S 10 R 2955/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 R 2955/16
Datum	07.03.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 R 1007/19
Datum	03.03.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 07.03.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I.

Streitig ist die GewÃ¤hrung von Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Die am.1962 geborene KlÃ¤gerin ist i. StaatsangehÃ¶rige, lebt seit 1978 in Deutschland und war zuletzt als Reinigungskraft versicherungspflichtig beschÃ¤ftigt.

Die KlÃ¤gerin erlitt im September 2012 einen Myokardinfarkt. Die Operation verlief mit Komplikationen (notwendige postinterventionelle Perikardpunktion, Verletzung der Leber). Ein daraufhin im April 2013 gestellter Rentenantrag der KlÃ¤gerin wurde bestandskrÃ¤ftig abgelehnt (Bescheid vom 30.04.2013, Widerspruchsbescheid vom 15.10.2013, Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 04.09.2014, S 15 R

3690/13, Urteil des Landessozialgerichts vom 24.02.2015, L 11 R 4085/14).

Im MÃ¤rz 2015 wurde bei der KlÃ¤gerin GebÃ¤rmutterhalskrebs diagnostiziert. Der Tumor wurde operativ entfernt. Eine anschlieÃ□ende Chemotherapie und Bestrahlung war nicht notwendig, die KlÃ¤gerin ist rezidivfrei. ArbeitsunfÃ¤higkeit bestand bis 23.02.2016.

Am 26.02.2016 beantragte die KlÃ¤gerin erneut Rente wegen Erwerbsminderung unter Vorlage eines Befundberichtes des Facharztes fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. D. , der eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei einem Zustand nach in den Jahren 2012 und 2015 erlittenen Erkrankungen diagnostizierte und ausfÃ¼hrte, dass die KlÃ¤gerin zum gegenwÃ¤rtigen Zeitpunkt nicht in der Lage sei, einer TÃ¤tigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen.

Die Beklagte holte das Gutachten der FachÃ¤rztin fÃ¼r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und FachÃ¤rztin fÃ¼r Innere Medizin Dr. S. ein (Teil I VA). Am Tag der Untersuchung (12.04.2016) war die KlÃ¤gerin pÃ¼nktlich, sehr gepflegt und ordentlich, modern gekleidet, im Kontakt freundlich, bewusstseinsklar, wach, zu allen QualitÃ¤ten voll orientiert bei intakter Auffassungsgabe und ohne AuffÃ¤lligkeiten bezÃ¼glich der MerkfÃ¤higkeit oder Konzentration bei von ihr selbst beschriebener GrÃ¼belneigung. Inhaltliche DenkstÃ¶rungen und Ich-StÃ¶rungen lagen nicht vor. Die Stimmung war traurig, enttÃ¤uscht, die affektive SchwingungsfÃ¤higkeit eingeschrÃ¤nkt, wobei sie sich auch in der Untersuchungssituation nicht zum positiven Pol hin auslenken lieÃ□. Der Antrieb war reduziert bei beschriebener innerer Unruhe und ohne psychomotorische Pathologien. Die KlÃ¤gerin beschrieb Ã□ngste und Panikattacken in Menschenansammlungen oder wenn sie selbst mit dem Auto fahren mÃ¼sse. ZwÃ¤nge stellte Dr. S. nicht fest. Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode im Sinne einer verlÃ¤ngerten AnpassungsstÃ¶rung nach kÃ¶rperlichen Erkrankungen, eine undifferenzierte SomatisierungsstÃ¶rung mit Schmerz als Leitsymptom, leichte PanikstÃ¶rungen mit Panikattacken in Menschenansammlungen, einen Zustand nach Corpus-Karzinom des Uterus in Remission, eine normale systolische linksventrikulÃ¤re Funktion nach Myokardinfarkt bei koronarer EingefÃ¤Ã□erkrankung, ein Impingementsyndrom der rechten Schulter, eine Autoimmunthyreoiditis Hashimoto, Adipositas Grad I, eine kleine Hiatusgleithernie, Laktoseintoleranz und Vitamin D-Mangel. Die KlÃ¤gerin â□□ so Dr. S. â□□ kÃ¶nne leichte TÃ¤tigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fÃ¼nf Tagen in der Woche verrichten, dies im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, ohne Nachtschicht, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten und ohne hÃ¤ufiges BÃ¼cken. In Gesamtschau der Befunde mÃ¼sse man konstatieren, dass die KlÃ¤gerin, wÃ¤hrend sie immer wieder Diagnostik eingefordert habe, kaum Therapien gehabt habe. Durch eine konsequente Behandlung sei eine deutliche Besserung zu erwarten. Auf die letzte Psychotherapie habe sie gut angesprochen, insofern sei die Prognose bei ihr gÃ¼nstig. Durch eine effektive Behandlung mit konsequenter antidepressiver Medikation und Fortsetzung der Psychotherapie, gegebenenfalls vorÃ¼bergehend auch intensiviert im Sinne einer tagesklinischen oder vollstationÃ¤ren

psychosomatischen Behandlung lasse sich eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreichen.

Die Beklagte lehnte den Rentenantrag hierauf gestÃ¼tzt mit Bescheid vom 22.04.2016 (Bl. 265 VA) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.08.2016 (Bl. 329 VA) ab, nachdem Dr. S. in ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom Juni 2016 unter BerÃ¼cksichtigung weiterer im Widerspruchsverfahren von der KlÃ¤gerin vorgelegter Befundberichte an ihrer Leistungsbeurteilung im zuvor erstatteten Gutachten festhielt.

Die KlÃ¤gerin hat am 31.08.2016 mit dem Begehren der GewÃ¤hrung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben. Das Sozialgericht hat die die KlÃ¤gerin behandelnden Ãrzte schriftlich als sachverstÃ¤ndige Zeugen befragt. Die FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin, Psychotherapie Dr. B. hat mitgeteilt, dass sie die KlÃ¤gerin von Dezember 2015 bis Ende August 2016 tiefenpsychologisch fundiert behandelt habe und die KlÃ¤gerin unter einer mittelschweren Depression gelitten habe. Die Therapie habe zu keiner Besserung gefÃ¼hrt. Der Frauenarzt Dr. R. hat ausgefÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin zu Nachsorge-/Vorsorgeuntersuchungen bei ihm gewesen sei und dabei vereinzelt Ã¼ber ein Ziehen im Unterbauch geklagt habe. Von Seiten der Grunderkrankung seien sonst keine Beschwerden vorhanden gewesen und es sei auch zu keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Der Arzt fÃ¼r Innere Medizin, Kardiologie Dr. P. hat mitgeteilt, dass die KlÃ¤gerin immer wieder Ã¼ber unspezifisch auftretende thorakale Beschwerden klage, ohne dass sich ein eindeutiger Hinweis auf eine Progression der koronaren Herzerkrankung ergeben hÃ¤tte. Auch ein immer wieder anfallsweise auftretendes Husten und WÃ¼rgen habe kein organisches Korrelat. Von der organischen Seite her kÃ¶nne die KlÃ¤gerin leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten mindestens sechs Stunden tÃ¤glich ausfÃ¼hren. Der Praxisnachfolger des Arztes fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S. hat dessen Befundberichte Ã¼bersandt, wonach eine bronchiale HyperreagibilitÃ¤t und RefluxÃ¶sophagitis ohne pathologische GerÃ¤usche und ohne manifeste Obstruktion vorgelegen hat. Dr. D. hat ausgefÃ¼hrt, dass bei der KlÃ¤gerin eine mittelgradig ausgeprÃ¤gte depressive StÃ¶rung mit somatischem Syndrom (F32.11) bei Zustand nach den in den Jahren 2012 und 2015 erlittenen organischen Erkrankungen vorliege. Die KlÃ¤gerin sei im Hinblick auf ihre chronifizierte kÃ¶rperliche und insbesondere psychische BeeintrÃ¤chtigung allenfalls fÃ¼r unterhalbschichtig belastbar. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei sie nicht mehr vermittelbar. Der Erstkontakt in seiner Praxis habe im Januar 2016 stattgefunden. Seitdem habe sich die depressiv-phobische und somatoforme StÃ¶rung der KlÃ¤gerin chronifiziert, wenn auch nach Art und AusmaÃ nicht anhaltend verschlechtert.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen die FachÃ¤rztin fÃ¼r Psychiatrie, Psychotherapie Dr. B. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt, das diese nach Untersuchung der KlÃ¤gerin am 07.07.2017 am 15.01.2018 verfasst hat. Da das Gutachten mehr als ein halbes Jahr nach Untersuchung der KlÃ¤gerin erstattet worden war, hat das Sozialgericht das Gutachten von Dr. B. als unverwertbar angesehen und von Amts wegen das Gutachten des Facharztes fÃ¼r Psychiatrie

und Psychotherapie M. eingeholt, der nach Untersuchung der KlÃ¤gerin im Mai 2018 eine mittelgradige depressive Erkrankung (F32.1) diagnostiziert hat (Bl. 137 ff. SG-Akte). Die KlÃ¤gerin ist zum Untersuchungszeitpunkt wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert gewesen. WÃ¤hrend des GesprÃ¤ches haben sich keine AuffÃ¤lligkeiten in Kognition und Mnestik gezeigt. Im formalen Gedankengang hat sie sich geordnet bei deutlicher Fixierung und Einengung auf die erlebten kÃ¶rperlichen Vorerkrankungen wie Herzinfarkt und GebÃ¤rmutterhalskrebserkrankung gezeigt. Es hat sich kein Anhalt fÃ¼r inhaltliche DenkstÃ¶rungen, kein Anhalt fÃ¼r Halluzinationen und kein Anhalt fÃ¼r Ich-StÃ¶rungen gezeigt. Die KlÃ¤gerin hat Ãngste vor groÃen Menschenmengen angegeben, aber ohne Panikattacken. Die KlÃ¤gerin ist im Affekt freundlich, aber wenig zugewandt gewesen, die SchwingungsfÃ¤higkeit ist reduziert gewesen, das Stimmungsbild deutlich zum depressiven Pol hin verschoben mit Angaben von Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, sozialem RÃ¼ckzug, Interessenverlust, Traurigkeit und innerer Leere. Die ZukunftsÃ¤ngste haben sich auf die kÃ¶rperlichen Vorerkrankungen bezogen. Der Antrieb ist ohne auffÃ¤lligen Befund gewesen. Der SachverstÃ¤ndige M. hat ausgefÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin noch in der Lage sei, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tÃ¤glich sechs Stunden und mehr tÃ¤tig zu sein. Qualitative EinschrÃ¤nkungen bestÃ¼nden fÃ¼r Arbeiten mit Publikumsverkehr, Arbeiten mit erhÃ¶htem Anspruch an die emotionale und geistige Belastbarkeit, Arbeiten mit erhÃ¶htem Anspruch an die FlexibilitÃ¤t, in SchichttÃ¤tigkeit (Nachtschichtarbeiten) und mit erhÃ¶htem Anspruch an die Tempoleistung (Akkordarbeiten). Unter einer stationÃ¤ren Rehabilitationsbehandlung und einer weiterfÃ¼hrenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sei das psychiatrische Beschwerdebild nochmals gÃ¼nstig beeinflussbar.

Das Sozialgericht hat auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) das Gutachten des die KlÃ¤gerin behandelnden Dr. D. eingeholt, der nach Untersuchung im September 2018 eine "mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11)" diagnostiziert hat, welche mittlerweile trotz diverser ambulanter und stationÃ¤rer therapeutischer BemÃ¼hungen weitgehend chronifiziert sei (Bl. 172 SG-Akte). Die diagnostischen Kriterien fÃ¼r eine PanikstÃ¶rung und eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung lÃ¤gen nicht vor. Auch sei eine somatoforme autonome FunktionsstÃ¶rung des Atmungssystems nicht ausreichend gesichert. Es sei unstrittig, dass die depressive StÃ¶rung der KlÃ¤gerin in einem Zusammenhang stehe mit einer unglÃ¼cklichen Verkettung erlittener kÃ¶rperlicher Erkrankungen und medizinischer Komplikationen. Gleichwohl â so Dr. D. (Bl. 173 SG-Akte) â sei in dem psychiatrischen Vorgutachten die Frage der ErwerbsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin ausschlieÃlich unter psychopathologischen Gesichtspunkten â insbesondere nach dem AusmaÃ ihrer depressiven StÃ¶rung â diskutiert worden, wÃ¤hrend psychodynamische Gesichtspunkte weitgehend unberÃ¼cksichtigt geblieben seien. Es kÃ¶nne nicht unberÃ¼cksichtigt bleiben, dass die bei der KlÃ¤gerin vorliegende chronifizierte depressive Symptomatik â wenn auch nach objektiven Kriterien nur als "mittelschwer" einzuordnen â sich auf Grund eines prognostisch ungÃ¼nstigen psychodynamischen Verarbeitungsmodus in ihrem subjektiven Erleben als unÃ¼berwindbare Barriere darstelle. Ihre anhaltende Gereiztheit bei der Frage nach ihrem Befinden, ihre unterschwellig vorwurfsvolle Haltung gegenÃ¼ber

Ãrzten, Gutachtern und BehÃ¶rden sowie ihr Widerstand gegen weitere psychotherapeutische und/oder rehabilitative MaÃnahmen sprÃ¤chen dafÃ¼r, dass sie in Ermangelung sonstiger psychischer Kompensationsstrategien die GewÃ¤hrung einer Rente als einzige MÃ¶glichkeit sehe, ihr durch mutmaÃliche Ã¤rztliche Behandlungsfehler erlittenes Leiden zu entschÃ¤digen und ihre Selbstachtung wiederherzustellen â "ein Mechanismus, der frÃ¼her durch den inzwischen zu Recht aufgegebenen Begriff âRentenneuroseâ beschrieben" worden sei. Die Beurteilung der Auswirkungen der psychischen StÃ¶rung der KlÃ¤gerin auf deren ErwerbsfÃ¤higkeit hÃ¤nge deshalb seines Erachtens weniger von der Frage ab, ob ihre Depression als solche "schwer genug" fÃ¼r eine Berentung sei â wie in mehreren Vorgutachten nachvollziehbar ausgefÃ¼hrt, sei sie das wahrscheinlich tatsÃ¤chlich nicht -, sondern ob der KlÃ¤gerin die Willensanspannung zumutbar sei, ihre einer Genesung im Wege stehende neurotische Fehlhaltung zu Ã¼berwinden. Die Tatsache, dass sÃ¤mtliche bisherigen therapeutischen MaÃnahmen einschlieÃlich mehrerer stationÃ¤rer Rehabilitationskuren, zweier ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen und einer mehrjÃ¤hrigen psychiatrischen einschlieÃlich medikamentÃ¶sen Behandlung nicht oder zumindest nicht nachhaltig erfolgreich gewesen seien, sprÃ¤chen diesbezÃ¼glich fÃ¼r eine ungÃ¼nstige Prognose. Aus dem gleichen Grund kÃ¶nne er die Empfehlung mehrerer Vorgutachter, die KlÃ¤gerin ungeachtet ihrer langjÃ¤hrigen Therapieresistenz jetzt einer weiteren Psychotherapie und/oder stationÃ¤ren Rehabilitationskur zu unterziehen, nicht nachvollziehen: Ihre innere Festlegung auf das aus ihrer Sicht einzig mÃ¶gliche Ziel der Berentung wÃ¼rde sie im Falle einer quasi zwangsweise verordneten erneuten Therapie in einen Zielkonflikt bringen, wodurch letztere seiner Ãberzeugung nach hÃ¶chstwahrscheinlich von vornherein zum Scheitern verurteilt wÃ¤re. Wenn Ã¼berhaupt, wÃ¼rden erneute psychotherapeutische Therapieversuche allenfalls nach definitivem Abschluss des Rentenstreits einen Sinn machen (zu allem Bl. 173 SG-Akte). Dies habe nichts mit einer etwaigen Aggravation oder Simulation zu tun. Beides liege bei der KlÃ¤gerin nicht vor und sei ihr auch von keinem der vorbegutachtenden Kollegen unterstellt worden. Auf Grund seiner praktischen psychiatrischen Erfahrung sei er davon Ã¼berzeugt, dass die KlÃ¤gerin es bei noch so viel therapeutischem Engagement nicht schaffen werde, die zur Ãberwindung ihrer neurotischen Krankheitsfehlverarbeitung und fÃ¼r eine Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt notwendige Willensanstrengung aufzubringen. Abgesehen von diesen Ãberlegungen, welche die Annahme einer "vollstÃ¤ndigen" Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit nahelÃ¤gen, halte er Ã¼bereinstimmend mit dem SachverstÃ¤ndigen M. auf jeden Fall Arbeiten mit starkem Publikumsverkehr, erhÃ¶htem Anspruch an die emotionale und geistige Belastbarkeit, FlexibilitÃ¤t oder KooperationsfÃ¤higkeit im Team sowie Schichtarbeit, Nachtarbeit und Akkordarbeit fÃ¼r nicht mehr zumutbar. Die KlÃ¤gerin sei auch unter BerÃ¼cksichtigung dieser qualitativen EinschrÃ¤nkungen nur unter drei Stunden tÃ¤glich beruflich leistungsfÃ¤hig.

FÃ¼r die Beklagte hat MUDr. H. eine sozialmedizinische Stellungnahme abgegeben, wonach keine Zweifel darÃ¼ber bestÃ¼nden, dass die KlÃ¤gerin subjektiv fest davon Ã¼berzeugt sei, dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr zur VerfÃ¼gung zu stehen. Diese feste subjektive Ãberzeugung bedeute aber nicht zwangslÃ¤ufig,

dass die Frage der sogenannten zumutbaren Willensanspannung verneint werden mÃ¼sste. Denn die KlÃ¤gerin sollte es trotz der beschriebenen, etwa mittelgradigen depressiven Symptomatik, einer gewissen Verbitterung und subjektiven Ãberzeugung, nicht mehr arbeiten zu kÃ¶nnen, weiterhin mÃ¶glich sein, leichte leidensgerechte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mehr als sechs Stunden arbeitstÃ¤glich regelmÃ¤Ãig zu verrichten. Dr. D. sei darin zuzustimmen, dass die DurchfÃ¼hrung einer stationÃ¤ren Rehabilitationskur in der aktuellen Situation/bei der beschriebenen Motivationslage der KlÃ¤gerin nicht erfolgversprechend wÃ¤re. Dennoch wÃ¤re dringend eine Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie zu empfehlen, z.B. auch, um die mutmaÃlichen Behandlungsfehler zu bearbeiten bzw. einer weiteren Fixierung dieser subjektiven Ãberzeugung vorzubeugen. Die aktuellen etwa zehnminÃ¼tigen psychiatrischen GesprÃ¤che alle vier Wochen sowie eine einfache antidepressive Medikation seien bei der beschriebenen psychischen Situation aus therapeutischer Sicht nicht ausreichend.

Mit Urteil vom 07.03.2019 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat die KlÃ¤gerin fÃ¼r in der Lage gesehen, leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden tÃ¤glich und mehr unter BerÃ¼cksichtigung qualitativer LeistungseinschrÃ¤nkungen zu verrichten. Es hat sich dabei dem Gutachten von Dr. S. und des SachverstÃ¤ndigen M. sowie der sozialmedizinischen Stellungnahme von MUDr. H. angeschlossen und dies im Einzelnen begrÃ¼ndet. Der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft und dem Gutachten von Dr. D. ist es indes nicht gefolgt und hat auch dies ausfÃ¼hrlich dargelegt und ausgefÃ¼hrt, dass bei einer sogenannten Rentenneurose die GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung typischerweise ausscheide. Das Gutachten von Dr. B. hat es nicht verwertet, da keine zeitnahe Erstellung nach der Untersuchung der KlÃ¤gerin erfolgt ist.

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 21.03.2019 Berufung eingelegt und zu deren BegrÃ¼ndung im Wesentlichen vorgetragen, dass sich das Sozialgericht zu Unrecht Ã¼ber die Ã¤rztlichen Stellungnahmen von Dr. B. und Dr. D. hinweggesetzt habe. Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 07.03.2019 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.04.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.08.2016 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung ab Antragstellung zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die angefochtenen Entscheidungen fÃ¼r zutreffend.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet Ã¼ber die nach den Â§Â§ 143, 144 des SGG zulÃ¤ssige Berufung nach AnhÃ¶rung der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet und eine mÃ¼ndliche Verhandlung nicht fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt.

Das Sozialgericht hat in den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung die rechtlichen Grundlagen fÃ¼r die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung (Â§ 43 Abs. 2 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches â SGB VI -) dargelegt und zutreffend ausgefÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin die Voraussetzungen fÃ¼r eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht erfÃ¼llt, weil sie nicht erwerbsgemindert ist, sondern zumindest leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der von dem SachverstÃ¤ndigen M. angefÃ¼hrten qualitativen EinschrÃ¤nkungen noch sechs Stunden und mehr arbeitstÃ¤glich ausÃ¼ben kann. Das Sozialgericht hat sich zu Recht den Beurteilungen von Dr. Simon, des SachverstÃ¤ndigen M. und der sozialmedizinischen Stellungnahme von MUDr. H. angeschlossen und zutreffend ausgefÃ¼hrt, dass und aus welchen GrÃ¼nden diese Leistungsbeurteilungen Ã¼berzeugen und das Gutachten von Dr. B. nicht verwertet werden kann. SchlieÃlich hat das Sozialgericht Ã¼berzeugend dargelegt, dass und warum dem Gutachten von Dr. D. nicht zu folgen ist. Der Senat sieht daher von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab und weist die Berufung gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 2 SGG aus den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung zurÃ¼ck. Zu Gunsten der KlÃ¤gerin legt der Senat auch die weiteren von Dr. S. genannten und im Tatbestand aufgefÃ¼hrten qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen zu Grunde.

ErgÃ¤nzend weist der Senat darauf hin, dass alle ÃrzTe des psychiatrischen Fachgebiets â die Gutachterin Dr. Simon, der SachverstÃ¤ndige M. und die behandelnde Dr. B. sowie Dr. D. , sowohl als behandelnder Arzt als auch als SachverstÃ¤ndiger â bei der KlÃ¤gerin Ã¼bereinstimmend eine mittelgradige depressive Erkrankung festgestellt haben und â auch insoweit alle Ã¼bereinstimmend â zu der Beurteilung gelangt sind, dass diese mittelgradige depressive Erkrankung keine funktionellen EinschrÃ¤nkungen bedingt, die zu einer zeitlichen Leistungsminderung des beruflichen LeistungsvermÃ¶gens der KlÃ¤gerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern ausschlieÃlich zu bestimmten â auch insoweit alle im Wesentlichen Ã¼bereinstimmend â qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hrt.

Damit liegt bei der KlÃ¤gerin zwar â und diese steht sowohl nach ihrem Vorbringen als auch nach dem Ergebnis der SachaufklÃ¤rung im Vordergrund der Beurteilung ihrer beruflichen LeistungsfÃ¤higkeit â eine psychische Erkrankung vor und sie ist deshalb auch krankheitsbedingt gesundheitlich in ihrem LeistungsvermÃ¶gen eingeschrÃ¤nkt. Allerdings fÃ¼hrt diese Erkrankung â auch in Zusammenschau mit den sonstigen von Dr. S. diagnostizierten GesundheitsstÃ¶rungen â zu keiner rentenrelevanten Minderung des LeistungsvermÃ¶gens. Wie bereits dargelegt, hat keiner der Gutachter wegen dieser Erkrankung ein derartiges AusmaÃ an LeistungseinschrÃ¤nkungen

angenommen, auch und gerade Dr. D. nicht. Er hat ausdrÃ¼cklich nicht in Zweifel gezogen, dass die Depression, wie in den Vorgutachten nachvollziehbar ausgefÃ¼hrt, nicht "schwer genug" fÃ¼r eine Berentung sei.

Auf die von Dr. D. einerseits und Dr. Simon, dem SachverstÃ¤ndigen M. und MUDr. H. andererseits kontrovers diskutierte Frage, ob die KlÃ¤gerin diese Erkrankung ggf. aus eigener Kraft oder mit Ã¤rztlicher oder therapeutischer Hilfe Ã¼berwinden kann, kommt es deshalb von vornherein nicht an. Denn fÃ¼hrt die Erkrankung â hier also die mittelschwere Depression â zu keinen rentenrelevanten EinschrÃ¤nkungen, Ã¤ndert sich hieran durch eine unterlassene Behandlung nichts, weil das Unterlassen einer Behandlung keine weiteren funktionellen EinschrÃ¤nkungen begrÃ¼ndet. Die Behauptung der KlÃ¤gerin in diesem Zusammenhang auf den entsprechenden Hinweis des Senats, es bestÃ¼nden funktionelle EinschrÃ¤nkungen, weil sie ihre Fehlhaltung nicht Ã¼berwinden kÃ¶nne, trifft daher nicht zu.

Die von der KlÃ¤gerin in der Berufung vorgebrachten EinwÃ¤nde fÃ¼hren zu keiner anderen Beurteilung.

Soweit die KlÃ¤gerin rÃ¼gt, das Sozialgericht habe die Beurteilung der behandelnden Ãrztin Dr. B. nicht berÃ¼cksichtigt, ist lediglich darauf hinzuweisen, dass Dr. B. gar keine Beurteilung zum beruflichen LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin abgegeben hat.

Soweit die KlÃ¤gerin vortrÃ¤gt, sie sei bis zuletzt arbeitsunfÃ¤hig gewesen, kommt es hierauf nicht an. Die Frage des Bestehens von ArbeitsunfÃ¤higkeit ist fÃ¼r die hier zu beurteilende Frage der Erwerbsminderung nicht von entscheidender Bedeutung. Denn wÃ¤hrend sich die ArbeitsunfÃ¤higkeit nach der arbeitsvertraglich geschuldeten, zuletzt ausgeÃ¼bten Arbeit richtet (BSG, Urteil vom 08.11.2005, B 1 KR 18/04 R), sind MaÃstab fÃ¼r die Frage der Erwerbsminderung die Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, wobei es ausreicht, wenn leichte TÃ¤tigkeiten mit qualitativen EinschrÃ¤nkungen sechs Stunden arbeitstÃ¤glich verrichtet werden kÃ¶nnen (Â§ 43 Abs. 3 SGB VI). Deshalb kommt es fÃ¼r die Frage der Erwerbsminderung nicht darauf an, ob wegen Krankheit oder Behinderung BehandlungsbedÃ¼rftigkeit oder â auch hÃ¤ufige â ArbeitsunfÃ¤higkeit besteht (BSG, Beschluss vom 31.10.2002, B 13 R 107/12 B).

Dem entsprechend ist auch der zuletzt von der KlÃ¤gerin angeregten Beweiserhebung zur Frage von ArbeitsunfÃ¤higkeit nicht nachzugehen. Gleiches gilt fÃ¼r die Frage der RehabilitationsfÃ¤higkeit. Auch diese Frage ist ohne Belang, weil eine Erwerbsminderung â wie oben dargelegt â gar nicht vorliegt und ErwerbsfÃ¤higkeit durch Rehabilitation somit auch nicht wiederhergestellt werden kann.

Soweit die KlÃ¤gerin vorbringt, dass der gerichtliche SachverstÃ¤ndige M. â anders als die behandelnden Ãrzte â sie nur einmal untersucht habe und die behandelnden Ãrzte auf Grund der jahrelangen Ã¤rztlichen Behandlung ihre ArbeitsfÃ¤higkeit gut beurteilen kÃ¶nnten, kommt es zum einen â wie dargelegt

â□□ auf ArbeitsfÃ¤higkeit nicht an. Zum anderen ist die einmalige Untersuchung der typische Fall bei der Ermittlung in einem Rentenverfahren und genÃ¼gt in der Regel fÃ¼r die Erhebung der beurteilungsrelevanten anamnestischen Daten und des Befundes. Soweit die KlÃ¤gerin in diesem Zusammenhang die Frage der Ã□berwindbarkeit ihrer psychischen Erkrankung anspricht, ist dies â□□ wie dargelegt â□□ nicht entscheidungsrelevant. Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin sind behandelnde Ã□rzte auch nicht besser zur Leistungsbeurteilung geeignet. Denn ein gerichtlicher SachverstÃ¤ndiger hat â□□ anders als ein Ã¤rztlicher Therapeut, der in der Regel die Beschwerdeschilderungen seines Patienten seiner Beurteilung zu Grunde legt â□□ eine kritische Distanz zum Probanden einzunehmen, um so zu einer mÃ¶glichst objektiven Leistungsbeurteilung zu gelangen (Urteil des Senats vom 14.11.2019, L 10 R 1508/19, Senatsbeschluss vom 26.11.2015, L 10 R 2946/14).

Im Hinblick auf die AusfÃ¼hrungen von Dr. D. ist ergÃ¤nzend auszufÃ¼hren, dass er der KlÃ¤gerin zwar schlussendlich ein aufgehobenes zeitliches LeistungsvermÃ¶gen bescheinigt. Allerdings begrÃ¼ndet er dies nicht mit der von ihm allein diagnostizierten mittelschweren Depression (s.o.), sondern isoliert mit einer neurotischen Fehlverarbeitung, die die KlÃ¤gerin an der Ã□berwindung ihrer depressiven Symptomatik hindere. Abgesehen davon, dass Dr. D. verkennt, dass die NichtÃ¼berwindbarkeit einer nicht zur Erwerbsminderung fÃ¼hrenden StÃ¶rung keine Erwerbsminderung begrÃ¼nden kann (s.o.), hat Dr. D. neben der mittelschweren Depression auch keine weiteren psychischen Erkrankungen, insbesondere keine neurotische StÃ¶rung nach ICD-10 F40 bis F48, diagnostiziert, sondern weitere StÃ¶rungen ausgeschlossen. Auch deshalb Ã¼berzeugt seine Leistungsbeurteilung nicht. Im Grunde beruht die Beurteilung von Dr. D. auf der Haltung der KlÃ¤gerin, wonach sie sich darÃ¼ber Ã¤rgere, dass BehÃ¶rden und Gutachter nicht einsehen wÃ¼rden, dass sie nicht mehr arbeiten kÃ¶nne und sie keinen Sinn darin sehe, ein weiteres Mal an einer stationÃ¤ren RehabilitationsmaÃ□nahme teilzunehmen und ihr alles zu viel sei, sie jetzt endlich einmal ihre Ruhe haben wolle, sonst nichts (Bl. 172 SG-Akte). Wie MUDr. H. hat auch der Senat keinen Zweifel daran, dass die KlÃ¤gerin subjektiv fest davon Ã¼berzeugt ist, nicht mehr erwerbsfÃ¤hig zu sein. Indessen ist dies der Regelfall bei Versicherten, die Rente wegen Erwerbsminderung begehren und diese subjektive Ã□berzeugung hat keinen Krankheitswert. Soweit Dr. D. zur BegrÃ¼ndung seiner EinschÃ¤tzung, die KlÃ¤gerin kÃ¶nne die depressive StÃ¶rung krankheitsbedingt (wie dargelegt, ohne entsprechende Befunde zu erheben und ohne eine derartige Erkrankung zu diagnostizieren) nicht Ã¼berwinden, angenommen hat, die KlÃ¤gerin habe sÃ¤mtliche Behandlungsoptionen ausgeschÃ¶pft hat, trifft auch dies nicht zu. Denn Dr. S. und der SachverstÃ¤ndige M. haben therapeutische Behandlungsoptionen in Form einer stationÃ¤ren fachpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen/psychosomatischen RehabilitationsmaÃ□nahme gesehen. Die Behauptung der KlÃ¤gerin, sie habe bereits mehrere stationÃ¤re RehabilitationsmaÃ□nahmen hinter sich, die allesamt erfolglos verlaufen seien (Bl. 24 LSG-Akte), fÃ¼hrt in die Irre. Die frÃ¼heren stationÃ¤ren RehabilitationsmaÃ□nahmen fanden nÃ¤mlich auf orthopÃ¤dischem, kardiologischem und gynÃ¤kologischem Fachgebiet statt (vgl. Entlassungsberichte der Fachklinik S. vom 31.05.2010, Bl. 53 VA Ã¤rztlicher Teil, der Reha-Klinik H.-K.

vom 30.01.2013, Bl. 89 VA Ã¤rztlicher Teil und des Rehazentrums bei der Therme Bad W. vom 23.07.2015, Bl. 275 VA Ã¤rztlicher Teil) und nicht auf psychiatrisch-psychosomatischem Fachgebiet.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 07.12.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024