L 10 R 673/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 2569/13
Datum
14.01.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 673/16
Datum
21.06.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 14.01.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung streitig.

Der am 1958 geborene Kläger erlernte den Beruf des Stahlbauschlossers und bildete sich im Zeitraum von 1988 bis 1990 zum Techniker fort. Anschließend war er - unterbrochen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit - bei verschiedenen Arbeitgebern als Techniker beschäftigt. Die seit Mai 2000 ausgeübte Tätigkeit endete durch Insolvenz des Arbeitgebers zum 31.07.2004. Nachfolgend war der Kläger noch sechs Monate bis Februar 2005 und dann erneut einen Monat im August/September 2008 als Techniker beschäftigt. Im Rahmen einer Saisontätigkeit war der Kläger in den Jahren 2010 und 2011 schließlich von jeweils Mai bis Dezember als Lagerarbeiter beschäftigt. Nach erneuter Aufnahme dieser Tätigkeit im Mai 2012 trat noch im selben Monat Arbeitsunfähigkeit ein. Nachfolgend war der Kläger arbeitslos bzw. arbeitsunfähig. Eine berufliche Tätigkeit nahm der Kläger nicht mehr auf.

Der Kläger leidet seit Jahren unter rezidivierenden Wirbelsäulenbeschwerden. Er wurde deshalb im April/Mai 2008 im Rahmen einer ganztägigen ambulanten Rehabilitationsmaßnahme behandelt und mit einem Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Techniker entlassen. Im Oktober/November 2012 absolvierte der Kläger eine weitere ambulante Rehabilitationsmaßnahme (Diagnosen: Funktionseinschränkung der HWS bei Neuroforameneinengung bilateral C3 bis C7 mit Spinalkanalstenose und Myelonkompression, Funktionseinschränkung der LWS bei Osteochondrose L3 bis S1 mit Wurzelreizsyndrom L5, mittelgradige depressive Episode, arterielle Hypertonie), wobei die behandelnden Ärzte die zuletzt ausgeübte und mit dem Heben und Tragen von schweren Lasten sowie Überkopfarbeiten verbundene Tätigkeit als Lagerist nicht mehr für leistungsgerecht erachteten. Durchführbar seien leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne längere Zwangshaltungen des Kopfes. Wegen des depressiven Zustandsbildes empfahlen die behandelnden Ärzte eine psychologische bzw. psychosomatische Mitbehandlung.

Am 15.01.2013 beantragte der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Seinen Rentenanspruch begründete er mit einem chronisch-degenerativen LWS-Syndrom ohne neurologische oder motorische Ausfälle mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel und einer psychosomatischen Erkrankung. Nach Auswertung der vom Kläger vorgelegten medizinischen Unterlagen sowie des Entlassungsberichts der zuletzt durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 28.03.2012 und der Begründung ab, der Kläger könne unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein und sei im Sinne des § 43 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI) daher nicht erwerbsgemindert; teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit liege auf Grund des beruflichen Werdegangs des Klägers nicht vor. Im Widerspruchsverfahren veranlasste die Beklagte das Gutachten des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H. , der den Kläger im Juni 2013 untersuchte und diagnostisch von einer kombinierten Persönlichkeitsvariante, Wirbelsäulenbeschwerden sowie einer Somatisierung ausging und eine depressive Grundstimmung verneinte. Er beschrieb eine massive Verschielung der Hände, was diskrepant zu dem geschilderten Tagesablauf (Spülmaschine ausräumen, Hasen füttern, Müll rausbringen, fernsehen) sei, und erachtete den Kläger für in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Nachtschicht, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne Verantwortung für Personen und ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen sechs Stunden und mehr zu verrichten. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.07.2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 07.08.2013 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, nicht mehr über ein zumindest dreistündiges berufliches Leistungsvermögen zu verfügen. Schon bei Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme im November 2012 sei er nicht belastbar gewesen. Auch die behandelnden Ärzte und der Psychologische Psychotherapeut Dr. B. gingen von einem aufgehobenen Leistungsvermögen aus.

Das SG hat die den Kläger behandelnden Ärzte sowie Dr. B. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Der Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. E. hat von im Vordergrund der Beeinträchtigungen stehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der oberen und unteren Wirbelsäule mit bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen, verbunden mit einem Spannungskopfschmerz, und einer deshalb durchgeführten medikamentösen Schmerztherapie berichtet, durch die eine Linderung, aber keine Beschwerdefreiheit eintrete. Hinzugekommen sei ein psychisches Konfliktfeld, das die körperliche Symptomatik verstärke, weshalb eine psychotherapeutische Mitbetreuung erfolge. Die berufliche Leistungsfähigkeit sei hierdurch erheblich eingeschränkt, wobei noch leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen und ohne länger währende Zwangshaltungen für den Rumpf und die Wirbelsäule möglich seien. Nicht mehr zumutbar seien Schwerarbeit sowie mittelschwere Arbeiten, die mit Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel verbunden seien, häufiges Bücken, längere Überkopparbeiten, Treppen- und Leitersteigen, Zwangshaltungen, Arbeiten unter Zeitdruck, Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Arme und Beine erforderten, sowie Arbeiten unter ungünstigen Witterungsverhältnissen mit Einfluss von größeren Temperaturschwankungen, Zugluft, Kälte und Nässe. Zudem bestünden Einschränkungen bezüglich der nervlichen Belastbarkeit sowie des Konzentrations- und Reaktionsvermögens. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. hat im Oktober 2013 von einer einmaligen Vorstellung des Klägers im September 2013 berichtet, wobei er diagnostisch von einem rezidivierenden depressiven Syndrom und chronischen Schmerzen ausgegangen sei. Wegen der depressiven Symptomatik, die sich seines Erachtens auch auf das Schmerzempfinden auswirke, leitete er ausweislich seines Arztbriefes vom 30.09.2013 (vgl. Bl. 18 SG-Akte) eine medikamentöse antidepressive Therapie mit Citalopram 10 mg und Trazodon 50 mg ein. Dr. B. hat im Oktober 2013 von der bei ihm seit März 2013 durchgeführten Verhaltenstherapie berichtet. Er ist von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer paranoiden Persönlichkeitsstörung ausgegangen, wobei der Ausübung einer leichten beruflichen Tätigkeit in erster Linie die paranoid geprägte Persönlichkeitsstruktur im Wege stehe. So drohe der Kläger am Arbeitsplatz rasch in Verstrickungen mit Kollegen und Vorgesetzten zu geraten, wodurch er sich in Grübeleien verliere und in depressive Stimmungen abzugleiten drohe. Die Internistin Dr. G.-B. hat von einer unverändert fortbestehenden arteriellen Hypertonie berichtet und Anzeichen für das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung verneint. Die Einschränkungen beträfen das psychiatrische und orthopädische Fachgebiet. Wegen der schwergradigen psychischen Erkrankung und des chronischen Schmerzsyndroms könne der Kläger keine dauerhafte Arbeit von wirtschaftlichem Wert mehr verrichten. Das SG hat sodann das Gutachten des Priv.-Doz. Dr. B., Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Spezielle Schmerztherapie und Chefarzt der Klinik für Neurologie in der O. in R., eingeholt, der den Kläger im April 2014 untersucht hat. Der Sachverständige ist diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit leicht ausgeprägt, dem Verdacht auf eine somatoforme Störung, einer Migräne mit Aura (visuell), einer arteriellen Hypertonie (medikamentös behandelt), einer Leistenhernie beidseits (operiert) sowie degenerativen Veränderungen der Schultergelenke (minimal-invasiv und offen operiert) ausgegangen und hat auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vom Kläger berichteten massiven Beschwerden und den objektiv zu erhebenden Befunden hingewiesen. Er hat die Ausübung leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten vollschichtig für zumutbar erachtet. Auf Grund der Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates (Schultergelenke beidseits, Wirbelsäule) seien schwere körperliche Tätigkeiten zu vermeiden und die von Dr. H. dargelegten quantitativen Einschränkungen zu beachten. Wegen der psychischen Irritabilität seien im Übrigen Arbeiten mit Publikumsverkehr, unter Zeitdruck sowie in Nacht- und Wechselschicht nicht mehr leistungsgerecht. Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG darüber hinaus das Gutachten des Dr. Z., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Klinikum H., auf Grund von Untersuchungen des Klägers im November und Dezember 2014 sowie Februar und Juni 2015 eingeholt. Der Sachverständige ist diagnostisch von einer paranoiden und ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung, einer Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit, einer schweren depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen und hat die Leistungsfähigkeit des Klägers mit weniger als drei Stunden täglich eingeschätzt. Gegen dieses Gutachten hat die Beklagte unter Vorlage einer sozialmedizinischen Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. Einwendungen erhoben.

Mit Urteil vom 14.01.2016 hat das SG die Klage, die der Kläger in der mündlichen Verhandlung auf die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.01.2016 beschränkt hat, abgewiesen. Es hat sich dabei auf die Gutachten des Dr. H. und des Dr. B. sowie die Ausführungen des Dr. E. gestützt. Das Gutachten des Sachverständigen Dr. Z. hat es nicht für überzeugend erachtet.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 22.01.2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22.02.2016 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er ist der Auffassung, dass er nicht mehr über ein zumindest dreistündiges berufliches Leistungsvermögen verfügt. Er stützt sich auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. Z., dessen Einschätzung auch von Dr. G.-B. und Dr. B. in ihren dem SG erteilten Auskünften als sachverständige Zeugen geteilt werde. Auch Dr. E. sei in seiner dem SG erteilten Auskunft von einer dauerhaften Einschränkung des Leistungsvermögens ausgegangen. Ebenso sehe auch sein langjähriger Hausarzt Dr. H. in seinem Attest vom 07.03.2014, das der Kläger vorgelegt hat, lediglich noch ein Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich. Er leide unter gravierenden Funktionseinschränkungen von orthopädischer Seite, die in ihrer Gesamtschau eine berufliche Tätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nicht mehr zuließen. Hinzu kämen die psychiatrischen Erkrankungen mit einer schweren Depression und einer Traumatisierungsstörung. Der Kläger hat im Laufe des Verfahrens zahlreiche medizinische Unterlagen vorgelegt, u.a. den Abschlussbericht über die stationäre Behandlung in der S.-Klinik im Juni/Juli 2013 vom 31.07.2013, den Arztbrief über die Vorstellung in der Schmerzambulanz des Klinikums H. vom 13.09.2016, Arztbriefe des Dr. E. sowie Befunde über MRT-Untersuchungen der HWS vom 14.10.2016 und der LWS vom 01.03.2017.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 14.01.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 28.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.07.2013 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.01.2016 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig und hat sozialmedizinische Stellungnahmen des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie B. vorgelegt.

Der Senat hat Dr. E. ergänzend schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört. Er hat von einer über die Jahre hinweg kontinuierlichen Verschlechterung des Leistungsvermögens mit einer schließlich erforderlich gewordenen psychotherapeutischen Mitbehandlung berichtet und einen Auszug aus seiner Patientendokumentation vorgelegt.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig; die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 28.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.07.2013 soweit die Beklagte damit die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung ablehnte. Denn im Klageverfahren beschränkte der Kläger sein Begehren auf diese Rentenart. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat er den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung darüber hinaus auf den Zeitraum nach Ende seines Krankengeldanspruchs begrenzt, und zwar auf die Zeit ab 01.01.2016.

Insoweit hat das SG die Klage zu Recht abgewiesen. Denn soweit die Beklagte es mit diesen Bescheiden ablehnte, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren, begegnet dies keinen rechtlichen Bedenken und verletzt den Kläger dementsprechend auch nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht zu. Denn im Sinne der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen ist er nicht voll erwerbsgemindert. Ebenso wenig liegt teilweise Erwerbsminderung vor, so dass der Kläger die begehrte Rente auch nicht wegen Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes beanspruchen kann.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ist [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - voll erwerbsgemindert sind. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Volle Erwerbsminderung besteht über die Regelung des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des BSG (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, u.a. [GS 2/75](#) in SozR 2200 § 1246 Nr. 13) bei regelmäßig bejahter Verschlossenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber 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.

Diese Voraussetzungen erfüllt der Kläger nicht. Denn der Kläger ist in dem dargelegten Sinne nicht erwerbsgemindert, weder - wie von ihm geltend gemacht - seit Renten Antragstellung im Januar 2013 noch ab einem späteren Zeitpunkt und daher insbesondere auch nicht seit 01.01.2016, dem Zeitpunkt ab dem er die geltend gemachte Rente beansprucht. Das SG hat mit zutreffender Begründung ausgeführt, dass der Kläger die dargelegten Voraussetzungen trotz der bei ihm bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht erfüllt, weil er jedenfalls leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumindest noch sechs Stunden täglich zumutbar verrichten kann und mit diesem Leistungsvermögen weder volle noch teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Insoweit sieht der Senat deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Ergänzend hierzu ist auszuführen, dass die Erkrankungen des Klägers qualitative Einschränkungen bedingen, wie dies die behandelnden Ärzte der im Oktober/November 2012 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme, Dr. H., Dr. B. und Dr. E. beschrieben haben. Demnach sind wegen der orthopädischen Leiden Zwangshaltungen der Wirbelsäule und des Kopfes, Überkopfarbeiten, häufiges Bücken, Treppen- und Leitersteigen sowie Tätigkeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit von Armen und Beinen erfordern, und unter ungünstigen Witterungsverhältnissen mit Einfluss von größeren Temperaturschwankungen, Zugluft, Kälte und Nässe ausgeübt werden, nicht mehr leidensgerecht. Entsprechendes gilt im Hinblick auf die Beeinträchtigungen von psychiatrischer Seite für Arbeiten unter Zeitdruck, mit Publikumsverkehr und in Nacht- und Wechselschicht.

Ebenso wie das SG geht auch der Senat davon aus, dass der Kläger in seinem beruflichen Leistungsvermögen durch Erkrankungen von Seiten des orthopädischen und nervenärztlichen Fachgebietes eingeschränkt ist. Dabei stehen von orthopädischer Seite immer wieder auftretende Cervicocephalgien sowie ein chronisches LWS-Syndrom im Vordergrund, die eine Behandlung erfordern, wobei - so der behandelnde Chirurg Dr. E. - durch die Einnahme von Antiphlogistika, Infiltrationen und die Mobilisation von Blockierungen jeweils eine Linderung erreicht werden kann. Diese Beeinträchtigungen erfordern im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit die Berücksichtigung der dargelegten qualitativen Einschränkungen, bedingen jedoch keine quantitative Leistungsminderung auf ein rentenbegründendes Ausmaß. Insbesondere lässt sich hieraus kein auf Dauer aufgehobenes Leistungsvermögen herleiten, wie dies vom Kläger geltend gemacht wird. So beschrieben gerade die behandelnden Ärzte der im Oktober/November 2012 durchgeführten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, die dem Rentenanspruch des Klägers unmittelbar vorausging, ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten und sie erachteten lediglich Arbeiten in längeren Zwangshaltungen des Kopfes und Zwangshaltungen der Wirbelsäule sowie das Heben und Tragen von schweren Gegenständen nicht mehr für leidensgerecht. Passend hierzu beurteilten sie den Kläger deshalb auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerarbeiter, die mit schwerem Heben und Tragen verbunden war, als arbeitsunfähig. Eine quantitative Leistungsminderung auch für leichte Tätigkeiten, selbst unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkung, lässt sich hieraus nicht herleiten. Entsprechend rieten sie "zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit" für die Nachsorge auch zur Aufkräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur und empfahlen die

Fortführung der krankengymnastischen und balneophysikalischen Maßnahmen im ambulanten Bereich. Für ein rentenrelevant gemindertes bzw. sogar aufgehobenes berufliches Leistungsvermögen bieten sich für den Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme daher keine Anhaltspunkte. Aus dem Umstand, dass die Leistungsbeurteilung (leichte Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Einschränkungen vollschichtig) mit dem Zusatz "nach weiterer Rekonvaleszenz" versehen ist, ergibt sich nichts Abweichendes. Denn dass es in der Phase der weiteren Erholung wieder zu einer Verstärkung der von den degenerativen Veränderungen ausgehenden funktionellen Beeinträchtigungen kam, ist nicht ersichtlich.

Demgegenüber entwickelte sich schon 2012 - wie es Dr. E. in seiner dem SG erteilten Auskunft anschaulich beschrieben hat - von Seiten der psychischen Situation ein zunehmendes Konfliktfeld, das die Schmerzsymptomatik auf Grund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen verstärkte und das nachfolgend im März 2013 auch Anlass für den Kläger war, sich in die psychotherapeutische Behandlung des Dr. B. zu begeben. Die psychische Beeinträchtigung war im Übrigen auch während der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme im Oktober/November 2012 im Rahmen der durchgeführten psychosomatischen Einzelberatungen deutlich geworden und zeigt sich in der im Entlassungsbericht aufgeführten Behandlungsdiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und der Empfehlung einer psychologischen bzw. psychosomatischen Mitbehandlung.

Dass die seinerzeit vorhanden gewesene Schmerzsymptomatik nicht maßgeblich auf den orthopädischen Gesundheitsstörungen beruhte, ergibt sich auch aus dem Gutachten des Dr. H. , der den Kläger im Juni 2013 untersuchte und dabei im Bereich des Halte- und Bewegungsapparates keine relevanten Auffälligkeiten fand. Vielmehr zeigten sich anlässlich seiner klinischen Untersuchung im Wesentlichen unauffällige Befunde. So fand der Gutachter keine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, ein negatives Lasègue-Zeichen und seitengleich auslösbarer Muskeldehnungsreflexe. Dem Kläger war das beidseitige Hüpfen mit völligem Abheben vom Boden möglich, er gab keinen Wirbelsäulenklumpfschmerz an und empfand das Beklopfen der Wirbelsäule lediglich als unangenehm. Auch sichere radikuläre Sensibilitätsstörungen gab der Kläger nicht an. Zudem dokumentierte Dr. H. eine massive Verschielung der Hände, was nicht mit schwerwiegenden funktionellen Einschränkungen im Bereich des Halte- und Bewegungsapparates in Einklang zu bringen ist. Demgegenüber besaßen die angegebenen Beschwerden nach den Ausführungen des Dr. H. somatoformen Charakter, da der Kläger einen Schmerzverlauf beginnend im Bereich des Schulterblattes und über den Nacken nach oben bis oberhalb der Ohren ziehend beschrieb, was - so Dr. H. - anatomisch so nicht nachvollziehbar ist. Auch anlässlich der Aufnahmeuntersuchung der am 18.06.2013, d.h. am Folgetag der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. H. , begonnenen stationären psychosomatischen Behandlung in der S. -Klinik zeigten sich mit Ausnahme einer leicht eingeschränkten seitlichen Dehnung des Kopfes klinisch im Wesentlichen unauffällige Befunde. Dies und gerade auch die Klinikeinweisung zur stationären psychosomatischen Behandlung macht deutlich, dass Behandlungsbedürftigkeit beim Kläger gerade nicht wegen fortbestehenden, von den degenerativen Wirbelsäulenveränderungen ausgehenden Beschwerden bestand, sondern wegen einer psychosomatischen Erkrankung des Klägers. Die Behandlung erfolgte ausweislich des Entlassungsberichts (vgl. Bl.79/84 Senatsakte) dementsprechend auch insbes. unter den Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode.

Eine bereits bei Renten Antragstellung vorliegende rentenrelevante Leistungsminderung von orthopädischer Seite lässt sich schließlich auch nicht aus den Ausführungen des den Kläger behandelnden Chirurgen Dr. E. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge herleiten. Dieser hat von einem chronisch rezidivierenden HWS-Syndrom und einem chronischen LWS-Syndrom mit Minderbelastbarkeit des unteren Rückens berichtet, ohne dass es zu neurologischen oder motorischen Ausfällen gekommen ist. Im Übrigen bestünden Überlastungsbeschwerden im Bereich beider Schultern und beider Hüften. Vor diesem Hintergrund hat er schweres Heben und Tragen, Zwangshaltungen, häufiges Bücken, längere Überkopfarbeiten, das Treppen- und Leitersteigen, Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Arme und Beine erfordern, sowie Arbeiten unter ungünstigen Witterungsverhältnissen mit Einfluss von größeren Temperaturschwankungen, Zugluft, Kälte und Nässe nicht mehr für leidensgerecht erachtet. Dies ist ohne weiteres nachvollziehbar und überzeugend, da entsprechende Belastungen angesichts der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zu Beschwerdezuständen führen bzw. diese verstärken können. Dass Dr. E. von einem aufgehobenen Leistungsvermögen oder von einer quantitativen Leistungsminderung auch bei Beachtung dieser Einschränkungen ausgeht, ist nicht ersichtlich und lässt sich seinen Ausführungen nicht entnehmen, insbesondere nicht jenen gegenüber dem SG und ebenso wenig der nachfolgenden, dem Senat erteilten Auskunft. Auch der Kläger selbst hat nicht behauptet, dass Dr. E. von einer rentenrelevanten Leistungsminderung ausgeht. Er hat lediglich darauf hingewiesen, dass dieser keine Besserung mehr erwartet und die beschriebene Leistungsminderung als dauerhaft ansieht. Hiervon geht auch der Senat aus. Letztlich hat auch der Sachverständige Dr. B. anlässlich seiner Untersuchung keine wesentlichen von der Wirbelsäule ausgehenden Auffälligkeiten gefunden, insbesondere hat sich kein Hinweis auf das Vorliegen einer radikulären Symptomatik gezeigt. Eine seit Renten Antragstellung bestehende rentenrelevante Leistungsminderung von orthopädischer Seite lässt sich nach alledem nicht begründen.

Für den Zeitraum ab 01.01.2016, auf den der Kläger sein Begehren in der mündlichen Verhandlung vor dem SG begrenzt hat und der deshalb auch im Berufungsverfahren allein im Streit steht, ergibt sich nichts anderes. Insbesondere lässt sich aus den vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten zahlreichen medizinischen Unterlagen keine abweichende Beurteilung herleiten. Diesen ist zu entnehmen, dass der Kläger am 02.05.2016 einen Auffahrunfall erlitten hat, der zu einer HWS- und LWS-Distorsion geführt hat. Dabei haben die durchgeführten Untersuchungen keine frische Fraktur gezeigt und es ist auch nicht zu neurologischen oder motorischen Ausfällen gekommen. Entsprechend hat auch zu keinem Zeitpunkt die Indikation für eine operative Behandlung bestanden. Die Beschwerden haben sich vielmehr im Verlauf der Behandlung gebessert.

Auch die vom Senat beigezogene Patientendokumentation des Dr. E. weist nicht auf eine relevante Verschlimmerung der orthopädischen Erkrankungen hin. So ist dokumentiert, dass beim Kläger zu Beginn des Jahres 2016 Schulterbeschwerden aufgetreten sind, die erfolgreich behandelt wurden. Nachfolgende Vorstellungen erfolgten auf Grund der Beschwerden wegen der bei dem Auffahrunfall erlittenen HWS- und LWS-Distorsion, die sich im Verlauf besserten. Dabei traten beim Kläger auch ausweislich der von Dr. E. dokumentierten Befunde zu keinem Zeitpunkt neurologische oder motorische Ausfälle auf. Nach operativer Behandlung einer Bauchwandhernie ist es schließlich erneut zu Lumboischialgien gekommen, die wiederum erfolgreich behandelt wurden. Eine Verschlechterung der degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen lässt sich aus alledem nicht herleiten. Entsprechendes ergibt sich auch nicht aus dem vom Kläger zuletzt vorgelegten Arztbrief des Dr. E. vom 27.11.2017. Dokumentiert sind darin die bekannten orthopädischen Erkrankungen und die Fortsetzung der konservativen Maßnahmen. Eine Verschlechterung der orthopädischen Beeinträchtigungen ergibt sich daraus nicht.

Eine rentenrelevante Leistungsminderung lässt sich auch von psychiatrischer Seite nicht begründen. Der Senat geht davon aus, dass der

Kläger insoweit an einer rezidivierenden depressiven Störung und an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet. Diesen Erkrankungen kann im Rahmen der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit mit den oben dargelegten qualitativen Einschränkungen Rechnung getragen werden, sie bedingen jedoch keine rentenbegründende Leistungsminderung. Der Senat stützt sich dabei insbesondere auf den Entlassungsbericht der S. -Klinik, wo der Kläger vom 18.06. bis 30.07.2013 stationär behandelt wurde sowie die Gutachten von Dr. H. und des Sachverständigen Dr. B. ...

Von einer rezidivierenden depressiven Störung gehen neben den Ärzten der S. -Klinik auch die Sachverständigen Dr. B. und Dr. Z. aus, ebenso der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. G. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung handelt es sich um eine Erkrankung die in Phasen verläuft, wobei die depressive Symptomatik einen unterschiedlichen Ausprägungsgrad haben kann. Je nach Ausprägungsgrad der depressiven Störung kann die Erkrankung mit Episoden einhergehen, die bis zur Leistungsunfähigkeit führen, gleichermaßen aber auch mit Episoden lediglich geringerer Beeinträchtigungen; auch können Zeiten einer vollständigen Remission vorliegen.

Diese Störung weist beim Kläger keinen Schweregrad auf, der eine quantitative Leistungsminderung bedingen würde. Nach den aktenkundigen medizinischen Unterlagen fand Dr. H. anlässlich seiner Untersuchung lediglich eine Verstimmung und die behandelnden Ärzte der S. -Klinik gingen im Juni/Juli 2013 von einer leichtgradigen Episode der depressiven Störung aus. Auch der Sachverständige Dr. B. ging für den Zeitpunkt seiner Untersuchung im April 2014 von einer leichten Ausprägung der depressiven Störung aus. Soweit der Sachverständige Dr. Z. nachfolgend auf Grund seiner Untersuchungen im November und Dezember 2014 sowie Februar und Juni 2015 jeweils eine schwere Episode der rezidivierenden depressiven Störung angenommen hat, überzeugt dies nicht. Insoweit hat der Neurologe und Psychiater B. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass der Sachverständige seiner Beurteilung allein das Ergebnis der durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen (Beck-Depressions-Inventar II) zu Grunde gelegt hat, ohne diese Angaben des Klägers zu verifizieren. Eine Diagnose lässt sich allein mit den durchgeführten Depressionsinventaren jedoch nicht stellen. Denn hierbei handelt es sich ausschließlich um Selbstbeurteilungsinstrumente, jedoch nicht um Fremdbeurteilungsinstrumente. Allein mit den subjektiven Angaben des Klägers lässt sich der Schweregrad einer depressiven Störung nicht bestimmen. Im Falle des Klägers wäre eine eingehende Prüfung der gemachten Angaben schon deshalb angezeigt gewesen, weil schon Dr. H. in seinem Gutachten auf demonstrative Verhaltensweisen des Klägers in der Untersuchung hinwies und auch Dr. B. erhebliche Diskrepanzen zwischen den berichteten massiven Beschwerden und den zu erhebenden Befunden beschrieben hat, weshalb er sich nicht einmal in der Lage gesehen hat, das Vorliegen einer somatoformen Störung zu bestätigen und nur eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt hat. Schließlich trägt auch der von Dr. Z. für den Zeitpunkt der testpsychologischen Untersuchung am 17.11.2014 dokumentierte Befund (bewusstseinsklar, wach, zu allen Qualitäten voll orientiert, mnestiche Funktionen intakt, formalgedanklich unauffällig, Gedankengang stets geordnet und flüssig, keine pathologischen Befürchtungen oder Zwänge, kein Wahnerleben, keine Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen, Affekt niedergestimmt, leicht schwingungsfähig, ratlos, hoffnungslos, besorgt, leichte Störung der Vitalgefühle, psychomotorisch unauffällig, im Kontakt freundlich zugewandt), der am 28.06.2015 unverändert gewesen sei, und der nicht maßgeblich von dem von Dr. B. erhobenen psychopathologischen Befund abweicht, die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht. Hierauf hat schon das SG zutreffend hingewiesen. Für den Senat sind daher keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass beim Kläger Ende 2014 bis Mitte 2015 eine rezidivierende depressive Störung in einer schweren Ausprägung vorgelegen hat.

Der Senat geht auch nicht davon aus, dass beim Kläger ab März 2013 eine mittelschwere Depression vorlag, wie dies der Psychologe Dr. B. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge angegeben hat. Soweit er als Diagnose eine mittelschwere Depression seit Behandlungsbeginn aufgeführt hat, steht dies schon in Widerspruch zu seinen weiteren Ausführungen, wonach sich die Symptomatik von März bis Juni 2013 und dann bis September 2013 besserte und der Kläger dann im Oktober 2013 wieder deutlich herabgestimmt gewesen sei. Im Übrigen hat Dr. B. auch keine Befunde dokumentiert, aus denen die gestellte Diagnose abgeleitet werden könnte. Hierauf hat Dr. B. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte vom 04.02.2014 zutreffend hingewiesen. Schließlich zeigte sich der Kläger während des von Dr. B. beschriebenen Zeitraums im Juni 2013 bei Dr. H. auch ohne depressive Symptomatik und lediglich herabgestimmt und die behandelnden Ärzte der S. -Klinik sahen die depressive Störung des Klägers im Juni/Juli 2013 nur leichtgradig ausgeprägt, so dass sich nicht erschließt, woraus Dr. B. eine mittelschwere Depression herleitet. Soweit Dr. G. in seinem Arztbrief vom 30.09.2013 (vgl. Bl. 18 SG-Akte) über eine drei Tage zuvor erfolgte Vorstellung berichtete, anlässlich derer er eine mittelschwere bis schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert habe, hat Dr. B. in seiner bereits erwähnten sozialmedizinischen Stellungnahme zu Recht Zweifel an der angegebenen Schwere geäußert. Denn bei einem derart schweren Krankheitsbild wäre eine sehr engmaschige Betreuung und Überwachung angezeigt gewesen, um erforderlichenfalls eine stationäre Behandlung zu veranlassen. Eine derartige Betreuung fand aber nicht statt. Denn in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge vom 14.10.2013 hat Dr. G. lediglich von dieser einmaligen Vorstellung am 27.09.2013 berichtet. Auffällig ist im Übrigen, dass er als Diagnose neben chronischen Schmerzen lediglich ein rezidivierendes depressives Syndrom angegeben hat, nicht aber eine mittelschwere bis schwere Episode dieser Störung. Nach alledem sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass der Kläger an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet, die sich zumindest zeitweise in einem schweren Ausprägungsgrad zeigt. Aus einer entsprechenden Störung mit leichten depressiven Episoden, wie sie beim Kläger dokumentiert sind, lässt sich jedenfalls keine quantitative und erst Recht keine dauerhafte rentenbegründende Leistungsminderung herleiten. Hierauf weist auch das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren nicht hin und die von ihm vorgelegten zahlreichen medizinischen Unterlagen bieten keine Anhaltspunkte für eine insoweit eingetretene Verschlechterung.

Die darüber hinaus vorliegende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren begründet gleichermaßen keine rentenrelevante Leistungsminderung. Im Hinblick auf diese Schmerzstörung, die Dr. H. unter der Diagnose Somatisierung erfasste, Dr. G. als chronische Schmerzen erwähnte, Dr. B. als somatoforme Störung (Verdachtsdiagnose) bezeichnet und die Dr. Z. ebenso wie die Ärzte der S. -Klinik als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eingeordnet hat, ist die Ausprägung der vom Kläger beklagten Schmerzen nicht feststellbar. Wie bereits dargelegt fand Dr. H. im Rahmen seiner gutachtlichen Untersuchungen des Klägers demonstrative Verhaltensweisen, durch die das wirkliche Ausmaß der vorhandenen Beschwerden des Klägers nicht eindeutig festzustellen war. So beschrieb Dr. H., dass sich der Kläger zügig im Wartebereich erhob und ihm motorisch unauffällig in das Untersuchungszimmer folgte, das An- und Entkleiden im Stehen und Sitzen zügig und motorisch unauffällig gelang, während sich der Kläger nachfolgend demonstrativ langsam von der Untersuchungsliege erhob, indem er sich zunächst auf die rechte Seite drehte und sich dann erhob. Auffällig waren für den Gutachter auch die massiv verschwieltten Hände, die mit den Schilderungen des Klägers zu seinem Tagesablauf (Ausräumen der Spülmaschine, das Füttern der Hasen, das Rausbringen des Mülls und fernsehen) nicht in Einklang standen. Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen finden sich auch im Entlassungsbericht der S. -Klinik. Danach verharrte der Kläger während der stationären

Behandlung in einer Opferhaltung mit der appellativen Erwartungshaltung, über körperliche Klagen und starke Somatisierungen mit Verdeutlichungstendenzen Hilfe von außen zu erhalten und zeigte sich auf eine Berentung als Wiedergutmachung fixiert. Auch Dr. B. hat auf eine Diskrepanz zwischen den mit dramatischem Vortrag berichteten massiven Beschwerden und den objektiv zu erhebenden Befunden bei der körperlichen Untersuchung hingewiesen, die er als erheblich bezeichnet hat. Denn wesentliche Auffälligkeiten hat er dabei nicht gefunden. So hat sich das vom Sachverständigen in der Untersuchungssituation vorgefundene beschwerliche und überaus vorsichtige Gangbild außerhalb der Untersuchung deutlich flüssiger und schneller gezeigt. Auch die Angaben des Klägers, wonach eine erheblich eingeschränkte Mobilität und eingeschränkte Fahrtauglichkeit bestehe, ist für den Sachverständigen unschlüssig geblieben, zumal dies auch nur schwer damit in Einklang zu bringen ist, dass der Kläger gemeinsam mit seiner Ehefrau zwei Fahrzeuge unterhält. Soweit der Kläger im Übrigen angegeben hat, er nehme regelmäßig seit einer Woche Citalopram 40 mg ein, hat sich auch dies nicht als zutreffend erwiesen. Denn die von Dr. B. im Hinblick darauf veranlasste Laboruntersuchung hat deutlich unterhalb des therapeutischen Wirkspiegelbereich liegende Messwerte erbracht, was - so zu Recht Dr. B. - Zweifel an der Regelmäßigkeit der Einnahme begründet. Vor dem Hintergrund all dessen hat der Sachverständige Dr. B. sogar angezweifelt, dass beim Kläger überhaupt eine somatoforme Störung vorliegt und daher insoweit lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt. Wenn auch für den Senat nicht zweifelhaft ist, dass beim Kläger eine Schmerzsymptomatik vorliegt, die allein mit den degenerativen Wirbelsäulenveränderungen nicht zu erklären ist, so begründen die dargelegten Gesichtspunkte gleichwohl erhebliche Zweifel daran, dass die Schmerzsituation des Klägers tatsächlich das von ihm vorgebrachte schwerwiegende Ausmaß erreicht. Der Senat sieht sich deshalb nicht in der Lage, seiner Leistungsbeurteilung das vom Kläger vorgebrachte Beschwerdeausmaß zu Grunde zu legen. Damit ist auch nicht festzustellen, ob die Beschwerden des Klägers ein Ausmaß erreichen, das selbst leichte Tätigkeiten in einem Umfang von sechs Stunden täglich ausschließt. Der Nachteil dieser Nichterweislichkeit einer anspruchsbegründenden Tatsache geht nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Klägers. Denn nach diesem Grundsatz hat jeder im Rahmen des anzuwendenden Rechts die Beweislast für die Tatsachen zu tragen, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründen.

Letztlich lässt sich die vom Kläger geltend gemachte rentenbegründende Leistungsminderung auch nicht aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Z. herleiten. Denn soweit dieser neben der chronischen Schmerzstörung und der in ihrem Ausmaß wechselnden Depression im Vordergrund der Beeinträchtigungen Persönlichkeitsstörungen (paranoid und ängstlich vermeidend) gesehen hat, die das Arbeiten im sozialen Kontext unmöglich machten, da es auf Grund der Persönlichkeit des Klägers unvermeidbar immer wieder zu letztlich unlösbaren Konflikten am Arbeitsplatz mit Kollegen und Vorgesetzten kommen würde, und hieraus eine Leistungsminderung auf weniger als drei Stunden täglich abgeleitet hat, überzeugt dies nicht. Insoweit hat der Neurologe und Psychiater B. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte überzeugend eingewandt, dass sich eine Persönlichkeitsstörung definitionsgemäß über die Jugend bis in die Adoleszenz hinein entwickle. Zwar zeige auch eine Persönlichkeitsstörung über die Jahre hinweg weiterhin eine gewisse Dynamik, allerdings finde ihre zentrale Ausprägung im frühen Erwachsenenalter statt. Vor diesem Hintergrund ist nicht erklärbar, weshalb der zum Zeitpunkt der Untersuchung des Sachverständigen 56-jährige Kläger, der in den Jahren 1974 bis 1977 erfolgreich eine Ausbildung zum Stahlbauschlosser absolvierte, nachfolgend - wenn auch bei verschiedenen Arbeitgebern und mit Unterbrechungen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit - versicherungspflichtig beschäftigt war, sich zum Techniker fortbildete, bis Februar 2005 als Techniker beschäftigt war und schließlich in den Jahren 2010 und 2011 sowie beginnend im Jahr 2012 Saisonarbeiten als Lagerarbeiter verrichtete, nun auf Grund seiner Persönlichkeitsstruktur nicht mehr in der Lage sein soll, auch nur drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Dabei weist der Umstand, dass der letzte Arbeitgeber den Kläger nach einer ersten Beschäftigung von Mai bis Dezember 2010 im Folgejahr erneut von Mai bis Dezember 2011 und dann wiederum ab Mai 2012 beschäftigte nicht darauf hin, dass am Arbeitsplatz regelmäßig erhebliche Probleme auftraten. Denn wären, wie von dem Sachverständigen erwartet, unlösbare Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten aufgetreten, wäre es kaum zu einer Wiedereinstellung des Klägers in zwei aufeinander folgenden Jahren gekommen. Der im Mai 2012 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit lag im Übrigen - so die eigenen Angaben des Klägers im Rehabilitationsantrag (Bl. 1 der Reha-Akte) - auch keine psychische Erkrankung des Klägers zu Grunde, sondern dessen Wirbelsäulenbeschwerden. Nach alledem kann der Senat dahingestellt sein lassen, ob die Persönlichkeitsstruktur des Klägers tatsächlich die von Dr. Z. gestellte Diagnose einer paranoiden und ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung rechtfertigt oder ob lediglich entsprechende Persönlichkeitsnormvarianten vorliegen, denen kein Krankheitswert beizumessen ist. Denn für die vorliegend zu beurteilende Frage, inwieweit der Kläger durch seine Persönlichkeitsstruktur in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, ist weniger von Bedeutung, ob die entsprechenden Merkmale einem konkreten Krankheitsbild zugeordnet werden können, als vielmehr, welche funktionellen Einschränkungen hieraus resultieren und inwieweit diese der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit entgegenstehen. Die Erwerbsbiographie des Klägers macht aber deutlich, dass die Persönlichkeitsstruktur des Klägers eine berufliche Tätigkeit im sozialen Kontext nicht ausschließt.

Nur der Vollständigkeit halber weist der Senat darauf hin, dass keiner der mit den nervenärztlichen Gesundheitsstörungen des Klägers befassten Ärzte von einer paranoiden und ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung ausgegangen ist, weder der im Verwaltungsverfahren von der Beklagten hinzugezogene Gutachter Dr. H. noch die behandelnden Ärzte der S.-Klinik, wo der Kläger im Juni/Juli 2013 über sechs Wochen hinweg in stationärer Behandlung stand, ebenso wenig der gerichtliche Sachverständige Dr. B. und auch nicht der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. G. ... Soweit der behandelnde Psychologe Dr. B. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge von der Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung berichtet hat, ist bereits nicht erkennbar, welche Befunde dieser Diagnose zu Grunde lagen. Denn psychische Befunde, die diese Diagnose tragen würden, hat Dr. B. in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge nicht mitgeteilt. Hierauf hat Dr. B. in seiner bereits erwähnten sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte zutreffend hingewiesen.

In Anbetracht der vom Sozialgericht durchgeführten Sachaufklärung sieht der Senat keinen Anlass, ein weiteres nervenärztliches Gutachten einzuholen, wie dies der Kläger noch angeregt hat.

Nach alledem kann die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

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

Für eine Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB
Saved
2018-06-26