögen des Klägers mehr gegeben sei. Zu Recht hat Dr. B. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten in seiner Stellungnahme vom 15.04.2009 beanstandet, dass die Diagnose von Dr. E. nicht ableitbar sei und dass dieser die Angaben des Klägers zugrunde gelegt habe, ohne sie kritisch zu hinterfragen. Zu Recht hat Dr. B. darauf hingewiesen, dass dafür insbesondere vor dem Hintergrund der Feststellungen im Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. Veranlassung bestanden hätte. Zudem hat auch Dr. E. selbst im Rahmen seiner neurologischen Befundung das Demonstrieren komplexer Ausgleichsbewegungen bei der Durchführung von Koordinationsprüfungen ohne Krücken beschrieben, ohne dass dabei eine Sturztendenz bestanden habe. In seiner Zusammenfassung schildert Dr. E. "erhebliche bizarre ataktische Symptome" in der neurologischen Untersuchung, die typischen fokalen peripheren oder zentralen neurologischen Defiziten nicht zuzuordnen gewesen seien. Trotz dieser Auffälligkeiten und der Feststellung hochgradiger regressiver Tendenzen mit Versorgungswünschen gelangt Dr. E. aber zu der Aussage, es liege keine Simulation oder Aggravation durch den Kläger vor, ohne sich mit den Feststellungen des Vorgutachters Prof. Dr. Dr. W. auseinander zu setzen. Dies macht seine Schlussfolgerung, der Kläger leide unter einer schweren psychogenen Ataxie mit Anteilen einer Somatisierungsstörung und einer dissoziativen Bewegungsstörung wenig nachvollziehbar. Dr. H. weist in seinem im Berufungsverfahren erstellten Gutachten zudem ausdrücklich darauf hin, dass die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung in Anbetracht der Überlagerung mit erheblichen demonstrativen Tendenzen nicht als gesichert betrachtet werden könne.

Letztlich hat der Senat auch zu berücksichtigen, dass die Somatisierungsstörung den Kläger nicht so nachhaltig beeinträchtigt, dass sie zu einer Leistungsbeschränkung in zeitlicher Hinsicht führen müsste, weil sich der Kläger trotz langjähriger Kenntnis der Somatisierungsproblematik erst im Verlaufe des Berufungsverfahrens zur Durchführung einer psychosomatischen Behandlung entschlossen hat. Dem Kläger war bereits in der Tinnitus-Klinik in Bad A. Anfang des Jahres 2006 die Unterscheidung zwischen organisch bedingtem Schwindel und reaktivem Angstschwindel verdeutlicht worden und aufgrund von Erfolgen der psychotherapeutischen Behandlungsansätze eine intensive Weiterführung des psychotherapeutischen Prozesses angeraten worden. Zu einer konsequenten Durchführung einer Psychotherapie ist es aber nicht gekommen, obwohl der Kläger gegenüber dem Gutachter Dr. H. im Februar 2007 angegeben hat, eine Verhaltenstherapie sei gerade begonnen worden. Demgegenüber hat er nur einen Monat später im März 2007 im K. angegeben, er wolle derzeit keine psychosomatische Behandlung in Anspruch nehmen. Letztlich hat sich der Kläger erst Jahre später, im Verlaufe des Berufungsverfahrens in der Zeit vom 15.02. bis 30.03.2010 in stationäre Behandlung in die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Krankenhaus B. begeben. Dies spricht gegen einen nennenswerten Leidensdruck und eher für ein verfahrenstaktisches Vorgehen. Der Kläger hat sich offenbar unmittelbar nach Vorlage des für ihn negativen Gutachtens des Dr. H. in die Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Krankenhaus B. in Behandlung begeben (10.12.2009). Nach der stationären Behandlung wird ihm im Entlassungsbericht vom 30.03.2010 letztlich auch dort eine somatoforme Störung bei ausgeprägtem regressiven Potential sowie ausgeprägten Versorgungswünschen attestiert. Das dort durchgeführte Gehtraining verlief aufgrund fehlender Eigeninitiative des Klägers weitgehend erfolglos. Dies spricht gegen eine wirkliche Therapiemotivation des Klägers und stützt die Zweifel an einem entsprechenden Leidensdruck. Worauf die Schlussfolgerung der behandelnden Ärzte gestützt wird, der Kläger sei nicht für leichte Arbeiten auch nur halbschichtig leistungsfähig, ist aus der Stellungnahme heraus nicht nachvollziehbar.

Dr. B. hat hierzu in seinen Stellungnahmen vom 10.05.2010 und vom 02.08.2010 auf die Problematik der psychosomatischen Behandlung in einem laufenden Gerichtsverfahren hingewiesen und die Abgrenzung der therapeutischen Behandlung einerseits und der Beurteilung der Leistungsfähigkeit andererseits herausgestellt. Die Leistungsbewertung der behandelnden Ärzte vom Krankenhaus B. kann auch nach der Auffassung des Senats die Leistungsbewertung durch den vom Senat beauftragten Gutachter Dr. H. nicht in Frage stellen. Denn die behandelnden Ärzte haben die Angaben des Klägers (anders als ein Gutachter) für eine erfolgreiche therapeutische Intervention grundsätzlich zunächst zugrunde zu legen, ohne sie in Frage zu stellen, da dies, worauf Dr. B. zu Recht hinweist, den therapeutischen Prozess stören würde. Andererseits kommt ihrer Leistungsbeurteilung damit keine vergleichbare Bedeutung zu wie der eines Sachverständigengutachtens, die aufgrund einer neutralen Bewertung ohne Ausrichtung auf einen Therapieerfolg getroffen wird.

Der Senat ist auch nicht zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger an einer mittelgradigen depressiven Erkrankung leidet. Eine solche

wird ihm zwar sowohl von Dr. E. als auch von der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K., die im erstinstanzlichen Verfahren als sachverständige Zeugin gehört worden ist, sowie im Entlassungsbericht des Krankenhauses B. bestätigt. Die behandelnde Ärztin Dr. K. hatte den Kläger im Jahr 1999 und danach nur sporadisch bis zuletzt am 31.08.2006 behandelt und deshalb zunächst unter dem 11.10.2007 mitgeteilt, keine aktuelle Äußerung abgeben zu können. Am 17.03.2008 legte sie dem Sozialgericht sodann ein "nervenfachärztliches Gutachten" über den Kläger vor, welches auf einer Untersuchung vom 01.02.2008 beruhte. Bereits der Gutachter Prof. Dr. Dr. W. hatte zu der Diagnose von Dr. K. ausgeführt, es sei nicht nachvollziehbar, wie diese aufgrund der nur wenigen Konsultationen zu der weitreichenden Diagnose einer rezidivierenden mittelgradigen Episode gelangen könne. Diese Bedenken bestehen auch nach der Auffassung des Senats bei einer Behandlungspause von eineinhalb Jahren nach zuvor nur sporadischen Vorstellungen. Desweiteren spricht gegen die Richtigkeit dieser Diagnose, dass es zu keiner konsequenten antidepressiven Behandlung gekommen ist, was angesichts der Schwere der benannten Diagnose nicht nachvollziehbar ist. Hierauf weisen sowohl Prof. Dr. Dr. W. als auch Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 15.04.2009 zu Recht hin. Dr. E. geht vom Vorliegen einer mittelschweren depressiven Episode zum Zeitpunkt seiner Untersuchung aus, ohne dies aber aus von ihm erhobenen Befunden nachvollziehbar abzuleiten. Der Kläger hatte dort auch angegeben, "manchmal" von Frau Dr. K. behandelt worden zu sein. Im Rahmen einer Begutachtung müssen aber auch solche Hinweise auf eine geringe Behandlungsintensität als mögliches Zeichen für einen geringen Leidensdruck gewürdigt werden. Dies ist durch Dr. E. aber nicht erfolgt. Soweit auch im Krankenhaus B. im Rahmen des stationären Aufenthaltes des Klägers im Februar/März 2010 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde, hat Dr. H. in seiner Stellungnahme vom 07.06.2010 darauf hingewiesen, dass ein diese Diagnose tragender Befund mit der Angabe lediglich affektiver Herabgestimmtheit und geringer Schwingungsfähigkeit nicht vorliege, dass eine durchgehende antidepressive Therapie nicht erfolgt und letztlich im Krankenhaus B. sogar abgesetzt worden sei. Ausweislich des Entlassungsberichts wurde anstelle der Anfangsmedikation mit Citalopram und Betahistin die Behandlung mit Sulpirid empfohlen. Maßgeblich für den Senat ist schließlich, dass der Gutachter Dr. H. bei der Untersuchung des Klägers am 16.11.2009 keinerlei Anzeichen für eine depressive Episode hat erkennen können. Dass der Kläger aber nur zu diesem Zeitpunkt keine Depression aufgewiesen haben sollte, während sowohl in den Jahren zuvor bis zur Begutachtung durch Dr. E. im Februar 2009 und sodann wieder im Dezember 2009 mittelgradige depressive Episoden hätten bestehen sollen, ist wenig wahrscheinlich. Fehlt es somit an einem überzeugenden Nachweis einer depressiven Erkrankung, vermögen die auch an diese Diagnose anknüpfenden Leistungseinschätzungen von Dr. E. und Dr. K., die von einem fehlenden Restleistungsvermögen des Klägers ausgehen, ebenso wenig wie die der behandelnden Ärzte im Krankenhaus B. den Senat zu überzeugen.

Nach alledem ist eine Erwerbsminderung des Klägers in zeitlicher Hinsicht nicht nachgewiesen.

Ein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit kommt ebenfalls nicht in Betracht, auch wenn der Kläger seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Baugewerbe aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann. Denn es handelt sich bei der von ihm verrichteten Tätigkeit um eine angelernte Tätigkeit, für die nach dem Mehrstufenschema des Bundessozialgerichts ein Berufsschutz nicht besteht. Außerdem wird der Kläger als 1963 geborener Versicherter von Leistungen nach [§ 240 SGB VI](#) ausgeschlossen.

Das Sozialgericht hat daher die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers erfolglos bleiben muss.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-02-15