

L 13 R 4519/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 8 R 1076/13
Datum
25.09.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 4519/14
Datum
25.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 25. September 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Weitergewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 30. November 2012 hinaus im Streit.

Der 1962 geborene Kläger hat von 1977 bis Februar 1979 eine Ausbildung zum Landwirt begonnen, jedoch nicht abgeschlossen. Von 1984 bis 1986 wurde er erfolgreich zum Maschinenschlosser umgeschult. Vom 4. Juli 1986 bis 31. Dezember 1993 war er als Anreißer, von Dezember 1994 bis November 2001 als CNC-Fräser und von Dezember 2001 bis August 2003 als CNC-Dreher versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend war der Kläger arbeitsunfähig bzw. arbeitslos. Seit September 2008 übt er unterschiedliche Minijobs aus (u. a. als Zeitungsausträger, als Aushilfsfahrer bei der Firma M. W. GmbH und bei der Firma Dienstleistungen F. St. sowie als Fahrer für die Firma H.).

Am 25. August 2005 stellte er erstmals einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung führte er aus, an Rückenbeschwerden, einer BW-Fraktur, einem Morbus Scheuermann, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schimmelpilz und toxischer Vergiftung sowie deren Folgen (Allergien), Konzentrations- und psychischen Problemen zu leiden. Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin durch den Internisten Dr. L. sozialmedizinisch begutachten. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 24. Oktober 2005 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Der Kläger sei in der Lage, eine Tätigkeit als Maschinenschlosser/CNC-Dreher sowie mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 Stunden und mehr auszuüben. Häufiges Bücken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Zwangshaltungen sollten vermieden werden. Der klägerische Antrag wurde daraufhin mit Bescheid vom 25. Oktober 2005 abgelehnt. Der hiergegen erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 15. März 2006 zurückgewiesen. Hiergegen erhob der Kläger am 20. März 2006 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG - S 8 R 772/06). Das SG befragte daraufhin die den Kläger behandelnden Ärzte (Dr. M., Dr. Sch., Dr. H.) und holte ein nervenärztliches-sozialmedizinisches Gutachten bei dem Neurologen und Psychiater Dr. H. ein. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 28. Juni 2006 eine Somatisierungsstörung bei akzentuierter Persönlichkeit mit paranoiden und asthenischen Zügen. Da keine objektivierbaren schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen vorlägen, bestünden auch keine Einschränkungen in körperlicher Hinsicht. Aufgrund der seelischen Störung seien Tätigkeiten unzumutbar, die mit hoher Anforderung an die psychische Belastbarkeit einhergingen, auch mit besonderer Anforderung an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit. Der Kläger sei noch in der Lage, Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig (8 Stunden täglich bei 5 Tagen in der Woche) auszuüben. Auch könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als CNC-Fräser bzw. -Dreher weiterhin ohne zeitliche Einschränkung ausgeübt werden. Daraufhin hat das SG die Klage durch Gerichtsbescheid vom 17. Oktober 2006 abgewiesen. Gegen diesen Gerichtsbescheid legte der Kläger am 14. November 2006 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) ein ([L 11 R 5892/06](#)). Diese wurde mit Urteil vom 17. April 2006 ohne weitere Ermittlungen mangels Vorliegen von Erwerbsminderung zurückgewiesen. Die hiergegen erhobene Nichtzulassungsbeschwerde wurde vom Bundessozialgericht mit Beschluss vom 6. August 2007 ([B 13 R 208/07 B](#)) als unzulässig verworfen.

Am 19. Juli 2007 stellte der Kläger einen erneuten Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung des Antrags bezog er sich auf seinen Antrag aus dem Jahr 2005. Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin durch den Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie und Sozialmedizin Dr. R. begutachten. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 31. August 2007 eine akzentuierte Persönlichkeit mit Somatisierungsstörung sowie einen abgelaufenen Morbus

Scheuermann. Der Kläger sei in der Lage, eine Tätigkeit als Maschinenschlosser/CNC-Dreher sowie mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich 6 Stunden und mehr auszuüben. Mit Bescheid vom 11. September 2007 lehnte die Beklagte die beantragte Rente ab. Den gegen diese Entscheidung erhobenen Widerspruch vom 11. Oktober 2007 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29. Mai 2008 zurück. Eine Erwerbsminderung liege nicht vor. Am 7. Juli 2008 erhob der Kläger Klage beim SG gegen diesen Bescheid (S 8 R 2008/08). Nach Einholung von sachverständigen Zeugenaukünften der den Kläger behandelnden Ärzte (Diplom-Psychologe F. und Dr. B.) erhob das SG Beweis durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Neurologen und Psychiater Dr. L. ... Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 17. Oktober 2009 eine Angststörung mit sozialer Phobie, eine depressive Störung (mit Somatisierung, gegenwärtig leichte depressive Symptomatik, mit wahnhaften Anteilen in der Vergangenheit), einen Z. n. Alkoholabusus, eine dysfunktionelle Myoarthropathie (Oberkieferprothese), einen Tinnitus beidseits mit Hörminderung sowie ein schmerzhaftes Wirbelsäulensyndrom, zervikal betont. Der Kläger sei zeitlich eingeschränkt unter 3stündig arbeitstätig leistungsfähig. Gründe hierfür seien die erheblich reduzierte Belastbarkeit mit mangelnder langanhaltender Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit. Bei einer weiteren konsequenten psychotherapeutischen möglicherweise noch kombinierten antidepressiven angstspezifischen Medikation und physiotherapeutischen und optimalen prothetischen Behandlung bei dysfunktioneller Myoarthropathie sei eine weitere Besserung möglich. Die Beklagte anerkannte daraufhin sowohl die teilweise als auch die volle Erwerbsminderung des Klägers seit dem 19. Juli 2007 und bewilligte ihm eine befristete volle Erwerbsminderungsrente im Zeitraum 1. Februar 2008 bis 30. November 2010. Der Kläger nahm das Anerkenntnis zur Erledigung des Rechtsstreits S 8 R 2008/08 an.

Am 23. August 2010 stellte der Kläger einen Antrag auf Weiterzahlung der Rente. Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin durch den Neurologen und Psychiater Dr. T. nervenärztlich begutachten. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 23. Oktober 2010 die Diagnose einer Angststörung/sozialen Phobie, einer rezidivierenden depressiven Störung und einem chronischen Wirbelsäulensyndrom. Obwohl Dr. T. ausführte, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers seit der Begutachtung durch Dr. L. im Oktober 2009 deutlich gebessert habe, kam er zu dem Ergebnis, dass der Kläger nur 3 bis unter 6 Stunden arbeitstätig leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben könne. Die Beklagte verlängerte daraufhin die Zeitrente bis zum 30. November 2012.

Am 20. November 2012 stellte der Kläger einen erneuten Antrag auf Weitergewährung der Rente. Zur Begründung führte er aus, dass die Depressionen schlimmer geworden seien. Die Beklagte ließ den Kläger sodann von der Neurologin und Psychiaterin Dr. M. nervenärztlich begutachten. Diese diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 13. Oktober 2012 eine somatoforme Störung und akzentuierte Persönlichkeitsmerkmale. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich deutlich gebessert. Er sei in der Lage, 6 Stunden und mehr eine Tätigkeit als Dreher sowie mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Mit Bescheid vom 23. Oktober 2012 wurde dieser Antrag abgelehnt. Der Kläger leide an einer somatoformen Störung und akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen ohne funktionelle Relevanz. Diese Einschränkungen führten nicht mehr zu einer Rente wegen Erwerbsminderung. Der Kläger sei wieder in der Lage, täglich mindestens 6 Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger am 31. Oktober 2012 Widerspruch und begehrte die Fortzahlung der Rente ab dem 1. Dezember 2012. Der Widerspruch wurde damit begründet, dass sich der Kläger der Leistungseinschätzung der Dr. M. in ihrem Gutachten nicht anschließen könne. Er leide unter der Symptomatik von Antriebs- und Motivationsverlust, Freud- und Lustlosigkeit sowie Grübelzwängen und extremen Stimmungsschwankungen. Hinzu träten Traurigkeit, soziale Ängste und massive Schlafstörungen sowie infolge der Minimierung der seelischen Belastbarkeit Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Ausdauerstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses. Hinzu träten automatische Gedanken in Bezug auf seine Zahnprothese, mitunter Schwindel und psychovegetative Begleitumstände wie Herzklopfen und intermittierend im Tagesverlauf einsetzende Kopfschmerzen. Unter leichtester Belastung stellten sich Unruhezustände sowie psychophysische Erschöpfungszustände ein, welche ihn zum Einnehmen von Ruhe- und Erholungspausen zwängen. Er unterliege einem sozialen Rückzugsverhalten, welches seit vielen Jahren bestehe und die Sozialkontakte einschränke. Auch leide er an sozialen Ängsten und Misstrauen sowie Stimmungsschwankungen, die ein Vermeidungsverhalten hinsichtlich neu sich bildender sozialer Situationen ergebe. Damit sei er Stresssituationen nicht mehr gewachsen. Der Kläger sei folglich auch Zeitdruck nicht mehr gewachsen. Es bestehe eine schwerwiegende Beeinträchtigung in der Leistungsbreite. Dies werde auch durch den behandelnden Neurologen und Psychiater Dr. B. bestätigt. Der Kläger sei nicht mehr in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6stündig arbeitstätig auszuüben. Der Kläger legte außerdem ein nervenärztliches Attest des Dr. B. vom 20. November 2012 vor. Danach leide der Kläger seit Jahren an somatoform überlagerten Missempfindungen mit anhaltender Zahnproblematik und rezidivierenden Sehstörungen in deren Verlauf es wiederholt zu Bagatellunfällen gekommen sei, wofür sich augenärztlicherseits wie auch neurologischerseits kein sicheres Korrelat ergeben habe. Unter Herausnahme aus der Berufstätigkeit mit inzwischen erfolgter Verrentung sei der Kläger auf niedrigem Niveau soweit konsolidiert, dass er seinen normalen Alltag leidlich bestreiten könne. Er sei weiterhin gesundheitlich den Belastungen des allgemeinen Arbeitsmarktes in versicherungsrelevantem Umfang nicht gewachsen. Mit Widerspruchsbescheid vom 9. April 2013 wies der Beklagte den erhobenen Widerspruch zurück. Der Kläger sei nicht mehr erwerbsgemindert.

Am 24. April 2013 hat der Kläger Klage beim SG erhoben ([S 8 R 1076/13](#)). Zur Begründung ist auf die Widerspruchsbegründung verwiesen worden. Ergänzend ist ausgeführt worden, dass nicht nachvollzogen werden könne, wie Frau Dr. M. im Rahmen einer nur kurzen Untersuchung das Ausmaß der beim Kläger bestehenden Depression überhaupt beurteilen könne und zu dem Ergebnis habe gelangen können, dass ein vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben sei. Auch sei die Bemerkung des beratenden Arztes nicht nachvollziehbar, wonach dem Attest des behandelnden Facharztes Dr. B. aufgrund des zwischen ihm und dem Kläger bestehenden besonderen Vertrauensverhältnisses nur ein sehr geringer Beweiswert zukomme. Der Kläger befinde sich seit vielen Jahren in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung bei Dr. B., so dass dieser sehr wohl qualifiziert zum Schweregrad der vorliegenden Beeinträchtigungen Stellung nehmen könne. Der Kläger sei bei integrativer Betrachtung der bei ihm vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht in der Lage, ohne Gefährdung seiner Restgesundheit erwerbstätig zu sein. Dem kontinuierlichen Anforderungs- und Belastungsprofil des allgemeinen Arbeitsmarktes sei er nicht mehr gewachsen. Die den Kläger behandelnden Ärzte sollten als sachverständige Zeuge vernommen werden.

Das SG hat daraufhin Beweis erhoben durch die Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte, den Orthopäden Z. (D: rezidivierende Cervicobrachialgie li. betont bei BSV C4/5 re. und Foramenstenose C5/6 li., rezidivierende Cervicocephalgien, ausgeprägte muskuläre Dysbalance bei teilfixierter Rundrückenfehlstatik, Chondropathia patellae beidseits, PHS li. bei leichtem Impingement), den Allgemeinmediziner Dr. M. (Diagnosen sind nicht gestellt worden), die Diplom-Psychologin Dr. G. (D: affektive Störung, somatoforme Störung, akute Belastungsreaktion), den Neurologen und Psychiater Dr. B. (konkrete Diagnosen wurden nicht mitgeteilt; es bestünden anhaltende somatoform überlagerte Beschwerde insbesondere auch mit dentologischen Missempfindungen; der Kläger sei ausgeprägt psychophysisch erschöpft).

Das SG hat darüber hinaus den Neurologen und Psychiater Dr. D. mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. Dr. D. hat in seinem Gutachten vom 31. Januar 2014 ausführlich Befund erhoben. Der neurologische Befund ist unauffällig gewesen. In psychopathologischer Hinsicht hat sich der Kläger bewusstseinsklar und allseits richtig orientiert gezeigt. Er ist freundlich und zugewandt gewesen mit lebhafter Mimik und Gestik. Die Grundstimmung ist leicht in depressive Richtung verschoben gewesen. Zeitweise hat der Kläger etwas nachdenklich gewirkt, wobei keine Hinweise für eine akute Suizidalität bestanden haben. Die affektive Resonanzfähigkeit hat sich allenfalls leicht eingeengt gezeigt. Der Kläger hat sich in der Lage gezeigt, auf freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren. Der formale Denkablauf ist geordnet gewesen. Inhaltliche Denkstörungen sowie Störungen von Wahrnehmungen und Ich-Erlebnis haben nicht bestanden. Im Rahmen der ca. 90-minütigen Exploration haben sich keine vorzeitigen Ermüdungserscheinungen gezeigt. Der Kläger hat konzentriert und aufmerksam über sich und seine Vorgeschichte berichtet. Zwar ist vom Kläger eine erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit berichtet worden. Diese ist im Rahmen der Begutachtung jedoch nicht objektivierbar gewesen. Mnestiche Defizite sind nicht nachweisbar gewesen. Es hat auch keine psychomotorische Hemmung oder eine Agitiertheit bestanden. Laut Dr. D. bestehe beim Kläger ein vorwiegend somatisches Krankheitsverständnis. Die intellektuellen Funktionen sind ebenso wie der Antrieb ungestört gewesen. Dr. D. hat eine Dysthymie, eine Somatisierungsstörung, ein Wirbelsäulensyndrom ohne neurologisches Defizit sowie ein Karpaltunnelsyndrom links beim Kläger diagnostiziert. Nach Auffassung von Dr. D. ist der Kläger in der Lage, leichte bis zeitweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen vollschichtig (8 Stunden täglich bei fünf Tagen in der Woche) auszuüben. Wirbelsäulenzwangshaltungen und Überkopfarbeiten sollten ebenso wie Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr vermieden werden. Aufgrund der bestehenden Dysthymie und den damit verbundenen Schlafstörungen sollte der Kläger nicht in Nacht- und/oder Wechselschicht und auch nicht in Akkord arbeiten. Außerdem sollten aufgrund der nach wie vor bestehenden Neigung zu sozialphobischem Verhalten, der persönlichkeitsbedingten leichten Kränkbarkeit bzw. der Neigung zur Fehlinterpretation der Verhaltensweisen Dritter Publikumsverkehr möglichst gering gehalten werden. Die Wegefähigkeit des Klägers sei nicht eingeschränkt. Arbeitsunübliche Pausen seien nicht notwendig.

Im Auftrag des Klägers gem. § 109 SGG hat das SG den Psychiater Prof. Dr. B. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Prof. Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 3. Juni 2014 einen weitgehend unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefund mitgeteilt. In psychopathologischer Hinsicht habe der Kläger müde und energielos gewirkt mit prima vista chronifizierter Freudlosigkeit in schlechtem Energiezustand, mit mäßigem Antrieb und mit Skepsis. Das Kontaktverhalten habe sich zwar freundlich gestaltet, es sei jedoch durchweg eine gewisse Ratlosigkeit, Verzweiflung und auch Hostilität spürbar gewesen. Aufmerksamkeit und Konzentration seien dadurch gekennzeichnet gewesen, dass der Betroffene während der Bearbeitung von Fragebögen und in der Testpsychologie lahm und schwerfällig gewirkt habe und dadurch verhältnismäßig lange Untersuchungszeiten resultiert hätten. Die Psychomotorik sei lahm, Gestik und Mimik nicht überexpressiv, spärlich bedrückt, insgesamt gequält wirkend gewesen. Der Kläger habe sich formalgedanklich grüblerisch, immer wieder zwanghaft abwägend gezeigt, was zu langen Antwortlatenzen geführt habe. Das inhaltliche Denken sei in der Untersuchungssituation frei von psychotischen Phänomenen gewesen, jedoch anamnestisch auffällig (subtiles Verfolgungsgefühl, passager flüchtige Phänomene wie Körperhalluzinationen und Gedanken laut werden/Stimmen hören). Das Gedächtnis sei im Zeitgitter etwas unsicher gewesen, die Intelligenz im unteren Normbereich. Bei auffälligem Impulsdefizit habe eine Selbstaufgabebetendenz, Resignation und Depressivität bestanden. Phänomenologisch habe sich ein Bild analog einem leichten Residualsyndrom bei nicht sicher nachweisbar durchgemachter Psychose gezeigt. Ein Hinweis für eine aktive Suizidalität habe nicht bestanden. Prof. Dr. B. hat folgende psychiatrische und schmerzpsychologische Diagnosen gestellt: Dysthymia, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, phasenweise schwer depressive Symptomatik mit psychotischen Symptomen und somit doppelte Depression, kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit schizoiden und ängstlichen Anteilen, polytopes Schmerzsyndrom nach Gerbershagen Stadium 1 - 2, Schwerpunkt Gesicht/Schädel (atypischer Gesichtsschmerz), Halswirbelsäulen-Syndrom, Lumbalsyndrom, Sprunggelenk links. Auf nichtpsychiatrischem Fachgebiet hat er folgende Diagnosen gestellt: dysfunktionale Myoarthropathie, degenerative Veränderung der HWS, stattgehabter Morbus Scheuermann, Karpaltunnelsyndrom links, Tinnitus aurium beidseits. Der Kläger sei aufgrund der bei ihm vorliegenden Einschränkungen nur noch in der Lage 3 bis 4 Stunden arbeitstäglich zu arbeiten. Der Grund hierfür liege in der psychophysisch reduzierten Verfassung, wobei der limitierende Faktor in der Antriebsenbuße, dem Verlust der Spontanimpulsbildung und schlechter Umstellungsfähigkeit liege. Es sei jedoch nicht auszuschließen, dass der Kläger durch eine multimodale psychiatrisch-schmerzpsychologische Behandlung durchaus noch profitieren könne. Der Antriebsmangel könne unter Umständen noch medikamentös verbessert werden. Allerdings sei zweifelhaft, ob dies unter ambulanten Bedingungen gelingen könne.

Die Beklagte hat daraufhin die sozialmedizinische Stellungnahme vom 10. Juli 2014 bei dem Neurologen und Psychiater Dr. N. eingeholt, der nach wie vor eine quantitative Leistungsminderung nicht bestätigt hat.

Mit Urteil vom 25. September 2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger leide vor allem unter einer Dysthymie, einer Somatisierungsstörung sowie einem Wirbelsäulensyndrom. Diese Erkrankungen führten nicht zu einer quantitativen Leistungseinschränkung. Hierbei hat sich das SG insbesondere dem Gutachten des Dr. D. angeschlossen. Der Gesundheitszustand des Klägers habe sich im Vergleich zum Gutachten des Dr. L., das vormalig zu einer Berentung geführt habe, verbessert. Der Kläger könne seinen Alltag inklusive handwerklicher Tätigkeit gestalten. Er befinde sich in psychotherapeutischer und antidepressiver Behandlung, wodurch es zu einer deutlichen Besserung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Das sozialphobische Verhalten sei zurückgegangen, Antriebsstörungen seien nicht nachweisbar. Soweit Prof. Dr. B. sowie die Behandler Dr. G. und Dr. B. zu einem anderen Ergebnis kämen, überzeuge dies nicht. Die depressive Erkrankung und das Schmerzempfinden des Klägers führten zwar zu qualitativen, nicht jedoch zu quantitativen Leistungseinschränkungen. Überdies sei der Tagesablauf und das Alltagsverhalten des Klägers nicht erheblich eingeschränkt (Traktorfahren im 400,- EUR-Job, PC-Beschäftigungen, Imkertätigkeit). Ein Anspruch auf eine teilweise Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund von Berufsunfähigkeit scheide aus, da der Kläger nach dem 2. Januar 1961 geboren sei.

Gegen das am 2. Oktober 2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 30. Oktober 2014 Berufung eingelegt. Der Kläger hat seinen bisherigen Vortrag wiederholt und vertieft. Insbesondere überzeuge es den Kläger nicht, dass das SG lediglich vom Vorliegen einer Dysthymie, einer Somatisierungsstörung und eines Wirbelsäulensyndroms und folglich von einem nicht quantitativ eingeschränkten Leistungsvermögen ausgegangen sei. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb das SG die Einschätzung des Prof. Dr. B. nicht für schlüssig erachte. Er sei aufgrund seiner Müdigkeit, seiner Konzentrationsprobleme, seiner Kopfschmerzen, seiner Depression, aufgrund von Entzündungen im HNO-Bereich und Problemen mit der Wirbelsäule auch in den Aktivitäten des täglichen Lebens in zeitlicher Hinsicht dermaßen eingeschränkt, dass er auch keine leichten Tätigkeiten mehr in einem Umfang von 6 Stunden und mehr ausüben könne. Er könne gerade noch 3 Stunden arbeiten, wobei er darüber hinaus sonst nichts mehr auf die Reihe bekomme und dazwischen oft tagelange Erholung benötige. Zwischenzeitlich sei

auch eine Kompressionsfraktur des 6. und 7. Brustwirbels festgestellt worden. Auch sei er bei dem Umweltmediziner Dr. B. vorstellig geworden, der verschiedene Allergien bzw. Unverträglichkeiten von Zahnmaterialien sowie einen angeborenen Gendefekt, was entzündungsstimulierend im Kopfbereich wirke, festgestellt habe. Zwischenzeitlich befinde er sich überdies bei Frau Dr. F. im ZfP S., Institutsambulanz, in Behandlung, welche ebenfalls als sachverständige Zeugin befragt werden solle. Auch wolle er darauf hinweisen, dass im Verfahren bisher viele Fehler passiert seien. Er sei kein Landwirt, sondern habe diese Lehre nach dem Tod des Vaters abgebrochen. Er sei gelernter Maschinenschlosser. Auch würde er nicht anschließend an seinen Minijob noch Rasen mähen und im Garten arbeiten. Er habe gegenüber einem Gutachter lediglich erwähnt, dass er nach dem Arbeiten "manchmal in den Garten gehe, weil er sich zurückziehen und ausruhen müsse". Ihm werde nicht geglaubt. In fast jedem Gutachten seien grundlegende Fehler enthalten, die zusammen ein falsches Bild von ihm darstellten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 25. September 2014 sowie den Bescheid vom 23. Oktober 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung über November 2012 hinaus weiter zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf ihr Vorbringen im erstinstanzlichen Verfahren sowie den Ausführungen im Urteil des SG.

Der Senat hat die Behandlungsberichte von Dr. H., Dr. B. und Dr. Fey beigezogen und das Gutachten des Prof. Dr. B. zur ergänzenden Stellungnahme an Dr. D. übersandt. Dr. D. hat in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 12. Juni 2015 ausgeführt, dass Prof. Dr. B. u. a. vom Vorliegen einer sogenannten doppelten Depression ausgehe. Aus dem von diesem mitgeteilten psychopathologischen Befund lasse sich das Vorliegen einer mittelgradigen oder gar schweren depressiven Episode jedoch nicht ableiten. Aus der Aktenlage und den Angaben des Klägers ergäben sich auch keine Hinweise darauf, dass der Kläger eine Psychose durchgemacht habe. Es ergäben sich auch keine Hinweise auf eine signifikante psychoorganische Beeinträchtigung. In diesem Zusammenhang habe Prof. Dr. B. eine umfangreiche Testbatterie angewandt. Es sei nicht auszuschließen, dass die beim Kläger bestehende leichte depressive Symptomatik im Sinne einer Dysthymie immer wieder durch eine ausgeprägtere depressive Symptomatik im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung überlagert werde. Die Übergänge seien fließend. Es lägen jedoch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass diese chronifiziert sei. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb der Kläger davon ausgehe, dass ihm die bislang gewährte Erwerbsminderungsrente aufgrund einer Persönlichkeitsstörung gewährt worden sei. Die Rente sei dem Kläger auf der Grundlage des Gutachtens des Dr. L. bewilligt worden, welcher von einer Angststörung mit sozialer Phobie in Verbindung mit einer depressiven Störung mit Somatisierung, gegenwärtig leichter depressiver Symptomatik mit wahnhaften Anteilen in der Vergangenheit, ausgegangen sei. Auch sei Dr. L. davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers bei weiterer psychotherapeutischer, möglicherweise auch noch kombinierter antidepressiver-angstspezifischer Medikation und physiotherapeutischer und optimaler prothetischer Behandlung der dysfunktionellen Myopathie bessern könne. Dies sei zwischenzeitlich eingetreten. Es sei nicht ausgeschlossen, dass beim Kläger zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. B. eine gewisse, durch externe Faktoren induzierte Akzentuierung der depressiven Symptomatik bestanden habe. Diese führe jedoch nicht zu einer dauerhaften Erwerbsminderung, sondern zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Auch in Bezug auf die vorgelegten Unterlagen der Dres. H., B. und F. ergäbe sich keine quantitative Einschränkung des klägerischen Leistungsvermögens.

Die seitens der Beklagten eingeholte sozialmedizinische Stellungnahme des Psychiaters Dr. N. vom 9. Juli 2015 geht nach Auswertung der Unterlagen der Dres. H., B. und Fey sowie der ergänzenden Stellungnahme des Dr. D. weiterhin von einem nicht eingeschränkten quantitativen Leistungsvermögen aus.

Mit Email vom 20. Juli 2015 hat sich der Kläger persönlich gegen das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme von Dr. D. gewandt. Dieser habe seinen Tagesablauf nicht richtig wiedergegeben und diesbezüglich maßlos übertrieben. Sein Freizeitgrundstück sei 17 km von seinem Wohnort entfernt. Den Schrebergarten treibe er seit 2001 gar nicht mehr um. Er kümmere sich lediglich um die Obstwiese, welche er ca. 5 mal im Jahr mähe. Es handele sich um seinen Rückzugsraum, an dem er sich gelegentlich bei gutem Wetter aufhalte. Auch seien dort seine Bienenvölker. Von dort aus seien es nochmals ca. 7 km zum D. bei A ... Dort könne man sehr günstig zu Mittag essen. Dies mache er ca. 10 - 15 mal pro Jahr, wovon die Hälfte davon ein Bekannter vor Ort sei, mit er sporadisch Kontakt habe. Er verbringe oft den gesamten Tag im Bett. Sein Alkoholkonsum habe wieder zugenommen. Insgesamt habe sich sein Gesundheitszustand in diesem Jahr sehr verschlechtert. Er sei restlos überfordert, habe vermehrt Schlaf- und Konzentrationsstörungen und verursache vermehrt Bagatelunfälle, sowohl bei der Arbeit als auch mit dem Auto. Er zweifle sehr stark an der Neutralität des Dr. D ...

Am 29. September 2015 hat ein Erörterungstermin stattgefunden. Die Beklagte hat im Rahmen dieses Termins eine stationäre Rehamaßnahme etwa im psychiatrischen Bereich angeboten, falls im Gegenzug die Berufung zurückgenommen werde. Dieser Vorschlag ist seitens des Klägers abgelehnt worden. Vielmehr ist angekündigt worden, einen weiteren Antrag gem. [§ 109 SGG](#) zu stellen.

Mit Schreiben vom 10. November 2015 hat der Kläger mitgeteilt, dass er am 30. November 2015 eine stationäre Behandlung in Form einer multimodalen Schmerztherapie in der Sana Klinik L. antreten werde und bat um Verlängerung der Antragsfrist für ein Gutachten gem. [§ 109 SGG](#). Auf Antrag der Beteiligten ist mit Beschluss vom 24. November 2015 das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden.

Mit Schreiben vom 25. April 2016 hat der Kläger das ruhende Verfahren wieder angerufen und den Entlassbericht der S. Klinik L. vom 18. Dezember 2015 sowie den psychotherapeutischen Befund vom 8. Dezember 2015 vorgelegt. In dem Entlassbericht vom 18. Dezember 2015 sind folgende Diagnosen gestellt worden: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende Cervicobrachialgie bei Bandscheibenvorfall HWS C4/C5 und C5/C6, muskuläre Dysbalance, Handgelenkarthralgie, rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch. In dem psychotherapeutischen Befundbericht vom 8. Dezember 2015 wird der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig, diagnostiziert.

Die Beklagte hat daraufhin die sozialmedizinische Stellungnahme des Psychiaters Dr. N. vom 9. Juni 2016 eingeholt, in der dieser an seiner Einschätzung festhält, dass keine quantitative Leistungsminderung vorliege.

Auf Antrag des Klägers hat der Senat sodann Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Neurologen und Psychiater Dr. L. ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 19. Dezember 2016 folgende Diagnosen gestellt: schizoaffective Psychose, anhaltend schädlicher Gebrauch von Alkohol, schmerzhaftes Wirbelsäulensyndrom, dysfunktionelle Myoarthropathie, Tinnitus. Dr. L. hat einen unauffälligen neurologischen Befund beschrieben. Bezüglich des psychiatrischen Befundes hat Dr. L. mitgeteilt, dass der Kläger pünktlich zur Untersuchung erschienen sei. Er sei freundlich, zugewandt und kooperativ gewesen und habe sämtliche Fragen prompt und bemüht beantwortet. Anhaltspunkte für Simulation oder Aggravation habe er nicht feststellen können. Der Kläger habe ein dominierend somatisches Krankheitsverständnis. In Belastungs- und Einengungssituationen erlebe er körperlich im Ansatz vorhandene Beschwerden durchaus verstärkt. Er sei auf seinen sanierungsbedürftigen Zahnstatus bzw. auf Probleme mit seiner Oberkieferprothese fixiert. Die Stimmung sei subdepressiv ausgelenkt. Der Kläger wirke teilweise verzweifelt, innerlich unruhig, gespannt. Glaubhaft bestünden Ängste, teilweise Panik. Die Psychomotorik sei gebunden, die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Schlafstörungen seien nicht zu eruieren. Im Gespräch sei eine deutliche Anstrengung aufgefallen, den intentionalen Bogen zu halten. Weitere formale Denkstörungen hat Dr. L. nicht gefunden. Inhaltlich hätten sich Gedankenbeeinflussung, Zwänge, etwas tun zu müssen, eruieren lassen. Die Zusatzdiagnostik in Form von Elektroencephalographie, akustisch evozierter Potentiale, Ultraschallbefund der extrakraniellen hirnzuführenden Gefäße/transcranielle Doppler- und Duplex-Sonographie sowie die Hirnleistungsreihe TPS haben keinen auffälligen Befund erbracht. Der laborchemische Test zur Bestimmung des Medikamentenspiegels hat ergeben, dass der Kläger die von ihm angeblich am Vortag genommenen Medikamente Arcoxia und Trimipramin nicht (Arcoxia) bzw. nicht anhaltend konsequent (Trimipramin) einnimmt. Darüber hinaus hat Dr. L. eine testpsychologische Diagnostik durchgeführt. Der Kläger sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 3 bis unter 6 Stunden arbeitstäglich ausüben. Hierbei hat Dr. L. ausgeführt, dass diese zeitliche Leistungseinschränkung allein auf die schizoaffective Psychose und den schädlichen Gebrauch von Alkohol zurückzuführen sei. Die anderen von ihm diagnostizierten Erkrankungen führten nicht zu einer zeitlichen Leistungseinschränkung.

Die Beklagte hat daraufhin die sozialmedizinische Stellungnahme des Psychiaters Dr. N. vom 17. Januar 2017 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass die plötzliche Diagnose einer schizoaffectiven Psychose nicht nachvollzogen werden könne. Die vorbefassten Gutachter und Ärzte hätten stets eine Depression beschrieben. Auch habe Dr. L. im psychopathologischen Befund weder Wahn noch Halluzinationen feststellen können, weshalb die diagnostische Einschätzung nach den Kriterien des ICD-10 nicht nachvollzogen werden könne. Der mitgeteilte psychopathologische Befund entspreche allenfalls einer leichtgradigen Depressivität ohne Hinweise für schizophrenietypische Symptome. Darüber hinaus hätten die vom Kläger angegebene antidepressive Medikation im Blut nicht nachgewiesen werden können. Im Rahmen des Beschwerdevalidierungstests habe der Kläger im strukturierten Fragebogen simulierter Symptome den Cut-Off-Wert "deutlich um 21 Punkte überschritten". Dr. L. habe dazu ausgeführt, dass der Test bei alleiniger Betrachtung auf eine Simulation hinweisen könne. Das Gutachten des Dr. L. überzeuge nicht. Insgesamt bestehe kein zuverlässiger Hinweis, dass das quantitative Leistungsvermögen des Klägers tatsächlich mit dem nötigen Belegcharakter gemindert sei.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) erteilt (Beklagte mit Schriftsatz vom 31. Januar 2017, Kläger mit Schriftsatz vom 10. Februar 2017).

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Inhalt der erst- sowie zweitinstanzlichen Gerichtsakte, der Gerichtsakten der Verfahren S 8 R 772/06, [L 11 R 5892/06](#) sowie S 8 R 2008/08 und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das vorliegende Verfahren konnte gem. [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden werden, da die Beteiligten ihr Einverständnis mit dieser Entscheidungsweise erteilt haben.

Die gem. [§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat in seinem Urteil vom 25. September 2014 zu Recht die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Weitergewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung über den 30. November 2012 hinaus. Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der Ablehnungsbescheid vom 23. Oktober 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2013, in dem die Beklagte die Weitergewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 30. November 2012 hinaus ablehnt.

Gem. [§ 43 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind (Satz 1 Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Satz 1 Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1 Nr. 3). Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (Satz 2). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben - bei im Übrigen identischen Tatbestandsvoraussetzungen - Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Gem. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Der Eintritt einer rentenberechtigenden Leistungsminderung muss im Wege des Vollbeweises festgestellt sein, vernünftige Zweifel am Bestehen der Einschränkungen dürfen nicht bestehen. Gemessen daran vermag der Senat nicht mit der erforderlichen an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass bei dem Kläger über den 30. November 2012 hinaus eine rentenrechtlich relevante qualitative oder eine quantitative Minderung des Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich vorliegt.

Das SG hat in seinem Urteil vom 25. September 2014 - im Wesentlichen gestützt auf das Sachverständigengutachten des Dr. D. - zutreffend dargelegt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung gemäß [§ 43 SGB VI](#) über den 30. November 2012 hinaus 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. 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.

Auch aus dem Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren, der eingeholten Befundberichte der Dres. H., B. und F., der ergänzenden Stellungnahmen des Dr. D. vom 12./15. Juni 2015, den Befundberichten der S. Klinik L. vom 8./18. Dezember 2015 und insbesondere dem im Berufungsverfahren auf Antrag des Klägers gem. [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens des Dr. L. vom 19. Dezember ergibt sich nichts anderes.

Aus dem von Frau Dr. Fey am 26. Mai 2015 übersandten Befundbericht lässt sich entnehmen, dass der Kläger an einer rezidivierenden Erkrankung, gegenwärtig schwerer Episode, sowie einem sekundären Alkoholmissbrauch leide. Sie hat den Kläger als wach, orientiert und geordnet, wenngleich ausholend und etwas ausschweifend, beschrieben. Die kognitiven und mnестischen Funktionen sind intakt gewesen. Es habe keinen Anhalt für inhaltliche Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen bestanden. Die Stimmung ist als subdepressiv und die affektive Schwingungsfähigkeit ebenso wie die psychophysische Belastungsfähigkeit und der Antrieb als reduziert beschrieben worden. Eine akute Suizidalität sowie Fremdgefährdung ist ausgeschlossen worden. Dieser Befund bestätigt zwar, dass der Kläger an gesundheitlichen Einschränkungen auf psychiatrischem Fachgebiet leidet. Allerdings lässt sich hieraus keine dauerhafte quantitative Leistungsminderung ableiten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein ausführlicher psychischer Befund im Rahmen des stationären Aufenthalts des Klägers in der S.-Klinik L. vom 30. November 2015 bis 18. Dezember 2015 nicht erhoben worden ist. Der Abschlussbericht vom 18. Dezember 2015 beschreibt lediglich einen symptombezogenen Untersuchungsbefund, der im Übrigen weitestgehend unauffällig ist. Auch aus dem Bericht der S.-Klinik L. vom 8. Dezember 2015, der mit "psychotherapeutischer Befund" überschrieben ist, lässt sich ein solcher nicht entnehmen. Vielmehr werden hier lediglich die biographischen Daten und das Schmerzverständnis des Klägers ausgeführt. Ein Befund ist darin nicht erhoben worden. Auch auf nochmalige ausdrückliche Nachfrage des Senats vom 4. Juli 2016 hat die Sana-Klinik L. einen psychotherapeutischen Befund nicht mitgeteilt, sondern vielmehr wiederum die bereits vorliegenden Berichte vom 18. Dezember 2015 und vom 8. Dezember 2015 vorgelegt. Auch hat der Sachverständige im erstinstanzlichen Verfahren, Dr. D., in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 12./15. Juni 2015 nochmals ausgeführt, weshalb er an seiner Leistungseinschätzung festhält. Hierin hat er insbesondere gerügt, dass sich auch aus dem mitgeteilten Tagesablauf des gem. [§ 109 SGG](#) erstellten Gutachten des Prof. Dr. B. vom 3. Juni 2014 eine quantitative Leistungseinschränkung nicht ergebe. Darin wird beschrieben, dass der Kläger, sofern er arbeiten müsse, gegen 7.30 Uhr aufstehe und dann über den Monat gesehen 40 Stunden arbeite. Er fahre Käfige für die Wohnwagenreihe von H. mit dem Traktor aus. Maximal fahre er 3 Touren am Tag, also maximal 48 km. Mittags gehe der Kläger, wenn er arbeiten müsse, in die Kantine bei der Firma H. essen und mache dann Feierabend. Nachmittags beschäftige er sich dann - so wie er könne - mit seinem Garten. Er habe glücklicherweise einen Aufsitzmäher. Gelegentlich koche er selbst. Gegen Abend beschäftige er sich mit dem PC und lese in seinen Imkerbüchern. Gegen Mitternacht gehe er ins Bett. Laut dem Gutachten von Prof. Dr. B. geht der Kläger 2 bis 3 mal pro Woche zum "D." - eine soziale Einrichtung - essen. Seine Hauptkontaktperson dort sei ein eigenbrötlerischer Charakter. Dieser Tagesablauf deckt sich im Wesentlichen mit demjenigen, der auch Dr. D. in seinem Gutachten vom 31. Januar 2014 mitgeteilt hat. Insofern sind die vom Kläger in seiner Email vom 20. Juli 2015 erhobenen Einwände gegen das Gutachten des Dr. D. und den dort mitgeteilten Tagesablauf nicht nachvollziehbar. Gegen den von Prof. Dr. B. erhobenen Tagesablauf hat der Kläger nämlich keine Einwände erhoben. Dr. D. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Juni 2015 schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass es zwar sehr wohl möglich sei, dass die beim Kläger seiner Auffassung nach bestehende leichte depressive Symptomatik im Sinne einer Dysthymie immer wieder durch eine ausgeprägtere depressive Symptomatik im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung überlagert werde und dies auch zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. B. der Fall gewesen sein könne. Dies führe jedoch allenfalls zu einer zeitlich begrenzten Arbeitsunfähigkeit und nicht zu einer länger anhaltenden Erwerbsminderung. Die Leistungseinschätzung des Prof. Dr. B. stehe jedenfalls im Gegensatz zu dem mitgeteilten Tagesablauf des Klägers.

Eine mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegende quantitative Leistungsminderung lässt sich nach Überzeugung des Senats auch nicht aus dem Gutachten des Dr. L. vom 19. Dezember 2016 entnehmen. Einen Tagesablauf hat Dr. L. darin nicht beschrieben. Allerdings hat er ebenfalls erwähnt, dass der Kläger 2 bis 3 mal wöchentlich einen Minijob ausübe und er Entspannung bei seinen Bienen im Garten finde. Dr. L. hat im Rahmen des psychiatrischen Befundes den Kläger als freundlich, zugewandt und kooperativ beschrieben. Er habe sämtliche ihm gestellte Fragen prompt und bemüht beantwortet. Simulation oder Aggravation hätten nicht festgestellt werden können. Beim Kläger bestehe ein dominierend somatisches Krankheitsverständnis. In Belastungs- und Einengungssituationen erlebe er körperlich im Ansatz vorhandene Beschwerden durchaus auch verstärkt. Er sei auf seinen sanierungsbedürftigen Zahnstatus bzw. auf die Probleme mit seiner Oberkieferprothese fixiert. Die Introspektionsfähigkeit des Klägers sei gering. Die Stimmung sei subdepressiv ausgelenkt gewesen, der Kläger habe teilweise verzweifelt, innerlich unruhig und gespannt gewirkt. Er habe glaubhaft bestehende Ängste und teilweise Panik geschildert. Die Psychomotorik sei gebunden, die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Schlafstörungen seien nicht zu eruieren gewesen. Formale Denkstörungen vermochte Dr. L. nicht zu finden. Inhaltlich hätten sich Gedankenbeeinflussung und Zwänge, etwas tun zu müssen eruieren lassen. Im Rahmen der Zusatzdiagnostik hat Dr. L. festgestellt, dass der Kläger die von ihm angegebenen Medikamente - Trimipramin und Arcoxia - nicht (Arcoxia) bzw. nicht anhaltend konsequent (Trimipramin) einnehme. Eine Überprüfung von Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung mittels der Hirnleistungsreihe TPS (d2 Test) hat eine durchschnittliche Gesamtleistung ergeben. Des Weiteren ist die aktuelle Informationsverarbeitungskapazität des Klägers überprüft worden (KAI). Hierbei hat sich eine durchschnittlich ausgeprägte Arbeitsgeschwindigkeit und Gedächtnisspanne ergeben. Hinweise auf eine erworbene Hirnleistungsstörung (Benton-Test) haben sich nicht ergeben. Hieraus lässt sich eine quantitative Leistungsminderung nicht ableiten. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die weiteren von Dr. L. durchgeführten Tests (Zung-Depressionsskala, v. Zerssen-Skala, Beck Depressions Inventar, Korff Schmerz Intensitäts- und Beeinträchtigungsskala) auf das Vorliegen einer Depression hinweisen. Denn allein das Vorliegen einer Depression - eine solche ist von Dr. L. im Ergebnis nicht diagnostiziert worden - führt nicht zu einer quantitativen Leistungseinschränkung. Ausserdem hat Dr. L. mittels des Einsatzes eines strukturierten Fragebogens simulierter Symptome (SIMS) festgestellt, dass der Kläger den Grenzwert deutlich überschritten habe, was bei alleiniger Betrachtung dieses Tests auf eine Simulation hinweisen könnte. Dr. L. hat ausgeführt, dass die Ergebnisse der Selbstbeurteilungsskalen weitgehend in sich konsistent seien, allerdings mit der Verhaltensbeobachtung, dem Beschwerdevortrag, der Akte und dem klinisch psychiatrischen Befund nicht in Übereinstimmung stünden. Dies könne auf eine negative Antwortverzerrung hinweisen. Dennoch hat Dr. L. in der Gesamtschau eine Simulation von Beschwerden ausgeschlossen, obwohl seiner Auffassung nach eine Aggravation bestanden hat. Dr. L. hat schließlich eine schizoaffektive Psychose, einen anhaltend schädlichen Gebrauch von Alkohol, ein schmerzhaftes Wirbelsäulensyndrom, eine dysfunktionelle Myoarthropathie sowie einen Tinnitus diagnostiziert und ist zu dem Ergebnis gekommen, der Kläger könne aufgrund der schizoaffektiven Psychose und dem schädlichen Gebrauch von Alkohol nur noch 3 bis 4 Stunden täglich arbeiten. Gleichzeitig hat Dr. L. ausgeführt, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine gravierende Störung - bezogen auf die schizoaffektive Psychose - im

Sinne eines Defekts nicht festzustellen sei. Für den Senat ist vor dem Hintergrund des mitgeteilten psychiatrischen Befundes, den Testergebnissen und der Feststellung des Dr. L., dass eine gravierende Störung im Sinne eines Defekts nicht festzustellen sei, nicht nachvollziehbar, wie er zu einer quantitativen Einschränkung des klägerischen Leistungsvermögens kommt. Ob Dr. L. zu Recht eine schizoaffektive Psychose diagnostiziert hat oder beim Kläger tatsächlich eine depressive Erkrankung - wie vom Großteil der behandelnden Ärzte und auch der bislang gehörten Gutachter angenommen - vorliegt, kann letztlich dahinstehen. Ausschlaggebend für das Bestehen einer rentenrelevanten Leistungsminderung ist nicht die Diagnose sondern die tatsächlich bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen, die aus den erhobenen Befunden zu entnehmen sind. Aus den von Dr. L. mitgeteilten Befunden und Testergebnissen lässt sich jedoch eine quantitative Leistungsminderung auf psychiatrischem Fachgebiet nicht ableiten.

Sofern Dr. L. überdies davon ausgeht, dass beim Kläger ein schmerzhaftes Wirbelsäulensyndrom, eine dysfunktionelle Myoarthropathie und ein Tinnitus vorliegt, so stellt er hierzu jeweils fest, dass diese Störungen nicht leistungsrelevant seien. Dies wird durch den seitens Dr. L. erhobenen neurologischen Befund und der durchgeführten Zusatzdiagnostik (Elektroencephalographie, akustisch evozierte Potentiale, Ultraschallbefund der extrakraniellen hirnzuführenden Gefäße/transkranielle Doppler- und Duplex-Sonographie) bestätigt. Auch aus dem von der S.-Klinik L. in dem Befundbericht vom 18. Dezember 2015 mitgeteilten körperlichen Untersuchungsbefund lassen sich keine rentenrelevanten leistungsmindernden Einschränkungen erkennen. Danach hat sich der Kläger in gutem Allgemein- und leicht adipösem Ernährungszustand befunden. Der Gang ist unauffällig gewesen, die Wirbelsäule hat keine unphysiologischen Krümmungen aufgewiesen. Es hat kein Klopfschmerz über der Wirbelsäule bestanden, auch sind keine Myogelosen tastbar gewesen. Der Finger-Boden-Abstand hat 10 cm betragen, das Schober'sche Zeichen 10/15 cm. Zehengang, Hackengang und Einbeinstand sind möglich, aber unsicher gewesen. Die Armhebung nach vorne ist gut gelungen, seitlich ist sie beidseits nur bis 120° möglich gewesen. Das Fußgewölbe hat sich beidseits abgeflacht gezeigt. Ein Kalottenklopfschmerz hat nicht bestanden, auch die Nervenaustrittspunkte haben sich nicht schmerzhaft gezeigt. Die Unterkieferbewegung ist problemlos ohne Krepitationen durchführbar gewesen. Das linke Knie ist lateral der Kniescheibe in einem Bereich von ca. 3 cm Durchmesser leicht gerötet und überwärmt gewesen. Ein Druckschmerz hat nicht bestanden, auch ist der Tastbefund unauffällig gewesen. Brachialissehnenreflex, Bizepssehnenreflex, Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex sind beidseits seitengleich schwach auslösbar gewesen. Auffällig ist jedoch eine leicht nach rechts geneigte Kopfhaltung gewesen. Auch die von Dr. D. und Prof. Dr. B. in ihren für das SG erstellten Gutachten erhobenen neurologischen und körperlichen Untersuchungsbefunde sind weitestgehend unauffällig und führen nicht zu einer quantitativen Leistungsminderung.

Unter Berücksichtigung der gesamten Beweislage ist es mithin nicht mit der erforderlichen Gewissheit feststellbar, dass der Kläger in rentenberechtigendem Ausmaß über den 30. November 2012 hinaus in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist.

Der Sachverhalt ist auch umfassend geklärt, so dass kein Anhalt für weiteren Ermittlungsbedarf besteht.

Abschließend ist noch festzustellen, dass der Kläger auch keinen Anspruch auf eine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gem. [§ 240 SGB VI](#) hat, da er nach dem 2. Januar 1961 (maßgeblicher Stichtag) geboren ist und somit keinen Berufsschutz genießt.

Die Berufung des Klägers war daher 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. 12; 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

2017-08-02