S 2 R 2450/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 R 2450/18
Datum	25.09.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 R 3446/20
Datum	17.05.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. September 2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Streitig ist ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1965 geborene KlÃ¤gerin, bei der ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 anerkannt ist, hat keine Berufsausbildung abgeschlossen. Sie war zuletzt als Pharmawerkerin versicherungspflichtig beschÃ¤ftigt. Das ArbeitsverhÃ¤ltnis endete durch Aufhebungsvertrag im MÃ¤rz 2015. Bereits ab Oktober 2014 war sie arbeitsunfÃ¤hig mit Bezug von Krankengeld bis 14.01.2016 bzw. arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I bis 13.04.2017. Vom 01.01.2018 bis 30.06.2018 bezog sie Arbeitslosengeld II. Vom 01.01.2017 bis 10.12.2019 enthÃ¤lt das Versicherungskonto der KlÃ¤gerin Beitragszeiten fÃ¼r eine PflegetÃ¤tigkeit in Bezug auf ihre am 10.12.2019 verstorbene Mutter. Sonstige rentenrechtlichen

Zeiten hat die KlÃ¤gerin seit 2017 nicht zurÃ¼ckgelegt.

Bei der KlÃ¤gerin trat im Jahr 2009 eine Subarachnoidalblutung (SAB) ausgehend von einem Aneurysma der Arteria communicans posterior rechts mit einer Nervus oculomotorius-Parese rechts auf, weshalb ein Aneurysmaclipping erfolgte. Seit 2012 ist bei der KlÃ¤gerin eine koronare Herzerkrankung bekannt. Sie erlitt einen ST-Hebungs-Herzhinterwandinfarkt, weshalb eine 3-fache Stentimplantation der proximalen bzw. medialen rechten Koronararterie (RCA) erfolgte. Ab dem 28.03.2013 befand sich die KlÃ¤gerin zur medizinischen Rehabilitation in der Median Klinik S, N. Laut Entlassungsbericht wurden dort eine mittelgradige depressive Episode, eine koronare 2-GefÃ¤Ãerkrankung, der Zustand nach (Z.n.) einer perkutanen transluminalen koronaren Angioplastie (PTCA) der RCA 2012, eine arterielle Hypertonie, eine chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD), ein leichtes Schlafapnoesyndrom, Z.n. SAB und eine bekannte Staub-, Milben- und Birkenpollenallergie diagnostiziert. Die KlÃ¤gerin habe nach dem Herzinfarkt 2021 stÃ¤ndige Angst vor einem erneuten Vorfall gehabt, sei verunsichert gewesen und habe sich sozial zurÃ¼ckgezogen. Nach VerlÃ¤ngerung der RehabilitationsmaÃnahme bis zum 25.04.2013 wurde die KlÃ¤gerin als arbeitsunfÃ¤hig bis zum Abschluss der vereinbarten stufenweisen Wiedereingliederung bei grundsÃ¤tzlich vollschichtiger LeistungsfÃ¤higkeit auch fÃ¼r die letzte berufliche TÃ¤tigkeit entlassen.

Am 28.08.2014 beantragte die KlÃ¤gerin die GewÃ¤hrung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit bestandskrÃ¤ftigem Bescheid vom 27.07.2015 ab, weil die KlÃ¤gerin die medizinischen Voraussetzungen nicht erfÃ¼lle.

Eine von der Beklagten bewilligte, am 25.01.2017 von der KlÃ¤gerin gemeinsam mit ihrem Hund angetretene, medizinische RehabilitationsmaÃnahme in der Psychosomatischen Fachklinik S1 GmbH brach die KlÃ¤gerin noch am gleichen Tag wieder ab.

Am 18.07.2017 stellte die KlÃ¤gerin erneut einen Antrag auf GewÃ¤hrung von Rente wegen Erwerbsminderung. Sie gab dabei an, sie halte sich seit 2014 fÃ¼r erwerbsgemindert wegen massiver Schmerzen und depressiven ZustÃ¤nden. Sie habe Schmerzen beim Stehen und Gehen, chronisch starke Kopfschmerzen nach der Operation 2009, leide an einer Herzkreislauferkrankung, Bluthochdruck, Beschwerden der LWS. Sie kÃ¶nne nur noch TÃ¤tigkeiten im Sitzen, maximal zwei bis drei Stunden tÃ¤glich ausÃ¼ben. Es sei eine Schwerbehinderung anerkannt. Auch habe sie Depressionen und kÃ¶nne kaum das Haus verlassen. Sie leide unter Atemnot und kÃ¶nne nicht lÃ¤nger stehen. Weiter leide sie an einer Lungenkrankheit und Gelenkerkrankung. DarÃ¼ber hinaus sei sie durch den Verlust des Arbeitsplatzes in finanziellen Schwierigkeiten.

Die Beklagte zog medizinische Unterlagen seit 2008 aus den vorangegangenen Renten- und Rehabilitationsverfahren bei und holte den Befundbericht des Arztes K vom 14.09.2017 ein, der angab, er habe die KlÃ¤gerin zuletzt im MÃ¤rz 2015 gesehen. Weiter veranlasste die Beklagte eine Begutachtung durch B. In seinem

Gutachten vom 07.11.2017 diagnostizierte er auf seinem Fachgebiet vielschichtige, zum Teil ausgeprÃ¤gte, von jeher vorbestehende PersÃ¶nlichkeitsakzentuierungen bei einem gleichzeitig nur sehr niedrigen Strukturniveau und eine Dysthymia. Im Beschwerdevalidierungstest hÃ¤tten sich extrem ausgeprÃ¤gte Hinweise fÃ¼r nicht authentische Beschwerdeanteile beziehungsweise simulative Tendenzen gezeigt. Er gelangte zu der EinschÃ¤tzung, dass sich â auch ungeachtet unzureichend wahrgenommener BehandlungsmÃ¶glichkeiten â auf nervenÃ¤rztlichem Fachgebiet keine FunktionsstÃ¶rungen belegen lieÃen, die zu Ã¼berdauernden quantitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hrten. Dies gelte auch in Zusammenhang mit den fachfremden FunktionsstÃ¶rungen. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne ihre zuletzt ausgeÃ¼bte stÃ¤ndig stehende TÃ¤tigkeit nicht mehr ausÃ¼ben. Leichte bis mittelschwere TÃ¤tigkeiten Ã¼berwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen kÃ¶nne sie aber in Tagesschicht weiterhin sechs Stunden und mehr ausÃ¼ben. AuszuschlieÃen seien TÃ¤tigkeiten auf Leitern oder GerÃ¼sten, an unmittelbar gefÃ¤hrdenden Maschinen, mit besonderen Anforderungen an die KonfliktfÃ¤higkeit, mit Ã¼berdurchschnittlich fordernden sozialen Interaktionen oder auch Stressfaktoren wie Nacht- oder Wechselschicht.

Der LeistungseinschÃ¤tzung des B folgend lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22.11.2017 den Rentenantrag ab, weil die KlÃ¤gerin die medizinischen Voraussetzungen nicht erfÃ¼lle. Mit ihrem Widerspruch hiergegen machte die KlÃ¤gerin geltend, sie kÃ¶nne sich der EinschÃ¤tzung des B nicht anschlieÃen. Sie sehe sich aufgrund depressiver ZustÃ¤nde und massiver Schmerzen nicht mehr in der Lage, vollschichtig einer TÃ¤tigkeit nachzugehen. Ihre Depressionen seien von B Ã¼berhaupt nicht berÃ¼cksichtigt worden. Jedenfalls seit 2018 sei sie regelmÃ¤Ãig bei K in Behandlung, ebenso bei den HausÃ¤rzten, Dres. G/Y und dem S2.

Die Beklagte zog den Bericht des H vom 22.03.2017 bei, wonach sich ein stabiler Verlauf der koronaren Herzerkrankung nach Herzhinterwandinfarkt 2012 mit guter Pumpfunktion des hypertrophierten linken Ventrikels und beschwerdefreier Belastbarkeit bis 125 Watt ohne Zeichen einer Koronarinsuffizienz zeigte und auch im Bereich der hirnversorgenden HalsgefÃ¤Ãe signifikante Stenosen ausgeschlossen werden konnten, sowie den Bericht des K vom 12.12.2017, wonach es bei der KlÃ¤gerin bei bekannter gemischter AngststÃ¶rung und Depression zuletzt wegen spezifischer familiÃ¤rer Probleme (Arbeitsplatzverlust des Ehemannes, Abbruch des Studiums durch den Sohn) wieder zu einer psychischen Zustandsverschlechterung gekommen und eine VerÃ¤nderung der Medikation erforderlich sei. Weiter holte sie den Befundbericht des K vom 01.06.2018 ein. Nach Auswertung der vorliegenden Unterlagen gelangte der Arzt S3 in einer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 07.06.2018 zu der EinschÃ¤tzung, dass sich insgesamt keine neuen medizinischen Aspekte ergeben hÃ¤tten und es bei der LeistungseinschÃ¤tzung verbleibe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. Die KlÃ¤gerin leide an einer depressiven Verstimmung bei familiÃ¤rer Konfliktsituation und bei akzentuierter PersÃ¶nlichkeit, Spannungskopfschmerzen nach SAB 2009, RÃ¼ckenschmerzen bei Ãbergewicht, einer koronaren

Herzerkrankung, einer Schwellneigung der Unterschenkel und Raucherbronchitis. In der Gesamtschau lÃ¤gen aus sozialmedizinischer Sicht weiterhin qualitative, jedoch keine quantitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen vor.

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 29.08.2018 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und zur BegrÃ¼ndung auf die WiderspruchsbegrÃ¼ndung verwiesen.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der G, des K und des S2 als sachverstÃ¤ndige Zeugen und Einholung von SachverstÃ¤ndigengutachten beiÂ R und E.

G hat unter dem 08.11.2018 Ã¼ber eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der KlÃ¤gerin seit Januar 2016 berichtet. Die KlÃ¤gerin komme unregelmÃ¤Ãig zu den Sitzungen, da sie kaum aus dem Haus gehe, auch selten zu anderen Ãrzten. Die KlÃ¤gerin meide den Augenkontakt, sei amimisch, spreche leise und monoton, wirke erschÃ¶pft, sei manchmal weinerlich, die Stimmung sei sehr gedrÃ¼ckt, der Antrieb deutlich reduziert, sie sei im Affekt kaum schwingungsfÃ¤hig. Sie sei sehr unkonzentriert, vergesslich, sehr niedergeschlagen, freude-lust-antriebslos, habe sich total gehen lassen, BMI 42, kÃ¶nne sich auch nicht in Menschenmengen aufhalten, bekomme Panikattacken bei Klaustrophobie. Sie sei stÃ¤ndig bei K in Behandlung, wo sie zusÃ¤tzlich zu den Tabletten regelmÃ¤Ãig angstlÃ¶sende Spritzen bekomme. Es bestehe eine rezidivierende depressive StÃ¶rung, schwergradige Episode, eine generalisierte AngststÃ¶rung, Panikattacke, GrÃ¼belzwang, SchlafstÃ¶rung, Z.n. Gehirnaneurysmablutung mit Clipping 11/2009, Koronare EingefÃ¤Ãerkrankung, 3 Stents 06/12, chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, chronisches HWS-LWS-Syndrom, COPD und allergisches Asthma bronchiale und ein ErschÃ¶pfungssyndrom. Die KlÃ¤gerin sei nicht mehr in der Lage, auch einer leichten TÃ¤tigkeit unter drei Stunden regelmÃ¤Ãig nachzugehen, G hat die Berichte des K vom 14.02.2018, 18.12.2014, 12.12.2017 und den Bericht des H vom 22.03.2017 vorgelegt.

K hat unter dem 12.11.2018 mitgeteilt, dass sich die KlÃ¤gerin von Dezember 2012 bis Februar 2015 insgesamt sechsmal, dann wieder von Dezember 2017 bis Februar 2018 dreimal (am 12.12.2017, 19.01.2018 und 14.02.2018) bei ihm vorgestellt habe. Die bereits frÃ¼her geklagten Beschwerden hÃ¤tten auch bei den spÃ¤teren Vorstellungen vorgelegen. Es sei ein chronischer Verlauf von Angst und Depression seit der Aneurysma-Blutung 2009 und dem Herzinfarkt 2012 festzustellen und eine somatoforme SchmerzstÃ¶rung, da die KlÃ¤gerin in den letzten Jahren auch zunehmende und schlieÃlich anhaltende Schmerzen im Bereich der LWS mit Beinschmerz und Schwellung der Unterschenkel bzw. Sprunggelenke beklagte. Es sei von einer starken psychischen Ãberlagerung dieser Schmerzen im Sinne einer somatoformen SchmerzstÃ¶rung auszugehen, wobei auch chronische Kopfschmerzen seit der cerebralen Aneurysmablutung vorlÃ¤gen. Eine gutachtliche Untersuchung der KlÃ¤gerin habe er nicht durchgefÃ¼hrt Es bestÃ¼nden offensichtlich EinschrÃ¤nkungen bezÃ¼glich der psychophysischen Belastbarkeit, der KonzentrationsfÃ¤higkeit sowie der Umstellungs- und AnpassungsfÃ¤higkeit. Alleinfalls leichte Arbeiten in einem Umfang von vier bis unter sechs Stunden

erschienen ihm denkbar. K hat seine Berichte vom 14.12.2012, 04.07.2013, 18.12.2014, 03.02.2015 mit vorgelegt.

S2 hat unter dem 10.12.2018 mitgeteilt, dass die KlÃ¤gerin sich lediglich am 11.09.2015 und erneut am 19.07.2017 in der Praxis vorgestellt habe. Sie habe 2015 starke Schmerzen im Bereich der LWS geklagt. 2017 habe sie ebenfalls Schmerzen im Bereich der LWS und Fersenschmerzen links beim Anlaufen beklagt. Bei klinisch unauffÃ¤lligem Befund bis auf eine druckschmerzhafte VerhÃ¤rtung der paravertebralen Muskulatur und eine vornÃ¼bergebeugte Haltung hÃ¤tten sich 2015 im RÃ¶ntgenbild der LWS degenerative VerÃ¤nderungen im Sinne von Osteochondrosen zwischen L4/5 und L5/S1 und beginnende spondylotische und spondylarthrotische VerÃ¤nderungen gezeigt. Bei der Untersuchung 2017 hÃ¤tten Druckschmerzen am vorderen Fersenbein der linken Ferse bestanden, Ã¤uÃ□erlich sei die Ferse unauffÃ¤llig gewesen, radiologisch sei ein Fersensporn sichtbar gewesen. Ã□ber den Verlauf der Beschwerden kÃ¶nne er keine Angaben machen. Aufgrund der erhobenen Befunde schÃ¤tze er das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin abgesehen von vorÃ¼bergehender ArbeitsunfÃ¤higkeit in einem zeitlichen Umfang von Ã¼ber sechs Stunden tÃ¤glich bei leichter kÃ¶rperlicher Arbeit.

In seinem Gutachten vom 15.03.2019 hat R folgende Diagnosen gestellt: Koronare Herzerkrankung mit Zustand nach Hinterwandinfarkt und Stentversorgung, arterielle Hypertonie, Adipositas per magna, HyperlipoproteinÃ¤mie, Fettleber mit leichten Cholestasezeichen, Zustand nach SAB, Zustand nach Aneurysma-Clipping, chronische Cephalgien, chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD), Zustand nach frÃ¼hkindlichem Asthma bronchiale, Obstruktives Schlafapnoesyndrom, degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit rezidivierendem LWS-Syndrom, Fersensporn, depressive Verstimmung, Verdacht auf PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung mit autoaggressivem Verhalten, Ã□deme der Unterschenkel und gastroÃ¶sophageale Refluxkrankheit. Er hat ausgefÃ¼hrt, somatisch werde die LeistungsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin durch die chronischen Kopfschmerzen, den nicht gut eingestellten Bluthochdruck (wobei nach dem Medikamentenspiegel die KlÃ¤gerin das verordnete Medikament einige Zeit gar nicht eingenommen habe), die COPD und die Adipositas per magna eingeschrÃ¤nkt. Bei Beachtung qualitativer EinschrÃ¤nkungen kÃ¶nne die KlÃ¤gerin aber noch leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten sechs Stunden ausÃ¼ben. Um der KlÃ¤gerin letztlich gerecht zu werden, sei aber noch ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten erforderlich.

E hat in ihrem Gutachten vom 01.08.2019 folgende Diagnosen gestellt: Dysthymie, chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, Spannungskopfschmerz, degenerative VerÃ¤nderung der WS mit rezidivierendem LWS-Syndrom ohne neurologische AusfÃ¤lle, Z.n. SAB 2009 und Clipping eines Aneurysmas mit noch bestehender diskreter Oculomotorius-Parese rechts, PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung mit Ã¤ngstlich vermeidenden und histrionischen ZÃ¼gen und Dysmorphophobie. Neurologisch finde sich bei der KlÃ¤gerin eine diskrete Restsymptomatik einer Okulomotorius-Parese rechts, die Achillessehnenreflexe seien beidseits leicht abgeschwÃ¤cht, das LasÃ¨gue-Zeichen rechts sei endgradig positiv, weitere AuffÃ¤lligkeiten habe die klinisch-

neurologische Untersuchung nicht ergeben. Im psychopathologischen Befund sei die Auffassung intakt, die Konzentration im GesprÃ¤ch grÃ¶Ãtenteils erhalten, die MerkfÃ¤higkeit und das GedÃ¤chtnis im GesprÃ¤ch erhalten, das formale Denken geordnet gewesen. Die Stimmungslage sei leicht zum depressiven Pol verschoben, der Antrieb subjektiv vermindert, objektiv aber nicht reduziert gewesen. Die Psychomotorik sei sicher, gewandt, adÃ¤quat gewesen. Die KlÃ¤gerin habe nach eigenen Angaben alle Behandlungen abgebrochen, nehme die Medikamente ein, die ihrer Mutter gegen Bluthochdruck bzw. Schmerzen verschrieben werden, mit der BegrÃ¼ndung, dass die Mutter von der RezeptgebÃ¼hr befreit sei. Auf die Frage, wie dann die Beschwerden der Mutter behandelt wÃ¼rden und sonstige konfrontativen Fragen habe die KlÃ¤gerin zunehmend aggressiv reagiert und Beschuldigungen vorgebracht. Unter Beachtung qualitativer EinschrÃ¤nkungen seien der KlÃ¤gerin noch leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten mindestens sechs Stunden tÃ¤glich mÃ¶glich. Gegen das Gutachten und die gutachtliche Untersuchung hat die KlÃ¤gerin umfangreiche Einwendungen erhoben. Sie halte es insbesondere nicht fÃ¼r verwertbar, da die SachverstÃ¤ndige sie insgesamt nur maximal 10 Minuten gesehen habe. Dem hat E in einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 31.10.2019 widersprochen und an der gutachtlichen LeistungseinschÃ¤tzung festgehalten.

Die Beteiligten haben ihr EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung des SG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung erklÃ¤rt und die KlÃ¤gerin des Weiteren eine Bescheinigung ihrer HausÃ¤rztin R1 vom 19.09.2020, eine Bescheinigung der S4 vom 22.09.2020 und den Kurzbericht der F vom 02.09.2020 Ã¼ber ein VorgesprÃ¤ch von diesem Tag in der Akutpsychosomatik des Evangelischen Krankenhauses D vorgelegt.

Mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 25.09.2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Die KlÃ¤gerin sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, vielmehr kÃ¶nne sie unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig sein. Voraussetzung hierfÃ¼r sei lediglich, dass ihr nach drei Arbeitsstunden eine Pause von 30 Minuten mÃ¶glich sei und ihr ein ergonomisches SitzmÃ¶bel mit einem hohen RÃ¼ckenteil zur VerfÃ¼gung stehe, wie der SachverstÃ¤ndige R auch nach Auswertung der Aktenlage schlÃ¼ssig herausgestellt habe. Die teilweise anderweitigen medizinischen EinschÃ¤tzungen der den KlÃ¤ger behandelnden Ãrztin und Ãrzte bestÃ¤tigten sich durch diese gezielte Begutachtung wie auch durch die gutachtlichen Untersuchungen von B und E nicht. Das Gutachten der E kÃ¶nne die Kammer im Rahmen der BeweiswÃ¼rdigung inhaltlich bewerten. Der Einwand der KlÃ¤gerin, die SachverstÃ¤ndige habe nicht mehr als zehn Minuten Kontakt zu ihr gehabt, sei bereits durch den zeitlichen Umfang der neurologischen Untersuchungen, die E selbst durchgefÃ¼hrt habe, widerlegt. Auch die weiteren Einwendungen gingen ins Leere. Die koronare Herzerkrankung mit dem Zustand nach Hinterwandinfarkt und Stentversorgung fÃ¼hre nach der letzten kardiologischen Untersuchung durch H vom MÃ¤rz 2017 nicht mehr zu einer relevanten Leistungsminderung, wie R nachvollziehbar darlege. Der Verlauf sei stabil gewesen. Bei einer global guten Pumpfunktion des hypertrophierten linken Ventrikels habe die KlÃ¤gerin wie bereits in der Vergangenheit bis 125 Watt

beschwerdefrei belastet werden kÃ¶nnen. Zeichen einer Koronarinsuffizienz seien nicht aufgetreten. Nach vier Stunden Anwesenheit in der Praxis des R sei zwar bei weiter beklagten Kopfschmerzen ein angestiegener Blutdruck gemessen worden, nach Gabe eines akut den Blutdruck sendenden Medikaments sei dieser aber nach ca. 15 Minuten wieder gesunken. Die Untersuchung des Medikamentenspiegels von Candersartan habe gezeigt, dass dieses PrÃ¤parat entgegen des Ã¤rztlichen Therapieplans von der KlÃ¤gerin nicht eingenommen werde. Damit zeige sich, dass die Behandlungsoptionen nicht hinreichend genutzt wÃ¼rden. Hypertrophiebedingte SchÃ¤digungszeichen der Nieren seien nicht feststellbar gewesen, organneurologische StÃ¶rungen als Folge der Subarachnoidalblutung bei einem arteriellen GefÃ¤ÃaneurysmaÃ ebenfalls nicht. Bei der PrÃ¼fung von Koordination und Stand hÃ¤tten sich keine wesentlichen krankhaften Befunde ergeben. In Bezug auf das obstruktive Schlafapnoesyndrom sei der KlÃ¤gerin bereits Ende 2012 die Einleitung einer CPAP-Therapie empfohlen worden, wobei sie aber nicht mitgewirkt habe. Es sei daher nicht fernliegend, dass die von der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber R angefÃ¼hrte MÃ¼digkeit von dieser SchlafstÃ¶rung herrÃ¼hre, wie es auch der SachverstÃ¤ndige in ErwÃ¤gung gezogen habe. Hinsichtlich des Fersensporns sei die Symptomatik trotz verordneter Einlagen mit einer Fersenaussparung nicht ganz verschwunden. Bei der gutachtlichen orientierenden Untersuchung habe jedoch kein wesentlicher Druckschmerz bestanden. Eine den Leiden der KlÃ¤gerin angepasste TÃ¤tigkeit im Umfang von sechs Stunden je Arbeitstag sei daher zumutbar. Auch soweit E zuletzt eine Dysthymie, eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, einen Spannungskopfschmerz, degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit einem rezidivierenden LendenwirbelsÃ¤ulensyndrom ohne neurologische AusfÃ¤lle, eine Dysmorphophobie und eine PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung mit Ã¤ngstlich vermeidenden und histrionischen ZÃ¼gen diagnostiziert habe, sei die KlÃ¤gerin unter BerÃ¼cksichtigung der qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen noch in der Lage, TÃ¤tigkeiten zumindest sechsstÃ¼ndig arbeitstÃ¤glich auszuÃ¼ben. Dies habe E schlÃ¼ssig angenommen und decke sich mit der EinschÃ¤tzung des B, dessen Gutachten die Kammer im Wege des Urkundsbeweises verwerte. Aus den von der KlÃ¤gerin zuletzt vorgelegten Arztberichten ergebe sich nichts Anderes. Zwar befÃ¼rworteten die S4 und F eine stationÃ¤re Behandlung. Hieraus folge jedoch noch keine quantitative LeistungseinschrÃ¤nkung. Es liege weder eine schwere spezifische LeistungseinschrÃ¤nkung noch eine Summierung ungewÃ¶hnlicher LeistungseinschrÃ¤nkungen vor, auch sei die WegefÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin nicht relevant eingeschrÃ¤nkt.

Gegen das ihr am 25.10.2020 zugestellte Urteil richtet sich die am 30.10.2020 zum LSG Baden-WÃ¼rttemberg eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin. Zur BegrÃ¼ndung hat die KlÃ¤gerin vorgebracht, sie kÃ¶nne sich weiterhin mit der EinschÃ¤tzung der E nicht einverstanden erklÃ¤ren und halte deren Gutachten nicht fÃ¼r verwertbar. Auch die behandelnden FachÃ¤rzte kÃ¶nnten die EinschÃ¤tzung der SachverstÃ¤ndigen nicht nachvollziehen. Gegen die EinschÃ¤tzung von E spreche auch, dass zwischenzeitlich ein stationÃ¤rer Aufenthalt im Zentralinstitut fÃ¼r seelische Krankheiten M geplant sei.

Die KlÃ¤gerin hat nochmals die Ã¤rztliche Bescheinigung der S4 vom 22.09.2020, einen vorlÃ¤ufigen Bericht der AssistenzÃ¤rztin G1 des Zentralinstituts fÃ¼r Seelische Gesundheit M vom 05.01.2021 und einen Ambulanzbrief des E1 und H1 der Neurochirurgischen Klinik der UniversitÃ¤tsmedizin M vom 25.02.2021 vorgelegt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines psychiatrischen SachverstÃ¤ndigengutachtens auf Antrag der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei B1. In seinem Gutachten vom 25.10.2021 hat er auf seinem Fachgebiet eine Dysthymia, anhaltende depressive StÃ¶rungen mittelschwer bis schwer mit schwerem Antriebsdefizit ohne Remission, eine NikotinabhÃ¤ngigkeit und eine PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung sowie Schmerzdiagnosen (chronifizierter Spannungskopfschmerz mit migrÃ¤noider Komponente, orthopÃ¤disch bedingtes Schmerzsyndrom mit ParÃ¤sthesien chronifiziert beider Beine, beide Arme, wirbelsÃ¤ulenbedingt) diagnostiziert. Er ist zu der EinschÃ¤tzung gelangt, dass das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin erheblich eingeschrÃ¤nkt sei, sie auch bei strikter Beachtung qualitativer EinschrÃ¤nkungen nur bis maximal drei Stunden tÃ¤glich z.B. in Heimarbeit oder in einer Werkstatt fÃ¼r Behinderte tÃ¤tig sein kÃ¶nne. Es fehle an Ãlan vital. Leichteste Frauenarbeit wie z. B. leichte Montage und Sortierarbeiten mÃ¼ssten ihr noch mÃ¶glich sein, am besten im Sitzen mit der MÃ¶glichkeit, sich mehrfach einer KÃ¶rperhaltungskorrektur zu widmen. Aufgrund des Schmerzsyndroms seien kurze betriebsunÃ¼bliche Pausen in unkalkulierbaren AbstÃ¤nden im Minutenbereich zur KÃ¶rperhaltungskorrektur erforderlich. Die KlÃ¤gerin habe bei der Untersuchung immer wieder die Sitzhaltung korrigieren mÃ¼ssen und dabei KÃ¶rperhaltungen eingenommen, in denen man nicht arbeiten kÃ¶nne. Es liege eine somatopsychische Interdependenz vor. Zum einen leide die KlÃ¤gerin unter einer Dysthymia, erschwerend komme eine anhaltende affektive StÃ¶rung mittelgradig bis schwergradig im Bereich der Depressionen dazu. Aufrechterhalten wÃ¼rden die Kernsymptome der Depression (AntriebsstÃ¶rung, Verlust des Ãlan vital, Anhedonie, KonzentrationsstÃ¶rung) durch das Schlafapnoe-Syndrom, das polytope Schmerzsyndrom und die Kopfschmerzen. Erschwerend komme des Weiteren eine kardiopulmonale Minderbelastung hinzu, fÃ¼hrend sei hier das Asthma, kardial scheine sie trotz Z. n. Herzinfarkt grenzkompensiert. Es gebe keinerlei Hinweise fÃ¼r Aggravation oder Simulation, weder klinisch noch testpsychologisch. Aus eigener Willensanstrengung kÃ¶nne die KlÃ¤gerin ihren Zustand nicht Ã¼berwinden. Sie habe sich in Ã¤rztliche Behandlung begeben, vermeide aber einen Klinikaufenthalt. Aufgrund der Chronifizierung habe er aber erhebliche Zweifel, dass bei einem Klinikaufenthalt noch deutliche Verbesserungen erzielbar wÃ¤ren. Die KlÃ¤gerin sollte noch in der Lage sein, sich auf neue TÃ¤tigkeiten leichtester Art einzustellen, auch die WegefÃ¤higkeit sei nicht eingeschrÃ¤nkt. Der festgestellte Zustand bestehe seit MÃ¤rz 2015. Die KlÃ¤gerin habe sich selbst zu diesem Zeitpunkt als nicht mehr belastbar erlebt und einen Aufhebungsvertrag geschlossen, da sie sich dem Arbeitgeber nicht mehr habe zumuten wollen. Eine wesentliche Besserung erscheine kaum wahrscheinlich. Er weiche von der EinschÃ¤tzung in den Vorgutachten ab, da seine Untersuchung wesentlich umfangreicher und grÃ¼ndlicher erfolgt sei, um der StÃ¶rungstiefe und -breite der KlÃ¤gerin gerecht werden zu kÃ¶nnen.

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt hierzu vor, die AusfÃ¼hrungen des B1 seien eindeutig. Er bestÃ¤tige, dass sie lediglich bis zu drei Stunden tÃ¤glich maximal z. B. in Heimarbeit oder einer Werkstatt fÃ¼r Behinderte einer TÃ¤tigkeit nachgehen kÃ¶nne. Dies AusfÃ¼hrungen in den sozialmedizinischen Stellungnahmen der Beklagten seien nicht geeignet, zu einer anderen Beurteilung zu gelangen.

Die KlÃ¤gerin beantragt teilweise sachdienlich gefasst,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. September 2020 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22. November 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2018 zu verurteilen, der KlÃ¤gerin ab dem 1. Juli 2017 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen, hat den Versicherungsverlauf der KlÃ¤gerin vom 17.04.2021 und eine Ã¤rztliche Stellungnahme der K1 vom 23.04.2021 zu den von der KlÃ¤gerin eingereichten medizinischen Unterlagen und eine Stellungnahme des N1 vom 10.11.2021 zu dem Gutachten des B1 vorgelegt, wonach sich aus Sicht der Beklagten keine abweichende LeistungseinschÃ¤tzung zu der vom SG in der angefochtenen Entscheidung dargestellten begrÃ¼nden lasse.

Die Berichterstatterin des Senats hat mit den Beteiligten die Sach- und Rechtslage erÃ¶rtert. Im Termin haben sich beide Beteiligten mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt. Hierzu wird auf das Protokoll vom 19.04.2022 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs. 1 und 2 SGG form- und fristgemÃ¤Ã eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin, Ã¼ber die der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten gemÃ¤Ã ÂÂ§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet, ist zulÃ¤ssig. BerufungsausschlieÃungsgrÃ¼nde nach Â§ 144 SGG liegen nicht vor.
Â
Die Berufung der KlÃ¤gerin ist jedoch nicht begrÃ¼ndet. Das angefochtene Urteil des SG vom 25.09.2020 ist nicht zu beanstanden, das SG hat die Klage zurecht abgewiesen. Der Bescheid vom 22.11.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2018 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf GewÃ¤hrung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben gemÃ¤Ã Â§ 43 Abs. 2 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fÃ¼nf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre PflichtbeitrÃ¤ge fÃ¼r eine versicherte BeschÃ¤ftigung oder TÃ¤tigkeit zurÃ¼ckgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfÃ¼llt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein (Â§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben gemÃ¤Ã Â§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fÃ¼nf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre PflichtbeitrÃ¤ge fÃ¼r eine versicherte BeschÃ¤ftigung oder TÃ¤tigkeit zurÃ¼ckgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfÃ¼llt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein (Â§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Eine volle Erwerbsminderung liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch dann vor, wenn Versicherte tÃ¤glich mindestens drei bis unter sechs Stunden erwerbstÃ¤tig sein kÃ¶nnen, der Teilzeitarbeitsmarkt aber verschlossen ist (GÃ¼rtner in KassKomm, Stand 114. EL Mai 2021, SGB VI, Â§ 43 Rn. 58 und 30 ff.).

Nach Â§ 43 Abs. 3 SGB VI ist generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen.

Eine Erwerbsminderung der KlÃ¤gerin, das heiÃt ein Absinken ihrer LeistungsfÃ¤higkeit auf ein LeistungsvermÃ¶gen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden tÃ¤glich, lÃ¤sst sich zur Ãberzeugung des Senats nicht belegen. Vielmehr ist die KlÃ¤gerin unter BerÃ¼cksichtigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen und Gutachten auch weiterhin in der Lage, zumindest leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts bei Beachtung qualitativer EinschrÃ¤nkung sechs Stunden und mehr arbeitstÃ¤glich zu verrichten. Dies folgt fÃ¼r den Senat insbesondere aus dem von der Beklagten veranlassten Gutachten von B, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet, und den im Klageverfahren vom SG eingeholten Gutachten des R und der E, wobei der Senat ebenso wie das SG keine GrÃ¼nde erkennen kann, die eine Unverwertbarkeit des Gutachtens der E begrÃ¼nden kÃ¶nnten. Hingegen vermag sich der Senat nicht der EinschÃ¤tzung des B in dem auf Antrag der KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten anzuschlieÃen.

Auf internistischem Fachgebiet leidet die KlÃ¤gerin an einer koronaren

Herzerkrankung mit Z.n. nach Hinterwandinfarkt und Stentversorgung 2012, einer nicht durchgehend optimal behandelten arteriellen Hypertonie, einer Adipositas per magna, einer HyperlipoproteinÃ¤mie, einer Fettleber mit leichten Cholestasezeichen, einer COPD bei fortbestehendem Nikotinabusus, einem Z.n. frÃ¼hkindlichem Asthma bronchiale, einem leichtgradigen obstruktiven Schlafapnoesyndrom, leichter oberflÃ¤chlicher Varikosis und geringen Ãdemen der Unterschenkel sowie einer gastroÃ¶sophageale Refluxkrankheit, was fÃ¼r den Senat aus dem Gutachten des R und den Berichten des H folgt. Deshalb sind der KlÃ¤gerin nur noch leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg, kurzzeitig bis 10 kg, Ã¼berwiegend im Sitzen mit nur geringen Stehanteilen mÃ¶glich. Arbeiten mit gleichfÃ¶rmigen KÃ¶rperhaltungen wie Rumpfvorhaltung, BÃ¼cken und Knien, Ersteigen von Leitern und GerÃ¼sten mit Absturzgefahr sind wegen der Adipositas per magna, dem nicht optimal eingestellten Blutdruck und der bei der KlÃ¤gerin vorliegenden Kopfschmerzsymptomatik, die auch im Zusammenhang mit dem nicht optimal behandelten Bluthochdruck zu sehen ist, nicht mehr mÃ¶glich. Arbeiten, die eine Stand- und Gangsicherheit erfordern sowie Akkord-, FlieÃband- und Nacharbeiten sind ebenso wie Arbeiten mit Einwirkung von NÃ¤sse, Staub, Gasen und DÃ¤mpfen nicht mehr zumutbar. Unter MitberÃ¼cksichtigung der rezidivieren auftretenden Beschwerden aufgrund eines LendenwirbelsÃ¤ulensyndroms sollte der KlÃ¤gerin ein ergonomisches SitzmÃ¶bel mit hohem RÃ¼ckenteil zur VerfÃ¼gung stehen. Eine zeitliche LeistungseinschrÃ¤nkung der KlÃ¤gerin besteht bei Beachtung der genannten qualitativen EinschrÃ¤nkungen nicht.

Hierbei stÃ¼tzt sich der Senat auf die Feststellungen des R und schlieÃt sich seiner LeistungseinschÃ¤tzung an. Diese ist anhand der von ihm erhobenen Befunde und Anamnese sowie der von ihm vorgenommenen Auswertung der vorliegenden Arztberichte widerspruchsfrei und nachvollziehbar. So hat die KlÃ¤gerin bei der Untersuchung durch R keine Angina pectoris-Beschwerden angegeben. Das Ruhe-EKG war unauffÃ¤llig ohne Zeichen einer Linksherzhypertrophie. Eine EinschrÃ¤nkung der Nierenfunktion konnte R nicht feststellen und per Ultraschall zeigte sich kein Hinweis auf hypertoniebedingte SchÃ¤digungszeichen der Nieren. Bei der DurchfÃ¼hrung der Ruhe-Spirometrie beklagte die KlÃ¤gerin ein kurzfristiges Herzklopfen und Atemnot, auch fanden sich diffus spastische RasselgerÃ¤usche Ã¼ber der Lunge und eine Sinustachykardie ohne Extrasystolen. Die Tachykardie klang aber sehr schnell ab und die GerÃ¤usche waren spÃ¤ter nur noch bei kÃ¶rperlicher BetÃ¤tigung wie dem Hinlegen auf die Liege, dem Aufrichten hieraus und dem Einnehmen der Bauchlage hÃ¶rbar. Auch war die SauerstoffsÃ¤ttigung bei allen Messungen normal. Formal zeigte sich bei der Ruhespirometrie eine kombinierte VentilationsstÃ¶rung, der Kurvenverlauf zeigte aber eine technisch nicht korrekte DurchfÃ¼hrung bei unzureichender Mitarbeit. Zutreffend weist R darauf hin, dass das Schlafapnoe-Syndrom nach den vorliegenden Unterlagen bereits seit mehreren Jahren bekannt ist, aber als leichtgradig eingestuft wurde und auf Wunsch der KlÃ¤gerin unbehandelt geblieben ist, was gegen eine relevante EinschrÃ¤nkung durch diese Erkrankung spricht. Angesichts angestiegener Blutdruckwerte hat R auf die DurchfÃ¼hrung einer Fahrradergometerbelastung der KlÃ¤gerin im Rahmen seiner gutachtlichen Untersuchung der KlÃ¤gerin verzichtet. Er hat aber zutreffend darauf hingewiesen,

dass sich bereits aus den Berichten des H, zuletzt dessen Bericht vom 20.03.2017, ein stabiler Verlauf der koronaren Herzerkrankung nach dem Herzinfarkt ergibt mit global guter Pumpfunktion des hypertrophierten linken Ventrikels und einer wiederholten Belastbarkeit der KlÃ¤gerin bis 125 Watt ohne Beschwerden und ohne Zeichen eine Koronarinsuffizienz ergibt, wobei einzelne monotope ventrikulÃ¤re Extrasystolen unter der Belastung nicht zunahmen. Auch wurden im Bereich der hirnversorgenden HalsgefÃ¤Ãe signifikante Stenosen ausgeschlossen. Durch die im Nachgang zur gutachtlichen Untersuchung von der R1 vorgelegten Berichte des L vom 17.02.2019 und 03.03.2019 ergibt sich keine relevante Verschlechterung des kardialen LeistungsvermÃ¶gens. Zwar erfolgte der Abbruch einer Fahrradergometerbelastung am 14.02.2019 nach nur zwei Minuten bei 50 Watt, allerdings wegen angegebener Kniegelenksbeschwerden. Es zeigte sich weiterhin eine gute systolische Funktion des hypertrophierten linken Ventrikels. Der Verdacht auf Progression der koronaren Herzerkrankung aufgrund der von der KlÃ¤gerin dort beklagten Angina-pectoris-Beschwerden und Dyspnoe konnte durch eine Herzkatheteruntersuchung vom 27.02.2019 ausgerÃ¤umt und eine kardiale Genese der geklagten eingeschrÃ¤nkten kÃ¶rperlichen Belastbarkeit verneint werden. R hat unter BerÃ¼cksichtigung dieser Berichte angesichts der in den Jahren zuvor jeweils bis 125 Watt mÃ¶glichen Belastbarkeit und der fehlenden Schilderung wesentlicher Kniegelenksbeschwerden durch die KlÃ¤gerin bei der gutachtlichen Untersuchung durch ihn keine relevante Verschlechterung des LeistungsvermÃ¶gens gesehen, was auch fÃ¼r den Senat widerspruchsfrei und Ã¼berzeugend ist. Anhaltspunkte fÃ¼r eine wesentliche Verschlechterung der kardialen LeistungsfÃ¤higkeit, der Auswirkungen des Bluthochdrucks und der vorliegenden COPD bei fortbestehendem Nikotinabusus sind darÃ¼ber hinaus weder von der KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren vorgetragen noch im weiteren Verlauf seit der Begutachtung durch R ersichtlich. Hinzugetreten ist im zeitlichen Verlauf ein Diabetes mellitus, der medikamentÃ¶s behandelt wird, aber nicht insulinpflichtig ist, wie sich fÃ¼r den Senat aus den von B1 festgehaltenen Angaben der KlÃ¤gerin ergibt. Eine weitere LeistungseinschrÃ¤nkung ergibt sich hieraus nicht. Damit fÃ¼hren die vorliegenden internistischen Erkrankungen nicht zu so schwerwiegenden FunktionsstÃ¶rungen, dass sie sich bei Beachtung der genannten qualitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen auf die zeitliche LeistungsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin auswirken wÃ¼rden.

Auf psychiatrisch-psychosomatisch-schmerztherapeutischem Fachgebiet leidet die KlÃ¤gerin an einer Dysthymie, einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, und an Spannungskopfschmerz. AuÃerdem liegt eine PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung mit Ã¤ngstlich vermeidenden und histrionischen ZÃ¼gen und eine Dysmorphophobie vor. Insoweit folgt der Senat der diagnostischen Einordnung der E in deren fÃ¼r das SG erstatteten Gutachten. Soweit die KlÃ¤gerin gegen das Gutachten der E Einwendungen vorgebracht hat, verfangen diese nicht, wie das SG bereits zutreffend unter Hinweis auf die ergÃ¤nzende Stellungnahme der E ausgefÃ¼hrt hat. Auch B gelangte in seinem fÃ¼r die Beklagte erstatteten Gutachten zu der Diagnosestellung einer Dysthymie und PersÃ¶nlichkeitsakzentuierungen. Beide gelangen auf der Grundlage der jeweils erhobenen Befunde und Anamnese widerspruchsfrei und nachvollziehbar Ã¼bereinstimmend zu der EinschÃ¤tzung, dass die KlÃ¤gerin aufgrund ihrer Erkrankungen zwar qualitative LeistungseinschrÃ¤nkungen zu beachten hat, dass

ihr LeistungsvermÃ¶gen bei Beachtung dieser EinschrÃ¤nkungen aber nicht zeitlich auf unter sechs Stunden arbeitstÃ¤glich gesunken ist. So war bei der gutachtlichen Untersuchung durch B der neurologische Befund unauffÃ¤llig. Im psychopathologischen Befund zeigten sich Auffassung, Konzentration, MerkfÃ¤higkeit, GedÃ¤chtnis und Aufmerksamkeit in einer dichten Untersuchungsprozedur ohne Erfordernis einer Pause bis zuletzt ungestÃ¶rt. Es bestanden keine Anhaltspunkte fÃ¼r kognitive StÃ¶rungen oder intellektuelle Defizite, wobei die KlÃ¤gerin eher einfach strukturiert und nur begrenzt introspektionsfÃ¤hig erschien. Zwar zeigte sich die KlÃ¤gerin inhaltsabhÃ¤ngig affektlabil auch mit kurzzeitigen TrÃ¤nen, aber eine weiterreichende Ã¼berdauernde depressive Einengung zeigte sich nicht. Je nach angesprochenem Inhalt war die KlÃ¤gerin auch humorvoll, herzlich lachend, mit strahlendem Ausdruck und lebhafter Begleitgestik. Sie war in der Lage, sehr prÃ¤zise, sehr detailliert und konkret zu antworten. Es fiel aber inhaltsabhÃ¤ngig auch ein verunklarendes Kommunikationsmuster bei Nachfragen auf. Die KlÃ¤gerin beschrieb sich zunÃ¤chst als passiv und eingeschrÃ¤nkt, sie mache einfach gar nichts, sie schlafe zu 90 Prozent aufgrund ihrer Depression. Im Verlauf des GesprÃ¤chs schilderte die KlÃ¤gerin dann aber doch eine Tagesstruktur und AktivitÃ¤ten. So gab sie regelmÃ¤Ãige tÃ¤gliche Besuche bei ihrer pflegebedÃ¼rftigen Mutter an, die das Haus nicht verlassen kÃ¶nne, fÃ¼r die sie TÃ¤tigkeiten im Haushalt wie AufrÃ¤umen, GeschirrspÃ¼len und das Einkaufen Ã¼bernahm und diese abwechselnd in Absprache mit dem Bruder mit dem Auto zur Dialyse fuhr. Auch versorgte sie ihren Hund, mit dem sie dreimal tÃ¤glich jeweils 15 bis 30 Minuten rausging. Ãberdies beschrieb die KlÃ¤gerin ihre gute Beziehung zu ihrem grÃ¶Ãeren Sohn und dessen Sohn, ihre Freunde an den wÃ¶chentlichen Besuchen des Enkelkindes und den gemeinsamen AktivitÃ¤ten wie zusammen singen, Kinderfilme schauen, spazieren gehen, Vorlesen, auf den Spielplatz gehen. Bei nachvollziehbar angegebener belastender und konfliktreicher familiÃ¤rer HintergrÃ¼nde war so nur inhaltsabhÃ¤ngig eine dysthyme Verstimmung zu erkennen. Im Beschwerdevalidierungstest ergaben sich extrem ausgeprÃ¤gte Hinweise fÃ¼r nicht authentische Beschwerdeanteile bzw. simulative Tendenzen. Damit gelangte B nachvollziehbar zu der EinschÃ¤tzung, dass im nervenÃ¤rztlichen Fachgebiet keine FunktionsstÃ¶rungen belegt sind, die zu Ã¼berdauernden quantitativen LeistungseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hren wÃ¼rden. Bei der gutachtlichen Untersuchung durch E gab die KlÃ¤gerin ebenfalls an, dass sie nichts mehr tun kÃ¶nne, dass sie ihr Leben als sinnlos empfinde, dass sie wenig Lebensfreude verspÃ¼re, dass sie sich von ihrem Mann getrennt habe, nun bei der Mutter in deren 1-Zimmer-Wohnung wohne, sie ebenso wie diese den ganzen Tag im Bett liege, sie die Betreuung der Mutter nur noch teilweise leiste, UnterstÃ¼tzung durch einen Bruder und die Cousine erfahre. Gleichzeitig gab sie an, dass sie Ã¼berhaupt keine Psychopharmaka mehr einnahm, jede fachÃ¤rztliche Behandlung aufgegeben hatte, sie nur noch die Medikamente ihrer Mutter gegen Bluthochdruck und Schmerzen einnahm, da diese keine RezeptgebÃ¼hren bezahlen mÃ¼sse. Auf den Vorhalt, wie die Mutter dann deren Beschwerden behandle, reagierte die KlÃ¤gerin aggressiv, ohne weitere AufklÃ¤rung. Der neurologische Befund war ebenfalls weitgehend unauffÃ¤llig. Im psychopathologischen Befund war die Auffassung intakt, MerkfÃ¤higkeit und GedÃ¤chtnis waren erhalten, die Konzentration ebenfalls grÃ¶Ãtenteils, die Stimmungslage nur leicht zum depressiven Pol verschoben, der

Antrieb nur subjektiv gemindert, aber objektiv nicht reduziert. Die KlÃ¤gerin gab ausgeprÃ¤gte MerkfÃ¤higkeits- und KonzentrationsstÃ¶rungen an, die sich in der mehrstÃ¼ndigen Untersuchung aber nicht objektivieren lieÃen. Die KlÃ¤gerin zeigte sich im Verlauf zunÃ¤chst misstrauisch, aggressiv, spÃ¤ter kooperativ und freundlich, gegen Ende wieder vorwurfsvoll und misstrauisch, nicht aber deutlich depressiv. In der Bremer Symptomvalidierung war das Fehlerverhalten unauffÃ¤llig, im Rey-Test sprach das Ergebnis aber fÃ¼r Aggravation. Damit gelangte E nachvollziehbar zu der EinschÃ¤tzung, dass eine Dysthymia, nicht aber eine schwerwiegende depressive StÃ¶rung festgestellt werden kann und dass die KlÃ¤gerin in der GesamtwÃ¼rdigung der funktionellen BeeintrÃ¤chtigungen aus der SchmerzstÃ¶rung und den psychiatrischen Diagnosen sowie der weiter bei ihr vorliegenden Erkrankungen noch leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten mit qualitativen EinschrÃ¤nkungen mindestens sechs Stunden verrichten kann. Der KlÃ¤gerin sind nach EinschÃ¤tzung der E noch leichte kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten Ã¼berwiegend sitzend oder im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, mit Tragen und Heben von Lasten bis 5 kg, kurzzeitig 8 kg mÃ¶glich. TÃ¤tigkeiten mit hÃ¤ufigem BÃ¼cken, auf Leitern oder GerÃ¼sten, am FlieÃband, im Akkord oder in Nachtschicht sind nicht mehr zumutbar, ebenso wenig unter ungÃ¼nstigen WitterungseinflÃ¼ssen wie KÃ¤lte und NÃ¤sse. Eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung ist zu beachten, wie bereits R dargelegt hat. BetriebsunÃ¼bliche Pausen, auch eine Pause von 30 Minuten nach einer dreistÃ¼ndigen Arbeitszeit, sind angesichts dessen, dass sich relevante kognitive StÃ¶rungen und insbesondere eine wesentliche BeeintrÃ¤chtigung der KonzentrationsfÃ¤higkeit nicht objektivieren lieÃen, entgegen der Annahme von R auch unter Einschluss der Erkrankungen auf psychiatrischem Fachgebiet einschlieÃlich der chronischen SchmerzstÃ¶rung nicht erforderlich, wie E nachvollziehbar dargelegt hat. Publikumsverkehr ist nur noch ohne fordernde soziale Interaktion mÃ¶glich, Ã¼berdies sind TÃ¤tigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrations- und MerkfÃ¤higkeit, das Anpassungs- und UmstellungsvermÃ¶gen sowie mit der Steuerung komplexer ArbeitsvorgÃ¤nge nicht mehr zumutbar. Auch insoweit schlieÃt sich der Senat der EinschÃ¤tzung der E an. Weitergehende qualitative EinschrÃ¤nkungen hat auch B nicht angegeben.

Nicht folgen kann der Senat hingegen der EinschÃ¤tzung des B1, dass das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin soweit herabgesunken ist, dass sie auch unter Beachtung qualitativer EinschrÃ¤nkungen nur noch im geschÃ¼tzten Rahmen von Heimarbeit oder in einer Werkstatt fÃ¼r Behinderte unter drei Stunden arbeitstÃ¤glich belastbar sei und diese Feststellung bereits fÃ¼r den gesamten Zeitraum seit 2015 zu treffen sei. B1 diagnostiziert abweichend von B und E eine anhaltende depressive StÃ¶rung mittelschweren bis schweren AusmaÃes mit schwerem Antriebsdefizit ohne Remission, die seines Erachtens erschwerend zu der auch von ihm diagnostizierten Dysthymia dazukomme, deren Kernsymptome eine AntriebsstÃ¶rung, ein Verlust des Ãlan vital, eine Anhedonie und eine KonzentrationsstÃ¶rung seien. Dies ist fÃ¼r den Senat nicht nachvollziehbar. Es kommt bei der Feststellung einer zur RentengewÃ¤hrung fÃ¼hrenden Erwerbsminderung nicht auf die Diagnosestellung oder Bezeichnung von Befunden an. Vielmehr ist die Beeinflussung des LeistungsvermÃ¶gens durch dauerhafte GesundheitsstÃ¶rungen zu prÃ¼fen (BSG, Beschluss vom 09.09.2019 â B 5 R

21/19 B, beck online, m. w. N.). MaÃgeblich sind damit nicht die Diagnosen an sich, sondern Art und AusmaÃ der mit den vorliegenden Erkrankungen verbundenen funktionellen EinschrÃ¤nkungen und BeeintrÃ¤chtigungen in Bezug auf das berufliche LeistungsvermÃ¶gen. Insoweit gelangen B und E aber zu vergleichbaren Feststellungen und einer Ã¼bereinstimmenden LeistungseinschÃ¤tzung, wie bereits dargestellt. Zwar beschreibt B1 die KlÃ¤gerin, die nun wieder mit ihrem Ehemann zusammenlebe, im psychopathologischen Befund als motorisch verlangsamt, bradyphren, blass, beschÃ¤mt und antriebsarm, im Auskunftsverhalten bereitwillig ohne jegliche demonstrative Ausgestaltung oder Aggravationsneigung, mit stockender Sprache, um PrÃ¤zision bemÃ¼ht, aber ohne Ausgestaltungstendenz, mit frÃ¼hzeitiger Erlahmung von Aufmerksamkeit und Konzentration, so dass vermehrt Pausen bei der gutachtlichen Untersuchung erforderlich waren. Er sah objektiv eine mittelschwere AntriebsstÃ¶rung, die anamnestisch nachvollziehbar sei. Formalgedanklich war die KlÃ¤gerin verlangsamt, anamnestisch gab sie ein Gedankenlautwerden an. Die Psychomotorik war lahm und die KlÃ¤gerin zeigte kaum Gestik und Mimik. Sie nahm mehrfach KÃ¶rperhaltungskorrekturen zur Entlastung von Schmerzen vor. Die KlÃ¤gerin zeigte keine Hinweise fÃ¼r Ãngste, ZwÃ¤nge oder manifeste SuizidalitÃ¤t. Den Ãlan vital der KlÃ¤gerin beschreibt B1 als reduziert bei deutlichem KrankheitsgefÃ¼hl. Auch bei der testpsychologischen Untersuchung zeigten sich nach seiner EinschÃ¤tzung keine Hinweise fÃ¼r Aggravation und Simulation. Allerdings stÃ¼tzt sich B1 dabei ganz maÃgeblich auf die subjektiven Angaben der KlÃ¤gerin, ohne sich mit diesen kritisch auseinanderzusetzen. Dies wÃ¤re aber erforderlich gewesen, um Art und AusmaÃ der mit den vorliegenden Erkrankungen verbundenen funktionellen EinschrÃ¤nkungen und BeeintrÃ¤chtigungen in Bezug auf das berufliche LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin objektiv zu bewerten. Hierzu hÃ¤tte auch offensichtlich Anlass bestanden angesichts des Umstandes, dass sich in den frÃ¼heren Begutachtungen sowohl bei B als auch bei E deutliche Anhaltspunkte fÃ¼r eine Verdeutlichung der Beschwerden und Aggravation gezeigt hatten, dass sich auch WidersprÃ¼che zwischen den subjektiven Angaben der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber B1 und den von ihm erhobenen Befunden gezeigt haben und Ã¼berdies WidersprÃ¼che zwischen den Angaben der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber den verschiedenen behandelnden Personen und den SachverstÃ¤ndigen ersichtlich sind.

So hat die KlÃ¤gerin bei der gutachtlichen Untersuchung durch B1 Schmerzen in beiden Beinen mit HypÃ¤sthesie bis AnÃ¤sthesie des linken Beines und empfindlicher BeeintrÃ¤chtigung der Gehstrecke angegeben, bei der klinischen Untersuchung konnten solche aber nicht festgestellt werden. B1 gelangte ausdrÃ¼cklich zu dem Ergebnis, dass die GehfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin nicht rentenrelevant eingeschrÃ¤nkt ist, ohne sich hierbei mit den abweichenden Angaben der KlÃ¤gerin insoweit auseinanderzusetzen. Ãberdies hat die KlÃ¤gerin angegeben, sie sei vÃ¶llig inaktiv, gehe nur selten vor die TÃ¼re, eigentlich nur zu Arztbesuchen, allerdings zeigte die kÃ¶rperliche Untersuchung der KlÃ¤gerin keinerlei kÃ¶rperliche Folgeerscheinungen wie etwa eine InaktivitÃ¤tsatrophie der Muskeln, bei unauffÃ¤lliger Kraftentfaltung an den oberen und unteren ExtremitÃ¤ten sowie am Rumpf, wie von N1 in dessen von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme zutreffend beschrieben.

Ein Vergleich der AuskÃ¼nfte der sachverstÃ¤ndigen Zeugen G und K zeigt, dass die KlÃ¤gerin auch gegenÃ¼ber ihren Behandlern teilweise falsche Angaben gemacht hat. So ist die Angabe der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber G, bei der sich die KlÃ¤gerin erstmals Ende 2015 vorgestellt hat, sie sei in stÃ¤ndiger Behandlung bei K und erhalte von ihm zusÃ¤tzlich zu den verordneten Psychopharmaka regelmÃ¤Ãig angstlÃ¶sende Spritzen, nicht in Einklang zu bringen mit den Angaben des K, dass die KlÃ¤gerin nach MÃ¤rz 2015 drei Mal Ende des Jahres 2017 bzw. Anfang des Jahres 2018 bei ihm vorgestellt hat. Auch hat die KlÃ¤gerin laut Auskunft der G dieser gegenÃ¼ber angegeben, sie habe die zunÃ¤chst angetretene RehabilitationsmaÃnahme Ende 2016 (richtig: am 25.01.2017) noch am Aufnahmetag aufgrund von AngstzustÃ¤nden wieder abgebrochen. DemgegenÃ¼ber hat sie beiÂ R angegeben, sie habe die Rehabilitation in S1 nicht machen wollen, weil es dort nur alte GebÃ¤ude gegeben habe, sie mit ihrem Hund im Keller untergebracht worden sei ohne Terrasse, um mit diesem rausgehen zu kÃ¶nnen. Weiter hat sie gegenÃ¼ber G angegeben, sie kÃ¶nne nur unregelmÃ¤Ãig zu Sitzungen kommen, da sie es kaum schaffe, das Haus zu verlassen und dass sie den ganzen Tag einfach nichts mache. Dies steht aber im Widerspruch zu den dann im Verlauf der Untersuchung durch B gemachten Angaben, dass sie sich tÃ¤glich um ihre Mutter kÃ¼mmere, mehrfach tÃ¤glich mit dem Hund rausgehe und die Mutter wÃ¶chentlich zur erforderlichen Dialyse fahre. Auf diese WidersprÃ¼che hat E in ihrem Gutachten bereits teilweise hingewiesen und nachvollziehbar dargelegt, dass die auf Basis der subjektiven Angaben der KlÃ¤gerin gemachte EinschÃ¤tzung der LeistungsfÃ¤higkeit und auch der Diagnosestellung in der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft von G nicht plausibel sind, sie diese als im Rahmen eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-VerhÃ¤ltnisses getroffen ansehe. Aufgabe eines SachverstÃ¤ndigen ist es aber gerade, auch durch kritische WÃ¼rdigung der subjektiven Angaben die objektiv vorhandenen LeistungseinschrÃ¤nkungen festzustellen. Dies lÃ¤sst das Gutachten des B1 vorliegend vermissen.

B1 verweist darauf, dass er weder in der klinischen Untersuchung noch in der Testpsychologie Anhaltspunkte fÃ¼r Aggravation, Simulation oder Verdeutlichung gesehen habe, ohne die in nahezu allen Bereichen auffÃ¤lligen bzw. stark auffÃ¤lligen Angaben und Werte zu hinterfragen und unter Heranziehung des Rey Memory Tests zur AbklÃ¤rung, ob Simulationsversuche vorliegen, obwohl der KlÃ¤gerin dieser Test bereits aus der Begutachtung durch E bekannt war. Auch soweit B1 angibt, die von ihm festgestellte massive LeistungseinschrÃ¤nkung bestehe bereits seit MÃ¤rz 2015, ist seine EinschÃ¤tzung nicht nachvollziehbar. Damit, dass diese LeistungseinschÃ¤tzung mit den von B und E, aber auch mit den von K seit MÃ¤rz 2015 erhobenen Befunden nicht in Einklang stehen, setzt sich B1 ebenfalls nicht auseinander. Weder B noch E fanden relevante KonzentrationsstÃ¶rungen. Auch dem von der KlÃ¤gerin vorgelegten Bericht des Zentralinstituts fÃ¼r Seelische Gesundheit M vom 05.02.2021 lÃ¤sst sich entnehmen, dass GedÃ¤chtnis, Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration unauffÃ¤llig waren. Dem Bericht von K vom 12.12.2017 lÃ¤sst sich entnehmen, dass die KlÃ¤gerin sich nach mehrjÃ¤hriger Unterbrechung wieder vorgestellt hatte, weil â in letzter Zeitâ eine psychische Zustandsverschlechterung auch bei familiÃ¤rer Belastungssituation eingetreten sei. Auf welcher Grundlage B1 dennoch

von einer durchgehend mittel- bis schwergradig ausgeprÃ¤gten depressiven StÃ¶rung ohne Remission ausgehen mÃ¶chte, bleibt offen.

Zu einer auch zeitlichen LeistungseinschÃ¤tzung gelangt der Senat auch nicht unter BerÃ¼cksichtigung der sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft des K. Nach MÃ¤rz 2015 hat er die KlÃ¤gerin innerhalb des Vierteljahres von Dezember 2017 bis Februar 2018 lediglich dreimal gesehen. Damit kann er keine durchgehende Verlaufsbeobachtung Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum beschreiben. Auch wenn er bei den beiden Konsultationen Anfang 2018 beschreibt, es handle sich inzwischen um eine chronifizierte StÃ¶rung, alle Beschwerden aus den Jahren 2012 bis 2015 lÃ¤gen unverÃ¤ndert weiter vor, hat er in seinem Bericht Ã¼ber die erneute Vorstellung im Dezember 2017 noch festgehalten, dass die KlÃ¤gerin selbst angegeben habe, dass es aufgrund erheblicher familiÃ¤rer Probleme zuletzt wieder zu einer Verschlechterung gekommen sei. Auch beschreibt er nur einen kurzgefassten Befund, aus dem sich nicht ableiten lÃ¤sst, weshalb die KlÃ¤gerin zu einer vier bis unter sechsstÃ¼ndigen TÃ¤tigkeit, nicht aber auch zu einer sechs- und mehrstÃ¼ndigen TÃ¤tigkeit in der Lage sein sollte.Â

Gleiches gilt fÃ¼r die von der KlÃ¤gerin vorgelegten medizinischen Unterlagen. Die Bescheinigung der Frau Sommer vom 22.09.2020 enthÃ¤lt eine reine Diagnoseliste und die Mitteilung, dass angesichts der aktuellen Schwere des Krankheitsbildes eine stationÃ¤re Behandlung fÃ¼r erforderlich gehalten werde. Ein VorgesprÃ¤ch im Evangelischen Krankenhaus in D hat ebenso wie eine Vorstellung zur ambulanten Behandlung im Zentralinstitut fÃ¼r Seelische Gesundheit M stattgefunden, wie sich den dazu vorgelegten Berichten vom 02.09.2020 bzw. vom 05.01.2021 entnehmen lÃ¤sst. Hieraus kann keine zeitliche LeistungseinschrÃ¤nkung abgeleitet werden. Zum einen hat ein stationÃ¤rer Aufenthalt tatsÃ¤chlich auch weiterhin noch nicht stattgefunden, zum anderen enthalten die Berichte keine Befunde, die eine Ã¼berdauernde auch zeitliche LeistungseinschrÃ¤nkung belegen wÃ¼rden.

Auch den Erkrankungen der KlÃ¤gerin auf orthopÃ¤dischem und neurologischem Fachgebiet kann durch die Beachtung qualitativer EinschrÃ¤nkungen ausreichend Rechnung getragen werden. Die KlÃ¤gerin leidet insoweit an degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule mit rezidivierendem LWS-Syndrom ohne neurologische AusfÃ¤lle, bei Zustand nach SAB und Clipping eines Aneurysmas an noch bestehender diskreter Nervus oculomotorius-Parese rechts, Spannungskopfschmerz und Fersensporn links, wobei eine fortlaufende fachorthopÃ¤dische und neurologische Behandlung nicht stattfindet. Hierbei stÃ¼tzt sich der Senat zum einen auf die Auskunft des S2, der Ã¼ber eine Vorstellung zuletzt im Jahr 2017 wegen Beschwerden im Bereich der LWS und aufgrund eines Fersensporn berichtet hat, ohne dass er hieraus eine zeitliche LeistungseinschrÃ¤nkung abgeleitet hÃ¤tte. Zum anderen stÃ¼tzt sich der Senat auf die Feststellungen von B, R, E und B1, die hinsichtlich der Diagnosen weitgehend Ã¼bereinstimmen und ebenfalls in den Befunden weitgehend stimmig sind. Zwar hat die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber R und B1 jeweils eine massive EinschrÃ¤nkung ihrer GehfÃ¤higkeit bei intermittierenden Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in die Beine und teilweise FÃ¼Ãe und starker GefÃ¼hlsstÃ¶rungen der Beine und FÃ¼Ãe bzw. auch Arme beklagt. Allerdings

fanden sich bei der klinischen Untersuchung keine entsprechend ausgeprÃ¤gten Befunde. Auch dem von der KlÃ¤gerin vorgelegten Ambulanzbrief der Neurochirugie vom 25.02.2021 lÃ¤sst sich entnehmen, dass die KlÃ¤gerin keine Paresen, keine Blasen- und MastdarmstÃ¶rungen beklagt hat, Motorik und Kraftentfaltung unauffÃ¤llig waren und keine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen festgestellt werden konnten.

Auch soweit die KlÃ¤gerin zuletzt persÃ¶nlich im Termin vom 19.04.2022 nochmals dargelegt hat, dass sie zu nichts mehr in der Lage sei, dass dies auch schon in den vergangenen Jahren so gewesen sei, dass sie insbesondere auch ihre Mutter nicht gepflegt habe, da sie hierzu gesundheitlich nicht in der Lage gewesen sei, fÃ¼hrt dies zu keiner anderen EinschÃ¤tzung. Zum einen hat die KlÃ¤gerin zu Lebzeiten ihrer Mutter gegenÃ¼ber den SachverstÃ¤ndigen B, R und E angegeben, diese weitgehend, im Verlauf jedenfalls noch teilweise gepflegt zu haben. Zum anderen kÃ¤me dem Umstand, dass die KlÃ¤gerin ihre Mutter nicht gepflegt hÃ¤tte, was aber die in ihrem Versicherungskonto enthaltenen Pflichtbeitragszeiten wegen PflegetÃ¤tigkeit Ã¼ber nahezu drei Jahre nahelegen, keine Aussagekraft Ã¼ber ihr tatsÃ¤chliches RestleistungsvermÃ¶gen zu. Dies wÃ¼rde allenfalls Fragen dahingehend aufwerfen, ob die im Versicherungskonto enthaltenen Zeiten tatsÃ¤chlich zurÃ¼ckgelegt wurden und damit, inwieweit Ã¼berhaupt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die geltend gemachte Rente wegen Erwerbsminderung noch vorliegen wÃ¼rden, nachdem die KlÃ¤gerin sonstige Pflichtbeitragszeiten zuletzt mit dem Bezug von Arbeitslosengeld I bis April 2017 zurÃ¼ckgelegt hat, worauf der Beklagtenvertreter im Termin vom 19.04.2022 hingewiesen hat.

Unter BerÃ¼cksichtigung der vorliegenden medizinischen Berichte, AuskÃ¼nfte und Gutachten sowie des Vorbringens der Beteiligten kann der Senat sich damit nicht davon Ã¼berzeugen, dass die Erkrankungen der KlÃ¤gerin fÃ¼r sich genommen sowie auch insgesamt betrachtet zu einer mindestens sechs Monate andauernden auch zeitlichen LeistungseinschrÃ¤nkung gefÃ¼hrt haben. Die vorliegenden GesundheitsstÃ¶rungen mit den beschriebenen EinschrÃ¤nkungen kÃ¶nnen zwar das Spektrum der fÃ¼r die KlÃ¤gerin in Betracht kommenden TÃ¤tigkeiten einschrÃ¤nken, sie begrÃ¼nden aber keinen Zweifel an ihrer weitgehend normalen betrieblichen EinsatzfÃ¤higkeit fÃ¼r kÃ¶rperlich und geistig leichte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Ein Rentenanspruch kann auch nicht auf die GrundsÃ¤tze einer schweren spezifischen LeistungsbeeintrÃ¤chtigung oder einer Summierung ungewÃ¶hnlicher LeistungseinschrÃ¤nkungen gestÃ¼tzt werden. Nach der Rechtsprechung des BSG liegt eine volle Erwerbsminderung ausnahmsweise selbst bei einer mindestens sechsstÃ¼ndigen ErwerbsfÃ¤higkeit vor, wenn der Arbeitsmarkt wegen besonderer spezifischer LeistungseinschrÃ¤nkungen als verschlossen anzusehen ist. Dem liegt zugrunde, dass eine Verweisung auf die verbliebene ErwerbsfÃ¤higkeit nur dann mÃ¶glich ist, wenn nicht nur die theoretische MÃ¶glichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.1983 â□□ 5a RKn 28/82 â□□ und zuletzt BSG, Urteil vom 11.12.2019 â□□ B 13 R 7/18 R -, Juris). Die Benennung einer konkreten VerweisungstÃ¤tigkeit ist bei Versicherten mit zumindest sechsstÃ¼ndigem LeistungsvermÃ¶gen fÃ¼r leichte Arbeiten

erforderlich, wenn die ErwerbsfÃ¤higkeit durch mehrere schwerwiegende gesundheitliche EinschrÃ¤nkungen oder eine besonders einschneidende Behinderung gemindert ist. Eine VerweisungstÃ¤tigkeit braucht erst dann benannt zu werden, wenn die gesundheitliche FÃ¤higkeit zur Verrichtung selbst leichter TÃ¤tigkeiten in vielfÃ¤ltiger, auÃergewÃ¶hnlicher Weise eingeschrÃ¤nkt ist. Ausgehend hiervon liegt bei der KlÃ¤gerin unter BerÃ¼cksichtigung der von ihr zu beachtenden qualitativen EinschrÃ¤nkungen weder eine besondere spezifische LeistungsbeeintrÃ¤chtigung noch eine Summierung ungewÃ¶hnlicher LeistungseinschrÃ¤nkungen vor. Auch ist die KlÃ¤gerin noch in der Lage, viermal tÃ¤glich eine Strecke von 500 m in einem Zeitaufwand von unter 20 min zurÃ¼ckzulegen und Ã¶ffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, wie zuletzt auch E und B1 ausgefÃ¼hrt haben. Soweit R diese WegefÃ¤higkeit angezweifelt hat, hat er dies bezogen auf die in der aktuellen Untersuchungssituation geklagten Beschwerden getan. Dass eine solche EinschrÃ¤nkung Ã¼ber einen Zeitraum von sechs Monaten oder lÃ¤nger bestehen wÃ¼rde, ergibt sich aber nicht aus den erhobenen Befunden. ÃberdiesverfÃ¼gt die KlÃ¤gerin laut ihren Angaben gegenÃ¼ber B und B1 Ã¼ber einen Pkw, den sie auch noch selbst fÃ¼hrt, wenn auch selten.

Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei BerufsunfÃ¤higkeit kommt angesichts des Geburtsdatums der KlÃ¤gerin nach dem Stichtag des Â§ 240 Abs. 1 SGB VI nicht in Betracht.

Der KlÃ¤gerin ist somit keine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewÃ¤hren.

Damit ist die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Erstellt am: 10.02.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024