
S 11 R 111/18

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 11 R 111/18
Datum	-

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 R 3028/19
Datum	24.02.2020

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Klāgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.07.2019 wird zur¼ckgewiesen. Auēergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Grānde:

I.

Die Beteiligten streiten Ŗber die Weitergewāhrung von Rente wegen voller Erwerbsminderung Ŗber den 31.10.2017 hinaus.

Die am 1959 geborene t. Klāgerin erlernte keinen Beruf, zog nach eigenen Angaben im Jahr 1978 in das Bundesgebiet zu und war von Dezember 1989 bis Dezember 2010 sozialversicherungspflichtig als Montage-/Bandarbeiterin bei der Firma B. Hausgerāte GmbH tātig. Anschlieēend war sie arbeitsunfāhig bzw. arbeitsuchend; eine Beschāftigung nahm sie nicht mehr auf.

Auf ihren ersten Rentenantrag von April 2014 hin gewāhrte die Beklagte ihr entsprechend dem im Klageverfahren (S 11 R 3219/14) bei dem Sozialgericht Ulm

(SG) im November 2015 abgegebenen Anerkenntnis (vgl. Bl. 92 SG-Akte S 11 R 3219/14) im Wesentlichen wegen einer schweren depressiven Episode und ausgehend von einem unter dreistündigen Leistungsvermögen Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.11.2014 befristet bis zum 31.10.2017.

Im Verwaltungsverfahren über die Weitergewährung der Rente über den 31.10.2017 hinaus holte die Beklagte das Gutachten des Facharztes u.a. für Psychiatrie und Neurologie Dr. H. ein, der auf Grund Untersuchung auf seinem Fachgebiet Hinweise auf eine Dysthymie, differentialdiagnostisch Anpassungsstörungen, ohne für das Leistungsvermögen relevante depressive Symptomatik sowie eine Somatisierung, insbesondere mit Schwankschwindel und Ganzkörpererschmerzen, diagnostizierte und nicht authentische Verhaltensweisen, Demonstrationstendenzen bzw. Aggravation sowohl bei der Anamneseerhebung als auch bei der körperlichen Untersuchung sowie eine nicht eingeschränkte Lebensführung beschrieb (vgl. S. 6, 9 f., 12 ff. des Gutachtens, unblattet in ÄT-VerwA). Er erachtete die Klägerin für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Umfang von sechs Stunden und mehr arbeitstägig leistungsfähig, wobei Arbeiten in Nachtschicht und unter erhöhtem Zeitdruck zu vermeiden seien. Hierauf gestützt lehnte die Beklagte den Weitergewährungsantrag mit Bescheid vom 25.07.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.12.2017 ab. Hiergegen hat die Klägerin am 29.12.2017 beim SG Klage erhoben (S 11 R 111/18), mit der sie die Weitergewährung der Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 31.10.2017 hinaus begehrt hat (Bl. 201 SG-Akte).

Das SG hat zunächst die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen schriftlich angehört. Der Facharzt für Neurologie K. ist auf seinem Fachgebiet von einem Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausgegangen, das maßgebliche Leiden der Klägerin liege auf psychiatrischem Gebiet. Die Ärzte des Zentrums für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie (Endokrinologiezentrum) U. haben u.a. von einer gebesserten Einstellung des (nicht insulinpflichtigen) Diabetes mellitus der Klägerin berichtet und darauf hingewiesen, dass auf ihrem Fachgebiet eine Minderung der Leistungsfähigkeit nicht bestehe. Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. hat mitgeteilt, bei der Klägerin zeige sich eine chronifizierte Depression. Zur Leistungsfähigkeit hat sie sich nicht zu äußern vermocht, zumal diese auch "sehr abhängig von der Motivation der Patientin" sei. Der Internist und Hausarzt der Klägerin Z. hat ihr Leistungsvermögen auf weniger als sechs Stunden täglich geschätzt und zur Begründung auf die depressive Symptomatik mit Angststörungen verwiesen.

Das SG hat sodann von Amts wegen das Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. T. eingeholt (Untersuchung im September 2018). Gegenüber dem Sachverständigen hat die Klägerin u.a. geschildert, "an besseren Tagen" die Wohnung aufzuräumen, sich "bei schönem Wetter" vor die Tür zu setzen, um den Kindern beim Spielen zuzuschauen, häufig Besuch von einer Nachbarin zu empfangen, gerne mit den Enkelkindern zusammen zu sein, um die sie sich kümmere (ihr achtjähriger Enkelsohn schlafe in einem Zimmer ihrer Wohnung, Bl. 64 SG-Akte), Einkäufe zu erledigen und Termine

wahrzunehmen – gemeinsam mit ihrem Sohn und der Schwiegertochter -, im Jahr 2018 zusammen mit der Familie in die T. im Urlaub gewesen zu sein (mit dem Pkw) und am Abend fernzusehen. In der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung hat der Sachverständige Hinweise für gewisse Schmerzen gesehen, während der körperlichen Untersuchung hingegen nicht. Die von der Klägerin angegebenen Schmerzen in einer Intensität um 8 von 10 in der Schmerzanalogskala hat er deswegen und auch mangels regelmäßiger bzw. bedarfsweiser Schmerzmittelmedikation als nicht glaubhaft und plausibel erachtet. Es ergaben sich deutliche Hinweise für Aggravation und ein inadäquates Beschwerdevorbringen. Im psychopathologischen Befund hat Dr. T. die Klägerin als offen, freundlich, wach, in allen Qualitäten voll orientiert, ohne auffällige Störungen der Gedächtnisfunktionen, der Merkfähigkeit und des Neu- und Altgedächtnisses beschrieben. Ihre Konzentration und Aufmerksamkeit ist nicht erkennbar gemindert gewesen, formale oder inhaltliche Denkstörungen haben ebenso wenig vorgelegen wie auffällige Störungen der kognitiven Funktionen, neuropsychologische Störungen, Wahrnehmungsstörungen oder Sinnestäuschungen. Die Affektlage ist nicht erkennbar depressiv und die Schwingungsfähigkeit nicht erkennbar eingeschränkt, Antrieb und Psychomotorik sind ausgeglichen gewesen. Ich-Störungen haben ebenfalls nicht vorgelegen. Die von der Klägerin angegebenen Ängste mit sozialer Phobie haben sich in der Untersuchungssituation nicht sicher nachvollziehen lassen. Insgesamt hat der Sachverständige depressive Beschwerden in allenfalls leichter Ausprägung ohne Hinweise auf kognitive Einschränkungen gefunden. Der klinisch-neurologische Befund ist im Wesentlichen unauffällig gewesen. Dr. T. hat auf seinem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, und eine Somatisierungsstörung bei "metabolischem Syndrom", chronischem Halswirbelsäulensyndrom und (mit nächtlicher Beatmung adäquat behandeltem) Schlafapnoesyndrom diagnostiziert und ausgeführt, dass die geklagten funktionellen Beeinträchtigungen im Alltag gering seien und die geringe Inanspruchnahme von therapeutischen Möglichkeiten (namentlich keine ambulante Psychotherapie) für einen ebenfalls geringen Leidensdruck sprechen. Leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperhaltung könne die Klägerin noch sechs Stunden und mehr täglich verrichten, wobei übermäßiger Zeitdruck, etwa Akkordanforderungen, ebenso zu vermeiden seien wie Wechselschicht- oder Nacharbeiten. Das Heben und Tragen schwerer Lasten oder Arbeiten in Kälte oder Wärme seien nicht mehr möglich. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit der Klägerin hat Dr. T. nicht gesehen.

Nachdem sich die Klägerseite gegen die Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen gewandt, den Arztbrief des Facharztes K. von September 2018 vorgelegt und u.a. darauf hingewiesen hat, dass die Klägerin keinen adäquaten, muttersprachlichen Therapieplatz finde (vgl. Bl. 86 ff. SG-Akte), hat das SG auf Antrag der Klägerin nach § 109 Abs. 1 des Sozialgerichts-gesetzes (SGG) das Sachverständigengutachten des Dr. L. – der die Klägerin schon im vorangegangenen Rentenverfahren begutachtet hatte – eingeholt. Bei der Untersuchung (Februar 2019) – bei der ein Sohn der Klägerin anwesend gewesen ist und dessen (u.a.) fremdanamnestic Angaben Dr. L. berücksichtigt hat (vgl. Bl. 169 SG-Akte) – hat der Sachverständige einen im Wesentlichen

Ähnlichen Tagesablauf wie Dr. T. dokumentiert (s. Bl. 171 f. SG-Akte: Zubereitung des Frühstückes, fernsehen, beten, Wahrnehmung von Terminen, "kleinere" alltäglichere Hausarbeiten, Beschäftigung mit den Kindern wobei die Enkelkinder gemeint gewesen sind -, Einkaufen mit Sohn/Schwiegertochter). Dr. L. hat, bei klarer Bewusstseinslage und Vigilanz, unauffälliger Orientiertheit, regelgerechter Empfindung, Wahrnehmung und regelgerechtem Ich-Empfinden ohne primäre Persönlichkeitsstörung eine "leichte und signifikante" Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration bei "in der Regel" verlängerter Antwortlatenz sowie leichte bis mäßige kognitive Störungen festgestellt. Der Antrieb der Klägerin sei massiv, ihre affektive Resonanz erheblich gemindert, ihre Psychomotorik gedämpft und ihre Gestikulation praktisch null gewesen, ihre Denkabläufe ohne Verworrenheit deutlich verlangsamt. Ihr Alt- und Neugebächtnis sei mäßig reduziert, ihre Denkinhalte auf massive Körperbeschwerden, Ängste weswegen auch ein Enkelkind bei ihr im Bett schlafen müsse (Bl. 183 SG-Akte) und depressive Phänomene bei durchgehend depressivem und ängstlichem Gesichtsausdruck zentriert gewesen (Bl. 175 f. SG-Akte). Hinweise auf Aggravation oder Simulation habe er nicht gefunden, solche habe einzig Dr. T. beschrieben, aus der umfangreichen Aktenlage ergebe sich nichts Dergleichen und Derartiges hätte auch den behandelnden Ärzten auffallen müssen (Bl. 184 SG-Akte). Unter Zugrundelegung dessen, der fremdanamnistischen Angaben (vgl. Bl. 173, 184 SG-Akte), der Arztbriefe des Facharztes K. (vgl. Bl. 181 f. SG-Akte) und der testpsychologischen Untersuchungen (Bl. 176 f., 183 SG-Akte), die Anzeichen für eine mittelgradige bzw. schwere Depression bei deutlicher kognitiver Beeinträchtigung und Minderung der Flexibilität erbracht hätten, hat der Sachverständige ein aufgehobenes Leistungsvermögen angenommen. Zwar seien die Therapiemöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft (Bl. 185 SG-Akte) so könne die niedrige Medikation noch erhöht und um Mittel gegen die Schlafstörungen erweitert (mit positiven Auswirkungen auch auf die Schmerzstörung und Angstsymptomatik) sowie eine regelmäßige ambulante muttersprachliche Psychotherapie (gegen den Willen der Klägerin komme eine stationäre psychiatrische Behandlung nicht in Betracht) durchgeführt werden und es bestehe eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass binnen eines Jahres eine Besserung zu erzielen sei. Indes finde die Klägerin keinen muttersprachlichen Therapieplatz, was ihr nicht als Ausdruck eines fehlenden Leidensdrucks angelastet werden könne. Weil die Klägerin wegen ihrer diffusen Angststörung mit phobischer Komponente keine öffentlichen Verkehrsmittel alleine benutzen könne und auch wegen ihrer kognitiven Beeinträchtigungen nicht in der Lage sei, ein Kfz zu steuern, sei ihre Wegefähigkeit eingeschränkt (Bl. 186 SG-Akte).

Die Beklagte hat eine beratungsärztliche Stellungnahme des Facharztes u.a. für Psychiatrie B. vorgelegt, in der er sich u.a. unter Hinweis auf eine nicht wissenschaftliche Validierung der eingesetzten testpsychologischen Untersuchungen gegen die Einschätzung des Dr. L. gewandt hat.

Mit Urteil vom 22.07.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat die Klägerin für in der Lage gesehen, jedenfalls leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Wechselrhythmus unter Beachtung der von Dr. H. und Dr. T.

aufgefüßhrten qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Es hat sich dabei dem Gutachten des Dr. H. und dem Sachverständigengutachten des Dr. T. angeschlossen und dies im Einzelnen begründet. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit könne die Klägerin im übrigen bereits deshalb nicht mit Erfolg beanspruchen, weil sie auf Grund ihres beruflichen Werdegangs keinen besonderen Berufsschutz genieße.

Gegen das ihr am 16.08.2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 06.09.2019 Berufung ein-gelegt, mit der sie ihr Begehren auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 31.10.2017 hinaus weiterverfolgt hat. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen geltend ge-macht, dass sich das SG zu Unrecht auf das Sachverständigengutachten des Dr. T. und das Gut-achten des Dr. H. gestützt habe. Von einem "mangelnden Behandlungswillen" könne keine Re-de sein, da sie keinen adäquaten, muttersprachlichen Therapieplatz finde. Darauf habe bereits Dr. L.   dessen Einschätzung zu folgen sei   hingewiesen, ebenso darauf, dass und warum die Einschätzung der Dres. T. und H. nicht überzeuge, zumal Dr. T. sie nur " u erst kurz" begut-achtet habe. Im übrigen sei zwischenzeitlich bei ihr die Schwerbehinderteneigenschaft u.a. we-gen einer Depression und Angststörung festgestellt worden (vgl. Bl. 18 Senats-Akte).

Die Klägerin beantragt (vgl. Bl. 2 Senats-Akte),

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.07.2019 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 25.07.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.12.2017 zu verurteilen, ihr über den 31.10.2017 hinaus Rente wegen voller Er-werbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

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 der Klägerin nach Anhörung der Beteiligten gemäß [   153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung ein-stimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 25.07.2017 in der Gestalt ([   95 SGG](#)) des Widerspruchsbescheids vom 22.12.2017 ist rechtmäßig und ver-letzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Der Klägerin

steht $\frac{1}{4}$ ber den 31.10.2017 hinaus die hier allein streitige Rente wegen voller Erwerbsminderung ([Â§ 43 Abs. 2](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch â SGB VI -) nicht zu. Soweit das SG auch $\frac{1}{4}$ ber die GewÃ¤hrung von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei BerufsunfÃ¤higkeit ([Â§ 240 SGB VI](#)) entschieden und einen Anspruch auf eine solche Rente ebenfalls abgelehnt hat, gehen die AusfÃ¼hrungen des SG ins Leere, weil eine solche Rente von der KlÃ¤gerin nicht beantragt worden ist (vgl. [Â§ 123 SGG](#)).

Nach der fÃ¼r die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung maßgeblichen Rechtsgrundlage des [Â§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie (u.a.) voll erwerbsgemindert sind. Nach [Â§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, unter den $\frac{1}{4}$ blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein. Volle Erwerbsminderung besteht $\frac{1}{4}$ ber die Regelung des [Â§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts â BSG â (GroÃer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, [GS 2/75](#) u.a., zitiert â wie alle nachfolgenden hÃ¶chststrichterlichen Entscheidungen â nach juris) bei regelmÃ¤Ãig bejahter Verschlossenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche LeistungseinschrÃ¤nkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [Â§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber nicht erwerbsgemindert, wer unter den $\frac{1}{4}$ blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen.

Das SG hat gestÃ¼tzt auf das SachverstÃ¤ndigengutachten des Dr. T. und das Gutachten des Dr. H. zutreffend ausgefÃ¼hrt und begrÃ¼ndet, dass die KlÃ¤gerin diese Voraussetzungen nicht erfÃ¼llt, weil ihr LeistungsvermÃ¶gen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter BerÃ¼cksichtigung der von den Gutachtern Dres. T. und H. beschriebenen â oben im Tatbestand wiedergegebenen â qualitativen EinschrÃ¤nkungen noch mindestens sechs Stunden tÃ¤glich betrÃ¤gt. Der Senat teilt die vom SG insoweit getroffene EinschÃ¤tzung, sieht deshalb gemÃ¤Ã [Â§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab und weist die Berufung aus den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung zurÃ¼ck.

Dabei hÃ¤lt der Senat â wie bereits das SG â das Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr. T. fÃ¼r un-eingeschrÃ¤nkt $\frac{1}{4}$ berzeugend. Der von der KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren wiederholte Einwand, Dr. T. sei "voreingenommen" gewesen und habe zu Unrecht angenommen, sie aggraviere bzw. simuliere, geht ins Leere. Denn das Gutachtensergebnis des SachverstÃ¤ndigen stÃ¼tzt sich plausibel auf den von ihm erhobenen psychologischen Untersuchungsbefund â insoweit wird auf die Wiedergabe im Tatbestand Bezug genommen â und den von der KlÃ¤gerin angegebenen Tagesablauf. Danach ergeben sich bereits keine rentenrechtlich erheblichen BeeintrÃ¤chtigungen der ErwerbsfÃ¤higkeit, wie das SG zutreffend und ausfÃ¼hrlich dargestellt hat, sodass letztlich dahin-stehen kann, ob und inwieweit die KlÃ¤gerin zur Verdeutlichung ihrer Beschwerden neigt bzw. aggraviert. Denn im

Wesentlichen sind die Tagesstruktur einschließlich Mitarbeit im Haushalt erhalten und ein erheblicher sozialer Rückzug ist im Hinblick auf die familiäre Einbindung mit Besuchen der Kinder und Enkelkinder (einschließlich Urlaubsreise in die T.) sowie einer Nachbarin (Bl. 64 SG-Akte) nicht erkennbar.

Nur am Rande merkt der Senat an, dass auch bereits der Gutachter Dr. H. auf der Grundlage des von ihm erhobenen Befunds (u.a. "demonstrativ" langsam, motorisch dabei aber unauffällig, lebhafte Mimik und lebhaftes Gestikulieren, "disziplinierend leises" Sprechen, in allen Qualitäten voll orientiert, geordneter formaler Gedankengang, keine Anhaltspunkte für Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen oder manisches Erleben, ausreichende mnestiche und intellektuelle Funktionen, keine depressive Grundstimmung, erhaltene Zukunftsplanung, unauffällige affektive Schwingungsfähigkeit, Antrieb und Psychomotorik, keine Affektlabilität, Agitation oder Hemmung, S. 9 f. des Gutachtens, unblättert in ÄT-VerwA), des von der Klägerin demonstrierten Verhaltens bei der Anamnese (u.a. auffallend langsames Vorlegen von Medikamentenblättern und sehr zögerliches Wegräumen, S. 10 des Gutachtens, unblättert in ÄT-VerwA) und körperlichen Untersuchung (verminderte Mitarbeit, atypisches Danebentreten, trotz unauffälligem Gangbild und nicht pathologischem Romberg-Versuch verminderte Ausführung des Seiltänzer-gangs und des Einbeinhepfens, beidseitiges lebhaftes Gestikulieren trotz Angabe von Gelenk- bzw. Ganzkörperperschmerzen, S. 9 f. des Gutachtens, unblättert in ÄT-VerwA) sowie der von der Klägerin ihm gegenüber geschilderten Alltagsaktivitäten (regelmäßiges Spazierengehen mit einer Nachbarin, Auslandsurlaub, Haushalt, Kochen, Abholen des Enkelkinds vom Kindergarten und Kämmern um dieses, s. S. 6 des Gutachtens, unblättert in ÄT-VerwA) schlüssig und nachvollziehbar zu einer auffallenden Beschwerdeverdeutlichung bzw. Aggravation gelangte.

Soweit die Klägerin gemeint hat, Dr. T. "Voreingenommenheit" zeige sich (auch) daran, dass er zu Unrecht einen "mangelnden Behandlungswillen" angenommen habe, obgleich sie nichts "da-für könne", keinen adäquaten muttersprachlichen Therapieplatz zu finden, übersieht sie, dass der Sachverständige schon keinen "mangelnden Behandlungswillen" unterstellt hat, sondern aus einem ganzen Bündel von Umständen (Alltagsaktivitäten, erhaltene Tagesstruktur, soziale Einbindung in die Familie, Urlaubsreise in die Türkei, Nichtdurchführung einer akut- bzw. teilstationären Behandlung, von Dr. B. angesprochene Motivationslage, Fehlen einer regelmäßigen oder auch nur bedarfsweisen Schmerzmitteleinnahme bei gleichzeitiger Angabe einer Schmerzintensität von 8 von 10 in der Schmerzanalogskala und eben auch die Nichtdurchführung einer ambulanten Psychotherapie, dazu bereits oben) eine Inkongruenz zwischen den geklagten Beschwerden und einem entsprechenden Leidensdruck und daraus sowie aus dem von ihm erhobenen Befund – wie bereits dargelegt – überzeugend abgeleitet hat, dass lediglich ein depressives Syndrom mit Somatisierungsstörung in allenfalls leichter Ausprägung vorliegt und keine rentenrechtlich relevanten erheblichen Einschränkungen. Soweit die Klägerin (nur pauschal) vorgebracht hat, Dr. T. habe sie nur "kurz" untersucht, ist dies schon im Hinblick auf die umfangreichen Ausführungen des Sachverständigen zur Anamnese und zur Befunderhebung (über zehn Seiten des Gutachtens) nicht nachvollziehbar.

Soweit die KlÄgerin ferner auf die Beurteilung ihrer Leiden im vorangegangenen (positiven) Rentenverfahren verwiesen hat, kommt dem fÄr den vorliegenden Rechtsstreit keine Bedeutung zu. Zum einen besteht schon keine irgendwie geartete PrÄjudizialitÄt im Hinblick auf die RechtmÄÄigkeit der seinerzeit erfolgten Rentenbewilligung, zum anderen bedarf es bei einem Antrag, eine befristet bewilligte Rente wegen Erwerbsminderung weiterzuzahlen, keines Nachweises (durch die Beklagte), dass eine wesentliche Änderung in den VerhÄltnissen i.S.d. [ÄS 48](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) gegenÄber denen, die der Bewilligung zugrunde lagen, eingetreten ist. Denn die Entscheidung, ob dem Versicherten nach Ablauf des Bewilligungszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung auf Zeit zusteht, ist nicht bloÄ die VerlÄngerung einer frÄher bereits dem Grunde nach anerkannten Sozialleistung â insbesondere auch nicht die bloÄe Fortschreibung einer einmal anerkannten Erwerbsminderung -, sondern stellt eine eigenstÄndige und inhaltlich vollstÄndige erneute Bewilligung der beantragten Rente dar (s. nur Senatsurteil vom 14.11.2019, [L 10 R 3973/16](#) m.w.N. auch zur Rspr. des BSG).

SchlieÄlich vermag auch das Gutachten des SachverstÄndigen Dr. L. die EinschÄtzung der Dres. T. und H. nicht zu erschÄttern und Äberzeugt den Senat nicht.

Dabei kann dahinstehen, ob sich dies bereits aus dem Umstand ergibt, dass Dr. L. zumindest einen Teil der Exploration in Anwesenheit eines Sohnes der KlÄgerin durchgefÄhrt hat (vgl. Bl. 169, 173 SG-Akte), weil bei der Anwesenheit von dem Probanden nahestehender Dritter im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung eine VerfÄlschung des Befundes bzw. der Angaben des Probanden und damit des Ergebnisses der Begutachtung nicht auszuschlieÄen ist (Senatsurteil vom 13.02.2020, [L 10 R 539/19](#) m.w.N.).

Jedenfalls beruht aber die EinschÄtzung des Dr. L. im Wesentlichen und maÄgeblich auf den subjektiven Beschwerdeangaben der KlÄgerin (bzw. ihres Sohnes) und auf den Ergebnissen der von ihm durchgefÄhrten Testpsychologie. Indes hat es Dr. L. unterlassen, die Testungen â darauf hat Facharzt B. hingewiesen â sowie die Beschwerdeangaben der KlÄgerin (bzw. die fremdanamnestischen Angaben ihres Sohnes) einer entsprechenden kritischen WÄrdigung und Validierung zu unterziehen. Zu einem kritischen Hinterfragen der Angaben der KlÄgerin hat alleine deshalb Veranlassung bestanden, weil sowohl Dr. T. als auch Dr. H. in ihren jeweiligen Gutachten schlÄssig und nachvollziehbar (s.o.) ein inadÄquates Beschwerdevorbringen bzw. eine Aggravation angenommen haben. Der bloÄe Hinweis von Dr. L. , er habe Derartiges nicht feststellen kÄnnen, genÄgt fÄr eine Äberzeugende gutachterliche Auseinandersetzung mit den abweichenden EinschÄtzungen der Vorgutachter nicht, zumal Dr. L. auch fÄlschlicherweise da-von ausgegangen ist, nur Dr. T. â und nicht auch Dr. H. â habe eine Aggravation angenommen (Bl. 184 SG-Akte).

UnabhÄngig davon liegt auch die Behauptung von Dr. L. , eine inadÄquate Beschwerdeschilderung bzw. Aggravation hÄtte den behandelnden Ärzten auffallen mÄssen â den Hinweis der Dr. B. auf die Motivation der KlÄgerin hat

er (im Gegensatz zu Dr. T.) gar nicht weiter aufge-griffen -, neben der Sache. Therapeuten haben die Aufgabe, ihre Patienten auf Grundlage der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde zu behandeln, nicht jedoch, die Angaben des Patienten kritisch zu hinterfragen oder gar in Zweifel zu ziehen. Dies ist vielmehr Aufgabe eines gerichtlichen Sachverständigen – darauf hat auch Dr. T. hingewiesen (Bl. 74 SG-Akte) – und dieser Aufgabe ist Dr. L. nicht nachgekommen.

Er hätte sich namentlich auch mit den widersprüchlichen Angaben der Klägerin und ihres Sohnes zur Schmerztherapie – so hat die Klägerin einerseits gegenüber Dr. L. (bei weiterhin geklagten "sehr heftigen" Schmerzen, bis 7 auf der Analogskala, Bl. 170 SG-Akte) angegeben, "Mittwoch nachmittags" zur Schmerztherapie zu gehen (Bl. 171 SG-Akte); ihr Sohn wiederum hat andererseits gegenüber Dr. L. bekundet, dass eine Schmerztherapie erst "geplant" sei (Bl. 173 SG-Akte) – sowie mit der Behauptung der Klägerin, ihr Enkelsohn "müsse" bei ihr im Bett schlafen, weil sie sonst "massive Angstzustände" (von Dr. L. andernorts als "diffus" bezeichnet, Bl. 186 SG-Akte) bekomme (Bl. 183 SG-Akte), kritisch befassen müssen, nachdem die Klägerin gegenüber Dr. T. angegeben hat, der Enkelsohn schlafe (lediglich) in einem Zimmer ihrer Wohnung und in diesem Zusammenhang von "massiven Angstzuständen" nicht die Rede gewesen ist (vgl. Bl. 64 SG-Akte).

Nämliches gilt, soweit Facharzt K. – auf dessen (diagnostische) Einschätzung sich Dr. L. (u.a.) ausdrücklich berufen hat (Bl. 181 f. SG-Akte, dazu auch noch nachfolgend) – in seinem Arzt-brief von Mitte Oktober 2017 (Bl. 24 Rs. SG-Akte) die bei der Klägerin durchgeführten Gang- und Standprüfungen sowie die Koordinations- und Feinmotorikprüfungen als sicher beurteilte (ebenso im Arztbrief von Mitte September 2018, Bl. 146 SG-Akte), wohingegen die Klägerin bei der Untersuchung durch Dr. H. nur drei Monate zuvor im Rahmen der Motorik- und Koordinationsprüfungen klinisch nicht nachvollziehbare (atypische) Einschränkungen demonstrierte (S. 8 f. des Gutachtens, unblättert in ÄT-VerwA), die der Gutachter – auch vor diesem Hintergrund plausibel – als Aggravation bewertete. Nachdem auch Dr. L. selbst wiederum den Zehen- und Hackenstand als "nur mäßig" beschrieben hat, fehlt jede Auseinandersetzung mit der gegenteiligen Angabe des Facharztes K. von Mitte September 2018 ("Gang- und Standprüfungen sicher").

Auch der Umstand, dass die von Dr. T. und Dr. H. übereinstimmend zu Grunde gelegten – ihnen von der Klägerin entsprechend geschilderten – Alltagsaktivitäten und erhaltenen Interessen rechtlich relevante Funktionsbeeinträchtigungen gerade nicht belegen (s.o.), hätte Dr. L. veranlassen müssen, die Beschwerdeangaben der Klägerin besonders kritisch zu hinterfragen, zumal er insoweit nichts wesentlich Abweichendes dokumentiert (vgl. Bl. 171 f. SG-Akte) und bei der körperlichen Untersuchung namentlich auch "normale Gebrauchsspuren an den Händen" festgestellt hat (Bl. 174 SG-Akte).

Schließlich hat Dr. L. seine Annahme einer schweren seelischen Störung (jedenfalls auch) auf die entsprechende diagnostische Einschätzung des

Facharzt K. in dessen Auftrag seiner Auskunft gegenüber dem SG (Bl. 23 SG-Akte) beigefügtten Arztbriefen (Bl. 24 ff. SG-Akte) gestützt. Unabhängig davon, dass Facharzt K. (worauf der Beratungsarzt B. zutreffend hingewiesen hat) Neurologe ist und damit überhaupt nicht das maßgebliche Fachgebiet der Psychiatrie vertritt und ungeachtet dessen, dass er die Klägerin (seitens seines Fachgebiets) noch für leistungsfähig im Umfang von sechs Stunden und mehr täglich erachtet hat (Auskunft gegenüber dem SG), sind im Rahmen der Prüfung von Erwerbsminderung nicht die Art und Anzahl der gestellten Diagnosen maßgeblich, sondern alleine die durch eine Gesundheitsstörung verursachten funktionellen Beeinträchtigungen anhand objektiv-klinischer Befunde ohne Rücksicht auf die Ursachen der Störung (vgl. nur BSG, Beschluss vom 28.02.2017, [B 13 R 37/16 BH](#)). Demgemäß hätte sich Dr. L. als Sachverständiger aufdrängen müssen, dass die von ihm in Bezug genommenen Arztbriefe des Neurologen K. (Bl. 24 ff. SG-Akte) entweder überhaupt keinen klinischen psychopathologischen Befund enthalten sondern alleine die subjektiven Angaben der Klägerin bzw. die Angaben des Sohnes wiedergeben (nota bene: "deutliche Verbesserung" der depressiven Symptomatik, Bl. 24 Rs. SG-Akte; "psychischer Zustand weitgehend stabil", Bl. 25 Rs. SG-Akte; "derzeit stabiler psychischer Zustand", Bl. 26 SG-Akte; "weniger eingengt und schwingungsfähiger", Bl. 28 SG-Akte) oder aber wiederum auf einer Untersuchung "mit ihrem Sohn" auf Grund einer "deutlichen Sprachbarriere" (Bl. 26 SG-Akte, dort auch: "unzureichende medikamentöse Therapie") beruhen bzw. keine weitergehenden psychopathologischen Anknüpfungstatsachen enthalten (z.B. Bl. 146 SG-Akte: bloße Angabe "wenig schwingungsfähig", "deutliche depressive Stimmungslage", "lediglich" psychomotorisch verlangsamt).

Vor diesem Hintergrund ist auch nicht nachvollziehbar, dass Dr. L. unkritisch auf der Grundlage des von dem Neurologen K. Anfang September 2018 durchgeführten "Mini-Mental-Status-Test" (MMST, s. dazu Bl. 146 SG-Akte) dessen Annahme (unspezifischer) mittelschwerer Funktionseinschränkungen ohne weitere Begründung übernommen hat (Bl. 182 SG-Akte). Dies ist auch schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil es sich darauf hat der Facharzt u.a. für Psychiatrie B. hingewiesen sondern bei diesem Test nicht, wie von Dr. L. angenommen, um einen "Intelligenztest" handelt, sondern um einen kognitiven Test, der bei Demenzpatienten eingesetzt wird (s. auch Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017: "Diagnose, Quantifizierung und Verlaufskontrolle einer Demenz"). Die alleine auf der Grundlage dieses Test von Facharzt K. geäußerte Verdachtsdiagnose einer Pseudodemenz hat Dr. L. aber gerade nicht bestätigt. Insoweit erschließt es sich dem Senat auch nicht, inwieweit und v.a. wodurch es so der Facharzt K. bei der Klägerin gegenüber dem vorangegangenen MMST im Mai 2018 zu einer "deutlichen Verbesserung" gekommen sein soll und wie sich diese erklären ließe, zumal der Neurologe K. wie auch Dr. L. selbst (Bl. 183 SG-Akte) und insoweit auch in Übereinstimmung mit Dr. T. (Bl. 71 SG-Akte) im Wesentlichen einen klinisch-neurologisch unauffälligen Befund erhoben hat.

Nur am Rande merkt der Senat an, dass nach der einschlägigen Leitlinie der medizinischen Fachgesellschaften (s. S3-Leitlinie "Demenzen", B3 S. 48, Stand:

Januar 2016) der MMST bei anderen Demenzformen als der Alzheimer-Demenz weniger gut zur Einteilung geeignet ist und dass die Leistung im MMST bildungs- und (v.a.) sprachabhängig ist. Die bei der Klägerin bestehende "deutliche" Sprachbarriere beschrieb auch der Neurologe K. in seinem Arztbrief von Mai 2017 (Bl. 27 SG-Akte), weswegen die gerichtlichen Sachverständigen (vgl. Bl. 67 Rs. und Bl. 169 SG-Akte)  ebenso wie zuvor der Gutachter Dr. H. (s. S. 8 des Gutachtens, unblattiert in T-VerwA)  auch jeweils muttersprachliche Dolmetscher zur Begutachtung hinzugezogen haben.

Schlielich erschließt sich das MMST-Ergebnis des Neurologen K. auch deshalb nicht, weil dieser Test unmittelbar (rund eine Woche) vor der Untersuchung durch Dr. T. durchgefhrt wurde, der Sachverständige indes weder Störungen der zeitlichen oder räumlichen Orientierung noch auffällige Störungen der Merkfähigkeit bzw. des Neu- und Altgedchtnisses und auch keine erkennbare Verminderung der Aufmerksamkeit hat feststellen knnen (Bl. 67 Rs. SG-Akte). Warum der davon abweichenden Auffassung des Dr. L. nicht gefolgt werden kann, ergibt sich bereits aus den obigen Ausführungen. Zudem hat er in nicht überzeugender Weise die Befunderhebung und die sich daran anschließende bzw. darauf aufbauende Diagnostik vermengt bzw. vorausgesetzt, was erst zu begründen ist  und ihm entsprechend der obigen Ausführungen nicht überzeugend gelungen ist -, wenn er in der Einleitung des (psychiatrischen) Befundteils seines Gutachtens schreibt, dass Aufmerksamkeit und Konzentration "im Rahmen einer mittelschweren bis schweren Depression leicht und signifikant beeinträchtigt" sei (Bl. 175 SG-Akte). Ungeachtet dessen lässt sich aus einer nur leichten Funktionsbeeinträchtigung ohnehin keine zeitliche Leistungsminderung herleiten.

Soweit der Internist Z. (in seiner Auskunft gegenber dem SG) ein mindestens sechsstndiges Leistungsvermögen der Klägerin verneint und mageblich auf die depressive Symptomatik verwiesen hat (vgl. Bl. 40 SG-Akte), hat er schon keinen entsprechenden psychopathologischen Befund mitgeteilt. Die von ihm ohne weitere Begründung (u.a.) behauptete Freudlosigkeit, Antriebsarmut und soziale Isolierung der Klägerin ist auf Grundlage der obigen Ausführungen ohnehin nicht plausibel und rechtfertigt die Annahme einer zeitlichen Leistungsminderung nicht. Ungeachtet dessen ist auch eine besondere Kompetenz des Internisten Z. auf psychiatrischem Fachgebiet nicht erkennbar. Der Senat folgt damit auch seiner Einschätzung nicht.

Nachdem die Klägerin im Berufungsverfahren ihre psychiatrischen Leiden ganz in den Vordergrund gestellt hat, merkt der Senat lediglich noch am Rande ergänzend an, dass auch die bei ihr bestehenden somatischen Erkrankungen keine rentenrechtlich erhebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit begründen. Insoweit haben sowohl die Ärzte des Endokrinologiezentrums U. als auch der Internist Z. seitens des internistisch-endokrinologischen Fachgebiets keine erheblichen Beeinträchtigungen beschrieben; der Internist Z. hat zudem die depressive Symptomatik ausdrücklich als maßgebliches Leiden angesehen (s.o.). Was das orthopädische Fachgebiet anbelangt, hat der Sachverständige Dr. T.  wie bereits zuvor der Gutachter Dr. H.  die bei der Klägerin bestehenden

chronischen (Hals-)Wirbelsäulenbeschwerden sowie die (arthrotischen) Beschwerden am rechten Knie und an den Händen respektive die davon ausgehenden Schmerzen im Rahmen seiner Leistungsbeurteilung berücksichtigt (vgl. Bl. 67, 72 f. SG-Akte) und daraus überzeugend alleine qualitative Einschränkungen (keine schwere und andauernd mittel-schwere Arbeit, Möglichkeit eines Körperhaltungswechsels, kein Heben und Tragen schwerer Lasten, keine Arbeit in Nässe oder Kälte, Bl. 73 SG-Akte) abgeleitet.

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

Soweit die Klägerin noch auf ihre zwischenzeitlich zuerkannte Schwerbehinderteneigenschaft verwiesen hat, folgt daraus nichts Abweichendes. Denn weder der Schwerbehinderteneigenschaft noch einem konkreten GdB unter Anerkennung bestimmter Erkrankungsbilder kommt eine Aussagekraft hinsichtlich der zumutbaren beruflichen Einsetzbarkeit eines Versicherten zu (BSG, Beschluss vom 19.09.2015, [B 13 R 290/15 B](#)).

Schließlich hat das SG auch zutreffend erkannt, dass die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit vorliegend nicht erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 14.09.1995, [5 RJ 50/94](#), auch zum Nachfolgenden). Denn nach der Rechtsprechung des BSG steht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist. Nur ausnahmsweise ist für einen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbaren Versicherten wie dem Kläger mit zumindest sechsstündigem Leistungsvermögen für leichte Arbeiten die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich, wenn die Erwerbsfähigkeit durch mehrere schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen oder eine besonders einschneidende Behinderung gemindert ist. In der Rechtsprechung des BSG sind bestimmte Fälle anerkannt (z.B. Einarmigkeit, vgl. BSG, a.a.O., m.w.N.), zu denen der vorliegende Fall aber nicht gehört. Vielmehr braucht eine Verweisungstätigkeit erst benannt zu werden, wenn die gesundheitliche Fähigkeit zur Verrichtung selbst leichter Tätigkeiten in vielfältiger, außergewöhnlicher Weise eingeschränkt ist. Dies ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn ein Versicherter noch vollschichtig körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, ohne überwiegendes Stehen und Gehen oder ständiges Sitzen, nicht in Nässe, Kälte oder Zugluft, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltungen, ohne besondere Anforderungen an die Fingerfertigkeit und nicht unter besonderen Unfallgefahren zu verrichten vermag (BSG, a.a.O.; Urteil vom 27.04.1982, [1 RJ 132/80](#)). Denn ein Teil dieser Einschränkungen stimmt bereits mit den Tätigkeitsmerkmalen einer körperlich leichten Arbeit überein. So liegt der Fall bei der Klägerin. Auch bei ihr wird den qualitativen Einschränkungen im Wesentlichen bereits dadurch Rechnung getragen, dass ihr nur noch leichte Arbeiten zugemutet werden.

Abschließend stellt der Senat fest, dass bei der Klägerin auch keine schwere

spezifische Leistungsbehinderung in Gestalt einer Einschränkung ihrer Wegefähigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2011, [B 13 R 79/11 R](#)) vorliegt. Alle im Klageverfahren gehörten Ärzte (auch Dr. L. , Bl. 186 SG-Akte) â ebenso wie der Gutachter Dr. H. â sind âbereinstimmend davon ausgegangen, dass die Klâgerin noch in der Lage ist, Gehstrecken von vier mal 500 Meter je Tag in jeweils 20 Minuten zurâckzulegen.

Soweit Dr. L. darâber hinaus gemeint hat, die Klâgerin sei wegen ihrer Angststârung mit phobischer Komponente auf die "Begleitung eines Familienmitglieds" bei der Benutzung âffentlicher Verkehrsmittel angewiesen (Bl. 186 SG-Akte), beruht auch diese Annahme ersichtlich alleine auf den Angaben der Klâgerin ihm gegenâber. Dem folgt der Senat aus den oben dargelegten Grânden nicht, zumal die Klâgerin bereits gegenâber Dr. T. zwar (diffuse) ângste und eine soziale Phobie beschrieben hat, dies indes in der Untersuchungssituation nicht nachvollziehbar gewesen ist (vgl. Bl. 67 Rs. SG-Akte). Schon Dr. H. wies im âbrigen darauf hin, dass die Angaben der Klâgerin insoweit widersprâchlich und nicht plausibel sind, wenn sie einerseits angibt, sich um die Enkelkinder zu kâmmern und den Enkelsohn auch vom Kindergarten abzuholen (wenn die Schwiegertochter bei der Arbeit ist), andererseits aber behauptet, "nirgends" alleine hingehen zu kânnen (vgl. S. 6, 14 des Gutachtens, unblattiert in âT-VerwA).

Die Kostenentscheidung beruht auf [â 193 SGG](#).

Grânde fâr die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 07.12.2020

Zuletzt verândert am: 23.12.2024