

L 13 R 3085/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 1649/13
Datum
23.06.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 3085/15
Datum
22.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23. Juni 2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1973 in der T. geborene Kläger ist verheiratet und hat drei Kinder. Er zog im August 1987 nach D. und war hier zuletzt als Metallarbeiter versicherungspflichtig beschäftigt. Das letzte Arbeitsverhältnis endete am 30. Juni 2015 und seitdem bezog der Kläger bis laufend Krankengeld. Seit 15. Juni 2012 ist ein Grad der Behinderung von 50 und seit 1. Juli 2014 ein Grad der Behinderung von 60 anerkannt.

Vom 2. August 2011 bis 23. August 2011 nahm der Kläger an einer orthopädisch ausgerichteten Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik O. teil. Im Entlassungsbericht vom 23. August 2011 werden folgende Diagnosen genannt: Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks: Riss des hinteren Kreuzbandes; sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen; Zervikalneuralgie und schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Für den Kläger bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten zeitweise im Stehen und Gehen, überwiegend im Sitzen in Wechselrhythmus. Vermieden werden sollten einseitige Körperzwangshaltungen, schweres Heben, Überkopfarbeiten, kniende Tätigkeiten und lange Gehstrecken. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Montagearbeiter könne wegen starker Belastung der Kniegelenke und der Wirbelsäule nicht mehr vollschichtig ausgeführt werden.

Am 29. Mai 2012 (Eingang bei der Beklagten am 21. Juni 2012) beantragte der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte veranlasste eine sozialmedizinische Untersuchung durch den Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H ... Dieser nannte in seinem Gutachten vom 24. Juli 2012 als Diagnosen eine länger dauernde Anpassungsstörung, Somatisierung, Wirbelsäulenbeschwerden, zum Untersuchungszeitpunkt ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik und Kniebeschwerden rechts, beim Seitenvergleich verdicktes Knie rechts. Dr. H. hielt den Kläger aus neurologisch-psychiatrischer Sicht als Metallarbeiter und für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Nachtschicht und ohne erhöhten Zeitdruck sechs Stunden und mehr leistungsfähig. In einem Gutachten der Bundesagentur für Arbeit - Agentur für Arbeit A. (Dr. K.) vom 18. Juni 2012 werden als Diagnosen Depression, Schwindel nach Ohr-OP 2009 wegen Tumor, Bandscheibenleiden, Kniebinnenschaden mit Z.n. hinterer Kreuzbandplastik-OP 2012 und Schulterschmerz genannt. Den beigezogenen Arztberichten folgend, begründeten die hier bekannten Gesundheitsstörungen schwerwiegende und dauerhafte Funktionseinschränkungen. Der Kläger sei voraussichtlich länger als sechs Monate, aber nicht auf Dauer, nur noch weniger als drei Stunden täglich belastbar.

Mit Bescheid vom 6. August 2012 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab und führte zur Begründung aus, der Kläger könne trotz der festgestellten Gesundheitsstörungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein. Dagegen legte der Kläger am 30. August 2012 Widerspruch ein. Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Chirurgen Dr. R. vom 29. November 2012 ein. Dieser nannte als Diagnose anhaltende Schmerzen am rechten Knie nach hinterer Kreuzbandplastik 10/10, leichte Funktionseinschränkung sowie Muskelminderung am rechten Bein und führte aus, aus chirurgisch-orthopädischer Sicht könne der Kläger leichte bis mittelschwere Wechseltätigkeiten vollschichtig ausüben, auch die Tätigkeit eines Metallarbeiters. Mit Widerspruchsbescheid vom

8. Mai 2013 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Dagegen hat der Kläger am 6. Juni 2013 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben und vorgebracht, er leide an erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere auch im psychischen Bereich. Neben Depressionen seien eine länger dauernde Anpassungsstörung und eine Somatisierung zu verzeichnen. Er habe auch Beschwerden im orthopädischen Bereich, insbesondere anhaltende Schmerzen im rechten Knie nach einer hinteren Kreuzbandplastik 10/10 und einer damit einhergehenden Muskelminderung am rechten Bein sowie Wirbelsäulenbeschwerden. Zudem habe er auch gesundheitliche Einschränkungen im Bereich des rechten Ohres. Dort hätten in den Jahren 2009 und 2010 Operationen wegen eines Tumors durchgeführt werden müssen. Seitdem bestünden neben Einschränkungen im Hörbereich - trotz Implantation einer Platine - auch Schwindelanfälle. Er sei bis Februar 2013 1 ½ Jahre arbeitsunfähig krank geschrieben gewesen und sei erneut arbeitsunfähig krank geschrieben. Im Jahr 2013 habe er etwa eine Woche gearbeitet. Im Jahr 2012 habe er überhaupt nicht arbeiten können. Er lege die ärztliche Stellungnahme der Dr. S. (Bundesagentur für Arbeit - Agentur für Arbeit A.) vom 2. August 2013 vor. Hieraus ergebe sich, dass eine Minderung der Leistungsfähigkeit vorliege, die eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung, voraussichtlich für länger als sechs Monate nicht zulasse.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers, den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. M., den Orthopäden Dr. S. und die HNO-Ärztin Martens schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. S. hat als Diagnosen eine Ischiolumbalgie bei linkskonvexer thorakolumbaler Torsionsskoliose, Hemisacralisation von LWK 5 und Osteochondrose L4/L5, L5/S1; Z.n. hinterer Kreuzbandplastik am rechten Knie; Synovitis bei initialer Gonarthrose rechtes Knie und Cervicalsyndrom bei Osteochondrose mit Uncarthrose HWK 4-7 mitgeteilt. Auf orthopädischem Fachgebiet könne der Kläger leichte Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Dr. M. hat in seinem Bericht vom 12. September 2013 ausgeführt, beim Kläger liege eine derzeit schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine generalisierte Angststörung vor. Diese Diagnosen bestünden bereits seit 2012 und seien von dem vorbehandelnden Psychiater A. P. aus D. bereits gestellt worden. Der Kläger erhalte ein Antidepressivum in Form von Elontril 150 mg sowie ein Schlafmittel in Form von Zopiclon 7,5 mg bei Bedarf. Der Zustand des Klägers sei nahezu unverändert seit der Vorbehandlung bei A. P. Auch für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei der Kläger derzeit maximal 15 Stunden in der Woche belastbar. Einschränkungen seien durch die Schwindelproblematik sowie durch einen Knieschaden rechts bedingt. Die HNO-Ärztin M. hat in ihrem Bericht vom 18. September 2013 mitgeteilt, beim Kläger bestünden eine Innenohrschwerhörigkeit rechts, rezidivierende Drehschwindelattacken sowie ein Tinnitus aurium. Es bestehe weiterhin ein Z.n. Cholesteatom rechts sowie ein Verdacht auf chronische Otitis media links. Rechtsseitig liege ein Z.n. Ohroperation im März 2010 in M.-P. vor. Zusätzlich bestehe eine Nasenmuschelhypertrophie bds. sowie der Verdacht auf eine chronische Rhinitis. Eine Ausübung leichter Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von mindestens sechs Stunden täglich sei dem Kläger keinesfalls zuzumuten, da die Drehschwindelattacken in Stresssituationen deutlich häufiger und dann auch verstärkt aufträten. Das SG hat ferner den Neurologen und Psychiater Dr. K. als gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dieser hat in seinem nervenfachärztlichen Gutachten vom 5. Februar 2014 als Diagnosen eine anhaltende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine generalisierte Angststörung genannt. Er hat ausgeführt, der Kläger sei aufgrund der seit ca. zwei Jahren anhaltenden schweren depressiven Episode kaum in der Lage, seine sozialen und häuslichen Aktivitäten fortzuführen und könne seine letzte berufliche Tätigkeit als Metallarbeiter und stellvertretender Meister nicht ausüben. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Kläger überwiegend im Sitzen und im Wechsel zwischen Stehen und Gehen in Tagesschicht mit Einschränkungen der geistig-psychischen Belastbarkeit und des Bewegungs-/Haltungsapparates drei bis unter sechs Stunden pro Tag verrichten. Schwere Tätigkeiten und Belastungen seien zu vermeiden. Zu beachten seien vor allem das eingeschränkte Konzentrations- und Anpassungsvermögen, die Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr sowie die Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge. Die Abweichungen vom Vorgutachten des Dr. H. und der Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der Beklagten beruhten auf einer abweichenden Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts, möglicherweise auch auf einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Klägers im Verlauf der letzten 1 1/2 Jahre. Die Abweichung vom Vorgutachten bestehe vorwiegend darin, dass aufgrund der Aktenlage, der glaubhaften eigenanamnestischen Angaben und des heutigen psychopathologischen Querschnittsbefundes beim Kläger seit 15 Jahren eine behandlungsbedürftige depressive Störung bestehe und dokumentiert sei und allein deshalb nicht von einer - wie von Dr. H. beschriebenen - länger dauernden Anpassungsstörung auszugehen ist, die definitionsgemäß laut ICD - 10 nicht länger als zwei Jahre andauere. Die therapeutischen Möglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft. Deshalb sei ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zur eingehenden Diagnostik, Beobachtung und Behandlung erforderlich, um danach abschließend zur Leistungsbeurteilung auf nervenärztlichem Fachgebiet Stellung nehmen zu können. Daraufhin hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 21. Februar 2014 bereit erklärt, dem Kläger eine dreiwöchige medizinische Rehabilitationsmaßnahme auf psychosomatischem Fachgebiet zu gewähren. Der Kläger hat das für die G.-V.-AG erstellte orthopädische Gutachten des Prof. Dr. E.-R. vom 10. Februar 2014 vorgelegt. Darin wird als Diagnose eine deutliche Bewegungseinschränkung sowohl Flexion als auch Extension betreffend bei Z.n. Augmentation des hinteren Kreuzbandes mit Semitendinosus/Gracilissehne bei hinterer Kreuzbandinsuffizienz genannt. Das Angebot der Beklagten, eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren, hat der Kläger abgelehnt und beantragt, gemäß § 109 SGG ein Gutachten bei Dr. K. einzuholen.

Der daraufhin zum gerichtlichen Sachverständigen bestellte Dr. K. hat im psychiatrischen Fachgutachten vom 23. August 2014 ausgeführt, auf psychiatrischem Fachgebiet lägen eine schwere Depression, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine generalisierte Angststörung vor, auf orthopädischem Fachgebiet eine Funktionseinschränkung des rechten Kniegelenks bei Z.n. Trauma und Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes sowie eine degenerative Erkrankung der Lendenwirbelsäule und auf hno-ärztlichem Fachgebiet ein Z.n. operativer Entfernung eines Cholesteatoms des rechten Ohres mit anschließender Tympanoplastik, Schwerhörigkeit des rechten Ohres, Tinnitus aurium rechts und Schwindel mit Sturzneigung. Der Kläger könne aufgrund seiner psychischen Erkrankung keine Tätigkeiten ausüben, die besondere Anforderungen an Aufmerksamkeit, Konzentration, Durchhaltevermögen, Anpassungs- und Umstellungsvermögen stellten, keine Tätigkeiten unter Zeitdruck oder sonstigen äußeren Stressfaktoren, keine Tätigkeiten in Schichtdienst, mit Publikumsverkehr, mit besonderer Verantwortung für Menschen und Maschinen und keine Tätigkeiten, die mit der Steuerung und Überwachung komplexer Arbeitsvorgänge verbunden seien. Aufgrund der orthopädischen Beschwerden könne der Kläger nur noch leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zweitweise und im Wechsel im Stehen und Gehen ausüben. Er könne keine Tätigkeiten in Zwangshaltung, auf Leitern und Gerüsten und keine Tätigkeiten, die besondere Standfestigkeit erfordern sowie keine Tätigkeiten in Zugluft, Kälte oder Hitze ausüben. Aufgrund der Beschwerden auf hno-ärztlichem Fachgebiet könne der Kläger keine Tätigkeiten ausüben, die das Führen von Kraftfahrzeugen oder sonstigen Gefährten im Straßenverkehr erforderten, keine Tätigkeiten in großer Höhe, auf Leitern und Gerüsten oder an schnell laufenden Maschinen. Der Kläger könne weiterhin keine Tätigkeiten ausüben, die besondere Anforderungen an das Hörvermögen und insbesondere das räumliche Hörvermögen stellten. Er sei nur noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Einschränkungen unter drei Stunden täglich auszuführen. Zwischen Antragstellung und Juli 2014 bestehe zumindest eine

Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit auf drei bis unter sechs Stunden täglich. Seit Juli 2014 sei die Restleistungsfähigkeit auf unter drei Stunden täglich eingeschränkt. Für den zuletzt ausgeübten Beruf des Montagearbeiters bestehe seit Antragstellung eine Leistungseinschränkung auf unter drei Stunden täglich.

Die Beklagte hat sich mit Schriftsatz vom 22. September 2014 nochmals bereit erklärt, eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren, was der Kläger erneut abgelehnt hat. Das SG hat die ergänzende sachverständige Zeugenauskunft des Dr. M. vom 10. November 2014 eingeholt. Dieser hat eine generalisierte Angststörung, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode angegeben und mitgeteilt, klinisch zeige sich eine chronifizierte depressive Störung überwiegend schwergradigen Ausmaßes mit Antriebslosigkeit, Verlust von Lebensfreude, Gereiztheit, Traurigkeit, chronischen Ein- und Durchschlafstörungen mit Alpträumen, Panikzuständen, frei flottierenden Ängsten, Gefühl von Gehetzsein, Libidostörung, Ekelgefühlen sowie Übelkeit und Würgereiz beim Essen. Insgesamt sei der Zustand als chronifiziert auf schlechtem Niveau einzustufen, trotz mehrfacher Medikamentenveränderung und supportiver Gesprächstherapie. Der Kläger sei derzeit lediglich in der Lage, unter drei Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Mit Urteil vom 23. Juni 2015 hat das SG den angefochtenen Bescheid vom 6. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Mai 2013 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger eine Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 1. August 2014 bis 31. Juli 2017 zu bewilligen. Dabei hat sich das SG maßgebend auf das Gutachten des Dr. K. gestützt und ab der Untersuchung bei Dr. K. am 5. Februar 2014 ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen als nachgewiesen angesehen sowie ausgeführt, dass dem Kläger aufgrund der Verschllossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zustehe.

Gegen das ihr am 20. Juli 2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28. Juli 2015 Berufung eingelegt und vorgebracht, dass bei einem angenommenen Leistungsfall am 5. Februar 2014 eine Zeitrente gemäß [§ 101 Abs. 1 SGB VI](#) nicht vor Beginn des siebten Kalendermonates und somit nicht vor dem 1. September 2014 geleistet werden könnte. Vom SG sei jedoch der Rentenbeginn bereits auf den 1. August 2014 festgelegt worden, was den gesetzlichen Vorschriften offensichtlich widerspreche. Selbst wenn das Leistungsvermögen des Klägers auf drei bis unter sechs Stunden auf Dauer gesunken wäre, wäre die Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 102 Abs. 2 S. 4 SGB VI](#) stets zu befristen. Die rentenrelevante Minderung der Erwerbsfähigkeit sei jedoch nicht schlüssig nachgewiesen. Dr. K. habe in seinem Gutachten subjektive Angaben des Klägers übernommen, ohne diese einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Dem stehe die Tatsache gegenüber, dass der Kläger nach Arbeitslosigkeit am 18. November 2013 wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen und bis 30. Juni 2015 versicherungspflichtiges Entgelt erzielt habe. Dies widerspreche dem geschilderten Tagesablauf, dem festgestellten Leistungsvermögen und auch dem verschlossenen Arbeitsmarkt. Die Feststellung des SG, wonach von einer Verschllossenheit des Arbeitsmarktes auszugehen sei, sei ebenfalls nicht zutreffend. Für Versicherte, die in ihrer bisher ausgeübten Beschäftigung (und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) zwar grundsätzlich noch einsetzbar seien, aber nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich, könne der (Teilzeit-) Arbeitsmarkt dann nicht verschlossen sein, wenn sie im Rahmen eines noch bestehenden Arbeitsverhältnisses - gestützt auf [§ 8 TzBfG](#) - Anspruch darauf hätten, die tägliche Arbeitszeit ihrem verbliebenen Leistungsvermögen anzupassen. Sie hätten dann Zugang zu einem Arbeitsplatz, der ihrem Leistungsvermögen entspreche und seien daher nicht anders zu behandeln als Versicherte, denen ein Teilzeitarbeitsplatz angeboten werde. Insoweit habe das SG zu Unrecht ausgeführt, dass das bestehende Arbeitsverhältnis ohne Belang sei und nur im Rahmen der Hinzuverdienstanzrechnung Berücksichtigung finde. Nach Aktenlage habe der Kläger dann das Arbeitsverhältnis gegen Abfindung aufgelöst. Dies ändere die Tatsache, dass der Arbeitsmarkt hier nicht verschlossen gewesen sei, nicht. Somit würde bei einer vorliegenden Erwerbsminderung maximal ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bestehen. Nachdem zwischen November 2013 und Juni 2015 ein ununterbrochenes Beschäftigungsverhältnis bestanden habe und Pflichtbeiträge erzielt worden seien, sei auch nicht nachvollziehbar, dass das SG auch gutachterlich festgestellte Einschränkungen des Leistungsvermögens vom September 2013 der Entscheidung zugrunde gelegt habe. Wären vom neuen Arbeitgeber Einschränkungen im bescheinigten Umfang ab November 2013 tatsächlich festgestellt worden, wäre sicherlich eine Kündigung in der üblichen Probezeit erfolgt. Dem Kläger sei es jedoch möglich gewesen, bei zumutbarer Willensanstrengung eine Arbeit aufzunehmen. Er habe ferner mehrfach die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation abgelehnt und sich auch vor dem Hintergrund des Rentenbegehrens nicht in Behandlung begeben. Dies spreche gegen einen Leidensdruck und die Erwerbsminderung im angegebenen Ausmaß. Im weiteren Verlauf des Verfahrens hat sich die Beklagte auf die sozialmedizinische Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vom 27. Oktober 2015 bezogen, in der dieser auf die dem Gutachten des Dr. H. zu entnehmenden Inkonsistenzen zwischen demonstrierten und beobachtbaren Verhaltensweisen hingewiesen und in diesem Zusammenhang auch erwähnt hat, dass die damals angegebenen Psychopharmaka nicht im Serum nachweisbar gewesen seien. Sowohl Dr. K. als auch Dr. H. hätten keine Medikamentenspiegelbestimmung durchgeführt. Darüber hinaus seien die Angaben des Klägers im Gutachten des Dr. K. (er könne nicht allein duschen) nicht in Einklang zu bringen mit einem nachweislich damals bestehenden versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Die Beklagte hat unter Bezugnahme auf diese sozialmedizinische Stellungnahme weiter ausgeführt, dass auch und gerade der Nachweis simulativer Tendenzen diametral der Diagnose eines depressiven Syndroms jedweder Genese bzw. unüberwindbarer psychischer Hemmungen widerspreche, da ein depressives Syndrom bzw. unüberwindbare psychische Hemmungen einen Rückzug in eine subjektive Innenwelt meinten, wohingegen simulative Tendenzen aktive, nach außen gerichtete Handlungselemente des Klägers beinhalteten. Simulationstendenzen seien also Ausdruck einer bewußtseinsnahen Zweck- bzw. Tendenzreaktion. Nachdem beim Kläger Simulationstendenzen erkennbar seien, sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei psychischen Störungen ein strenger Maßstab anzulegen, weshalb es bereits zu Lasten des die Beweislast tragenden Klägers gehe, wenn sich eine Vortäuschung nicht ausschließen lasse. Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23. Juni 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 15. Juli 2015 zugestellte Urteil ebenfalls Berufung eingelegt mit dem Ziel der Gewährung einer unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung. Das SG habe die Vorschrift des [§ 102 Abs. 2 S. 5 SGB VI](#) nicht beachtet, wonach die Rente unbefristet geleistet werde, wenn unwahrscheinlich sei, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden könne. Dr. K. habe in seinem Gutachten vom 23. August 2014 zu Recht festgestellt, dass nur noch ein Restleistungsvermögen von unter drei Stunden täglich festzustellen sei und auf eine weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds verwiesen. Er leide an erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen im psychischen Bereich (schwere Depression, posttraumatische Belastungsstörung, generalisierte Angststörung). Hinzu kämen auf orthopädischem Fachgebiet erhebliche Funktionseinschränkungen des rechten Kniegelenks sowie auch eine degenerative Erkrankung der Lendenwirbelsäule. Des Weiteren seien auch auf hno-ärztlichem Fachgebiet Diagnosen gestellt worden (Schwerhörigkeit des rechten Ohres, Tinnitus, Schwindel mit Sturzneigung). Eine Besserung dieser erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen sei nicht gegeben. Vielmehr sei von einer dauerhaften Verschlechterung auszugehen. Er habe somit einen Anspruch auf Bewilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung in unbefristeter Form. Im weiteren Verlauf des Verfahrens hat der Kläger u.a. noch das ärztliche Attest der

HNO-Ärztin M. vom 2. Oktober 2012 vorgelegt, wonach er aufgrund der rezidivierenden Drehschwindelattacken nur noch in der Lage sei, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weniger als drei Stunden zu verrichten, das sozialmedizinische Gutachten des medizinischen Dienstes der K. B.-W. (Dr. G.) vom 15. September 2011 sowie den Antrag des Arbeitgebers vom 20. Februar 2014 an das Zentrum B. Familie und Soziales, Region S.- I. - auf Zustimmung gemäß §§ 85 ff. SGB IX, der eine Übersicht über die Krankheitszeiten seit 2009, die gescheiterten Wiedereingliederungsversuche und die Absichtserklärung, das Arbeitsverhältnis zum nächstmöglichen Zeitpunkt ordentlich aus personenbedingten Gründen zu kündigen, enthält. Der Kläger hat ferner den Bescheid vom 2. Dezember 2015 bezüglich der Feststellung eines Grades der Behinderung von 60 ab dem 1. Juli 2014 vorgelegt.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23. Juni 2015 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 6. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Mai 2013 zu verurteilen, ihm eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1. Juni 2012 auf Dauer zu gewähren sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise nochmals Frau Dr. M. als Zeugin vor Gericht sowie Dr. K. zu hören.

Der Senat hat den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B. von Amts wegen zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dieser hat in seinem nervenärztlichen (neurologisch-psychiatrischen) Gutachten vom 25. November 2015 folgende Diagnosen genannt: leicht ausgeprägtes Wirbelsäulen-Syndrom (leicht unter funktionellen, nicht notwendigerweise auch unter röntgenologischen Gesichtspunkten) ohne aktuelle Nervenwurzelreizsymptome und ohne auf die Wirbelsäule beziehbare segmentale sensible oder motorische neurologische Defizite; Dysthmie (= nur subjektiv empfundene chronische depressive Verstimmtheit), insgesamt jedoch Ausschluss einer psychiatrischen Krankheit im eigentlichen Sinne, insbesondere auch Ausschluss eines klinisch relevanten depressiven Syndroms jedweder Genese bzw. Ausschluss eines chronischen, klinisch relevanten, medizinisch nicht kupierbaren Schmerz-Syndroms jedweder Genese (d.h. sowohl somatischer als auch psychogener Genese), somit auch Ausschluss eines sog. Fibromyalgie-Syndroms (bzw. synonym diagnostischer Bezeichnungen wie Tendomyopathien, Somatisierungsstörung bzw. somatoforme Störung usw.). Seelische bzw. seelisch bedingte Störungen bzw. Hemmungen klinisch relevanten Ausmaßes (sog. unüberwindbare psychische Hemmungen) lägen bei dem Kläger nicht vor. Aus dem leicht ausgeprägten Wirbelsäulen-Syndrom resultierten lediglich qualitative Leistungseinschränkungen. Eine psychiatrische Krankheit klinisch relevanten Ausmaßes (sowohl ein depressives Syndrom jedweder Genese [mit Ausnahme der o.g. Dysthmie] als auch ein chronisches Schmerzsyndrom als auch ein psychosomatisches Syndrom anderer Prägung als auch ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom [Synonym Demenz-Syndrom] als auch ein anderer Prägungstyp einer psychiatrischen Krankheit) lägen beim Kläger nicht vor. Vielmehr blieben die von ihm angegebenen Einschränkungen im Sinne einer Dysthmie allein im subjektiven Bereich, führten jedoch zu keinen objektivierbaren Leistungseinbußen. Unter rein neurologischem und psychiatrischem Blickwinkel seien ihm daher leichte und vorübergehend auch mittelschwere körperliche Arbeiten zumutbar, sofern letztere nur als Ausnahmefall hin und wieder während einer Arbeitsschicht vorkämen, aber nicht zum allgemeinen Arbeitsablauf gehörten. Unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen seien ihm daher auch entsprechende Tätigkeiten im Rahmen eines vollen Arbeitstags zumutbar. Prof. Dr. B. hat ferner mitgeteilt, er könne keine Symptome angeben, die eine quantitative Leistungseinschränkung auf nervenärztlichem Fachgebiet begründen würden. Eine psychiatrische Krankheit klinisch relevanten Ausmaßes (auch ein chronisches, medizinisch nicht kupierbares Schmerzsyndrom jedweder Genese usw.) könne auch zu früheren Zeitpunkten bei dem Kläger nicht über einen längeren Zeitraum hinweg bestanden haben. Die freie Wegstrecke des Klägers sei unter rein nervenärztlichen Gesichtspunkten nicht eingeschränkt, auch Einschränkungen hinsichtlich der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel bestünden nicht.

Der Kläger hat zum Gutachten des Prof. Dr. B. angemerkt, der Gutachter habe ihm nicht richtig zugehört und er habe sämtliche vorherigen ärztlichen Stellungnahmen schlichtweg ignoriert. Es müsse dem Gutachten des Dr. K. gefolgt werden.

Der Senat hat ferner die sachverständige Zeugenauskunft der Dipl.-Psych. Dr. M. vom 6. März 2016 eingeholt. Diese hat als Gesundheitsstörungen auf ihrem Fachgebiet eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine schwere Depression ohne psychotische Syndrome sowie eine generalisierte Angststörung angegeben und sich ausführlich zur Biographie des Klägers und den sein Leben bestimmenden traumatischen Erfahrungen geäußert. Nach der Entlassung nach zwanzig Jahren bei einer Firma in D. habe der Kläger eine schwere Retraumatisierung mit schweren chronischen Gesundheitsstörungen erlitten. Außerdem erleide er seit dieser ersten schweren Retraumatisierung immer wieder neue Retraumatisierungen über Nachrichten seiner Verwandten und Freunde in seiner Heimatstadt über die dort stattfindenden Misshandlungen, den Terror, die Gewalt, die Luftangriffe gegen die Kurden und die Einsperrungen in den Wohnungen. Im emotionalen Befund hat Dr. M. von extremer Niedergeschlagenheit, die nicht auslenkbar sei, Wertlosigkeitsgefühlen, Misstrauen, Gefühlen des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht, Ausweglosigkeit, Demütigung und Bedrohung, Gefühle erlittener Gewalt jetzt insbesondere von den in seiner Heimatstadt Zurückgebliebenen, Lähmungsgefühlen sowie einer generalisierten Angststörung berichtet. Kognitiv lägen Suizidgedanken, eine extreme Selbstwertproblematik, dysfunktionale Gedanken der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausweglosigkeit sowie der Selbstabwertung und der depressiven Selbstaufgabe vor. Bezüglich der somatischen Befunde bzw. der Funktionsbeeinträchtigungen hat Dr. M. ausgeführt, der Kläger leide immer noch über das an Krebs erkrankte rechte Innenohr an Gleichgewichtsstörungen und Druck in diesem Ohr, außerdem an Geschmacksveränderungen, an Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Antriebslosigkeit, Kurzatmigkeit, Enge im Brustraum mit dem Gefühl, keine Luft zu bekommen, Würgen, Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Ein- und Durchschlafstörungen mit Albträumen, Schwindel sowie Spannungskopfschmerzen wie auch Migräne, Übelkeit, Erbrechen, Ekelgefühlen, Durchfall, Daueranspannung durch Dauerstress durch Bedrohungen seit seiner frühen Kindheit sowie durch seine Retraumatisierungen. Seit 2011/2012 bestehe ununterbrochenes Grübeln sowie dauerhafte Verhaltensbeeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung stünden wie wehrloses Schlucken und Hineinfressen von Demütigungen und Gewalt, unsicheres, eingeengtes, hilfloses, resignatives und vermeidendes Verhalten ohne Äußerung eigener Wünsche, Bedürfnisse und Aggressionen, sozialer Rückzug, über seine Lebenserfahrungen sehr ungenügende Auseinandersetzungs-, Durchsetzungs-, Problemlösungs-, Entscheidungs- und Konfliktbewältigungsfertigkeiten.

Wegen des weiteren Vorbringens und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung sowie teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, weshalb

seine Berufung unbegründet ist.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze 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 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](#)). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#), 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. 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 erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) auch 1. Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2](#), die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Nicht erwerbsgemindert ist gemäß [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#), wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Nach Maßgabe dieser Vorschriften ist der Kläger nicht erwerbsgemindert. Er leidet unter einem leicht ausgeprägten Wirbelsäulensyndrom ohne aktuelle Nervenreizsymptome und einer Dysthmie. Der Senat stützt sich bei dieser Einschätzung auf das ausführliche und in sich schlüssige Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. B. vom 25. November 2015. Dieser hat sich sehr ausführlich mit der Aktenlage sowie dem vom Kläger in der Anamnese geschilderten Beschwerden beschäftigt und umfangreiche eigene Untersuchungsbefunde erhoben. Darüber hinaus hat Prof. Dr. B. auch die Angaben des Klägers zu seinem Tagesablauf und seinen Interessen in die Beurteilung mit einbezogen. Der Sachverständige hat eine psychiatrische Krankheit klinisch relevanten Ausmaßes (sowohl ein depressives Syndrom jedweder Genese [mit Ausnahme der o.g. Dysthmie] als auch ein chronisches Schmerzsyndrom bzw. ein psychosomatisches Syndrom anderer Prägung als auch ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom [Synonym Demenz-Syndrom] als auch ein anderer Prägnanztyp einer psychiatrischen Krankheit) ausgeschlossen und ist dementsprechend für den Senat überzeugend zu der Einschätzung gelangt, dass beim Kläger keine seelischen bzw. seelisch bedingten Störungen bzw. Hemmungen klinisch-relevanten Ausmaßes (sog. unüberwindbare psychische Hemmungen) vorliegen. Zum psychischen Befund hat Prof. Dr. B. mitgeteilt, der Kläger sei während der insgesamt nahezu 2 1/2-stündigen Explorationssituation einschließlich anschließender ausführlicher körperlicher Untersuchung stets bewußtseinsklar und hinsichtlich Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert gewesen. Wahrnehmung und Auffassung sowie die Gedächtnisleistungen im Langzeit- und Kurzzeitbereich seien ungestört und auch Merkfähigkeitsstörungen auszuschließen gewesen. Die Antriebsituation sei ungestört gewesen; es habe keine Antriebshemmung und keine Antriebsreduktion bestanden, vielmehr habe der Kläger ein adäquates psychomotorisches Tempo, lebhaftes Gestik und Mimik, eine regelrechte Sprechgeschwindigkeit und eine gute Stimmmodulation gezeigt. Insbesondere sei der Kläger auch häufig in der Lage gewesen, die Initiative in der Explorationssituation zu ergreifen. Es habe auch keine Antriebssteigerung vorgelegen. Aufgrund der exakten Auffassungsgabe des Klägers, seiner guten Verbalisationsfähigkeit und seines erhaltenen Abstraktionsvermögens hätten sich unter klinischen Gesichtspunkten keine Hinweise auf eine globale intellektuelle Beeinträchtigung ergeben. Das Denkvermögen des Klägers sei unter formalen Gesichtspunkten gesehen in sich zusammenhängend, logisch aufgebaut, vom Hörer nachvollziehbar, ohne Gedankenabreißen oder Gedankenspringen, ohne Neigung zum Haften am Thema und ohne Wiederholungsneigung bei regelrechter Denkgeschwindigkeit ohne Denkverlangsamung und ohne Denkbeschleunigung gewesen. Es habe auch keine Hinweise auf überwertige Ideen, Zwangsgedanken oder gar Wahngedanken gegeben. Auch produktive Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen und sog. Ich-Störungen wie Fremdbeeinflusserlebnisse seien nicht zu eruieren gewesen. In affektiver Hinsicht sei ein guter Rapport zum Kläger herstellbar gewesen. Es habe keine durchgängige Verschiebung seiner Grundstimmung in einen deprimiert-gehemmten oder ängstlichen Modus, jedoch auch keine dysphorisch-gereizte oder für die Situation inadäquat euphorische Stimmung gegeben. Auch freudige Affekte mit Lachen und Schmunzeln seien in der Untersuchungssituation nicht ausgespart und insbesondere während der körperlich-neurologischen Untersuchung erkennbar gewesen. Somit sei die affektive Modulationsfähigkeit (emotionale Schwingungsfähigkeit) insgesamt voll erhalten gewesen. Prof. Dr. B. hat in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass sich aus diesem psychischen Befund keine typischen depressiven Symptome wie gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Unfähigkeit, sich freuen zu können, Verminderung des Antriebs sowie erhöhte Ermüdbarkeit schon nach nur kleinen Anstrengungen und Aktivitätseinschränkung sowie vermindertes Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (schon bei leichten depressiven Episoden), negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Gedanken über tatsächlich erfolgte schwerwiegende Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit ableiten ließen und hat unter Berücksichtigung der weiteren eigenen anamnestischen Angaben des Klägers in Form einer vorwiegend negativ getönten Befindlichkeit hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung seiner aktuellen Situation lediglich noch Hinweise auf eine sog. Dysthmie gefunden, die jedoch nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig noch nicht einmal die Kriterien auch nur für eine leichte oder gar mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllten. Prof. Dr. B. hat jedoch die Einschätzung geäußert, dass in der Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung die Beschreibungen und Leitlinien einer leichten depressiven Episode erfüllt gewesen seien. Wie Prof. Dr. B. weiter überzeugend ausgeführt hat, resultierten aus dieser Dysthmie aktuell und auch für die rezente Vergangenheit keine sozialen Rückzugstendenzen, kein Verlust der allgemeinen Tagesstrukturierung und kein Verlust des allgemeinen Interessenspektrums des Klägers, so dass daraus lediglich überwindbare und keinesfalls unüberwindbare psychische Hemmungen ableitbar seien. Denn der Kläger sei auf sich allein gestellt, z.B. auch aktuell, noch durchaus in der Lage, seinen haushaltlichen bzw. sozialen Verpflichtungen usw. nachkommen zu können (wenn auch nur mit qualitativen Leistungseinschränkungen aufgrund seines leicht ausgeprägten Wirbelsäulen-Syndroms usw.). Hierzu hat Prof. Dr. B. auf die Tagesstrukturierung des Klägers und seine soziale Kompetenz (z.B. prinzipiell weiter erhaltene Fahrtüchtigkeit) verwiesen und zu Bedenken gegeben, dass die vom Kläger bezüglich seines allgemeinen Interessenspektrums, der Tagesstrukturierung und der sozialen Kompetenz darüber hinaus gemachten Angaben einer nahezu beständigen Ruhe unter medizinischen Gesichtspunkten definitiv nicht zutreffen könnten, da man sonst eine erhebliche Inaktivitätsatrophie der Muskulatur erwarten müsste, die beim Kläger jedoch gerade nicht festzustellen gewesen sei. Ferner hat Prof. Dr. B. auf frühere eigene anamnestische Angaben des Klägers im Hinblick auf sein allgemeines Interessenspektrum verwiesen und dazu angemerkt, dass - wenn tatsächlich unüberwindbare psychische Hemmungen beim Kläger vorlägen - sich diese auch in einer vollständigen sozialen und haushaltlichen Inkompetenz niederschlagen würden (da eine solche unüberwindbare psychische Hemmung definitionsgemäß ständig und

zeitüberdauernd und nicht nur zeitweise vorläufige); solche Phänomene seien aber aus den eigenen anamnestischen Angaben des Klägers gerade nicht abzuleiten gewesen. Prof. Dr. B. hat ferner ausgeführt, eine psychiatrische Krankheit klinisch-relevanten Ausmaßes (auch ein chronisches, medizinisch nicht kupierbares Schmerzsyndrom jedweder Genese usw.) könne auch zu früheren Zeitpunkten beim Kläger nicht über längere Zeiträume hinweg bestanden haben. Wenn nämlich tatsächlich eine klinisch relevante psychiatrische Krankheit zu einem früheren Zeitpunkt passager oder fortwährend beim Kläger bestanden hätte, dann wären auch seine Fähigkeiten zu einer selbständigen Lebensführung und seine allgemeine soziale Kompetenz dadurch schwerwiegend - vorübergehend oder dauerhaft - beeinträchtigt gewesen. Solche Zeitperioden einer entsprechenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Klägers ließen sich jedoch aus seinen eigenen anamnestischen Angaben auch im Rückblick betrachtet nicht über längere Zeiträume hinweg ableiten. Der Senat schließt sich den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B. an, da sich aus dem von ihm erhobenen ausführlichen psychischen Befund, bei dem keine typischen depressiven Symptome feststellbar waren, nachvollziehbar ableiten lässt, dass die Beeinträchtigungen des Klägers auf nervenärztlich/psychiatrischem Fachgebiet aktuell und auch in der Vergangenheit nicht so stark ausgeprägt sind bzw. waren, dass daraus eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens resultiert. Die Leistungsbeurteilungen der Sachverständigen Dr. K. und Dr. K., die jeweils von einer schweren Depression, einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer generalisierten Angststörung ausgingen und den Kläger nur noch für in der Lage hielten, drei bis unter sechs Stunden (Dr. K.) bzw. unter drei Stunden (Dr. K.) täglich zu arbeiten, sind damit ebenso widerlegt wie auch die von Dr. M. in seiner ergänzenden sachverständigen Zeugenauskunft vom 10. November 2014 geäußerte Leistungsbeurteilung, die im Wesentlichen mit der Einschätzung des Dr. K. übereinstimmt. Prof. Dr. B. hat zu Recht darauf hingewiesen, dass sich die sowohl von Dr. K. und Dr. K. gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht mit den bei den jeweiligen Begutachtungen erhobenen psychischen Befunden und den Angaben des Klägers zu seinem Tagesablauf vereinbaren lässt. Sowohl bei der Untersuchung durch Dr. K. als auch bei der Untersuchung durch Dr. K. war der Kläger im Verhalten zugewandt und kooperativ, so dass - worauf Prof. Dr. B. zutreffend hingewiesen hat - keine depressive Antriebshemmung und keine depressive Denkhemmung als typische depressive Symptome vorliegen. Prof. Dr. B. hat in diesem Zusammenhang auch einen Widerspruch zwischen der Beschreibung des Verhaltens des Klägers als zugewandt und kooperativ einerseits und der andererseits von Dr. K. erwähnten Hemmung von Psychomotorik und formalem Denken aufgezeigt. Dr. K. hat die Aufmerksamkeit und Konzentration als nur leicht gemindert und die Mnestic als ungestört sowie Antrieb und Psychomotorik als reduziert und das formale Denken als deutlich verlangsamt beschrieben. Wie bereits oben erwähnt, wäre jedoch im Rahmen einer schweren depressiven Episode eine depressive Antriebshemmung und eine depressive Denkhemmung zu erwarten, wobei Prof. Dr. B. in diesem Zusammenhang schlüssig darauf hingewiesen hat, dass Denkverlangsamung und Antriebsreduktion keineswegs mit Denkhemmung und Antriebshemmung gleichzusetzen seien; vielmehr werde bei einer Hemmung im Gegensatz zur Antriebsarmut bzw. Antriebsreduktion die Initiative und Energie von einem davon betroffenen Patienten selbst nicht als an sich vermindert, sondern als gebremst erlebt. Zudem werde dem Untersucher das Bemühen eines davon betroffenen Kranken deutlich, diese Hemmung zu überwinden. Antriebsarmut und Denkverlangsamung könnten hingegen Ausdruck einer hirnorganischen Krankheit oder eines schizophrener Residualsyndroms sein, aber auch als bewußtseinsnahe Zweckreaktion entsprechend demonstriert bzw. instrumentalisiert werden. Neben diesen Widersprüchen zwischen den von Dr. K. und Dr. K. angeführten Diagnosen und dem erhobenen psychischen Befund geben auch die Angaben des Klägers zu seinem Tagesablauf keine Anhaltspunkte für eine schwere depressive Störung. Im Gutachten des Dr. K. hat er u.a. angegeben, dass er alle zwei bis drei Wochen mit seiner Ehefrau und den beiden kleineren Kindern zum Sohn nach B. fahre. Daraus lässt sich ableiten, dass der Kläger zum damaligen Zeitpunkt soziale Kontakte gepflegt hat. Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K. hat sich bei den Angaben des Klägers zum Tagesablauf gezeigt, dass er damals in der Lage war, einen strukturierten Arbeitstag einzuhalten. Er ist morgens zwischen 4 Uhr und 5 Uhr aufgestanden, hat sich selbst Frühstück gemacht und ist um 5.15 Uhr zur Arbeit gegangen und von dort um 14.15 Uhr zurückgekehrt. Dieser Tagesablauf ist mit der gleichzeitig von Dr. K. gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode aufgrund der dabei vorausgesetzten Antriebshemmung schwerlich vereinbar. Auch wenn der Kläger letztlich nicht in der Lage war, das Arbeitsverhältnis dauerhaft aufrecht zu erhalten, lässt sich daraus doch - in Übereinstimmung mit der von Prof. Dr. B. vertretenen Ansicht - schlussfolgern, dass die Symptome einer rentenrechtlich relevanten psychischen Störung auch in der Vergangenheit jedenfalls nicht dauerhaft vorhanden waren.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der sachverständigen Zeugenauskunft der Diplom-Psychologin Dr. M. vom 6. März 2016. Wie bereits oben ausführlich dargelegt, hat Prof. Dr. B. in seinem überzeugenden Gutachten eine relevante klinische Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet ausgeschlossen, so dass die von Dr. M. erwähnten schwerwiegenden Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet nicht nachvollziehbar sind. Aus den Angaben der Dr. M. lässt sich eine wesentlich andere gesundheitliche Situation als von Prof. Dr. B. im Rahmen seiner Begutachtung festgestellt, nicht ableiten. Auch Prof. Dr. B. hat sich mit der Biographie des Klägers beschäftigt und u.a. die vom Kläger erwähnten Kindheitserinnerungen, die ihn belastende Situation der Verwandten in der T. und die Belastung durch die Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses im Zusammenhang mit den vorliegenden Beschwerden auf psychiatrischem Fachgebiet berücksichtigt und für den Senat überzeugend eine zeitliche Leistungseinschränkung auf seinem Fachgebiet ausgeschlossen. Die Ausführungen der Dr. M. sind daher nicht geeignet, die schlüssigen Feststellungen des Gutachtens des Prof. Dr. B. zu widerlegen.

Dem Antrag des Bevollmächtigten des Klägers in der mündlichen Verhandlung auf Anhörung der Dr. M. und des Dr. K. als Zeugen vor Gericht war nicht zu folgen. Der Antrag erfüllt die formellen Anforderungen eines Beweisantrags im Sinne des [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 414, 373](#) Zivilprozessordnung (ZPO) nicht. Ein Beweisantrag muss grundsätzlich in prozessordnungsgerechter Weise formuliert sein, sich regelmäßig auf ein Beweismittel der ZPO beziehen, das Beweisthema möglichst konkret angeben und insoweit auch wenigstens umreißen, was die Beweisaufnahme ergeben soll (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 11. Auflage, § 160, Rdnr. 18a m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall schon deshalb nicht erfüllt, weil der Bevollmächtigte des Klägers kein Beweisthema angegeben und nicht erläutert hat, was die Beweisaufnahme ergeben soll. Darüber hinaus war die nochmalige Anhörung der Dr. M. und des Dr. K. auch nicht zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts erforderlich, da sowohl Dr. M. im Rahmen ihrer Äußerung als sachverständige Zeugin als auch Dr. K. im Rahmen seines Gutachtens als gerichtlicher Sachverständiger in der ersten Instanz bereits ausführlich schriftlich ihre Auffassung bezüglich des Leistungsvermögens des Klägers geäußert haben und eine weitere mündliche Äußerung daher nicht erforderlich war.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist das Leistungsvermögen des Klägers daher auf nervenärztlich-psychiatrischem Fachgebiet - über die von Prof. Dr. B. genannten qualitativen Einschränkungen hinaus - zeitlich nicht eingeschränkt.

Bezüglich des von Prof. Dr. B. darüber hinaus erwähnten leicht ausgeprägten Wirbelsäulensyndroms sind ebenfalls nur qualitative Einschränkungen zu beachten, die in allen vorliegenden Gutachten und auch der sachverständigen Zeugenauskunft des behandelnden

Orthopäden Dr. S. im Wesentlichen übereinstimmend angegeben werden.

Soweit die HNO-Ärztin M. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 18. September 2013 ausgeführt hat, die Ausübung einer leichten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von mindestens sechs Stunden täglich sei dem Kläger keinesfalls zuzumuten, da die Drehschwindelattacken in Stresssituationen deutlich häufiger aufträten und dann auch deutlich verstärkt auftreten, kann dieser Beurteilung nicht zugestimmt werden. Denn diese Drehschwindelattacken können allenfalls qualitative Einschränkungen begründen, wie sie z.B. auch Dr. K. in seinem Gutachten angegeben hat (keine Tätigkeiten, die das Führen von Kraftfahrzeugen oder sonstigen Gefährten im Straßenverkehr erfordern, keine Tätigkeiten in großer Höhe, auf Leitern und Gerüsten oder an schnell laufenden Maschinen und keine Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das räumliche Hörvermögen stellen) bzw. im Akutfall eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, aber keine dauerhafte zeitliche Leistungseinschränkung bewirken.

Der Kläger ist demnach bei Beachtung der angegebenen qualitativen Einschränkungen noch in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein und hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung gemäß [§ 43 SGB VI](#).

Die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil der Kläger nicht vor dem 2. Januar 1961 geboren ist ([§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)).

Da das SG die Beklagte somit zu Unrecht verurteilt hat, dem Kläger eine befristete Rente für die Zeit vom 1. August 2014 bis 31. Juli 2017 zu gewähren, war das Urteil vom 23. Juni 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass der Kläger mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-30