
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 KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. September 2020 wird zurÄckgewiesen.

AuÄßergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Streitig ist ein Anspruch der KlÄgerin auf GewÄhrung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1965 geborene KlÄgerin, bei der ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 anerkannt ist, hat keine Berufsausbildung abgeschlossen. Sie war zuletzt als Pharmawerkerin versicherungspflichtig beschÄftigt. Das ArbeitsverhÄltnis endete durch Aufhebungsvertrag im MÄrz 2015. Bereits ab Oktober 2014 war sie arbeitsunfÄ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 enthÄlt das Versicherungskonto der KlÄgerin Beitragszeiten fÄr eine Pfl egetÄtigkeit in Bezug auf ihre am 10.12.2019 verstorbene Mutter. Sonstige rentenrechtlichen

Zeiten hat die KlÄxgerin seit 2017 nicht zurÄ¼ckgelegt.

Bei der KlÄxgerin 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 KlÄxgerin 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 KlÄxgerin zur medizinischen Rehabilitation in der Median Klinik S, N. Laut Entlassungsbericht wurden dort eine mittelgradige depressive Episode, eine koronare 2-GefÄxÄ¼erkrankung, 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 KlÄxgerin habe nach dem Herzinfarkt 2021 stÄxndige Angst vor einem erneuten Vorfall gehabt, sei verunsichert gewesen und habe sich sozial zurÄ¼ckgezogen. Nach VerlÄxngerung der RehabilitationsmaÄ¼nahme bis zum 25.04.2013 wurde die KlÄxgerin als arbeitsunfÄxhig bis zum Abschluss der vereinbarten stufenweisen Wiedereingliederung bei grundsÄxtzlich vollschichtiger LeistungsfÄxhigkeit auch fÄ¼r die letzte berufliche TÄxtigkeit entlassen.

Am 28.08.2014 beantragte die KlÄxgerin die GewÄxhrung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit bestandskrÄxftigem Bescheid vom 27.07.2015 ab, weil die KlÄxgerin die medizinischen Voraussetzungen nicht erfÄ¼lle.

Eine von der Beklagten bewilligte, am 25.01.2017 von der KlÄxgerin gemeinsam mit ihrem Hund angetretene, medizinische RehabilitationsmaÄ¼nahme in der Psychosomatischen Fachklinik S1 GmbH brach die KlÄxgerin noch am gleichen Tag wieder ab.

Am 18.07.2017 stellte die KlÄxgerin erneut einen Antrag auf GewÄxhrung von Rente wegen Erwerbsminderung. Sie gab dabei an, sie halte sich seit 2014 fÄ¼r erwerbsgemindert wegen massiver Schmerzen und depressiven ZustÄxnden. Sie habe Schmerzen beim Stehen und Gehen, chronisch starke Kopfschmerzen nach der Operation 2009, leide an einer Herzkreislauferkrankung, Bluthochdruck, Beschwerden der LWS. Sie kÄ¼nne nur noch TÄxtigkeiten im Sitzen, maximal zwei bis drei Stunden tÄxglich ausÄ¼ben. Es sei eine Schwerbehinderung anerkannt. Auch habe sie Depressionen und kÄ¼nne kaum das Haus verlassen. Sie leide unter Atemnot und kÄ¼nne nicht lÄxnger stehen. Weiter leide sie an einer Lungenkrankheit und Gelenkerkrankung. DarÄ¼ber 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 KlÄxgerin zuletzt im MÄxrz 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 ausgeprägte, von jeher vorbestehende Persönlichkeitsakzentuierungen bei einem gleichzeitig nur sehr niedrigen Strukturniveau und eine Dysthymia. Im Beschwerdevalidierungstest hätten sich extrem ausgeprägte Hinweise für nicht authentische Beschwerdeanteile beziehungsweise simulative Tendenzen gezeigt. Er gelangte zu der Einschätzung, dass sich auch ungeachtet unzureichend wahrgenommener Behandlungsmöglichkeiten auf nervenärztlichem Fachgebiet keine Funktionsstörungen belegen ließen, die zu überdauernden quantitativen Leistungseinschränkungen führten. Dies gelte auch in Zusammenhang mit den fachfremden Funktionsstörungen. Die Klägerin könne ihre zuletzt ausgeübte ständig stehende Tätigkeit nicht mehr ausüben. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen könne sie aber in Tagesschicht weiterhin sechs Stunden und mehr ausüben. Auszuschließen seien Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten, an unmittelbar gefährdenden Maschinen, mit besonderen Anforderungen an die Konfliktfähigkeit, mit überdurchschnittlich fordernden sozialen Interaktionen oder auch Stressfaktoren wie Nacht- oder Wechselschicht.

Der Leistungseinschätzung des B folgend lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22.11.2017 den Rentenantrag ab, weil die Klägerin die medizinischen Voraussetzungen nicht erfülle. Mit ihrem Widerspruch hiergegen machte die Klägerin geltend, sie könne sich der Einschätzung des B nicht anschließen. Sie sehe sich aufgrund depressiver Zustände und massiver Schmerzen nicht mehr in der Lage, vollschichtig einer Tätigkeit nachzugehen. Ihre Depressionen seien von B überhaupt nicht berücksichtigt worden. Jedenfalls seit 2018 sei sie regelmäßig bei K in Behandlung, ebenso bei den Hausärzten, 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 Herzhintwandinfarkt 2012 mit guter Pumpfunktion des hypertrophierten linken Ventrikels und beschwerdefreier Belastbarkeit bis 125 Watt ohne Zeichen einer Koronarinsuffizienz zeigte und auch im Bereich der hirnersorgenden Halsgefäße signifikante Stenosen ausgeschlossen werden konnten, sowie den Bericht des K vom 12.12.2017, wonach es bei der Klägerin bei bekannter gemischter Angststörung und Depression zuletzt wegen spezifischer familiärer Probleme (Arbeitsplatzverlust des Ehemannes, Abbruch des Studiums durch den Sohn) wieder zu einer psychischen Zustandsverschlechterung gekommen und eine Veränderung 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 Einschätzung, dass sich insgesamt keine neuen medizinischen Aspekte ergeben hätten und es bei der Leistungseinschätzung verbleibe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Klägerin leide an einer depressiven Verstimmung bei familiärer Konfliktsituation und bei akzentuierter Persönlichkeit, Spannungskopfschmerzen nach SAB 2009, Rückenschmerzen bei Übergewicht, einer koronaren

Herzerkrankung, einer Schwellneigung der Unterschenkel und Raucherbronchitis. In der Gesamtschau läßgen aus sozialmedizinischer Sicht weiterhin qualitative, jedoch keine quantitativen Leistungseinschränkungen vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 29.08.2018 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben und zur Begründung auf die Widerspruchsbegründung verwiesen.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der G, des K und des S2 als sachverständige Zeugen und Einholung von Sachverständigengutachten bei R und E.

G hat unter dem 08.11.2018 über eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Klägerin seit Januar 2016 berichtet. Die Klägerin komme unregelmäßig zu den Sitzungen, da sie kaum aus dem Haus gehe, auch selten zu anderen Ärzten. Die Klägerin meide den Augenkontakt, sei amimisch, spreche leise und monoton, wirke erschöpft, sei manchmal weinerlich, die Stimmung sei sehr gedrückt, der Antrieb deutlich reduziert, sie sei im Affekt kaum schwingungsfähig. Sie sei sehr unkonzentriert, vergesslich, sehr niedergeschlagen, freude-lust-antriebslos, habe sich total gehen lassen, BMI 42, könne sich auch nicht in Menschenmengen aufhalten, bekomme Panikattacken bei Klaustrophobie. Sie sei ständig bei K in Behandlung, wo sie zusätzlich zu den Tabletten regelmäßig angstlösende Spritzen bekomme. Es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, schwergradige Episode, eine generalisierte Angststörung, Panikattacke, Größenwahn, Schlafstörung, Z.n. Gehirnaneurysmablutung mit Clipping 11/2009, Koronare Eingefäßkrankung, 3 Stents 06/12, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, chronisches HWS-LWS-Syndrom, COPD und allergisches Asthma bronchiale und ein Erschöpfungssyndrom. Die Klägerin sei nicht mehr in der Lage, auch einer leichten Tätigkeit unter drei Stunden regelmäßig 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 Klägerin 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 früher geklagten Beschwerden hätten auch bei den späteren Vorstellungen vorgelegen. Es sei ein chronischer Verlauf von Angst und Depression seit der Aneurysma-Blutung 2009 und dem Herzinfarkt 2012 festzustellen und eine somatoforme Schmerzstörung, da die Klägerin in den letzten Jahren auch zunehmende und schließlich anhaltende Schmerzen im Bereich der LWS mit Beinschmerz und Schwellung der Unterschenkel bzw. Sprunggelenke beklagte. Es sei von einer starken psychischen Überlagerung dieser Schmerzen im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen, wobei auch chronische Kopfschmerzen seit der cerebralen Aneurysmablutung vorlägen. Eine gutachtliche Untersuchung der Klägerin habe er nicht durchgeführt. Es beständen offensichtlich Einschränkungen bezüglich der psychophysischen Belastbarkeit, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit. Alleinfalls leichte Arbeiten in einem Umfang von vier bis unter sechs Stunden

erschieden 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 KlÄgerin 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 unauffälligem Befund bis auf eine druckschmerzhaft VerÄrtung der paravertebralen Muskulatur und eine vorn¼bergebeugte Haltung hÄtten sich 2015 im RÄntgenbild der LWS degenerative VerÄnderungen im Sinne von Osteochondrosen zwischen L4/5 und L5/S1 und beginnende spondylotische und spondylarthrotische VerÄnderungen gezeigt. Bei der Untersuchung 2017 hÄtten Druckschmerzen am vorderen Fersenbein der linken Ferse bestanden, ÄuÄerlich sei die Ferse unauffällig gewesen, radiologisch sei ein Fersensporn sichtbar gewesen. Äber den Verlauf der Beschwerden kÄnne er keine Angaben machen. Aufgrund der erhobenen Befunde schÄtze er das Leistungsvermögen der KlÄgerin abgesehen von vorn¼bergehender Arbeitsunfähigkeit in einem zeitlichen Umfang von Äber sechs Stunden tÄglich bei leichter kÄrperlicher 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, HyperlipoproteinÄmie, Fettleber mit leichten Cholestasezeichen, Zustand nach SAB, Zustand nach Aneurysma-Clipping, chronische Cephalgien, chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD), Zustand nach fr¼hkindlichem Asthma bronchiale, Obstruktives Schlafapnoesyndrom, degenerative VerÄnderungen der WirbelsÄule mit rezidivierendem LWS-Syndrom, Fersensporn, depressive Verstimmung, Verdacht auf PersÄnlichkeitsstÄrung mit autoaggressivem Verhalten, Ädeme der Unterschenkel und gastroÄsophageale Refluxkrankheit. Er hat ausgef¼hrt, somatisch werde die LeistungsfÄhigkeit der KlÄgerin durch die chronischen Kopfschmerzen, den nicht gut eingestellten Bluthochdruck (wobei nach dem Medikamentenspiegel die KlÄgerin das verordnete Medikament einige Zeit gar nicht eingenommen habe), die COPD und die Adipositas per magna eingeschrÄnkt. Bei Beachtung qualitativer EinschrÄnkungen kÄnne die KlÄgerin aber noch leichte kÄrperliche TÄtigkeiten sechs Stunden aus¼ben. Um der KlÄgerin 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 SchmerzstÄrung mit somatischen und psychischen Faktoren, Spannungskopfschmerz, degenerative VerÄnderung der WS mit rezidivierendem LWS-Syndrom ohne neurologische AusfÄlle, Z.n. SAB 2009 und Clipping eines Aneurysmas mit noch bestehender diskreter Oculomotorius-Parese rechts, PersÄnlichkeitsakzentuierung mit Ängstlich vermeidenden und histrionischen ZÄgen und Dysmorphophobie. Neurologisch finde sich bei der KlÄgerin eine diskrete Restsymptomatik einer Okulomotorius-Parese rechts, die Achillessehnenreflexe seien beidseits leicht abgeschwÄcht, das LasÄgue-Zeichen rechts sei endgradig positiv, weitere AuffÄlligkeiten habe die klinisch-

neurologische Untersuchung nicht ergeben. Im psychopathologischen Befund sei die Auffassung intakt, die Konzentration im Gespräch größtenteils erhalten, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis im Gespräch 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, adäquat gewesen. Die Klägerin habe nach eigenen Angaben alle Behandlungen abgebrochen, nehme die Medikamente ein, die ihrer Mutter gegen Bluthochdruck bzw. Schmerzen verschrieben werden, mit der Begründung, dass die Mutter von der Rezeptgebühr befreit sei. Auf die Frage, wie dann die Beschwerden der Mutter behandelt würden und sonstige konfrontativen Fragen habe die Klägerin zunehmend aggressiv reagiert und Beschuldigungen vorgebracht. Unter Beachtung qualitativer Einschränkungen seien der Klägerin noch leichte körperliche Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich möglich. Gegen das Gutachten und die gutachtliche Untersuchung hat die Klägerin umfangreiche Einwendungen erhoben. Sie halte es insbesondere nicht für verwertbar, da die Sachverständige sie insgesamt nur maximal 10 Minuten gesehen habe. Dem hat E in einer ergänzenden Stellungnahme vom 31.10.2019 widersprochen und an der gutachtlichen Leistungseinschätzung festgehalten.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des SG ohne mündliche Verhandlung erklärt und die Klägerin des Weiteren eine Bescheinigung ihrer Hausärztin R1 vom 19.09.2020, eine Bescheinigung der S4 vom 22.09.2020 und den Kurzbericht der F vom 02.09.2020 über ein Vorgespräch von diesem Tag in der Akutpsychosomatik des Evangelischen Krankenhauses D vorgelegt.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 25.09.2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, vielmehr könne sie unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein. Voraussetzung hierfür sei lediglich, dass ihr nach drei Arbeitsstunden eine Pause von 30 Minuten möglich sei und ihr ein ergonomisches Sitzmöbel mit einem hohen Rückenteil zur Verfügung stehe, wie der Sachverständige R auch nach Auswertung der Aktenlage schlüssig herausgestellt habe. Die teilweise anderweitigen medizinischen Einschätzungen der den Klägerin behandelnden Ärztin und Ärzte bestätigten sich durch diese gezielte Begutachtung wie auch durch die gutachtlichen Untersuchungen von B und E nicht. Das Gutachten der E könne die Kammer im Rahmen der Beweiswürdigung inhaltlich bewerten. Der Einwand der Klägerin, die Sachverständige habe nicht mehr als zehn Minuten Kontakt zu ihr gehabt, sei bereits durch den zeitlichen Umfang der neurologischen Untersuchungen, die E selbst durchgeführt habe, widerlegt. Auch die weiteren Einwendungen gingen ins Leere. Die koronare Herzerkrankung mit dem Zustand nach Hinterwandinfarkt und Stentversorgung führe nach der letzten kardiologischen Untersuchung durch H vom März 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 Klägerin wie bereits in der Vergangenheit bis 125 Watt

beschwerdefrei belastet werden können. 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 Candesartan habe gezeigt, dass dieses Präparat entgegen des ärztlichen Therapieplans von der Klägerin nicht eingenommen werde. Damit zeige sich, dass die Behandlungsoptionen nicht hinreichend genutzt würden.

Hypertrophiebedingte Schädigungszeichen der Nieren seien nicht feststellbar gewesen, organoneurologische Störungen als Folge der Subarachnoidalblutung bei einem arteriellen Gefäßaneurysma ebenfalls nicht. Bei der Prüfung von Koordination und Stand hätten sich keine wesentlichen krankhaften Befunde ergeben. In Bezug auf das obstruktive Schlafapnoesyndrom sei der Klägerin 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 Klägerin gegenüber R angeführte Mäandigkeit von dieser Schlafstörung herrühre, wie es auch der Sachverständige in Erwägung gezogen habe. Hinsichtlich des Fersenspornes 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 Klägerin angepasste Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden je Arbeitstag sei daher zumutbar. Auch soweit E zuletzt eine Dysthymie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einen Spannungskopfschmerz, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit einem rezidivierenden Lendenwirbelsäulensyndrom ohne neurologische Ausfälle, eine Dysmorphophobie und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und histrionischen Zügen diagnostiziert habe, sei die Klägerin unter Berücksichtigung der qualitativen Leistungseinschränkungen noch in der Lage, Tätigkeiten zumindest sechsständig arbeitstäglich auszuüben. Dies habe E schlüssig angenommen und decke sich mit der Einschätzung des B, dessen Gutachten die Kammer im Wege des Urkundsbeweises verwerte. Aus den von der Klägerin zuletzt vorgelegten Arztberichten ergebe sich nichts Anderes. Zwar befürworteten die S4 und F eine stationäre Behandlung. Hieraus folge jedoch noch keine quantitative Leistungseinschränkung. Es liege weder eine schwere spezifische Leistungseinschränkung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, auch sei die Wegefähigkeit der Klägerin nicht relevant eingeschränkt.

Gegen das ihr am 25.10.2020 zugestellte Urteil richtet sich die am 30.10.2020 zum LSG Baden-Württemberg eingelegte Berufung der Klägerin. Zur Begründung hat die Klägerin vorgebracht, sie könne sich weiterhin mit der Einschätzung der E nicht einverstanden erklären und halte deren Gutachten nicht für verwertbar. Auch die behandelnden Fachärzte könnten die Einschätzung der Sachverständigen nicht nachvollziehen. Gegen die Einschätzung von E spreche auch, dass zwischenzeitlich ein stationärer Aufenthalt im Zentralinstitut für seelische Krankheiten M geplant sei.

Die Klāgerin hat nochmals die Ärztliche Bescheinigung der S4 vom 22.09.2020, einen vorläufigen Bericht der AssistenzÄrztin G1 des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit M vom 05.01.2021 und einen Ambulanzbrief des E1 und H1 der Neurochirurgischen Klinik der Universitätsmedizin M vom 25.02.2021 vorgelegt.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines psychiatrischen Sachverständigengutachtens auf Antrag der Klāgerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei B1. In seinem Gutachten vom 25.10.2021 hat er auf seinem Fachgebiet eine Dysthymia, anhaltende depressive Störungen mittelschwer bis schwer mit schwerem Antriebsdefizit ohne Remission, eine Nikotinabhängigkeit und eine Persönlichkeitsakzentuierung sowie Schmerzdiagnosen (chronifizierter Spannungskopfschmerz mit migränoider Komponente, orthopädisch bedingtes Schmerzsyndrom mit Parästhesien chronifiziert beider Beine, beide Arme, wirbelsäulenbedingt) diagnostiziert. Er ist zu der Einschätzung gelangt, dass das Leistungsvermögen der Klāgerin erheblich eingeschränkt sei, sie auch bei strikter Beachtung qualitativer Einschränkungen nur bis maximal drei Stunden tätig z.B. in Heimarbeit oder in einer Werkstatt für Behinderte tätig sein könne. Es fehle an Älan vital. Leichteste Frauenarbeit wie z. B. leichte Montage und Sortierarbeiten müssten ihr noch möglich sein, am besten im Sitzen mit der Möglichkeit, sich mehrfach einer Körperhaltungskorrektur zu widmen. Aufgrund des Schmerzsyndroms seien kurze betriebsunübliche Pausen in unkalkulierbaren Abständen im Minutenbereich zur Körperhaltungskorrektur erforderlich. Die Klāgerin habe bei der Untersuchung immer wieder die Sitzhaltung korrigieren müssen und dabei Körperhaltungen eingenommen, in denen man nicht arbeiten könne. Es liege eine somatopsychische Interdependenz vor. Zum einen leide die Klāgerin unter einer Dysthymia, erschwerend komme eine anhaltende affektive Störung mittelgradig bis schwergradig im Bereich der Depressionen dazu. Aufrechterhalten würden die Kernsymptome der Depression (Antriebsstörung, Verlust des Älan vital, Anhedonie, Konzentrationsstörung) durch das Schlafapnoe-Syndrom, das polytope Schmerzsyndrom und die Kopfschmerzen. Erschwerend komme des Weiteren eine kardiopulmonale Minderbelastung hinzu, fñhrend sei hier das Asthma, kardial scheine sie trotz Z. n. Herzinfarkt grenzkompenziert. Es gebe keinerlei Hinweise für Aggravation oder Simulation, weder klinisch noch testpsychologisch. Aus eigener Willensanstrengung könne die Klāgerin ihren Zustand nicht überwinden. Sie habe sich in Ärztliche Behandlung begeben, vermeide aber einen Klinikaufenthalt. Aufgrund der Chronifizierung habe er aber erhebliche Zweifel, dass bei einem Klinikaufenthalt noch deutliche Verbesserungen erzielbar wären. Die Klāgerin sollte noch in der Lage sein, sich auf neue Tätigkeiten leichtester Art einzustellen, auch die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt. Der festgestellte Zustand bestehe seit März 2015. Die Klāgerin 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 Einschätzung in den Vorgutachten ab, da seine Untersuchung wesentlich umfangreicher und gründlicher erfolgt sei, um der Störungstiefe und -breite der Klāgerin gerecht werden zu können.

Die KlÄgerin trägt hierzu vor, die Ausführungen des B1 seien eindeutig. Er bestÄtige, dass sie lediglich bis zu drei Stunden tÄglich maximal z. B. in Heimarbeit oder einer Werkstatt fÄr Behinderte einer TÄtigkeit nachgehen kÄnne. Die Ausführungen in den sozialmedizinischen Stellungnahmen der Beklagten seien nicht geeignet, zu einer anderen Beurteilung zu gelangen.

Die KlÄgerin 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 KlÄgerin ab dem 1. Juli 2017 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewÄhren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Sie verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen, hat den Versicherungsverlauf der KlÄgerin vom 17.04.2021 und eine Ärztliche Stellungnahme der K1 vom 23.04.2021 zu den von der KlÄgerin 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 LeistungseinschÄtzung zu der vom SG in der angefochtenen Entscheidung dargestellten begrÄnden lasse.

Die Berichterstatterin des Senats hat mit den Beteiligten die Sach- und Rechtslage erÄrtert. Im Termin haben sich beide Beteiligten mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mÄndliche Verhandlung einverstanden erklÄrt. 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.

EntscheidungsgrÄnde

Die gemÄß [ÄS 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgemÄß eingelegte Berufung der KlÄgerin, Äber die der Senat im EinverstÄndnis der Beteiligten gemÄß [ÄSÄS 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mÄndliche Verhandlung entscheidet, ist zulÄssig. BerufungsausschließungsgrÄnde nach [ÄS 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Ä

Die Berufung der KlÄgerin ist jedoch nicht begrÄndet. 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 rechtmÄßig und verletzt die KlÄgerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf GewÄhrung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben gemäss [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 fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([Â§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben gemäss [Â§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig 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 täglich mindestens drei bis unter sechs Stunden erwerbstätig sein können, der Teilzeitarbeitsmarkt aber verschlossen ist (Gärtner 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 üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Eine Erwerbsminderung der Klägerin, das heisst ein Absinken ihrer Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lässt sich zur Überzeugung des Senats nicht belegen. Vielmehr ist die Klägerin unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen und Gutachten auch weiterhin in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts bei Beachtung qualitativer Einschränkung sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zu verrichten. Dies folgt für 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 Gründe erkennen kann, die eine Unverwertbarkeit des Gutachtens der E begründen könnten. Hingegen vermag sich der Senat nicht der Einschätzung des B in dem auf Antrag der Klägerin im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten anzuschließen.

Auf internistischem Fachgebiet leidet die Klägerin an einer koronaren

Herzerkrankung mit Z.n. nach Hinterwandinfarkt und Stentversorgung 2012, einer nicht durchgehend optimal behandelten arteriellen Hypertonie, einer Adipositas per magna, einer Hyperlipoproteinämie, einer Fettleber mit leichten Cholestasezeichen, einer COPD bei fortbestehendem Nikotinabusus, einem Z.n. frühkindlichem Asthma bronchiale, einem leichtgradigen obstruktiven Schlafapnoesyndrom, leichter oberflächlicher Varikosis und geringen Ödemen der Unterschenkel sowie einer gastroösophageale Refluxkrankheit, was für den Senat aus dem Gutachten des R und den Berichten des H folgt. Deshalb sind der Klägerin nur noch leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg, kurzzeitig bis 10 kg, überwiegend im Sitzen mit nur geringen Stehanteilen möglich. Arbeiten mit gleichförmigen Körperhaltungen wie Rumpfvorhaltung, Bücken und Knien, Ersteigen von Leitern und Gerüsten mit Absturzgefahr sind wegen der Adipositas per magna, dem nicht optimal eingestellten Blutdruck und der bei der Klägerin vorliegenden Kopfschmerzsymptomatik, die auch im Zusammenhang mit dem nicht optimal behandelten Bluthochdruck zu sehen ist, nicht mehr möglich. Arbeiten, die eine Stand- und Gangsicherheit erfordern sowie Akkord-, Fließband- und Nacharbeiten sind ebenso wie Arbeiten mit Einwirkung von Noise, Staub, Gasen und Dämpfen nicht mehr zumutbar. Unter Berücksichtigung der rezidivieren auftretenden Beschwerden aufgrund eines Lendenwirbelsäulensyndroms sollte der Klägerin ein ergonomisches Sitzmöbel mit hohem Rückenanteil zur Verfügung stehen. Eine zeitliche Leistungseinschränkung der Klägerin besteht bei Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen nicht.

Hierbei stützt sich der Senat auf die Feststellungen des R und schließt sich seiner Leistungseinschätzung 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 Klägerin bei der Untersuchung durch R keine Angina pectoris-Beschwerden angegeben. Das Ruhe-EKG war unauffällig ohne Zeichen einer Linksherzhypertrophie. Eine Einschränkung der Nierenfunktion konnte R nicht feststellen und per Ultraschall zeigte sich kein Hinweis auf hypertoniebedingte Schädigungszeichen der Nieren. Bei der Durchführung der Ruhe-Spirometrie beklagte die Klägerin ein kurzfristiges Herzklopfen und Atemnot, auch fanden sich diffus spastische Rasselgeräusche über der Lunge und eine Sinustachykardie ohne Extrasystolen. Die Tachykardie klang aber sehr schnell ab und die Geräusche waren später nur noch bei körperlicher Betätigung wie dem Hinlegen auf die Liege, dem Aufrichten hieraus und dem Einnehmen der Bauchlage hörbar. Auch war die Sauerstoffsättigung bei allen Messungen normal. Formal zeigte sich bei der Ruhespirometrie eine kombinierte Ventilationsstörung, der Kurvenverlauf zeigte aber eine technisch nicht korrekte Durchführung 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 Klägerin unbehandelt geblieben ist, was gegen eine relevante Einschränkung durch diese Erkrankung spricht. Angesichts angestiegener Blutdruckwerte hat R auf die Durchführung einer Fahrradergometerbelastung der Klägerin im Rahmen seiner gutachtlichen Untersuchung der Klägerin 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 KlÄgerin bis 125 Watt ohne Beschwerden und ohne Zeichen einer Koronarinsuffizienz ergibt, wobei einzelne monotone ventrikuläre Extrasystolen unter der Belastung nicht zunahmen. Auch wurden im Bereich der hirnersorgenden HalsgefÄße 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 Leistungsvermögens. 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 KlÄgerin dort beklagten Angina-pectoris-Beschwerden und Dyspnoe konnte durch eine Herzkatheteruntersuchung vom 27.02.2019 ausgeräumt und eine kardiale Genese der geklagten eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit verneint werden. R hat unter Berücksichtigung dieser Berichte angesichts der in den Jahren zuvor jeweils bis 125 Watt möglichen Belastbarkeit und der fehlenden Schilderung wesentlicher Kniegelenksbeschwerden durch die KlÄgerin bei der gutachtlichen Untersuchung durch ihn keine relevante Verschlechterung des Leistungsvermögens gesehen, was auch für den Senat widerspruchsfrei und überzeugend ist. Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung der kardialen Leistungsfähigkeit, der Auswirkungen des Bluthochdrucks und der vorliegenden COPD bei fortbestehendem Nikotinabusus sind darüber hinaus weder von der KlÄgerin im Berufungsverfahren vorgetragen noch im weiteren Verlauf seit der Begutachtung durch R ersichtlich. Hinzugetreten ist im zeitlichen Verlauf ein Diabetes mellitus, der medikamentös behandelt wird, aber nicht insulinpflichtig ist, wie sich für den Senat aus den von B1 festgehaltenen Angaben der KlÄgerin ergibt. Eine weitere Leistungseinschränkung ergibt sich hieraus nicht. Damit führen die vorliegenden internistischen Erkrankungen nicht zu so schwerwiegenden Funktionsstörungen, dass sie sich bei Beachtung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen auf die zeitliche Leistungsfähigkeit der KlÄgerin auswirken würden.

Auf psychiatrisch-psychosomatisch-schmerztherapeutischem Fachgebiet leidet die KlÄgerin an einer Dysthymie, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, und an Spannungskopfschmerz. Außerdem liegt eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und histrionischen Zügen und eine Dysmorphophobie vor. Insoweit folgt der Senat der diagnostischen Einordnung der E in deren für das SG erstatteten Gutachten. Soweit die KlÄgerin gegen das Gutachten der E Einwendungen vorgebracht hat, verfangen diese nicht, wie das SG bereits zutreffend unter Hinweis auf die ergänzende Stellungnahme der E ausgeführt hat. Auch B gelangte in seinem für die Beklagte erstatteten Gutachten zu der Diagnosestellung einer Dysthymie und Persönlichkeitsakzentuierungen. Beide gelangen auf der Grundlage der jeweils erhobenen Befunde und Anamnese widerspruchsfrei und nachvollziehbar übereinstimmend zu der Einschätzung, dass die KlÄgerin aufgrund ihrer Erkrankungen zwar qualitative Leistungseinschränkungen zu beachten hat, dass

ihre Leistungsvermögen bei Beachtung dieser Einschränkungen aber nicht zeitlich auf unter sechs Stunden arbeitstäglich gesunken ist. So war bei der gutachtlichen Untersuchung durch B der neurologische Befund unauffällig. Im psychopathologischen Befund zeigten sich Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit in einer dichten Untersuchungsprozedur ohne Erfordernis einer Pause bis zuletzt ungestört. Es bestanden keine Anhaltspunkte für kognitive Störungen oder intellektuelle Defizite, wobei die Klägerin eher einfach strukturiert und nur begrenzt introspektionsfähig erschien. Zwar zeigte sich die Klägerin inhaltsabhängig affektilabill auch mit kurzzeitigen Tränen, aber eine weiterreichende überdauernde depressive Einengung zeigte sich nicht. Je nach angesprochenem Inhalt war die Klägerin auch humorvoll, herzlich lachend, mit strahlendem Ausdruck und lebhafter Begleitgestik. Sie war in der Lage, sehr präzise, sehr detailliert und konkret zu antworten. Es fiel aber inhaltsabhängig auch ein verunklarendes Kommunikationsmuster bei Nachfragen auf. Die Klägerin beschrieb sich zunächst als passiv und eingeschränkt, sie mache einfach gar nichts, sie schlafe zu 90 Prozent aufgrund ihrer Depression. Im Verlauf des Gesprächs schilderte die Klägerin dann aber doch eine Tagesstruktur und Aktivitäten. So gab sie regelmäßige tägliche Besuche bei ihrer pflegebedürftigen Mutter an, die das Haus nicht verlassen könne, für die sie Tätigkeiten im Haushalt wie Aufräumen, Geschirrspülen und das Einkaufen übernahm und diese abwechselnd in Absprache mit dem Bruder mit dem Auto zur Dialyse fuhr. Auch versorgte sie ihren Hund, mit dem sie dreimal täglich jeweils 15 bis 30 Minuten rausging. Überdies beschrieb die Klägerin ihre gute Beziehung zu ihrem größten Sohn und dessen Sohn, ihre Freunde an den wöchentlichen Besuchen des Enkelkinds und den gemeinsamen Aktivitäten wie zusammen singen, Kinderfilme schauen, spazieren gehen, Vorlesen, auf den Spielplatz gehen. Bei nachvollziehbar angegebener belastender und konfliktreicher familiärer Hintergründe war so nur inhaltsabhängig eine dysthyme Verstimmung zu erkennen. Im Beschwerdevalidierungstest ergaben sich extrem ausgeprägte Hinweise für nicht authentische Beschwerdeanteile bzw. simulative Tendenzen. Damit gelangte B nachvollziehbar zu der Einschätzung, dass im nervenärztlichen Fachgebiet keine Funktionsstörungen belegt sind, die zu überdauernden quantitativen Leistungseinschränkungen führen würden. Bei der gutachtlichen Untersuchung durch E gab die Klägerin ebenfalls an, dass sie nichts mehr tun könne, dass sie ihr Leben als sinnlos empfinde, dass sie wenig Lebensfreude verspüre, 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, Unterstützung durch einen Bruder und die Cousine erfahre. Gleichzeitig gab sie an, dass sie überhaupt keine Psychopharmaka mehr einnahm, jede fachärztliche Behandlung aufgegeben hatte, sie nur noch die Medikamente ihrer Mutter gegen Bluthochdruck und Schmerzen einnahm, da diese keine Rezeptgebühren bezahlen müsse. Auf den Vorhalt, wie die Mutter dann deren Beschwerden behandle, reagierte die Klägerin aggressiv, ohne weitere Aufklärung. Der neurologische Befund war ebenfalls weitgehend unauffällig. Im psychopathologischen Befund war die Auffassung intakt, Merkfähigkeit und Gedächtnis waren erhalten, die Konzentration ebenfalls größtenteils, die Stimmungslage nur leicht zum depressiven Pol verschoben, der

Antrieb nur subjektiv gemindert, aber objektiv nicht reduziert. Die KlÄgerin gab ausgeprägte MerkfÄhigkeits- und KonzentrationsstÄrungen an, die sich in der mehrstÄndigen Untersuchung aber nicht objektivieren lieÄen. Die KlÄgerin zeigte sich im Verlauf zunÄchst misstrauisch, aggressiv, spÄter kooperativ und freundlich, gegen Ende wieder vorwurfsvoll und misstrauisch, nicht aber deutlich depressiv. In der Bremer Symptomvalidierung war das Fehlverhalten unauffÄllig, im Rey-Test sprach das Ergebnis aber fÄr Aggravation. Damit gelangte E nachvollziehbar zu der EinschÄtzung, dass eine Dysthymia, nicht aber eine schwerwiegende depressive StÄrung festgestellt werden kann und dass die KlÄgerin in der GesamtwÄrdigung der funktionellen BeeintrÄchtigungen aus der SchmerzstÄrung und den psychiatrischen Diagnosen sowie der weiter bei ihr vorliegenden Erkrankungen noch leichte kÄrperliche TÄtigkeiten mit qualitativen EinschrÄnkungen mindestens sechs Stunden verrichten kann. Der KlÄgerin sind nach EinschÄtzung der E noch leichte kÄrperliche TÄtigkeiten Äberwiegend sitzend oder im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, mit Tragen und Heben von Lasten bis 5 kg, kurzzeitig 8 kg mÄglich. TÄtigkeiten mit hÄufigem BÄcken, auf Leitern oder GerÄsten, am FlieÄband, im Akkord oder in Nachtschicht sind nicht mehr zumutbar, ebenso wenig unter ungÄnstigen WitterungseinflÄssen wie KÄlte und NÄsse. Eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung ist zu beachten, wie bereits R dargelegt hat. BetriebsunÄbliche Pausen, auch eine Pause von 30 Minuten nach einer dreistÄndigen Arbeitszeit, sind angesichts dessen, dass sich relevante kognitive StÄrungen und insbesondere eine wesentliche BeeintrÄchtigung der KonzentrationsfÄhigkeit nicht objektivieren lieÄen, entgegen der Annahme von R auch unter Einschluss der Erkrankungen auf psychiatrischem Fachgebiet einschlieÄlich der chronischen SchmerzstÄrung nicht erforderlich, wie E nachvollziehbar dargelegt hat. Publikumsverkehr ist nur noch ohne fordernde soziale Interaktion mÄglich, Äberdies sind TÄtigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrations- und MerkfÄhigkeit, das Anpassungs- und UmstellungsvermÄgen sowie mit der Steuerung komplexer ArbeitsvorgÄnge nicht mehr zumutbar. Auch insoweit schlieÄt sich der Senat der EinschÄtzung der E an. Weitergehende qualitative EinschrÄnkungen hat auch B nicht angegeben.

Nicht folgen kann der Senat hingegen der EinschÄtzung des B1, dass das LeistungsvermÄgen der KlÄgerin soweit herabgesunken ist, dass sie auch unter Beachtung qualitativer EinschrÄnkungen nur noch im geschÄtzten Rahmen von Heimarbeit oder in einer Werkstatt fÄr Behinderte unter drei Stunden arbeitstÄglich belastbar sei und diese Feststellung bereits fÄr den gesamten Zeitraum seit 2015 zu treffen sei. B1 diagnostiziert abweichend von B und E eine anhaltende depressive StÄrung mittelschweren bis schweren AusmaÄes mit schwerem Antriebsdefizit ohne Remission, die seines Erachtens erschwerend zu der auch von ihm diagnostizierten Dysthymia dazukomme, deren Kernsymptome eine AntriebsstÄrung, ein Verlust des Älan vital, eine Anhedonie und eine KonzentrationsstÄrung seien. Dies ist fÄr den Senat nicht nachvollziehbar. Es kommt bei der Feststellung einer zur RentengewÄhrung fÄhrenden Erwerbsminderung nicht auf die Diagnosestellung oder Bezeichnung von Befunden an. Vielmehr ist die Beeinflussung des LeistungsvermÄgens durch dauerhafte GesundheitsstÄrungen zu prÄfen (BSG, Beschluss vom 09.09.2019 âÄ B 5 R

21/19 B, beck online, m. w. N.). Maßgeblich sind damit nicht die Diagnosen an sich, sondern Art und Ausmaß der mit den vorliegenden Erkrankungen verbundenen funktionellen Einschränkungen und Beeinträchtigungen in Bezug auf das berufliche Leistungsvermögen. Insoweit gelangen B und E aber zu vergleichbaren Feststellungen und einer übereinstimmenden Leistungseinschätzung, wie bereits dargestellt. Zwar beschreibt B1 die Klägerin, die nun wieder mit ihrem Ehemann zusammenlebe, im psychopathologischen Befund als motorisch verlangsamt, bradyphren, blass, beschämt und antriebsarm, im Auskunftsverhalten bereitwillig ohne jegliche demonstrative Ausgestaltung oder Aggravationsneigung, mit stockender Sprache, um Präzision bemüht, aber ohne Ausgestaltungstendenz, mit frühzeitiger Ermüdung von Aufmerksamkeit und Konzentration, so dass vermehrt Pausen bei der gutachtlichen Untersuchung erforderlich waren. Er sah objektiv eine mittelschwere Antriebsstörung, die anamnestisch nachvollziehbar sei. Formalgedanklich war die Klägerin verlangsamt, anamnestisch gab sie ein Gedankenlautwerden an. Die Psychomotorik war lahm und die Klägerin zeigte kaum Gestik und Mimik. Sie nahm mehrfach Körperhaltungskorrekturen zur Entlastung von Schmerzen vor. Die Klägerin zeigte keine Hinweise für Ängste, Zwänge oder manifeste Suizidalität. Den Plan vital der Klägerin beschreibt B1 als reduziert bei deutlichem Krankheitsgefühl. Auch bei der testpsychologischen Untersuchung zeigten sich nach seiner Einschätzung keine Hinweise für Aggravation und Simulation. Allerdings stützt sich B1 dabei ganz maßgeblich auf die subjektiven Angaben der Klägerin, ohne sich mit diesen kritisch auseinanderzusetzen. Dies wäre aber erforderlich gewesen, um Art und Ausmaß der mit den vorliegenden Erkrankungen verbundenen funktionellen Einschränkungen und Beeinträchtigungen in Bezug auf das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin objektiv zu bewerten. Hierzu hätte auch offensichtlich Anlass bestanden angesichts des Umstandes, dass sich in den früheren Begutachtungen sowohl bei B als auch bei E deutliche Anhaltspunkte für eine Verdeutlichung der Beschwerden und Aggravation gezeigt hatten, dass sich auch Widersprüche zwischen den subjektiven Angaben der Klägerin gegenüber B1 und den von ihm erhobenen Befunden gezeigt haben und überdies Widersprüche zwischen den Angaben der Klägerin gegenüber den verschiedenen behandelnden Personen und den Sachverständigen ersichtlich sind.

So hat die Klägerin bei der gutachtlichen Untersuchung durch B1 Schmerzen in beiden Beinen mit Hypästhesie bis Anästhesie des linken Beines und empfindlicher Beeinträchtigung der Gehstrecke angegeben, bei der klinischen Untersuchung konnten solche aber nicht festgestellt werden. B1 gelangte ausdrücklich zu dem Ergebnis, dass die Gehfähigkeit der Klägerin nicht rentenrelevant eingeschränkt ist, ohne sich hierbei mit den abweichenden Angaben der Klägerin insoweit auseinanderzusetzen. Überdies hat die Klägerin angegeben, sie sei völlig inaktiv, gehe nur selten vor die Tür, eigentlich nur zu Arztbesuchen, allerdings zeigte die körperliche Untersuchung der Klägerin keinerlei körperliche Folgeerscheinungen wie etwa eine Inaktivitätsatrophie der Muskeln, bei unauffälliger Kraftentfaltung an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf, wie von N1 in dessen von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme zutreffend beschrieben.

Ein Vergleich der Aussagen der sachverständigen Zeugen G und K zeigt, dass die Klägerin auch gegenüber ihren Behandlern teilweise falsche Angaben gemacht hat. So ist die Angabe der Klägerin gegenüber G, bei der sich die Klägerin erstmals Ende 2015 vorgestellt hat, sie sei in ständiger Behandlung bei K und erhalte von ihm zusätzlich zu den verordneten Psychopharmaka regelmäßig angstlösende Spritzen, nicht in Einklang zu bringen mit den Angaben des K, dass die Klägerin nach März 2015 drei Mal Ende des Jahres 2017 bzw. Anfang des Jahres 2018 bei ihm vorgestellt hat. Auch hat die Klägerin laut Auskunft der G dieser gegenüber angegeben, sie habe die zunächst angetretene Rehabilitationsmaßnahme Ende 2016 (richtig: am 25.01.2017) noch am Aufnahmetag aufgrund von Angstzuständen wieder abgebrochen. Demgegenüber hat sie bei R angegeben, sie habe die Rehabilitation in S1 nicht machen wollen, weil es dort nur alte Gebäude gegeben habe, sie mit ihrem Hund im Keller untergebracht worden sei ohne Terrasse, um mit diesem rausgehen zu können. Weiter hat sie gegenüber G angegeben, sie könne nur unregelmäßig 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 täglich um ihre Mutter kümmere, mehrfach täglich mit dem Hund rausgehe und die Mutter wöchentlich zur erforderlichen Dialyse fahre. Auf diese Widersprüche hat E in ihrem Gutachten bereits teilweise hingewiesen und nachvollziehbar dargelegt, dass die auf Basis der subjektiven Angaben der Klägerin gemachte Einschätzung der Leistungsfähigkeit und auch der Diagnosestellung in der sachverständigen Zeugenauskunft von G nicht plausibel sind, sie diese als im Rahmen eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses getroffen ansehe. Aufgabe eines Sachverständigen ist es aber gerade, auch durch kritische Würdigung der subjektiven Angaben die objektiv vorhandenen Leistungseinschränkungen festzustellen. Dies lässt das Gutachten des B1 vorliegend vermissen.

B1 verweist darauf, dass er weder in der klinischen Untersuchung noch in der Testpsychologie Anhaltspunkte für Aggravation, Simulation oder Verdeutlichung gesehen habe, ohne die in nahezu allen Bereichen auffälligen bzw. stark auffälligen Angaben und Werte zu hinterfragen und unter Heranziehung des Rey Memory Tests zur Abklärung, ob Simulationsversuche vorliegen, obwohl der Klägerin dieser Test bereits aus der Begutachtung durch E bekannt war. Auch soweit B1 angibt, die von ihm festgestellte massive Leistungseinschränkung bestehe bereits seit März 2015, ist seine Einschätzung nicht nachvollziehbar. Damit, dass diese Leistungseinschränkung mit den von B und E, aber auch mit den von K seit März 2015 erhobenen Befunden nicht in Einklang stehen, setzt sich B1 ebenfalls nicht auseinander. Weder B noch E fanden relevante Konzentrationsstörungen. Auch dem von der Klägerin vorgelegten Bericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit M vom 05.02.2021 lässt sich entnehmen, dass Gedächtnis, Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration unauffällig waren. Dem Bericht von K vom 12.12.2017 lässt sich entnehmen, dass die Klägerin sich nach mehrjähriger Unterbrechung wieder vorgestellt hatte, weil „in letzter Zeit“ eine psychische Zustandsverschlechterung auch bei familiärer Belastungssituation eingetreten sei. Auf welcher Grundlage B1 dennoch

von einer durchgehend mittel- bis schwergradig ausgeprägten depressiven Störung ohne Remission ausgehen möchte, bleibt offen.

Zu einer auch zeitlichen Leistungseinschränkung gelangt der Senat auch nicht unter Berücksichtigung der sachverständigen Zeugenauskunft des K. Nach März 2015 hat er die Klägerin innerhalb des Vierteljahres von Dezember 2017 bis Februar 2018 lediglich dreimal gesehen. Damit kann er keine durchgehende Verlaufsbeobachtung über einen längeren Zeitraum beschreiben. Auch wenn er bei den beiden Konsultationen Anfang 2018 beschreibt, es handle sich inzwischen um eine chronifizierte Störung, alle Beschwerden aus den Jahren 2012 bis 2015 lägen unverändert weiter vor, hat er in seinem Bericht über die erneute Vorstellung im Dezember 2017 noch festgehalten, dass die Klägerin selbst angegeben habe, dass es aufgrund erheblicher familiärer Probleme zuletzt wieder zu einer Verschlechterung gekommen sei. Auch beschreibt er nur einen kurzgefassten Befund, aus dem sich nicht ableiten lässt, weshalb die Klägerin zu einer vier bis unter sechsständigen Tätigkeit, nicht aber auch zu einer sechs- und mehrständigen Tätigkeit in der Lage sein sollte.

Gleiches gilt für die von der Klägerin vorgelegten medizinischen Unterlagen. Die Bescheinigung der Frau Sommer vom 22.09.2020 enthält eine reine Diagnoseliste und die Mitteilung, dass angesichts der aktuellen Schwere des Krankheitsbildes eine stationäre Behandlung für erforderlich gehalten werde. Ein Vorgespräch im Evangelischen Krankenhaus in D hat ebenso wie eine Vorstellung zur ambulanten Behandlung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit M stattgefunden, wie sich den dazu vorgelegten Berichten vom 02.09.2020 bzw. vom 05.01.2021 entnehmen lässt. Hieraus kann keine zeitliche Leistungseinschränkung abgeleitet werden. Zum einen hat ein stationärer Aufenthalt tatsächlich auch weiterhin noch nicht stattgefunden, zum anderen enthalten die Berichte keine Befunde, die eine überdauernde auch zeitliche Leistungseinschränkung belegen würden.

Auch den Erkrankungen der Klägerin auf orthopädischem und neurologischem Fachgebiet kann durch die Beachtung qualitativer Einschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden. Die Klägerin leidet insoweit an degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit rezidivierendem LWS-Syndrom ohne neurologische Ausfälle, bei Zustand nach SAB und Clipping eines Aneurysmas an noch bestehender diskreter Nervus oculomotorius-Parese rechts, Spannungskopfschmerz und Fersensporn links, wobei eine fortlaufende fachorthopädische und neurologische Behandlung nicht stattfindet. Hierbei stützt sich der Senat zum einen auf die Auskunft des S2, der über eine Vorstellung zuletzt im Jahr 2017 wegen Beschwerden im Bereich der LWS und aufgrund eines Fersensporns berichtet hat, ohne dass er hieraus eine zeitliche Leistungseinschränkung abgeleitet hätte. Zum anderen stützt sich der Senat auf die Feststellungen von B, R, E und B1, die hinsichtlich der Diagnosen weitgehend übereinstimmen und ebenfalls in den Befunden weitgehend stimmig sind. Zwar hat die Klägerin gegenüber R und B1 jeweils eine massive Einschränkung ihrer Gehfähigkeit bei intermittierenden Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in die Beine und teilweise Füße und starker Gefühlsstörungen der Beine und Füße bzw. auch Arme beklagt. Allerdings

fanden sich bei der klinischen Untersuchung keine entsprechend ausgeprägten Befunde. Auch dem von der Klägerin vorgelegten Ambulanzbrief der Neurochirurgie vom 25.02.2021 lässt sich entnehmen, dass die Klägerin keine Paresen, keine Blasen- und Mastdarmstörungen beklagt hat, Motorik und Kraftentfaltung unauffällig waren und keine Sensibilitätsstörungen festgestellt werden konnten.

Auch soweit die Klägerin zuletzt persönlich 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, führt dies zu keiner anderen Einschätzung. Zum einen hat die Klägerin zu Lebzeiten ihrer Mutter gegenüber den Sachverständigen B, R und E angegeben, diese weitgehend, im Verlauf jedenfalls noch teilweise gepflegt zu haben. Zum anderen kommt dem Umstand, dass die Klägerin ihre Mutter nicht gepflegt hätte, was aber die in ihrem Versicherungskonto enthaltenen Pflichtbeitragszeiten wegen Pflegetätigkeit über nahezu drei Jahre nahelegen, keine Aussagekraft über ihr tatsächliches Leistungsvermögen zu. Dies würde allenfalls Fragen dahingehend aufwerfen, ob die im Versicherungskonto enthaltenen Zeiten tatsächlich zurückerlegt wurden und damit, inwieweit überhaupt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die geltend gemachte Rente wegen Erwerbsminderung noch vorliegen würden, nachdem die Klägerin sonstige Pflichtbeitragszeiten zuletzt mit dem Bezug von Arbeitslosengeld I bis April 2017 zurückerlegt hat, worauf der Beklagtenvertreter im Termin vom 19.04.2022 hingewiesen hat.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Berichte, Auskünfte und Gutachten sowie des Vorbringens der Beteiligten kann der Senat sich damit nicht davon überzeugen, dass die Erkrankungen der Klägerin für sich genommen sowie auch insgesamt betrachtet zu einer mindestens sechs Monate andauernden auch zeitlichen Leistungseinschränkung geführt haben. Die vorliegenden Gesundheitsstörungen mit den beschriebenen Einschränkungen können zwar das Spektrum der für die Klägerin in Betracht kommenden Tätigkeiten einschränken, sie begründen aber keinen Zweifel an ihrer weitgehend normalen betrieblichen Einsatzfähigkeit für körperlich und geistig leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Ein Rentenanspruch kann auch nicht auf die Grundsätze einer schweren spezifischen Leistungsbeeinträchtigung oder einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen gestützt werden. Nach der Rechtsprechung des BSG liegt eine volle Erwerbsminderung ausnahmsweise selbst bei einer mindestens sechsständigen Erwerbsfähigkeit vor, wenn der Arbeitsmarkt wegen besonderer spezifischer Leistungseinschränkungen als verschlossen anzusehen ist. Dem liegt zugrunde, dass eine Verweisung auf die verbliebene Erwerbsfähigkeit nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.1983 – [5a RKn 28/82](#) – und zuletzt BSG, Urteil vom 11.12.2019 – [B 13 R 7/18 R](#) –, Juris). Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist bei Versicherten mit zumindest sechsständigem Leistungsvermögen für leichte Arbeiten

erforderlich, wenn die Erwerbsfähigkeit durch mehrere schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen oder eine besonders einschneidende Behinderung gemindert ist. Eine Verweisungstätigkeit braucht erst dann benannt zu werden, wenn die gesundheitliche Fähigkeit zur Verrichtung selbst leichter Tätigkeiten in vielfältiger, außergewöhnlicher Weise eingeschränkt ist. Ausgehend hiervon liegt bei der Klägerin unter Berücksichtigung der von ihr zu beachtenden qualitativen Einschränkungen weder eine besondere spezifische Leistungsbeeinträchtigung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor. Auch ist die Klägerin noch in der Lage, viermal täglich eine Strecke von 500 m in einem Zeitaufwand von unter 20 min zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, wie zuletzt auch E und B1 ausgeführt haben. Soweit R diese Wegefähigkeit angezweifelt hat, hat er dies bezogen auf die in der aktuellen Untersuchungssituation geklagten Beschwerden getan. Dass eine solche Einschränkung über einen Zeitraum von sechs Monaten oder länger bestehen würde, ergibt sich aber nicht aus den erhobenen Befunden. Überdies verfügt die Klägerin laut ihren Angaben gegenüber B und B1 über einen Pkw, den sie auch noch selbst fährt, wenn auch selten.

Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit kommt angesichts des Geburtsdatums der Klägerin nach dem Stichtag des [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) nicht in Betracht.

Der Klägerin ist somit keine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren.

Damit ist die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Erstellt am: 10.02.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024