L 10 R 2503/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 6 R 313/17
Datum
20.06.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 2503/18
Datum
05.08.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 20.06.2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Gewährung von Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung.

Der am 1962 geborene Kläger hat nach eigenen Angaben von Anfang August 1978 bis Ende Juli 1981 den Beruf des Drehers erlernt und war anschließend in diesem Beruf bzw. als Lagerarbeiter - mit Unterbrechungen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit - tätig. Zuletzt arbeitete er von Oktober 1995 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit im Juli 2014 sozialversicherungspflichtig als Schleifer. Seither ist er ohne Beschäftigung, arbeitsuchend und bezieht nach eigener Angabe seit September 2017 Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Bei ihm ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 40 anerkannt (s. Angabe Bl. 166 SG-Akte).

Im Februar/März 2015 nahm der Kläger an einer ganztägig ambulanten Rehabilitationsmaßnahme der R. H. GmbH in H. teil, aus der er zwar arbeitsunfähig aber mit einem Leistungsvermögen von mehr als sechs Stunden täglich für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (ohne dauerhafte Zwangshaltungen, z.B. keine dauerhaften Armvorhalte-/Überkopfarbeiten, ohne häufiges Bücken, Hocken, Knien und ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen wurde (Entlassungsdiagnosen: rezidivierende Lumbalgien bei mäßiger Spondylarthrose im Bereich des 4./5. Lendenwirbelkörpers, diskrete medial betonte Bandscheibenprotrusion auf Höhe des 5. Lenden-/1. Steißbeinwirbelkörpers, arterielle Hypertonie, Verdacht auf koronare Herzkrankheit, Verdacht auf Coxarthrose beidseits).

Am 13.12.2015 beantragte der Kläger bei der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung. Nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen holte die Beklagte das Gutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin M. ein, der nach Untersuchung zu folgenden Diagnosen gelangte: dissoziierte Gangstörung, dissoziative Sensibilitätsstörung, Angabe einer multilokulären, wechselnden Schmerzsymptomatik. Leichte bis mittelschwere Arbeiten seien dem Kläger noch sechs Stunden und mehr möglich. Mit Bescheid vom 21.01.2016 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, da der Kläger unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein könne und daher im Sinne der gesetzlichen Regelungen nicht erwerbsgemindert sei; der dagegen erhobene Widerspruch hatte keinen Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 25.01.2017).

Hiergegen hat der Kläger am 02.02.2017 beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und sein Begehren auf Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung weiterverfolgt. Zur Begründung hat er im Wesentlichen ausgeführt, dass er an erheblichen Erkrankungen sowie an Schmerzen leide, sodass er nicht mehr arbeiten könne.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Sein Hausarzt, Facharzt für Innere Medizin Dr. K., hat u.a. als Diagnosen auf internistischem Fachgebiet ein metabolisches Syndrom, eine pathologische Glukosetoleranz, eine hypertensive Herzerkrankung mit Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung, eine Fettleber sowie eine (jeweils medikamentös behandelte) Hypercholesterinämie, Hyperurikämie und arterielle Hypertonie genannt. Im Vordergrund stünden jedoch die Symptome einer mittelgradigen Depression sowie unklarer Sensibilitätsstörungen der Hände, Beine und Füße sowie eine spinocerebelläre Ataxie mit Greif-,

Stand- und Gangunsicherheit. Außerdem leide der Kläger an einem chronischen Schmerzsyndrom mit rezidivierenden Lumboischialgien. Seiner Ansicht nach könne der Kläger wegen der Ataxie keine drei Stunden mehr arbeiten. Im Hinblick auf die mittelgradige Depression komme eine Schicht- und Akkordarbeit nicht mehr in Frage. Das maßgebliche Leiden liege auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, in internistischer Hinsicht bestehe ein hohes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. P. hat im Wesentlichen mitgeteilt, den Kläger wegen einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung zu behandeln. Die körperlichen Beschwerden seien am ehesten im Rahmen einer Somatisierungsstörung und einer dissoziativen Störung einzuordnen. Der Kläger sei seiner Meinung nach selbst für leichte Arbeiten nicht vollschichtig belastbar; es sei eine Herabsetzung der "wöchentlichen Arbeitsfähigkeit auf unter 15 Stunden" festzustellen. Maßgeblich seien beim Kläger das psychiatrische und das kardiologische Fachgebiet.

Das SG hat sodann das im Schwerbehindertenklageverfahren des Klägers (S 5 SB 1307/16) von Amts wegen eingeholte Gutachten des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. G. (Diagnosen nach Untersuchung Mitte Dezember 2016: somatoforme Störung mit anhaltenden Klagen über multiple körperliche Symptome - die hinsichtlich Schwere, Ausmaß, Vielfalt und Dauer durch keine körperliche Erkrankung erklärt werden könnten - und mit Inkonsistenzen und überdurchschnittlicher Neigung zu vagen Antworten; Dysthymia mit wiederkehrender depressiver Verstimmung, erhöhter Erschöpfbarkeit und Schlafstörungen; leicht ausgeprägte Polyneuropathie mit beinbetonten Sensibilitätsstörungen; Schädigung der LWS mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen inkl. Zehenheberschwäche links) beigezogen, ebenso das Gutachten des Dr. R. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) B. (Diagnosen nach Untersuchung Anfang Januar 2017: anhaltende Lumboischialgien mit Sensibilitätsstörungen der Hände und Füße, mit Verdacht auf Polyneuropathie der unteren und oberen Extremitäten und mit dadurch bedingter schwerer ataktischer Gangstörung; chronisches Schmerzsyndrom; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode).

Anschließend hat das SG von Amts wegen das Sachverständigengutachten des Facharztes für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. eingeholt, der beim Kläger nach Untersuchung (August 2017) zu folgenden Diagnosen gelangt ist: ausgeprägte Stand- und Gangunsicherheit im Rahmen einer Aggravation bzw. Simulation bei Rentenbegehren, leicht ausgeprägte Polyneuropathie ohne manifeste objektivierbare sensomotorische Ausfälle unklarer Genese, leichtgradiges Engpasssyndrom des Nervus ulnaris links ohne manifeste sensomotorische Ausfälle, Beschwerden seitens des Bewegungs- und Haltungsapparates ohne objektivierbare neurologische Defizite sowie Bluthochdruckleiden, Störung des Harnsäurestoffwechsels und Fettstoffwechselstörung (jeweils medikamentös behandelt). Es bestehe eine eindeutige Abhängigkeit der vom Kläger demonstrierten Symptomatik von dem Rentenanliegen. Leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten seien dem Kläger noch mindestens sechs Stunden täglich möglich.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das Gericht sodann das Sachverständigengutachten des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapeut Prof. Dr. S. mit neurokognitiver Zusatzuntersuchung durch die Psychologische Psychotherapeutin Dr. Dipl.-Psych. H. eingeholt (Diagnosen nach Untersuchung: rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode, somatoforme Schmerzstörung, Verdacht auf Alkoholabusus). Dem Kläger seien Tätigkeiten zwischen drei und sechs Stunden täglich möglich, wobei Arbeiten im Nacht- und Schichtdienst sowie mit erhöhtem Zeit- und Verantwortungsdruck zu vermeiden seien. Nach Stellungnahme der Beklagten durch die Ärztin für Psychiatrie und Sozialmedizinerin MUDr. H. hat das SG die Klage mit Urteil vom 20.06.2018 abgewiesen. Der Kläger sei nicht erwerbsgemindert, da er leichte bis mittelschwere Wechseltätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich unter Beachtung von qualitativen Einschränkungen (kein Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, keine dauerhaften Zwangshaltungen, kein überdurchschnittlich häufiges Hocken, Bücken, Knien) verrichten könne. Es hat sich dabei im Wesentlichen auf die Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Dr. S. gestützt, der die Leistungseinschätzung des Gutachters M. bestätigt habe. Die vom Kläger geltend gemachte ausgeprägte Stand- und Gangunsicherheit beruhe erheblich auf Aggravation und Simulation, was sich aus dem ausführlichen Sachverständigengutachten des Dr. S. und aus dem im Schwerbehindertenklageverfahren eingeholten Gutachten des Prof. Dr. G. ergebe. Namentlich auch der vom Kläger gegenüber Dr. S. geschilderte umfangreiche und geregelte Tagesablauf spreche gegen eine relevante Einschränkung der Stand- und Gangsicherheit. Demgegenüber habe der Sachverständige Prof. Dr. S. keine kritische Überprüfung der klägerischen Angaben vorgenommen und auch überhaupt keine körperliche Untersuchung durchgeführt. Die von ihm angenommene leichte depressive Störung rechtfertige ohnehin nicht die Annahme einer zeitlichen Leistungseinschränkung. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit komme bereits deshalb nicht in Betracht, weil der Kläger erst nach dem 02.01.1961 geboren sei.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 25.06.2018 zugestellte Urteil hat dieser am 17.07.2018 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er hat im Wesentlichen sein Vorbringen aus dem Klageverfahren wiederholt. Ergänzend hat er angeführt, dass das SG zu Unrecht von einer Aggravation bzw. Simulation ausgegangen sei. Der Sachverständige Prof. Dr. S. habe Hinweise auf eine Aggravation nicht finden können. Außerdem stimme es nicht, dass er umfangreiche Spaziergänge unternehme und mit dem Hund spazieren gehe. Richtig sei vielmehr, dass er gelegentlich mit seiner Lebensgefährtin spazieren gehe und dabei immer wieder größere Pausen einlegen müsse. Mit dem Hund der Lebensgefährtin gehe er allenfalls am Wochenende und dann nur geringe Strecken. Bei der täglichen Lebensführung sei er auf die Unterstützung seiner Kinder angewiesen, aber letztlich komme es hierauf nicht an. Denn er könne - auch wegen seines erhöhten Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos - nicht mehr arbeiten, was sein Hausarzt bestätigt habe (Hinweis auf die Auskunft des Dr. K. gegenüber dem SG). Seine Schmerzsymptomatik habe sich überdies in den letzten zwölf Monaten verstärkt. Auch bestehe eine auch nach mehr als sechs Monaten noch immer nicht ausgeheilte Wundheilungsstörung nach einem Sturz wegen seiner Gangstörung (Hinweis auf Dr. K.). Außerdem gehe Dr. P. nach wie vor davon aus, dass er nicht mehr vollschichtig belastbar sei und eine erhebliche Gefährdung seiner Erwerbsfähigkeit vorliege (Hinweis auf den "Fachärztlichen Befund" des Dr. P. von Anfang März 2019, Bl. 28 Senats-Akte).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 20.06.2018 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 21.01.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.01.2017 zu verurteilen, ihm eine Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung ab Antragstellung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend und hat auf die von ihr vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahmen verwiesen.

Der Senat hat bei Dr. K. die Behandlungsunterlagen seit Mitte Februar 2018 beigezogen. Wegen der diesbezüglichen Einzelheiten wird auf den von Dr. K. übersandten Arztbrief der Internisten und Kardiologen Dres. S. von April 2018 (Bl. 22 f. Senats-Akte), auf den Arztbrief der Radiologen Dres. N. , B. u.a. von Anfang Februar 2019 sowie auf das von Dr. K. vorgelegte Laborblatt von Ende Februar 2019 (Bl. 24 f. Senats-Akte) Bezug genommen. Die Beklagte hat zu den übersandten Unterlagen durch MUDr. H. (Bl. 30 Senats-Akte) und durch den Internisten, Rheumatologen und Sozialmediziner Dr. L. (Bl. 31 Senats-Akte) Stellung genommen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144 SGG](#) zulässige Berufung des Klägers nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 21.01.2016 in der Gestalt ([§ 95 SGG](#)) des Widerspruchsbescheids vom 25.01.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er ist trotz der bei ihm bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Sinne der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, sodass ihm daher weder Rente wegen voller ([§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - SGB VI -) noch wegen teilweiser Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)) zusteht; eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)) kann der Kläger von Gesetzes wegen ohnehin nicht beanspruchen, weil er nach dem 02.01.1961 - nämlich im August 1962 - geboren wurde ([§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)).

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die vom Kläger beanspruchte Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#) dargelegt und ebenso zutreffend wie ausführlich ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine solche Rente nicht erfüllt, weil er zumindest leichte Tätigkeiten mit den näher aufgeführten qualitativen Einschränkungen sechs Stunden und mehr täglich ausüben kann. In Bezug auf das verbliebene Leistungsvermögen des Klägers hat das SG sowohl in psychiatrischer als auch in neurologischer Hinsicht zu Recht die Ausführungen und die Beurteilung des Sachverständigen Dr. S. zu Grunde gelegt, zumal bereits auch der Facharzt M. zu einer nämlichen Beurteilung (Leistungsvermögen von mehr als sechs Stunden) gelangt war und der im Schwerbehindertenklageverfahren hinzugezogene Sachverständige Prof. Dr. G. ebenfalls schwerwiegende Gesundheitsstörungen in psychiatrischer und neurologischer Hinsicht verneint hatte. Zu Recht hat das SG auch angenommen, dass die Leistungseinschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. S. keine abweichende Beurteilung rechtfertigt. Was das internistische Fachgebiet anbelangt, hat es sich auch insoweit in nicht zu beanstandender Weise den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S. angeschlossen und dessen diesbezügliche Leistungsbeurteilung übernommen. In orthopädischer Hinsicht ist es wiederum zu Recht der Einschätzung der Ärzte der R. H. GmbH gefolgt und hat zutreffend darauf hingewiesen, dass sich der dort zunächst geäußerte Verdacht einer Coxarthrose nicht bestätigt habe (Bezugnahme auf den Arztbrief des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. B. von Mitte März 2015, S. 76 ÄT-Renten-VerWA). Der Senat sieht daher insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Zugunsten des Klägers legt der Senat über die vom SG im Einzelnen benannten qualitativen Einschränkungen auch die von Prof. Dr. S. zusätzlich genannten (keine Arbeiten im Nacht- und Schichtdienst und mit erhöhtem Zeit- und Verantwortungsdruck) zu Grunde.

Ebenso wie das SG geht auch der Senat davon aus, dass der Kläger in seinem beruflichen Leistungsvermögen in erster Linie durch Erkrankungen von Seiten des psychiatrischen und neurologischen Fachgebietes eingeschränkt ist, die hieraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen jedoch nicht so schwerwiegend sind, dass sie der Ausübung einer leichten, den oben dargelegten Anforderungen Rechnung tragenden beruflichen Tätigkeit entgegenstehen.

Von psychiatrischer Seite besteht beim Kläger eine Dysthymia (so Prof. Dr. G. in seinem urkundenbeweislich verwertbaren Sachverständigengutachten im Schwerbehindertenklageverfahren) bzw. ein allenfalls leicht ausgeprägtes depressives Syndrom (so der Sachverständige Prof. Dr. S.). Einer weiteren diagnostischen Abgrenzung bedarf es nicht, ebenso wenig eine Klärung der Frage, ob beim Kläger darüber hinaus eine Somatisierungs- respektive Schmerzstörung vorliegt (so Facharzt M. in seinem für die Beklagte erstatteten Gutachten sowie Prof. Dr. G. und Prof. Dr. S. , alle jeweils auf Grundlage der Beschwerdeangaben des Klägers). Denn darauf kommt es, worauf MUDr. H. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme (Bl. 179 SG-Akte) zu Recht hingewiesen hat, nicht entscheidungserheblich an, da jedenfalls eine schwere bzw. auch nur mittelgradige seelische Störung beim Kläger von keinem der im Verfahren gehörten Gutachter (M. , Sachverständige Dr. S. und Prof. Dr. S.) - und auch nicht von Prof. Dr. G. - angenommen worden ist. Dabei ist zu beachten, dass im Rahmen der Prüfung von Erwerbsminderung nicht eine bestimmte Diagnosestellung oder die Bezeichnung von Befunden maßgeblich ist, sondern die Beeinflussung des individuellen quantitativen sowie qualitativen Leistungsvermögens durch dauerhafte Gesundheitsstörungen (Bundessozialgericht - BSG -, Beschluss vom 28.02.2017, [B 13 R 37/16 BH](#), in juris, Rdnr. 15), also auf die durch die Gesundheitsstörungen verursachten funktionellen Beeinträchtigungen. Dem entsprechend kommt es auch auf die Ursachen der Gesundheitsstörung nicht an (BSG, a.a.O.).

Sowohl Facharzt M. als auch der Sachverständige Dr. S. haben übereinstimmend beim Kläger keine wesentlichen psychiatrischen Einschränkungen angenommen und sind bei ihm zu einem noch mehr als sechsstündigen Leistungsvermögen für jedenfalls leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelangt. Auch nach der Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. S. scheidet die Annahme einer rentenrechtlich relevanten Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens in psychiatrischer Hinsicht aus, denn der Sachverständige ist auf der Grundlage eines nur leicht ausgeprägten depressiven Syndroms von einem "zwischen 3 und 6 Stunden" täglich liegenden Leistungsvermögen - also einschließlich sechs Stunden - ausgegangen, was Erwerbsminderung ausschließt ([§ 43 Abs. 3 Halbsatz 1 SGB VI](#): "mindestens").

Soweit der Kläger mit seinem Rechtsmittelvorbringen pauschal gemeint hat, die Einschätzung der Sachverständigen Dr. S. und "Dr. P. " - gemeint wohl Facharzt M. - sei "falsch" (Bl. 3 Senats-Akte), weil Prof. Dr. S. im Gegensatz zu ihnen keine Hinweise auf eine Aggravation/Simulation gefunden habe, greift dieser Einwand nicht durch. Denn nur, weil Prof. Dr. S., der den Kläger nicht einmal körperlich untersucht hat (darauf hat MUDr. H. zutreffend hingewiesen), in seiner Untersuchungssituation keine entsprechenden Hinweise gefunden haben will, schließt dies die Annahme des Dr. S. und des Facharztes M. auf Grund ihrer jeweiligen Untersuchungen nicht aus. Darüber hinaus hat auch Prof. Dr. G. auf Inkonsistenzen, vages Antwortverhalten und Widersprüche im Zusammenhang mit den Angaben des Klägers hingewiesen (wird noch ausgeführt). Nur am Rande sei angemerkt, dass Prof. Dr. S. im Hinblick auf die Untersuchungen durch Prof. Dr. G. und Dr. S. auch explizit ausgeführt hat, dass die "Gangstörung in ihren Folgen bei der klinischen Untersuchung vom Probanden offenbar aggraviert wurde" und dass eine entsprechende Beurteilung "auch von Kollegen M. angegeben" worden sei (Bl. 170 SG-Akte).

Soweit der Kläger weiter eingewandt hat, Dr. S. sowie Facharzt M. hätten sich im Gegensatz zu Prof. Dr. S. mit seinen psychiatrischen Erkrankungen "nicht vertieft auseinandergesetzt", ist dies weder zutreffend noch nachvollziehbar (wird ebenfalls noch ausgeführt), zumal der Kläger erkennt, dass das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S. - wie oben dargelegt - sein Rentenbegehren ebenfalls nicht stützt.

Soweit der Kläger schließlich gemeint hat, es sei u.a. unzutreffend, dass er umfangreiche Spaziergänge vornehme und mit dem Hund spazieren gehe (wobei er zugleich eingeräumt hat, "gelegentlich" mit seiner Lebensgefährtin spazieren zu gehen und mit dem Hund "allenfalls" am Wochenende Gassi zu gehen, Bl. 3 Senats-Akte), erschließt sich dieser Vortrag dem Senat schon deshalb nicht, weil der Kläger jene Angaben zuletzt gegenüber Prof. Dr. S. gemacht hat (s. Bl. 167 SG-Akte: "Er gehe, wenn auch nicht täglich, bis zu 1,5 Stunden mit dem Hund spazieren, ..."), dessen Einschätzung er ausdrücklich verteidigt (wiederum Bl. 3 Senats-Akte). Auch das Vorbringen, er sei bei der täglichen Haushaltsführung auf die Hilfe seiner Familie angewiesen, lässt nicht erkennen, inwiefern hier die gerichtlichen Sachverständigen von "falschen" Angaben ausgegangen sein sollen (im Gutachten des Dr. S. z.B.: "Die schweren Tätigkeiten würden die Lebensgefährtin und der Sohn machen", Bl. 105 SG-Akte; im Gutachten des Prof. Dr. S. etwa: "Schwerere Arbeiten wie etwa das Putzen des Bades erledige seine Partnerin oder sein Sohn" Bl. 167 SG-Akte; s. auch im Gutachten des Facharztes M.: "Die schwereren Sachen kauft sein Sohn für ihn ein", S. 113 ÄT-Renten-VerwA). Ungeachtet dieses nicht nachvollziehbaren Vortrags erachtet der Senat diese pauschalen und substanzlosen Einwände, ein Sachverständiger habe diese oder jene für den erhobenen Anspruch ungünstige Angabe unzutreffend im Gutachten wiedergegeben, als interessengeleitet, zumal der Einwand ohne rechtfertigenden Grund erst mit dem Rechtsmittel geltend gemacht worden ist. Im Übrigen führt der Kläger selbst aus, dass es "hierauf" - also auf seine gerade ausgeführten Einwände - "letztlich nicht ankommt" (Bl. 3 Senats-Akte).

Festzuhalten bleibt, dass nur Dr. P. und Dr. K. aus psychiatrischen Gründen, ausgehend von einer "mittelgradigen Depression" (so Dr. K. in seiner Auskunft gegenüber dem SG) bzw. einer "mittelschweren depressiven Symptomatik mit dissoziativer Bewegungsstörung" (so Dr. P., zuletzt in seinem Arztbrief von März 2019, Bl. 28 Senats-Akte), von einer zeitlichen Leistungseinschränkung beim Kläger ausgegangen sind.

Zur Einschätzung des Dr. K. merkt der Senat an, dass schon nicht ersichtlich ist, dass er über eine besondere facharztpsychiatrische Kompetenz verfügt, worauf der Sachverständige Dr. S. zutreffend hingewiesen hat (Bl. 134 SG-Akte). Seine Annahme einer mittelgradigen psychiatrischen Erkrankung ist bereits aus diesem Grund nicht geeignet, die Auffassungen der Fachärzte M., Prof. Dr. G., Dr. S. und Prof. Dr. S. in Zweifel zu ziehen. Im Übrigen hat Dr. K. auch seine diesbezügliche Leistungsbeurteilung nicht weiter begründet und im Hinblick auf die von ihm angenommene "mittelgradige Depression" ohnehin nur qualitative Einschränkungen genannt (keine Schicht- und Akkordarbeit), die auch von Prof. Dr. S. berücksichtigt worden sind (s.o.).

Was die Einschätzung des Dr. P. anbelangt, beruht diese - darauf hat MUDr. H. hingewiesen (vgl. Bl. 30 Senats-Akte) - im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeschilderungen des Klägers und der daraus geschlussfolgerten Annahme einer mittelgradigen depressiven Erkrankung mit dissoziativer Bewegungsstörung. Der Senat kann sich indes - wie auch das SG - nicht davon überzeugen, dass derartige Erkrankungen beim Kläger vorliegen.

Bei der Untersuchung durch den Facharzt M. war der Kläger in einem geordneten, altersentsprechenden Allgemeinzustand. Die Kontaktaufnahme gelang problemlos, er war kooperativ und freundlich zugewandt. Verhaltens- oder Sprachauffälligkeiten zeigten sich nicht. Seine Psychomotorik, Gestik und Mimik waren unauffällig, seine Bewusstseinslage klar. Orientierungs-, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen zeigten sich nicht, ebenso wenig Störungen des Gedankengangs, Auffälligkeiten des Gedankeninhalts oder Hinweise auf ein Psychosyndrom. Sein Auffassungsvermögen sowie seine Merk- und Konzentrationsfähigkeit waren nicht beeinträchtigt, seine Kritikfähigkeit erhalten, seine Stimmungslage ausgeglichen und nur zeitweilig, themenabhängig gedrückt und sein Antrieb nicht vermindert. Das Schwingungsvermögen war normal ohne pathologisch affektive Schwankungen und ohne pathologische Tagesverlaufsschwankung bei Auslösbarkeit positiver Emotionen (zum Vorstehenden s. S. 113 ff. ÄT-Renten-VerwA). In der Selbstbeurteilungstestung erreichte er einen Wert, der auf eine minimale bis geringgradige Depression hindeutete; im strukturierten Fragebogen simulierter Symptome überschritt er den sog. Cut-off-Wert (Hinweis auf eine ungewöhnliche Häufung ungewöhnlicher Beschwerden, s. S. 117 ÄT-Renten-VerwA). Gegenüber dem Gutachter gab der Kläger u.a. an, weiter Kontakt zu seinen (ehemaligen) Arbeitskollegen zu pflegen, ein gutes, regelmäßiges Verhältnis zu seiner Tochter und zu seinem Sohn zu haben, Auto zu fahren, einzukaufen (keine "schweren" Sachen), mit seiner Lebensgefährtin gemeinsam zu kochen und Spaziergänge zu unternehmen, Interesse an einem gemeinsamen Urlaub zu haben, mit dem Hund Gassi zu gehen, den Haushalt zu organisieren (inkl. Staubsaugen, Wäschewaschen für seine Eltern: "ab und zu"), zu lesen, fernzusehen und mit seinen Eltern Kaffee zu trinken (S. 109 ff. ÄT-Renten-VerwA).

Dass Facharzt M. in Ansehung all dessen die vom Kläger angegebene erheblich beeinträchtigende Schmerzsymptomatik (bei gleichzeitiger Nichtdurchführung einer Schmerzbehandlung) und die geklagte Gangstörung nicht zu erklären vermochte und Restzweifel im Hinblick auf eine willentliche Steuerung äußerte, überzeugt den Senat. Demgemäß nahm Facharzt M. eine dissoziierte Gangstörung bzw. eine dissoziative Sensibilitätsstörung eher als Verdachtsdiagnose an (vgl. S. 131 ÄT-Renten-VerwA); er gelangte im Übrigen gleichwohl lediglich zu qualitativen Einschränkungen, nicht jedoch zu einer zeitlichen Leistungsminderung.

Einen im Wesentlichen nämlichen psychopathologischen Befund wie Facharzt M. erhob Prof. Dr. G. anlässlich seiner Untersuchung im Schwerbehindertenklageverfahren. Der Kläger erschien pünktlich zur Untersuchung in einem gepflegten äußeren Erscheinungsbild und war auskunftsbereit und kooperativ. Sein Sprechverhalten, seine Sprache, sein Bewusstsein und Gedächtnis, seine Orientierung, Aufmerksamkeit, Psychomotorik und Affektivität waren unauffällig. Formale oder inhaltliche Denkstörungen lagen ebenso wenig vor wie

Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Seine Konzentration war im Verlauf der über vierstündigen Exploration unbeeinträchtigt und nicht nachlassend (Bl. 63 SG-Akte). Bei der Elektromyographie zeigte der Kläger einen "demonstrativ" gequält anmutenden, schmerzverzerrten Gesichtsausdruck (Bl. 61 SG-Akte). Auch gegenüber Prof. Dr. G. gab der Kläger u.a. an, schmerzbedingt "im Alltag komplett eingeschränkt" zu sein, zugleich berichtete er indes - unter Angabe von starken Schmerzen und Lähmungen der Extremitäten -, dass er Kartoffeln schälen und Salat zubereiten, den Weihnachtsschmuck aufhänge und Schmerzen im Nacken spüre, wenn er "in der Küche herumwirble" (s. Bl. 51 f. SG-Akte). Beim "Besteigen eines Berges, schnellen Bewegungen, Treppensteigen oder schnellem Putzen" habe er Atemnot. Einen Wäschekorb könne er tragen, die Wäsche in die Waschmaschine laden und "einmal die Treppe hochgehen, aber kein zweites Mal". Beim Putzen sei er in der Lage, "Druck auszuüben, um einen Fleck wegzuwischen, aber dann bleibe die Luft weg". Beim Staubsaugen falle "der Sauger aus der Hand", sodass er dann halt nicht die ganze Wohnung sauge, sondern am nächsten Tag weiter mache (Bl. 53 SG-Akte). Das vom Hausarzt verordnete Schmerzmittel habe er abgesetzt, weil "jeder" gefragt habe, wo es weh tue, und er diese Frage "wahrheitsgemäß" habe beantworten wollen. Das Citalopram nehme er gegen seine Höhenangst und wegen des Verlustes seines Hundes (Bl. 54 SG-Akte). Außerdem gab der Kläger an, Besuch zu empfangen und bei dieser Gelegenheit Alkohol zu konsumieren (Bl. 55 SG-Akte), "einmal am Wochenende" in einem "Tempo von zwei Kilometern in einer Stunde um den Buckel zu gehen" und dabei 80 Meter Höhenunterschied zu überwinden; er könne "ein paar Meter gehen, bis ein Stich" komme. "Ab und zu" habe er Besuch von einem Freund und es gäbe eine "Clique mit 50 Personen", mit der man sich ca. alle zwei Monate zu Geburtstagen, Sommerfesten usw. treffe (Bl. 56 SG-Akte). Sein typischer Tagesablauf beginne mit Frühstück und Zeitungslesen ("höchstens eine halbe Stunde", manches müsse er wegen seiner "Vergesslichkeit" doppelt lesen, Filme könne er aber eineinhalb Stunden sehen und sich auf ein Gespräch "zwei bis drei Stunden konzentrieren"), Letzteres sei "die beste Möglichkeit, sich zu bilden". Er arbeite im Haushalt "alles systematisch" ab, Bettenmachen, Staubsaugen, kochen (mit Pausen täglich drei Stunden), die Küche "fertig machen" (was schmerzbedingt "stundenlang" dauern könne), Wäsche waschen (auch für seine Eltern, fünf Maschinen pro Woche, er hänge die Wäsche "Stück für Stück" auf), Bügeln ("verteilt auf zwei Tage", er bügle, bis die Arme und Beine nach einer halben bis dreiviertel Stunde "nicht mehr mitspielen"), das Bügelbrett könne er höchstens vom Schlaf- in das Wohnzimmer tragen, sonst "randaliere der Körper"), Abstauben, Aufräumen, Blumenpflege, "zwischen durch Körperpflege" (Duschen, Baden), "zehn bis 15 Minuten sitzen, dann eine halbe Stunde Hausarbeit", Schreivarbeiten, telefonieren, mit seinen Eltern reden, Fernsehen, seine Lebensgefährtin besuchen (20 km mit dem Auto), "Großeinkauf" mit seiner Lebensgefährtin am Wochenende (Bl. 58 ff. SG-Akte). Er helfe auch im Haushalt seiner Eltern, dann mache er halt bei sich weniger (Bl. 60 SG-Akte). Die Durchführung einer Schmerztherapie verneinte er erneut (Bl. 62 SG-Akte).

Dass Prof. Dr. G. in Ansehung all dessen (auch unter Berücksichtigung der fremdanamnestic Angaben des Sohnes des Klägers, s. Bl. 60 SG-Akte) eine höhergradige seelische Störung verneinte, von einer Inkonsistenz der angegebenen und demonstrierten Beschwerden mit den berichteten Arbeiten im eigenen und elterlichen Haushalt ausging und eine Tendenz zu vagen Antworten mit verringerter Bereitschaft, die Auswirkungen seiner Leiden auf die zeitliche Gestaltung der täglichen Hausarbeit deutlich zu machen, annahm, ist für den Senat ohne Weiteres nachvollziehbar und schlüssig, zumal namentlich die geltend gemachten Konzentrationsstörungen während der Untersuchung überhaupt nicht vorlagen (s.o.). Auch zur Untersuchung beim Sachverständigen Dr. S. ist der Kläger in einem guten Allgemeinzustand und gepflegt gekleidet erschienen (Bl. 108, 112 SG-Akte), seine Mimik und Gestik sind angemessen und durchaus lebhaft gewesen bei freundlicher, höflicher Zugewandtheit und ausreichender Modulation ohne Hinweise auf eine tiefergehende oder vitale depressive Stimmungslage. Sprech-, Bewusstseins-, Orientierungs- und Auffassungsstörungen haben nicht vorgelegen (Bl. 112 SG-Akte), ebenfalls keine kognitiven oder mnestischen Defizite (Bl. 120 SG-Akte). Auch gegenüber Dr. S. hat der Kläger angegeben, "alles" zu vergessen - ohne genau sagen zu können, was (Bl. 98 SG-Akte) -, obgleich sich während der Untersuchung weder Konzentrations- noch manifeste Gedächtnis- oder Merkstörungen gezeigt haben und der Kläger in der Lage gewesen ist, viele Angaben sehr genau bzw. detailliert zu machen (Bl. 112, 116 SG-Akte). Den sog. Rey-Memory-Test hat der Kläger zügig und mit einer guten geistigen Flexibilität (15 von 15 möglichen Punkten) absolviert (Bl. 115 SG-Akte). Anhaltspunkte für eine hirnorganisch bedingte psychische Symptomatik haben sich ebenso wenig ergeben wie eine Antriebsminderung oder gar psychomotorische Hemmung. Die Grundstimmung ist ausgeglichen und nur themenbezogenen niedergestimmt gewesen, wobei dies nicht über das übliche Maß hinausgegangen ist. Sein formales Denken hat keine Verlangsamung gezeigt und ist folgerichtig gewesen, inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen sind ebenso wenig aufgetreten wie sichere dissoziative Auffälligkeiten; auch eine endogene circadiane Rhythmik der Stimmungslage hat sich nicht gezeigt (Bl. 112 SG-Akte, auch zum Vorstehenden). Auch gegenüber Dr. S. hat der Kläger berichtet, sich morgens das Frühstück zu machen, Zeitung zu lesen ("wie es funktioniere", er "erhole" sich dabei und denke über sein Leben nach), die Wohnung aufzuräumen, Wäsche zu waschen (auch für die Eltern) - wobei der Sohn die Wäsche in den Keller bringe und wieder herauf hole -, Staub zu saugen (was sehr lange dauere), einzukaufen, gerne zu kochen (Kartoffelschälen: "nur maximal drei bis vier", dann Kraftlosigkeit in den Händen, Bl. 116 SG-Akte), über gute soziale Kontakte zu verfügen (Freundeskreis am Wohnort der Lebensgefährtin im H., gute nachbarschaftliche Kontakte, Kontakte zu den früheren Arbeitskollegen), sich mit dem Computer zu beschäftigen (Facebook, E-Mail-Schreiben), fernzuschauen, zusammen mit seiner Lebensgefährtin und ihrem Hund spazieren zu gehen ("laufe gerne mit dem Hund"), leichte Gartenarbeit zu verrichten ("schwere" Tätigkeiten würden vom Sohn und der Lebensgefährtin übernommen, Bl. 105 SG-Akte) und Flohmärkte, Straßenfeste bzw. "die K." zu besuchen (Bl. 104 ff. SG-Akte, auch zum Vorstehenden). Er hat ferner angegeben, am Vorabend Besuch gehabt zu haben, im Rahmen dessen auch Alkohol konsumiert worden sei (bei unklarer Angabe der allgemeinen Trinkgewohnheiten, Bl. 101 SG-Akte), einen sehr guten Kontakt zu seinen beiden Kindern zu pflegen, sich um seine über 80-jährigen Eltern zu kümmern und eine intakte Beziehung mit seiner Lebensgefährtin zu führen (Bl. 104 SG-Akte). Eingeräumt hat er auch, zuletzt im Jahr 2016 für drei Tage mit dem Auto am T. gewesen zu sein (Bl. 105 SG-Akte), obgleich er an anderer Stelle (Bl. 102 SG-Akte) bekundet hat, nur noch "selten" und nur "in der Umgebung" Auto zu fahren.

Dass Dr. S. auf dieser Grundlage lediglich Hinweise auf leicht narzisstische Persönlichkeitszüge und einen möglichen schädlichen Alkoholkonsum (unter Ausschluss einer relevanten Suchterkrankung, s. Bl. 113 SG-Akte) angenommen, im Hinblick auf die vom Kläger demonstrierten, oftmals "sehr bizarren" Bewegungsmuster ohne pathophysiologisches Korrelat (s. Bl. 111, 119 f. SG-Akte: u.a. nicht erklärliches plötzliches Zucken des rechten Armes mit Schmerzäußerung), die wechselnde Ausprägung der von ihm geschilderten Symptomatik, die Angabe unspezifischer "Symptome" (u.a. Angabe von plötzlicher Kraftlosigkeit in den Händen, vgl. Bl. 98 SG-Akte, bei gleichzeitig unauffälligem Schriftbild ohne relevante Hinweise für Einschränkungen der Fingermotorik, Bl. 121 SG-Akte) und das Fehlen einer auffallenden Erschöpftheit in der Gutachtensituation das Vorliegen einer höhergradigen seelischen Erkrankung - namentlich eine dissoziative Störung - verneint und von einer Aggravation/Simulation im Rahmen des Rentenbegehrens ausgegangen ist, ist für den Senat schlüssig und nachvollziehbar. Der Sachverständige hat insoweit überzeugend dargelegt (Bl. 132 SG-Akte), dass eine dissoziative Störung oder auch eine Konversionsstörung den völligen oder auch nur teilweisen Verlust der normalen Integration hinsichtlich der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, unmittelbarer Empfindungen und der Kontrolle von Körperbewegungen voraussetze und dass

davon beim Kläger nicht gesprochen werden könne, zumal die von ihm demonstrierten und angegebenen Bewegungsmuster gewechselt hätten, was für eine bewusste Steuerung und gegen eine dissoziative Symptomatik spreche. Im Hinblick auf die von Dr. P. angenommene depressive Störung sei zu beachten, dass der Kläger selbst einen episodenhaften Verlauf seiner Stimmungslage in der Vergangenheit explizit verneint habe (Bl. 132 SG-Akte).

Wie bereits dargelegt, kann der Kläger aus dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S. nichts für sich Günstiges herleiten. Der Senat merkt insoweit - ergänzend zu den obigen Ausführungen - gleichwohl an, dass der Kläger auch bei der psychopathologischen Untersuchung durch Prof. Dr. S. wach, bewusstseinsklar und voll orientiert gewesen ist, wobei er - so der Sachverständige - seine Angaben auf die von ihm vermuteten Erwartungen der Untersucher abgestellt hat. Seine affektive Schwingungsfähigkeit ist ausreichend, seine Stimmung nur moros gedrückt gewesen ohne Störungen des Denkens, der Wahrnehmung oder des Ich-Erlebens. Sein Antrieb und seine Psychomotorik sind nur leicht reduziert gewesen. Komplexe Fragen hat er "ohne Weiteres" beantworten können, Hinweise auf Störungen der kognitiven Funktionen, insbesondere der Konzentration, haben sich nicht ergeben, ebenso wenig Anhaltspunkte für eine durchgemachte, ausgeprägtere depressive Symptomatik oder ein anderes seelisches Leiden (Bl. 168 SG-Akte, auch zum Vorstehenden). Auch gegenüber Prof. Dr. S. hat der Kläger u.a. angegeben, weiterhin Auto zu fahren ("lediglich kurze Strecken"), zu kochen, zu lesen, fern zu schauen, den PC und das Smartphone zu nutzen, die Eltern im Haushalt zu unterstützen, zu kochen und Hausarbeiten zu erledigen (Staubsaugen, Bügeln, Aufräumen, Abstauben), wobei "schwere Arbeiten" von seiner Lebensgefährtin oder seinem Sohn gemacht würden. Er gehe, "wenn auch nicht täglich, bis zu 1,5 Stunden mit dem Hund spazieren", wobei er versuche, seine Schmerzen "zu ignorieren". Gartenarbeiten und Einkäufe erledige er "nun" mit Unterstützung seiner Partnerin (Bl. 167 SG-Akte). Eine stationäre psychiatrische Behandlung - die bisher nicht stattgefunden hat - könne er sich derzeit nicht vorstellen, da er nicht "von daheim weg" wolle (Bl. 168 SG-Akte).

Dass Prof. Dr. S. auf Grundlage dessen - wie zuvor der Sachverständige Dr. S., Prof. Dr. G. und Facharzt M. - und trotz der vom Kläger wiederum geschilderten diffusen Beschwerdeangaben nachvollziehbar und schlüssig von einer lediglich leichten seelischen Erkrankung ausgegangen ist, bedarf aus Sicht des Senats in Ansehung der obigen Ausführungen keiner weiteren Begründung.

Besteht beim Kläger somit nur eine leichte seelische Erkrankung, kann die Leistungseinschätzung des Dr. P. bereits deshalb nicht überzeugen, weil er schwerere Gesundheitsstörungen zu Grunde legt, die gar nicht vorliegen. Auch sein im Berufungsverfahren vorgelegter "fachärztlicher Befund" (Bl. 28 Senats-Akte) veranlasst - wie MUDr. H. im Einzelnen dargelegt hat (Bl. 30 Senats-Akte) - keine andere Bewertung, da er nichts wesentlich Neues enthält, insbesondere keinen nachvollziehbaren objektiv-klinischen Befund, und wiederum maßgeblich auf den subjektiven Angaben des Klägers beruht, die weder den Sachverständigen Dr. S., noch Prof. Dr. S., noch Facharzt M., noch Prof. Dr. G. überzeugt haben und auch den Senat nicht überzeugen.

Nichts Anderes gilt hinsichtlich des MDK-Gutachtens des Dr. R., denn auch er ist in nicht nachvollziehbarer Weise von einer mehr als nur leichten seelischen Erkrankung ausgegangen. Die von ihm seiner Beurteilung zu Grunde gelegte Symptomatik (u.a. deutliche Konzentrationsstörungen, Verlangsamung im Denken, wenig Mimik und Gestik) hat beim Kläger indes - insoweit wird auf die obigen Ausführungen verwiesen - weder bei der kurz zuvor stattgehabten Untersuchung durch Prof. Dr. G. noch bei der anschließenden Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. S. vorgelegen, worauf dieser zu Recht aufmerksam gemacht hat (Bl. 137 SG-Akte).

In neurologischer Hinsicht leidet der Kläger an einer leicht ausgeprägten Polyneuropathie ohne manifeste objektivierbare sensomotorische Ausfälle unklarer Genese sowie an einem leichtgradigen Engpasssyndrom des Nervus ulnaris (Armnerv) links ohne manifeste sensomotorische Ausfälle (motorische Nervenleitgeschwindigkeit insoweit nur leichtgradig reduziert, s. Bl. 114 SG-Akte). Dies stützt der Senat auf das Sachverständigengutachten des Dr. S., der auf Grundlage des von ihm erhobenen Befundes - wie zuvor bereits Prof. Dr. G. im Rahmen seiner Untersuchung - namentlich keinen Anhalt für eine neurogene Gangstörung gefunden hat. Wie bereits oben im Zusammenhang mit der psychiatrischen Seite dargelegt (die Ausführungen gelten auch hier entsprechend), sind die Bewegungsdemonstrationen des Klägers ausweislich des Sachverständigengutachtens des Dr. S. "bizarr" und unvereinbar mit Krankheitsbildern gewesen (s. Bl. 111 SG-Akte). Die Tibialis-SEP-Untersuchung der Beinnerven hat einen unauffälligen Befund ergeben, die motorische Nervenleitgeschwindigkeit des rechten Beinnervs ist lediglich grenzwertig gemindert gewesen, die sensible nur leicht (Bl. 121 SG-Akte), was der Sachverständige als vereinbar mit einer (leichten) Polyneuropathie angesehen hat. Wesentliche Einschränkungen sind - so der Sachverständige (s. Bl. 137 SG-Akte) - mit diesen Leiden objektiv nicht verbunden.

Soweit Dr. K. in seiner Auskunft gegenüber dem SG von einer spinocerebellären Ataxie ausgegangen ist, gilt auch hier, dass bei ihm schon keine besondere Kompetenz auf neurologischem Fachgebiet ersichtlich ist. Im Übrigen hat der Sachverständige Dr. S. dargelegt (Bl. 134 SG-Akte), dass die Diagnosekriterien einer derartigen Ataxie nicht erfüllt sind, weil es sich dabei um eine genetisch bedingte Erkrankung handle, bei denen mehrere Familienmitglieder betroffen sein müssten, was beim Kläger indes nach seinen anamnestischen Angaben nicht der Fall sei.

Soweit Dr. R. von einer polyneuropathisch bedingten schweren ataktischen Gangstörung ausgegangen ist, lässt sich seinem Gutachten schon nicht entnehmen, auf Grundlage welcher klinisch-neurologischen Untersuchung er dazu gekommen ist. Ungeachtet dessen hat der Sachverständige Dr. S. - wie dargelegt - im Anschluss an die Einschätzung des Prof. Dr. G. (zeitlich unmittelbar vor der Untersuchung durch Dr. R.) und des Facharztes M. überzeugend herausgearbeitet, dass der vom Kläger geltend gemachten Greif-, Stand- und Gangunsicherheit gerade kein organisches Korrelat zu Grunde liegt, sodass der Beurteilung des Dr. R. auch insoweit nicht gefolgt werden könne (Bl. 137 SG-Akte).

In orthopädischer Hinsicht leidet der Kläger an rezidivierenden Lumbalgie bei mäßiger Spondylarthrose und an einer diskret medial betonten Bandscheibenprotrusion. Dies stützt der Senat auf den Entlassungsbericht der Ärzte der R. H. GmbH. Die dort zusätzlich vermutete Hüftgelenksarthrose bestätigte sich nicht, worauf bereits das SG zutreffend hingewiesen hat. Eine seitherige, rentenrechtlich relevante Veränderung des orthopädischen Gesundheitszustands ist weder ersichtlich, noch im Rechtsmittelverfahren konkret geltend gemacht worden, zumal der Kläger gegenüber dem Sachverständigen Dr. S. auch angegeben hat, dass eine Kernspintomographie seiner gesamten Wirbelsäule altersentsprechende Erscheinungen ergeben habe (s. Bl. 98 SG-Akte). Nur am Rande sei angemerkt, dass der Sachverständige im Rahmen seiner körperlichen Untersuchung auch keine neurologischen Defizite seitens des Bewegungs- und Haltungsapparats befundet hat (s. Bl. 110, 115 SG-Akte). Vor diesem Hintergrund besteht keine Veranlassung, von der Leistungsbeurteilung der Ärzte der R. H. GmbH abzuweichen. Die orthopädischen Leiden bedingen damit die von diesen Ärzten aufgeführten - insoweit wird auf den Tatbestand verwiesen -

qualitativen Einschränkungen, führen jedoch nicht zu einer zeitlichen Leistungseinschränkung.

Was die internistische Seite anbelangt, leidet der Kläger im Wesentlichen an einer Belastungsdyspnoe mit Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung sowie - jeweils medikamentös behandelt - an einem Bluthochdruckleiden, einer Störung des Harnsäurestoffwechsels und einer Fettstoffwechselstörung. Dies stützt der Senat auf das Sachverständigengutachten des Dr. S. , auf den Arztbrief der Dres. S. (Bl. 22 f. Senats-Akte) und auf die sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. L. (Bl. 31 Senats-Akte). Letzterer hat für den Senat - auch unter Würdigung des Arztbriefes der Radiologen Dres. N. , B. u.a. (Bl. 26 Senats-Akte) - überzeugend begründet, dass und warum in internistischer Hinsicht (weiterhin) eine zeitliche Leistungseinschränkung nicht zu begründen ist und den entsprechenden Funktionsstörungen vielmehr mit qualitativen Einschränkungen ausreichend Rechnung getragen wird. Der Senat macht sich diese Ausführungen vollumfänglich zu eigen und verweist darauf. Ergänzend merkt der Senat an, dass bereits Dr. K. (in seiner Auskunft gegenüber dem SG) die internistischen Störungen nicht als im Vordergrund stehend angesehen und lediglich pauschal auf ein (allgemeines) Herz- und Schlaganfallrisiko bei kardiovaskulärem Risikoprofil verwiesen hat. Dass dies keine zeitliche Leistungseinschränkung begründet und auch eine Verschlechterung des internistischen Gesundheitszustands nicht ersichtlich ist, hat Dr. L. ebenfalls dargelegt.

Soweit der Kläger schließlich noch unspezifisch gemeint hat, dass auch eine aufgetretene Wundheilungsstörung bzw. eine darauf beruhende Entzündung zu berücksichtigen sei, ist schon nicht ersichtlich, dass und inwiefern eine solche, akut zu behandelnde Erkrankung rentenrechtliche Auswirkungen haben sollte. Wie bereits dargelegt, sind nicht Diagnosen entscheidend, sondern nachgewiesene Funktionseinschränkungen auf Grund objektiv-klinischer Befunde. Der Kläger hat aber nicht einmal mitgeteilt, wo die Entzündung aufgetreten sein soll. Unabhängig davon lässt sich den vom Senat bei Dr. K. beigezogenen Unterlagen nicht ansatzweise entnehmen, dass der Kläger dort wegen einer Wundheilungsstörung in Behandlung steht, obgleich er auf Dr. K. verwiesen hat (s. Bl. 4 Senats-Akte). Auch dem Arztbrief der Dres. S. lässt sich trotz der von ihnen durchgeführten umfangreichen Untersuchung nichts dergleichen entnehmen, ebenso wenig dem radiologischen Befundbericht. Bemerkenswert ist auch, dass im Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S. an keiner Stelle - namentlich auch nicht bei den anamnestischen Angaben des Klägers - von einer Wundheilungsstörung die Rede ist, obgleich die Klägerseite betont hat, dass diese Störung schon länger als sechs Monate andauere, demgemäß also bereits bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S. vorgelegen haben müsste. Dass der Kläger - bei ansonsten in sämtlichen Gutachtenssituationen umfangreichem Vortrag seiner Leiden - ausgerechnet dies "vergessen" haben sollte, erschließt sich dem Senat nicht.

In Anbetracht all dessen hat der Senat keine Zweifel, dass der Kläger zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der oben genannten qualitativen Einschränkungen noch sechs Stunden und mehr täglich ausüben kann. Er ist daher nicht erwerbsgemindert ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-08-06