

L 13 R 2181/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 15 R 1678/13
Datum
19.03.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 2181/15
Datum
21.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19. März 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Der Kläger hat von August 1977 bis Juli 1980 eine Berufsausbildung als Fleischer absolviert und war von März 1981 bis März 2012 als Lagerist versicherungspflichtig beschäftigt. Seit 30. September 2011 war der Kläger arbeitsunfähig krank und bezog Krankengeld. Ein Grad der Behinderung von 50 ist anerkannt.

Vom 25. August 2011 bis 15. September 2011 nahm der Kläger an einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation in der F.B. teil. Im Entlassungsbericht vom 15. September 2011 werden folgende Diagnosen genannt: längere depressive Reaktion auf psychosoziale Belastungen; Lumboischialgie bds. mit Fußheber- und senkerparese rechts nach Nukleotomie L4/5 1998 und 2003; persistierende Arthralgie am rechten Handgelenk mit Funktionsstörung, Z.n. mehreren Operationen, zuletzt 09/10 und Nikotinabusus. Der Kläger wurde arbeitsfähig entlassen. Er könne sowohl aus psychologischer als auch aus orthopädischer Sicht körperlich leichte Arbeiten, jeweils überwiegend im Stehen, im Gehen und Sitzen, 6 Stunden und mehr pro Tag arbeiten. Vermieden werden sollten Arbeiten in Wirbelsäulen-Zwangshaltungen und überwiegende Arbeiten in gebückter Haltung sowie Arbeiten mit besonderer Anforderung an die Feinmotorik und/oder grobe Kraft der rechten Hand. Am 23. Oktober 2012 beantragte der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung und gab an, er sei seit 30. September 2011 erwerbsgemindert wegen einer degenerativen Veränderung der Wirbelsäule, einem operierten Bandscheibenschaden, einem chronischen Schmerzsyndrom, einer Gebrauchseinschränkung des rechten Beines, Entfernung der proximalen Handwurzelreihe rechts, einer depressiven Verstimmung und Asthma bronchiale. Die Beklagte veranlasste eine sozialmedizinische Untersuchung durch den Arzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. St. ... Dieser untersuchte den Kläger am 6. Dezember 2012 und nannte in seinem Gutachten vom 18. Dezember 2012 als Diagnosen eine Lumboischialgie mit neurologischer Symptomatik ohne wesentliche Funktionseinschränkung rechts nach Nukleotomie L4/5 1998 und 2003, persistierende Arthralgie des rechten Handgelenks mit deutlicher Funktionseinschränkung nach Unfall 2009 und nachfolgend mehrfachen operativen Versorgung, persistierende Kopfschmerzen nach Periduralkatheterbehandlung 2011, Asthma bronchiale mit leichter Erhöhung des Atemwegswiderstandes und depressive Phasen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fleischer/Lagerist könne dem Kläger nicht mehr abverlangt werden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen, im sinnvollen Wechsel, ohne Einschränkung der Arbeitsorganisation vollschichtig (6 Stunden und mehr) verrichten. Tätigkeiten mit häufiger Wirbelsäulenzwangshaltung, häufigen Überkopfarbeiten, häufigem Begehen von Treppen und Leitern, Besteigen von Gerüsten und besonderer manueller Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand könnten dem Kläger nicht mehr abverlangt werden. Mit Bescheid vom 27. Dezember 2012 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, weil der Kläger die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht erfülle. In seinem dagegen gerichteten Widerspruch beanstandete der Kläger, dass seine behandelnden Ärzte nicht befragt worden seien. Seine physischen und psychischen Beschwerden seien nicht ausreichend berücksichtigt worden. Das Gutachten des Dr. St. sei lücken- und fehlerhaft. Er legte das fachärztliche Attest des Dr. F. vom 6. März 2013, die fachärztliche Stellungnahme des Dr. Dipl.-Psych. R. vom 5. März 2013, den Therapiebericht der Ergotherapeutin V. vom 1. März 2013 sowie das nervenfachärztliche Attest des Neurologen und Psychiaters Dr. K. vom 28. Februar 2013 vor. Hierzu gab Dr. St. am 11. März 2013 nochmals eine sozialmedizinische Stellungnahme ab und teilte mit, es ergebe sich keine Änderung der Diagnosen. Neue medizinische Sachverhalte würden nicht vorgelegt und es verbleibe somit bei der Stellungnahme zum Leistungsvermögen wie im Gutachten vom 6. Dezember 2012 beschrieben. Im weiteren Verlauf des

Widerspruchsverfahrens legte der Kläger noch den vorläufigen Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. D. vom 18. März 2013 und den im Klageverfahren S 4 SB 3977/11 erstellten Bericht des Orthopäden Dr. L. vom 28. Februar 2012 vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 6. Mai 2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen hat der Kläger am 28. Mai 2013 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und seinen bisherigen Vortrag wiederholt und vertieft. Er leide an zahlreichen orthopädischen sowie psychischen Beschwerden. Seine körperliche Verfassung habe sich in den letzten beiden Jahren trotz durchgeführter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen deutlich verschlechtert. Insbesondere die psychischen Beschwerden seien von der Beklagten im Verwaltungsverfahren nicht ausreichend berücksichtigt worden. Außerdem liege eine Summierung von Leistungseinschränkungen vor. Das SG hat zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers, den Neurologen und Psychiater Dr. D., den Allgemeinarzt Dr. F., den Orthopäden Dr. Z. und den Dipl.-Psych. Dr. R. schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. D. hat mitgeteilt, es lägen ein lumbales Wurzelschädigungssyndrom, ein chronisch depressives Schmerzsyndrom mit depressiver Belastungsreaktion und Schlafstörungen vor. Im Laufe der Behandlung habe sich ergeben, dass neben dem Bandscheibenbedingten Schmerzsyndrom eine erhebliche depressive Exacerbation aufgetreten sei, wobei als Hintergrund ein Missbrauchsthema deutlich geworden sei, was die erhebliche depressive Verschlechterung und Überlagerung der gesamten Schmerzsymptomatik verständlich gemacht habe. Der Kläger könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Zeit leichte körperliche Arbeiten nur unter drei Stunden täglich verrichten. Dr. F. hat angegeben, bei der ersten Untersuchung habe sich der Befund einer chronischen Bronchitis mit Spastik und Asthma ergeben. Daneben bestehe eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule mit Myogelosen und Deformierung. Die Schmerzen und die Lungeneinschränkungen hätten sich kontinuierlich verschlechtert. Hinzu gekommen seien die hochgradige Einschränkung der Beweglichkeit im Handgelenk und durch die chronischen Schmerzen eine depressive Entwicklung. Aus hausärztlicher Sicht könne der Kläger eine leichte körperliche Arbeit von regelmäßig sechs Stunden täglich nicht mehr verrichten. Dr. Z. hat mitgeteilt, beim Kläger bestehe ein komplexes Beschwerdebild. Aufgrund der mehrfachen Nukleotomie und Rezidivvorfällen sowie der im MRT nachgewiesenen chronischen Neurokompression L5 rechts sei die Belastbarkeit auch bei leichten Tätigkeiten sicherlich unter sechs Stunden eingeschränkt; hinzu kämen chronisch rezidivierende Cervicobrachialgien sowie die Funktionsstörungen der rechten Hand. Hierzu hat Dr. Z. auf die Behandlung bei seinem Kollegen Dr. L. verwiesen. Auch sitzende Tätigkeiten über sechs Stunden seien derzeit auf Grund des chronischen Schmerzbildes und der chronischen Nervenwurzelkompression nicht darstellbar. Der Kläger könne allenfalls drei Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen und Gehen durchführen. Rückenbelastende Tätigkeiten in Rumpfvorbeugung oder Überkopf seien auszuschließen, ebenso Arbeiten in Kälte. Aufgrund der Funktionsstörung im Bereich der rechten Hand lägen auf jeden Fall auch Einschränkungen in der Feinmotorik vor. Schwere Tätigkeiten seien mit dem rechten Handgelenk nicht durchführbar. Dipl.-Psych. Dr. R. hat als Diagnosen eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung, eine mittelgradige depressive Episode und eine posttraumatische Belastungsstörung angegeben. Eine angemessene Arbeit wäre für den Kläger hilfreich, aber es sei kaum vorstellbar, dass er in der Lage sei, den Belastungen des allgemeinen Arbeitsmarktes standzuhalten und regelmäßig mindestens sechs Stunden zu arbeiten. Das SG hat den Arzt für Orthopädie, Unfallchirurgie, Chirotherapie und Sportmedizin Dr. Sch. zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dieser hat in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 24. Februar 2014 als Gesundheitsstörungen eine Lumboischialgie rechts nach zweimaliger Nukleotomie L4/5 mit fortbestehender Prolabierung der Bandscheibe L4/5 rechts, eine Funktionsbehinderung des rechten Handgelenks nach mehrmaligen Operationen dort und schließlich vollständiger Entfernung der körperlernen Handwurzelreihe mit daraus resultierenden Funktionsschmerzen und Kopfschmerzen nach Periduralkatheterbehandlung 2011 angegeben. Dem Kläger seien leichte körperliche Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, in trockenen und beheizten Räumen, mit Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg, weiterhin zumutbar und könnten 6 Stunden und mehr arbeitstäglich verrichtet werden. Das SG hat ferner den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. M. mit der Erstellung des fachpsychiatR.-sozialmedizinischen Gutachtens vom 26. Juli 2014 beauftragt. Dieser hat folgende Diagnosen mitgeteilt: anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit dem organischen Kern eines Bandscheibenvorfalles L4/L5 mit zweifacher Bandscheiben-OP 1998 und 2003 und einer Bandverletzung im rechten Handgelenk mit nachfolgenden invasiven Eingriffen mit Einschränkung der Arbeitsschwere, der Arbeitshaltung und des Bewegungs- und Haltungsapparats, leichtgradige chronisch-depressive Verstimmtheit und Neigung zu rezidivierenden depressiven Episoden, derzeit remittiert, mit Einschränkungen der Arbeitsorganisation und bezüglich der psychischen Belastbarkeit sowie Tabakabhängigkeit mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung I. Grades ohne weitere qualitative Leistungseinschränkungen, zumal durch Tabakabstinenz gut überwindbar. Bezüglich der somatoformen Schmerzstörung ergäben sich Einschränkungen der Arbeitshaltung, der Arbeitsschwere, im Bewegungs- und Haltungsapparat, bezüglich der psychischen Belastbarkeit, im Hinblick auf die Arbeitsorganisation und mittelgradige Beeinträchtigungen in der Flexibilität, der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit. Aufgrund der Neigung zur somatoformen Schmerzfehlerverarbeitung seien dauerhaft körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten und Tätigkeiten ständig im Gehen und Stehen nicht mehr möglich. Der Kläger sei in der Lage, körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen und Gehen, ständig im Sitzen zu verrichten. Aufgrund der Neigung zur somatoformen Schmerzfehlerverarbeitung seien Tätigkeiten häufig in Wirbelsäulenzwangshaltung, häufig in kniender und gebückter Position, Tätigkeiten mit häufigen Anforderungen an die Greiffähigkeit bzw. Greiffunktion mit Festhaltefunktion der rechten Hand (häufige handgelenkbelastende Arbeiten) zu vermeiden. Aufgrund des depressiogenen Effekts durch den Eingriff in die zirkadiane Rhythmik seien Nacht- und Wechselschichttätigkeiten ungünstig. Aufgrund der verminderten psychischen Belastbarkeit seien Tätigkeiten mit weit überdurchschnittlichem Zeitdruck, wie z.B. nicht leidensgerecht angepasste taktgebundene Tätigkeiten, Arbeiten mit überdurchschnittlichen Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen ungeeignet. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Leistungseinschränkungen sei der Kläger in der Lage, noch vollschichtig unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu sein. Zum Gutachten des Dr. M. hat der Kläger eingewandt, das Gutachten sei nicht verwertbar. Das Gutachten beschränke sich auf fragwürdige und nicht nachvollziehbare Testmethoden. Der Gutachter setze sich ferner nicht mit dem traumatischen Erlebnis und dessen Folgen für ihn auseinander, sondern unterstelle ihm simulierendes Verhalten oder eine aggravierende Darstellung der Vorgänge. Er sei außerdem vom Gutachter während der Untersuchung auf unangenehme Weise betastet worden. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. August 2014 hat Dr. M. zu diesen Einwänden Stellung genommen und ausgeführt, aus dem Vorbringen ergäben sich keine neuen Aspekte, die zu einer wesentlichen Änderung der bisherigen quantitativen Leistungseinschätzung führten. Auch der neu hinzugekommene Befund einer leichten Tendovaginitis Quervain der linken Hand und der degenerativen Handgelenksveränderungen links führe zu keiner wesentlichen Änderung der sozialmedizinischen Einschätzung, in der auch schon bisher qualitative Leistungseinschränkungen des Bewegungs- und Haltungsapparats beschrieben worden seien. Ergänzend seien auch Tätigkeiten mit häufigen Anforderungen an die Greiffähigkeit bzw. Greiffunktion mit Festhaltefunktion beider Hände (häufige handgelenkbelastende Arbeiten) zu vermeiden. Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG hat das SG ferner den Facharzt für Psychiatrie Dr. Z. mit der Erstattung des neurologisch-psychiatR.en Gutachtens vom 18. Dezember 2014 beauftragt. Dr. Z. hat folgende Diagnosen mitgeteilt: chronische Anpassungsstörung mit

rezidivierenden depressiven Verstimmungszuständen, etwa im Sinne einer Dysthmie, ferner mit Ausbildung von Ängsten, die auch in Panikattacken übergehen können, außerdem mit Somatisierung in Form einer chronischen Schmerzstörung, wesentlich psychogen, aber auch im Rahmen degenerativer Wirbelsäulenveränderungen bei Lumbalsyndrom mit früher elektromyographisch verifizierter Radikulopathie L5 rechts und Schmerzen im rechten Handgelenk nach Entfernung der proximalen Handgelenkssknochen zur Schmerzbehandlung und weiteren Spannungskopfschmerzen bei passiv-aggressiver Persönlichkeit mit Rückzugsverhalten, fraglich soziophobisch mit Abhängigkeit von Nikotin, Alkoholmissbrauch, fraglich Alkoholabhängigkeit, bekanntem Restless-legs-Syndrom und bekanntem Asthma bronchiale. Mittelschwere und schwere Arbeiten seien nicht mehr zuzumuten, ebenso nicht mehr ein Tragen und Bewegen von mittelschweren und schweren Gegenständen, Arbeiten in Zwangshaltungen und bei den Rückenschmerzen auch nicht mehr Arbeiten in Kälte und Nässe. Aufgrund der chronischen Anpassungsstörung mit Fixierung auf die eigenen Beschwerden, der dauernden Somatisierung von Schmerzen bei passiv-aggressiver Persönlichkeit habe der Kläger nicht mehr das Umstellungs- und Anpassungsvermögen zur Verfügung, um Verantwortung für sich, für Maschinen, für andere oder im Publikumsverkehr zu übernehmen. Vor allem sei das Durchhaltevermögen massiv herabgesetzt. Die passiv-aggressive Charakterhaltung beeinträchtige sämtliche Lebensbereiche massiv, nicht nur die beruflichen und stehe im Gegensatz zum Durchhaltevermögen, das für jegliche Tätigkeit notwendig sei. Die chronische Anpassungsstörung erlaube es dem Kläger nicht mehr, auch nur einer leichten körperlichen Tätigkeit drei Stunden lang nachzugehen. Aufgrund seiner Verstimmungen, seiner Ängste, seiner Dramatisierungen, seiner Fixierungen und vor allem auch aufgrund seiner unterschwelligen Aggressivität, die den Umgang mit Kollegen, den Vorgesetzten und Behandlern massiv störe, habe der Kläger nicht mehr das Anpassungs- und Umstellungsvermögen zur Verfügung, das er bräuchte, um eine regelmäßige Arbeit zu garantieren und sei auch nicht in der Lage, längerfristig eine für den Arbeitsprozess relevante Leistungsfähigkeit anzubieten. Zum Gutachten des Dr. Z. hat die Beklagte die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. Edelmann vom 20. Januar 2015 vorgelegt. Im psychopathologischen Befund werde ein "nicht etwa depressiv herabgestimmter, auch nicht antriebsgehemmter" Proband beschrieben. Lediglich pathologisch würden ein Affekt und ein Antrieb mit passiven-aggressiven Restringenzen dargestellt. Die neurologisch-apparative Diagnostik zeige lediglich ein später nicht mehr diagnostiziertes Carpal-tunnelsyndrom und lasse den Schluss auf eine Radikulopathie L5 rechts zu. Wie der Vorgutachter habe Dr. Z. eine Dysthmia, eine leichte depressive Verstimmung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die gesamte Argumentation Dr. Z.s hebe auf die Diagnose einer passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung ab. Eine Persönlichkeitsstörung werde bekanntermaßen mit in das Erwerbsleben eingebracht. Die Persönlichkeitsstörung mit dieser passiv-aggressiven Tendenz habe den Kläger nicht daran gehindert, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Die weiteren Diagnosen wie Spannungskopfschmerz und die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sollten - wie von Dr. M. nachvollziehbar dargestellt - unter die anhaltende somatoforme Schmerzstörung subsumiert werden. Dr. Z. könne mit seinen Ausführungen wenig überzeugen und widerspreche sich in einzelnen Anteilen. So bestehe die Soziophobie nur als Verdachtsdiagnose. Die Einschätzung des Leistungsvermögens auf unter drei Stunden könne fachlich nicht nachvollzogen werden. Auch die Verdeutlichungstendenz/Aggravation, die vom Vorgutachter nachgewiesen worden sei, werde von Dr. Z. nicht adäquat gewürdigt. Hinsichtlich Diagnosen und Einschätzung des Leistungsvermögens könne in allen Punkten dem Gutachten des Dr. M. gefolgt werden. Der Sachverständige Dr. M. hat daraufhin eine weitere ergänzende Stellungnahme abgegeben und sich der Argumentation der Dr. Edelmann angeschlossen, insbesondere im Hinblick auf die Diskrepanzen zwischen dem von Dr. Z. dargestellten unauffälligen psychopathologischen Befund und der unauffälligen neurologisch-apparativen Diagnostik zu seiner Leistungseinschätzung, der nicht ausreichenden Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung des Leistungsvermögens durch Dr. Z. und der fehlenden Überprüfung von Aggravationstendenzen, die Dr. Z. aufgrund der ausführlichen Darlegung in seinem Gutachten hinlänglich bekannt gewesen seien. Eine passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung sei bisher beim Kläger nie diagnostiziert worden und die umfangreiche Aktenlage gebe keine Hinweise darauf, dass sich einzelne Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal durch seine Biographie zögen. Soweit sich Dr. Z. auf sog. aggressive Projektionen beziehe und mit psychotherapeutisch-tiefenpsychologischen (neurotischen) Abwehrphänomenen argumentiere, stehe dies außerhalb einer sozialmedizinisch fundierten Argumentation. Somit könne festgestellt werden, dass eine hypothetisch angenommene Persönlichkeitsstörung keine sozialmedizinische Relevanz hätte und eine solche Diagnose auch anhand der sehr konsistenten Aktenlage nicht belegt werden könne. Dr. Z. hat hierzu die ergänzende Stellungnahme vom 28. Februar 2015 abgegeben. Er hat auf die "Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen" verwiesen und nochmals bekräftigt, dass er zu Recht die Diagnose einer passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung gestellt habe. Mit Urteil vom 19. März 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Dabei hat sich das SG insbesondere auf die Gutachten des Dr. Sch., des Dr. M. und des Dr. St. gestützt und ausgeführt, der Kläger sei in der Lage, leichte körperliche Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, in trockenen und beheizten Räumen, mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg unter Ausschluss von Tätigkeiten in Zwangshaltung oder gebückter Haltung, Akkord-, Fließband- sowie Schicht- und Nacharbeit, Tätigkeiten in Nässe und Kälte, an laufenden Maschinen bzw. mit erhöhter geistiger Beanspruchung und Verantwortung, Tätigkeiten mit häufigen Anforderungen an die Greiffähigkeit bzw. Greiffunktion mit Festhaltefunktion beider Hände (häufige handgelenksbelastende Arbeiten), Tätigkeiten mit weit überdurchschnittlichem Zeitdruck, wie z.B. nicht leidensgerecht angepasste taktgebundene Tätigkeiten, Arbeiten mit überdurchschnittlichen Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Die Einschätzung des Dr. Z. vermöge nicht zu überzeugen. Sein Gutachten weise Diskrepanzen zwischen dem von ihm dargestellten unauffälligen psychopathologischen Befund und der unauffälligen neurologisch-apparativen Diagnostik zu seiner Leistungseinschätzung auf. Daher sei nicht nachvollziehbar, worauf genau Dr. Z. seine Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers in quantitativer Hinsicht stütze. Die von ihm hierfür maßgeblich genannte passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung habe nach der umfangreichen Aktenlage nie diagnostiziert werden können. Zudem fehle es im Rahmen des Gutachtens des Dr. Z. auch an einer Überprüfung der Aggravationstendenzen, die Dr. M. im Rahmen seines Gutachtens ausführlich dargelegt habe.

Gegen das ihm am 21. April 2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 21. Mai 2015 eingelegte Berufung des Klägers. Er hat Mängel der eingeholten Gutachten sowie die unzutreffende Würdigung der eingeholten Beweise durch das SG gerügt. Seit Januar 2015 sei er in Behandlung der Dr. T ... Diese habe aufgrund der Schwere der Erkrankung zu einer stationären Therapie in einer psychosomatischen Klinik geraten. In der Zeit vom 20. April 2015 bis 21. Mai 2015 sei er im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Klinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin, Prof. Dr. B. beraten und behandelt worden. Als Diagnosen seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine posttraumatische Belastungsstörung, schädlicher Gebrauch von Alkohol, schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und ängstlich-vermeidenden Anteilen gestellt worden. Die behandelnden Fachärzte Dr. D., Dr. T., Dr. F. und Dr. Z. bestätigten entweder ein quantitativ deutlich reduziertes oder ein vollständig entfallenes Restleistungsvermögen. Auch Dr. Z. habe in seinem Gutachten u.a. eine passiv-aggressive Persönlichkeit diagnostiziert und sei zu der Schlussfolgerung gelangt, dass er aufgrund einer chronischen Anpassungsstörung nicht mehr in der Lage sei, einer leichten Tätigkeit von über drei Stunden täglich nachzugehen. Das Urteil des SG enthalte keine nachvollziehbare Begründung, warum das Gutachten des Dr. M. dem Gutachten des Dr. Z. vorzuziehen sei. Selbst wenn eine

weitere Beweiserhebung ergeben sollte, dass ihm körperlich leichte Arbeiten noch über 6 Stunden täglich zumutbar seien, sei er gleichwohl voll erwerbsgemindert, da bei ihm auch eine Summierung von Leistungseinschränkungen bzw. eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliege. Ergänzend hat der Kläger den Bericht der Orthopädie K. vom 8. Juni 2016 über eine Operation der rechten Hand vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19. März 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Mai 2013 zu verurteilen, ihm eine Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung ab dem 1. Oktober 2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat auf den Vortrag im erstinstanzlichen Verfahren verwiesen und die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. Edelmann vom 10. August 2015 vorgelegt.

Der Senat hat den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B. zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt. Dieser hat das nervenärztliche (neurologisch-psychiatr.) Gutachten vom 16. September 2015 erstellt. Prof. Dr. B. hat folgende Diagnosen mitgeteilt: operativ korrigiertes 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; Dysthymie (= nur subjektiv empfundene chronische depressive Verstimmung); insgesamt jedoch Ausschluss einer psychiatrischen Krankheit im eigentlichen Sinn, 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. synonyme diagnostische Bezeichnungen wie Tendomyopathien, Somatisierungsstörungen bzw. somatoforme Störungen usw.). Seelische bzw. seelisch-bedingte Störungen bzw. Hemmungen klinisch-relevanten Ausmaßes (sog. unüberwindbare psychische Hemmungen) lägen beim Kläger nicht vor. Aus dem operativ korrigierten Wirbelsäulen-Syndrom (leicht unter funktionellen, nicht notwendigerweise auch unter röntgenologischen Gesichtspunkten) resultierten lediglich qualitative Leistungseinschränkungen. Insbesondere eine psychiatrische Krankheit klinisch-relevanten Ausmaßes (sowohl ein depressives Syndrom jedweder Genese [mit Ausnahme der o.g. Dysthymie] als auch ein chronisches Schmerzsyndrom als auch ein psychosomatisches Syndrom anderer Prägung als auch ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom (synonym neurasthenisches Syndrom) als auch ein anderer Prägnanztyp einer psychiatrischen Krankheit lägen beim Kläger nicht vor. Vielmehr verblieben die von ihm angegebenen Einschränkungen im Sinne einer Dysthymie allein im subjektiven Bereich, führten jedoch zu keinen objektivierbaren Leistungseinbußen, und zwar sowohl in der Untersuchungssituation feststellbar als auch aus den eigenen anamnestischen Angaben des Klägers hinsichtlich seiner Tagesstrukturierung und seines allgemeinen und sozialen Interessenspektrums usw. ableitbar; die von ihm bezüglich seines allgemeinen Interessenspektrums, seiner Tagesstrukturierung und seiner sozialen Kompetenz darüber hinaus gemachten Angaben einer nahezu beständigen Ruhe usw. könnten unter medizinischen Gesichtspunkten definitiv nicht zutreffen, da man sonst regelhaft eine erhebliche Inaktivitätsatrophie der Muskulatur erwarten müsste, was beim Kläger jedoch gerade nicht festzustellen sei. Unter rein neurologischem und psychiatrischem Blickwinkel seien ihm 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. Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) hat der Senat ferner den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. D. mit der Erstattung des psychiatrisch-neurologischen Gutachtens vom 8. Februar 2016 beauftragt. Dieser hat als Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet eine chronische depressive Episode, aktuell mittelschwer; degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Lumbago, Abhängigkeit von Nikotin, eine chronische Schmerzstörung und V.a. Restless-legs-Syndrom, aktuell mit Opiaten remittiert, angegeben. Orthopädischerseits seien noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Stehen und Sitzen vollschichtig zu verrichten. Nicht mehr abverlangbar seien häufige Wirbelsäulen-Zwangshaltungen, mit häufigem Überkopfarbeiten, mit häufigem Begehen von Treppen und mit besonderer manueller Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sei nicht mehr abverlangbar. Bei unzureichend behandelter Depression bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit, die eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermögliche. Es sei möglich, dass eine konsequente Behandlung der Depression zu einer Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit führe, so dass qualitative Einschränkungen blieben, aber quantitativ eine sechsstündige Tätigkeit an 5 Wochentagen bei leichter Tätigkeit möglich werde. Es sei glaubhaft, dass der Kläger derzeit an erheblichem Antriebsmangel leide, der bereits einfache Tätigkeiten der Alltagsbewältigung verhindere. Zu den Gutachten des Prof. Dr. B. und des Prof. Dr. D. hat die Beklagte die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. Delbrück vom 22. März 2016 vorgelegt. In der Gesamtbetrachtung sei das psychiatrisch-neurologische Gutachten des Prof. Dr. D. aufgrund von Inkonsistenzen nicht geeignet, das von Prof. Dr. B. in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten festgestellte quantitative Leistungsvermögen des Klägers von sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zu erschüttern. Prof. Dr. B. hat zu den Einwendungen des Klägers und dem Gutachten des Prof. Dr. D. die ergänzende gutachtliche Stellungnahme vom 13. April 2016 erstellt und mitgeteilt, es ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, die er nicht schon vollumfänglich in seinem ursprünglichen Gutachten mitberücksichtigt hätte.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung ist nicht begründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die vom Kläger beanspruchte

Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit - [§§ 43, 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - dargelegt und - gestützt auf die ausführlichen und schlüssigen Gutachten des Sachverständigen Dr. Sch. und des Sachverständigen Dr. M. sowie des Dr. St. - zutreffend ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung hat, weil er in der Lage ist, ihm zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bei Beachtung rentenrechtlich nicht relevanter qualitativer Einschränkungen wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Das SG hat sich dabei in nicht zu beanstandender Weise sehr ausführlich mit den vom Kläger vorgebrachten Einwänden gegen den Sachverständigen Dr. M. auseinandergesetzt und zutreffend dargelegt, weshalb das Gutachten uneingeschränkt verwertet werden kann und weshalb die Leistungsbeurteilung des Dr. M. - im Gegensatz zur Einschätzung des Sachverständigen Dr. Z. - überzeugend ist. Der Senat schließt sich dem nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung des gesamten Vorbringens des Klägers uneingeschränkt an und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zurück.

Ergänzend weist der Senat noch darauf hin, dass sich auch aus dem Vorbringen im Berufungsverfahren nichts anderes ergibt. Der Senat stützt sich bei dieser Einschätzung auf das Sachverständigen Gutachten des Prof. Dr. B. vom 16. September 2015 sowie dessen ergänzende Stellungnahme vom 13. April 2016. Prof. Dr. B. hat sich sehr ausführlich mit der Aktenlage sowie den 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 psychiatr. e 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 neurasthenisches Syndrom] als auch ein organisches Psychosyndrom [Synonym Demenz-Syndrom] als auch einen anderen Prägnanztyp einer psychiatr. en 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, sondern die Einschränkungen im Sinne einer Dysthmie allein im subjektiven Bereich bleiben und zu keinen objektivierbaren Leistungseinbußen führen. Zum psychischen Befund hat Prof. Dr. B. mitgeteilt, der Kläger sei während der insgesamt ca. 2 1/4-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 Antriebssituation sei ungestört gewesen; es habe keine Antriebshemmung und keine Antriebsreduktion bestanden, vielmehr habe der Kläger ein adäquates psychomotor. es Tempo, ausreichend 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 Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht zu eruieren gewesen. In affektiver Hinsicht sei ein ausreichend guter Rapport zum Kläger herstellbar gewesen. Es habe keine durchgängige Verschiebung seiner Grundstimmung in einen deprimiert-gehemmten oder ängstlichen Modus, jedoch auch keine dysphoR.-gereizte oder für die Situation inadäquat euphoR. e 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 ausreichend 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 sein könnten. Wie Prof. Dr. B. überzeugend ausgeführt hat, resultieren 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 sind. Hierzu hat Prof. Dr. B. auf die Tagesstrukturierung des Klägers und seine erhaltene hauswirtschaftliche und soziale Kompetenz verwiesen. Aus seinen eigenen anamnestischen Angaben ergebe sich die Fähigkeit, einen regelrecht strukturierten Tagesablauf einzuhalten, in diesem Rahmen auch die anfallenden Haushaltsaufgaben zumindest partiell bewältigen zu können (wenn auch nur mit qualitativen Leistungseinschränkungen aufgrund seines leicht ausgeprägten Wirbelsäulensyndroms, usw.) und sich zumindest zeitweise (z.B. zuletzt im März 2015) in seinem Garten beschäftigen zu können; er zeige Interesse am Fernsehen und habe regelmäßige soziale Kontakte vorwiegend im familiären Kreis. Dies zeige, dass beim Kläger aktuell keinerlei psychischen Einbußen klinisch-relevanten Ausmaßes vorlägen, wie sie jedoch bei Bestehen einer psychiatr. en Krankheit (im Sinne einer seelischen bzw. seelisch-bedingten Störung mit unüberwindbaren psychischen Hemmungen) regelhaft nachweisbar sein müssten. Die vom Kläger bezüglich seines allgemeinen Interessenspektrums, der Tagesstrukturierung und der sozialen Kompetenz darüber hinaus gemachten Angaben einer nahezu beständigen Ruhe könnten unter medizinischen Gesichtspunkten definitiv nicht zutreffen, da man sonst eine erhebliche Inaktivitätsatrophie der Muskulatur erwarten müsste, die beim Kläger jedoch gerade nicht festzustellen gewesen sei. Prof. Dr. B. hat ferner ausgeführt, dass beim Kläger keine erheblichen Funktionseinschränkungen der Gelenkbeweglichkeit feststellbar waren und auch keine, für ein Fibromyalgie-Syndrom bzw. Tendomyopathien typischen Phänomene vorlagen (Aktivierung der gegenläufig wirkenden Muskulatur bei Überdehnung der durch Krankheit veränderten Muskelstrukturen, Sehnenstrukturen, Gelenkstrukturen bzw. nervalen Strukturen), so dass entsprechende Schmerzen unter objektiven Gesichtspunkten auszuschließen gewesen seien. Zu den Diagnosen im Entlassungsbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim vom 29. Mai 2015 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, posttraumatische Belastungsstörung) hat sich Prof. Dr. B. in seinem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme ausführlich

geäußert und Widersprüche zwischen dem erhobenen Befund und den Diagnosen aufgezeigt. So sei eine schwere depressive Episode nicht damit zu vereinbaren, dass im Befund keine kognitiven Defizite festgestellt worden seien und darüber hinaus handle es sich bei der Diagnose einer depressiven Episode definitionsgemäß nur um ein zeitlich begrenztes Störungsbild ohne Dauercharakter, ggf. mit Rezidiven, jedoch auch gesunden Intervallen, so dass schon aus diesem Grund keine dauerhaften Leistungseinschränkungen damit begründet werden könnten. Prof. Dr. B. hat auch zu Recht darauf hingewiesen, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung schon wegen des Zeitablaufs unzutreffend ist und es im Übrigen auch dahingestellt sein kann, ob die psychischen Beschwerden des Klägers auf eine chronische depressive Störung im Sinne einer Dysthymie oder zusätzlich auf eine posttraumatische Belastungsstörung zu beziehen ist, da zwischen den genannten Störungsbildern eine Komorbidität bestehe und der Kläger nach dem Erlebnis im Jahr 1984, auf das sich die Diagnose bezieht, ohne Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit gearbeitet hat.

Der Senat schließt sich den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B. an, da sich aus den von ihm erhobenen ausführlichen Befunden, bei denen keine typischen depressiven Symptome und auch keine sonstige psychiatr. e Krankheit sowie kein klinisch relevantes Schmerzsyndrom feststellbar waren, nachvollziehbar ableiten lässt, dass die Beeinträchtigungen des Klägers auf nervenärztlich/psychiatr. em Fachgebiet nicht so stark ausgeprägt sind, dass daraus eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens resultiert. Den Leistungsbeurteilungen der Sachverständigen Dr. Z. und Prof. Dr. D., die beide von einem auf unter drei Stunden eingeschränkten Leistungsvermögen des Klägers, im Wesentlichen gestützt auf eine chronische Anpassungsstörung bei passiv-aggressiver Persönlichkeit (Dr. Z.) bzw. eine unzureichend behandelte mittelgradige depressive Episode (Prof. Dr. D.) ausgegangen sind, folgt der Senat dagegen nicht. Im Hinblick auf die von Dr. Z. diagnostiz. te passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, auf die er die Annahme einer zeitlichen Leistungseinschränkung hauptsächlich gestützt hat - unter Verweis auf die kaum vorhandene Kommunikationsbereitschaft und die unterschwellige Aggressivität des Klägers - haben sowohl Dr. Edelmann in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 20. Januar 2015, der sich auch Dr. M. angeschlossen hat, als auch Prof. Dr. B. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2016 zu Recht darauf hingewiesen, dass eine derartige Persönlichkeitsstörung zuvor niemals diagnostiz. t worden ist und darüber hinaus eine solche Persönlichkeitsstörung seit der frühen Jugend vorhanden sei und deshalb keine dauerhafte Leistungseinschränkung begründen könne, wenn zuvor - wie beim Kläger der Fall - jahrelang trotz eines solchen Störungsbildes eine regelmäßige Erwerbstätigkeit möglich war. Auch Prof. Dr. D. hat eine passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen, da zum einen der Beginn des Verhaltensmusters in der Jugend nicht nachweisbar sei und zum anderen auch die Kriterien einer derartigen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien. Da demnach der Nachweis einer relevanten Persönlichkeitsstörung des Klägers nicht vorliegt, können daraus auch keine Rückschlüsse auf eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers gezogen werden. Dr. Z. hat den Kläger im Übrigen - insoweit übereinstimmend mit Prof. Dr. B. - im psychopathologischen Befund als "nicht etwa depressiv herabgestimmt, auch nicht antriebsgehemmt" bezeichnet und dementsprechend auch nur eine Dysthymie diagnostiz. t. Jedenfalls im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Z. bestand demnach keine ausgeprägte depressive Symptomatik. Im Hinblick auf den von Prof. Dr. D. in seinem Gutachten beschriebenen Befund hat Prof. Dr. B. nachvollziehbar aufgezeigt, dass die vom Kläger angegebenen Gedächtnisstörungen nicht objektivierbar gewesen sind und keine depressiv induz. ten kognitiven Defizite (bezüglich Konzentration) vorgelegen haben, da der Kläger ein langes Interview im Rahmen des Gutachtens bewältigt hat und auch keine depressive Antriebshemmung bestanden haben kann, weil der Kläger sonst nicht so ausführlich hätte berichten können. Bezüglich der weiterhin beschriebenen Denkverlangsamung und Antriebsreduktion hat Prof. Dr. B. schlüssig darauf hingewiesen, dass Denkverlangsamung und Antriebsreduktion keineswegs mit Denkhemmung und Antriebshemmung gleichzusetzen sind; 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. Antriebsreduktion bzw. Antriebsarmut und Denkverlangsamung könnten hingegen Ausdruck einer hirnorganischen Krankheit oder eines schizophrenen Residualsyndroms sein, aber auch als bewusstseinsnahe Zweckreaktion entsprechend demonstriert bzw. instrumentalisiert werden. Daraus lässt sich nachvollziehbar ableiten, dass es sich bei dem von Prof. Dr. D. beschriebenen Antriebsmangel, der bereits einfache Tätigkeiten der Alltagsbewältigung verhindere und den er als maßgeblich für die auch zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit ansieht, um ein für den Kläger überwindbares Hindernis handelt. Darüber hinaus ist auch ergänzend darauf hinzuweisen, dass - selbst wenn man sich der Einschätzung von Prof. Dr. D. anschließen wollte - kein Nachweis darüber vorliegt, dass es sich bei der von ihm bei der Untersuchung am 28. Januar 2016 festgestellten, mittelgradigen depressiven Episode um eine dauerhafte Einschränkung handelt, zumal auch Prof. Dr. D. durch konsequente Behandlung eine Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit für möglich gehalten hat. Das Vorliegen einer Suchterkrankung oder eines Alkohol- bzw. Cannabismissbrauchs hat Prof. Dr. D. ausgeschlossen, so dass auch daraus keine zeitliche Leistungseinschränkung resultieren kann.

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

Bezüglich des von Prof. Dr. B. darüber hinaus erwähnten, operativ korrigierten Wirbelsäulensyndroms sind ebenfalls nur qualitative Einschränkungen zu beachten, die in den Gutachten der orthopädischen Sachverständigen Dr. Sch. und Dr. St. ausführlich und schlüssig dargelegt worden sind. Eine Pflicht zur Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit besteht nicht. Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen bzw. schwere spezifische Leistungsbehinderungen sind nicht gegeben. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung meint die Fälle, in denen bereits eine einzige schwerwiegende Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003 - [B 5 RJ 64/02 R](#) - juris). Als Beispiel hierfür ist etwa die Einarmigkeit eines Versicherten zu nennen. Das Merkmal "Summierung" ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" trägt hingegen dem Umstand Rechnung, dass auch eine Vielzahl von Einschränkungen, die jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, zusammengenommen - ohne im Einzelnen oder auf den ersten Blick ungewöhnlich zu sein - das noch mögliche Arbeitsfeld in erheblichem Umfang zusätzlich einengen können. In diesen Fällen besteht die Verpflichtung, ausnahmsweise eine konkrete Tätigkeit zu benennen, weil der Arbeitsmarkt möglicherweise für diese überdurchschnittlich leistungsgeminderten Versicherten keine Arbeitsstelle bereithält oder nicht davon ausgegangen werden kann, dass es für diese Versicherten eine ausreichende Anzahl von Arbeitsplätzen gibt oder ernste Zweifel daran aufkommen, ob der Versicherte in einem Betrieb einsetzbar ist (BSG Urteil vom 10. Dezember 2003, [B 5 RJ 64/02 R](#) - juris). Die von den Sachverständigen festgestellte Beschränkung auf körperlich leichte Tätigkeiten sowie die sonstigen qualitativen Einschränkungen, die der Kläger wegen seiner Beschwerden auf orthopädischem und psychiatr. em Fachgebiet bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit beachten muss, sind weder besonders zahlreich noch schränken sie den möglichen Einsatzbereich des Klägers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über das auch ansonsten bei Vorliegen qualitativer Einschränkungen übliche Maß hinaus ein. Der Senat hat auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger eine Tätigkeit nicht unter den in Betrieben üblichen Bedingungen ausüben kann. Damit ist der Arbeitsmarkt für den Kläger nicht verschlossen. 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 demnach die Klage zu Recht abgewiesen hat, war die Berufung 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. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtkke, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 193 SGG](#) Rdnr. 8 erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in Juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-06-30