

L 10 R 3028/19

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

10

1. Instanz

-

Aktenzeichen

S 11 R 111/18

Datum

-

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 10 R 3028/19

Datum

24.02.2020

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.07.2019 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Weitergewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 31.10.2017 hinaus.

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

Auf ihren ersten Rentenanspruch von April 2014 hin gewährte die Beklagte ihr entsprechend dem im Klageverfahren (S 11 R 3219/14) bei dem Sozialgericht Ulm (SG) im November 2015 abgegebenen Anerkenntnis (vgl. Bl. 92 SG-Akte S 11 R 3219/14) im Wesentlichen wegen einer schweren depressiven Episode und ausgehend von einem unter dreistündigen Leistungsvermögen Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.11.2014 befristet bis zum 31.10.2017.

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

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

Das SG hat sodann von Amts wegen das Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. T. eingeholt

(Untersuchung im September 2018). Gegenüber dem Sachverständigen hat die Klägerin u.a. geschildert, "an besseren Tagen" die Wohnung aufzu-räumen, sich "bei schönem Wetter" vor die Tür zu setzen, um den Kindern beim Spielen zuzuschauen, häufig Besuch von einer Nachbarin zu empfangen, gerne mit den Enkelkindern zu-sammen zu sein, um die sie sich kümmere (ihr achtjähriger Enkelsohn schlafe in einem Zimmer ihrer Wohnung, Bl. 64 SG-Akte), Einkäufe zu erledigen und Termine wahrzunehmen - gemeinsam mit ihrem Sohn und der Schwiegertochter -, im Jahr 2018 zusammen mit der Familie in die T. im Urlaub gewesen zu sein (mit dem Pkw) und am Abend fernzusehen. In der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung hat der Sachverständige Hinweise für gewisse Schmerzen gesehen, während der körperlichen Untersuchung hingegen nicht. Die von der Klägerin angegebenen Schmerzen in einer Intensität um 8 von 10 in der Schmerzanalogska-la hat er deswegen und auch mangels regelmäßiger bzw. bedarfsweiser Schmerzmittelmedikation als nicht glaubhaft und plausibel erachtet. Es ergäben sich deutliche Hinweise für Aggravation und ein inadäquates Beschwerdevorbringen. Im psychopathologischen Befund hat Dr. T. die Klägerin als offen, freundlich, wach, in allen Qualitäten voll orientiert, ohne auffällige Störungen der Gedächtnisfunktionen, der Merkfähigkeit und des Neu- und Altgedächtnisses beschrieben. Ihre Konzentration und Aufmerksamkeit ist nicht erkennbar gemindert gewesen, formale oder in-haltliche Denkstörungen haben ebenso wenig vorgelegen wie auffällige Störungen der kognitiven Funktionen, neuropsychologische Störungen, Wahrnehmungsstörungen oder Sinnestäuschungen. Die Affektlage ist nicht erkennbar depressiv und die Schwingungsfähigkeit nicht erkennbar eingeschränkt, Antrieb und Psychomotorik sind ausgeglichen gewesen. Ich-Störungen haben ebenfalls nicht vorgelegen. Die von der Klägerin angegebenen Ängste mit sozialer Phobie haben sich in der Untersuchungssituation nicht sicher nachvollziehen lassen. Insgesamt hat der Sachverständige depressive Beschwerden in allenfalls leichter Ausprägung ohne Hinweise auf kognitive Einschränkungen gefunden. Der klinisch-neurologische Befund ist im Wesentlichen unauffällig gewesen. Dr. T. hat auf seinem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, und eine Somatisierungsstörung bei "metabolischem Syndrom", chronischem Halswirbelsäulensyndrom und (mit nächtlicher Beatmung adäquat behandeltem) Schlafapnoesyndrom diagnostiziert und ausgeführt, dass die geklagten funktionellen Beeinträchtigungen im Alltag gering seien und die geringe Inanspruch-nahme von therapeutischen Möglichkeiten (namentlich keine ambulante Psychotherapie) für einen ebenfalls geringen Leidensdruck sprächen. Leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperhaltung könne die Klägerin noch sechs Stunden und mehr täglich verrichten, wobei übermäßiger Zeitdruck, etwa Akkordanforderungen, ebenso zu vermeiden seien wie Wechselschicht- oder Nacharbeiten. Das Heben und Tragen schwerer Lasten oder Arbeiten in Nässe oder Kälte seien nicht mehr möglich. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit der Klägerin hat Dr. T. nicht gesehen.

Nachdem sich die Klägerseite gegen die Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen gewandt, den Arztbrief des Facharztes K. von September 2018 vorgelegt und u.a. darauf hingewiesen hat, dass die Klägerin keinen adäquaten, muttersprachlichen Therapieplatz finde (vgl. Bl. 86 ff. SG-Akte), hat das SG auf Antrag der Klägerin nach § 109 Abs. 1 des Sozialgerichts-gesetzes (SGG) das Sachverständigengutachten des Dr. L. - der die Klägerin schon im vorran-gegangenen Rentenverfahren begutachtet hatte - eingeholt. Bei der Untersuchung (Februar 2019) - bei der ein Sohn der Klägerin anwesend gewesen ist und dessen (u.a.) fremdanamnestische Angaben Dr. L. berücksichtigt hat (vgl. Bl. 169 SG-Akte) - hat der Sachverständige einen im Wesentlichen ähnlichen Tagesablauf wie Dr. T. dokumentiert (s. Bl. 171 f. SG-Akte: Zube-reitung des Frühstücks, fernsehen, beten, Wahrnehmung von Terminen, "kleinere" - leichtere - Hausarbeiten, Beschäftigung mit den Kindern - wobei die Enkelkinder gemeint gewesen sind -, Einkaufen mit Sohn/Schwiegertochter). Dr. L. hat, bei klarer Bewusstseinslage und Vigilanz, unauffälliger Orientiertheit, regelgerechter Empfindung, Wahrnehmung und regelgerechtem Ich-Empfinden ohne primäre Persönlichkeitsstörung eine "leichte und signifikante" Beeinträch-tigung von Aufmerksamkeit und Konzentration bei "in der Regel" verlängerter Antwortlatenz sowie leichte bis mäßige kognitive Störungen festgestellt. Der Antrieb der Klägerin sei massiv, ihre affektive Resonanz erheblich gemindert, ihre Psychomotorik gedämpft und ihre Gestikula-tion praktisch null gewesen, ihre Denkabläufe - ohne Verworrenheit - deutlich verlangsamt. Ihr Alt- und Neugedächtnis sei mäßig reduziert, ihre Denkinhalte auf massive Körperbeschwerden, Ängste - weswegen auch ein Enkelkind bei ihr im Bett schlafen müsse (Bl. 183 SG-Akte) - und depressive Phänomene bei durchgehend depressivem und ängstlichem Gesichtsausdruck zentriert gewesen (Bl. 175 f. SG-Akte). Hinweise auf Aggravation oder Simulation habe er nicht gefunden, solche habe einzig Dr. T. beschrieben, aus der umfangreichen Aktenlage ergebe sich nichts Dergleichen und Derartiges hätte auch den behandelnden Ärzten auffallen müssen (Bl. 184 SG-Akte). Unter Zugrundelegung dessen, der fremdanamnestischen Angaben (vgl. Bl. 173, 184 SG-Akte), der Arztbriefe des Facharztes K. (vgl. Bl. 181 f. SG-Akte) und der testpsy-chologischen Untersuchungen (Bl. 176 f., 183 SG-Akte), die Anzeichen für eine mittelgradige bzw. schwere Depression bei deutlicher kognitiver Beeinträchtigung und Minderung der Flexi-bilität erbracht hätten, hat der Sachverständige ein aufgehobenes Leistungsvermögen ange-nommen. Zwar seien die Therapiemöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft (Bl. 185 SG-Akte) - so könne die niedrige Medikation noch erhöht und um Mittel gegen die Schlafstörungen erwei-tert (mit positiven Auswirkungen auch auf die Schmerzstörung und Angstsymptomatik) sowie eine regelmäßige ambulante muttersprachliche Psychotherapie (gegen den Willen der Klägerin komme eine stationäre psychiatrische Behandlung nicht in Betracht) durchgeführt werden - und es bestehe eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass binnen eines Jahres eine Besserung zu erzie-len sei. Indes finde die Klägerin keinen muttersprachlichen Therapieplatz, was ihr nicht als Ausdruck eines fehlenden Leidensdrucks angelastet werden könne. Weil die Klägerin wegen ihrer diffusen Angststörung mit phobischer Komponente keine öffentlichen Verkehrsmittel alleine benutzen könne und auch wegen ihrer kognitiven Beeinträchtigungen nicht in der Lage sei, ein Kfz zu steuern, sei ihre Wegefähigkeit eingeschränkt (Bl. 186 SG-Akte).

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

Mit Urteil vom 22.07.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat die Klägerin für in der La-ge gesehen, jedenfalls leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Wechselrhyth-mus unter Beachtung der von Dr. H. und Dr. T. aufgeführten qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Es hat sich dabei dem Gutachten des Dr. H. und dem Sachverständigengutachten des Dr. T. angeschlossen und dies im Einzelnen begründet. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit könne die Klägerin im Übrigen bereits deshalb nicht mit Erfolg beanspruchen, weil sie auf Grund ihres beruflichen Werdegangs keinen besonderen Berufsschutz genieße.

Gegen das ihr am 16.08.2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 06.09.2019 Berufung ein-gelegt, mit der sie ihr Begehren auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 31.10.2017 hinaus weiterverfolgt hat. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen geltend ge-macht, dass sich das SG zu Unrecht auf das Sachverständigengutachten des Dr. T. und das Gut-achten des Dr. H. gestützt habe. Von einem "mangelnden Behandlungswillen" könne keine Re-de sein, da sie keinen adäquaten, muttersprachlichen Therapieplatz finde. Darauf habe bereits Dr. L. - dessen Einschätzung zu folgen sei - hingewiesen, ebenso darauf, dass und warum die Einschätzung der Dres. T. und H. nicht

überzeuge, zumal Dr. T. sie nur "äußerst kurz" begutachtet habe. Im Übrigen sei zwischenzeitlich bei ihr die Schwerbehinderteneigenschaft u.a. wegen einer Depression und Angststörung festgestellt worden (vgl. Bl. 18 Senats-Akte).

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

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

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

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

II.

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

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 25.07.2017 in der Gestalt ([§ 95 SGG](#)) des Widerspruchsbescheids vom 22.12.2017 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Der Klägerin steht über den 31.10.2017 hinaus die hier allein streitige Rente wegen voller Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 2](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - SGB VI -) nicht zu. Soweit das SG auch über die Gewährung von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)) entschieden und einen Anspruch auf eine solche Rente ebenfalls abgelehnt hat, gehen die Ausführungen des SG ins Leere, weil eine solche Rente von der Klägerin nicht beantragt worden ist (vgl. [§ 123 SGG](#)).

Nach der für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung maßgeblichen Rechtsgrundlage des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie (u.a.) voll erwerbsgemindert sind. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert 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. Volle Erwerbsminderung besteht über die Regelung des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG - (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, [GS 2/75](#) u.a., zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris) bei regelmäßig bejahter Verschlossenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber 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.

Das SG hat gestützt auf das Sachverständigengutachten des Dr. T. und das Gutachten des Dr. H. zutreffend ausgeführt und begründet, dass die Klägerin diese Voraussetzungen nicht erfüllt, weil ihr Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der von den Gutachtern Dres. T. und H. beschriebenen - oben im Tatbestand wiedergegebenen - qualitativen Einschränkungen noch mindestens sechs Stunden täglich beträgt. Der Senat teilt die vom SG insoweit getroffene Einschätzung, sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Dabei hält der Senat - wie bereits das SG - das Gutachten des Sachverständigen Dr. T. für uneingeschränkt überzeugend. Der von der Klägerin im Berufungsverfahren wiederholte Einwand, Dr. T. sei "voreingenommen" gewesen und habe zu Unrecht angenommen, sie aggraviere bzw. simuliere, geht ins Leere. Denn das Gutachtensergebnis des Sachverständigen stützt sich plausibel auf den von ihm erhobenen psychologischen Untersuchungsbefund - insoweit wird auf die Wiedergabe im Tatbestand Bezug genommen - und den von der Klägerin angegebenen Tagesablauf. Danach ergeben sich bereits keine rentenrechtlich erheblichen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, wie das SG zutreffend und ausführlich dargestellt hat, sodass letztlich dahin stehen kann, ob und inwieweit die Klägerin zur Verdeutlichung ihrer Beschwerden neigt bzw. aggraviert. Denn im Wesentlichen sind die Tagesstruktur einschließlich Mitarbeit im Haushalt erhalten und ein erheblicher sozialer Rückzug ist im Hinblick auf die familiäre Einbindung mit Besuchen der Kinder und Enkelkinder (einschließlich Urlaubsreise in die T.) sowie einer Nachbarin (Bl. 64 SG-Akte) nicht erkennbar.

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

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

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

Schließlich vermag auch das Gutachten des Sachverständigen Dr. L. die Einschätzung der Dres. T. und H. nicht zu erschüttern und überzeugt den Senat nicht.

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

Jedenfalls beruht aber die Einschätzung des Dr. L. im Wesentlichen und maßgeblich auf den subjektiven Beschwerdeangaben der Klägerin (bzw. ihres Sohnes) und auf den Ergebnissen der von ihm durchgeführten Testpsychologie. Indes hat es Dr. L. unterlassen, die Testungen - darauf hat Facharzt B. hingewiesen - sowie die Beschwerdeangaben der Klägerin (bzw. die fremdanamnestic Angaben ihres Sohnes) einer entsprechenden kritischen Würdigung und Validierung zu unterziehen. Zu einem kritischen Hinterfragen der Angaben der Klägerin hat alleine deshalb Veranlassung bestanden, weil sowohl Dr. T. als auch Dr. H. in ihren jeweiligen Gutachten schlüssig und nachvollziehbar (s.o.) ein inadäquates Beschwerdevorbringen bzw. eine Aggravation angenommen haben. Der bloße Hinweis von Dr. L., er habe Derartiges nicht feststellen können, genügt für eine überzeugende gutachterliche Auseinandersetzung mit den abweichenden Einschätzungen der Vorgutachter nicht, zumal Dr. L. auch fälschlicherweise da-von ausgegangen ist, nur Dr. T. - und nicht auch Dr. H. - habe eine Aggravation angenommen (Bl. 184 SG-Akte).

Unabhängig davon liegt auch die Behauptung von Dr. L., eine inadäquate Beschwerdeschilderung bzw. Aggravation hätte den behandelnden Ärzten auffallen müssen - den Hinweis der Dr. B. auf die Motivation der Klägerin hat er (im Gegensatz zu Dr. T.) gar nicht weiter aufgegriffen -, neben der Sache. Therapeuten haben die Aufgabe, ihre Patienten auf Grundlage der anamnestic Angaben und der erhobenen Befunde zu behandeln, nicht jedoch, die Angaben des Patienten kritisch zu hinterfragen oder gar in Zweifel zu ziehen. Dies ist vielmehr Aufgabe eines gerichtlichen Sachverständigen - darauf hat auch Dr. T. hingewiesen (Bl. 74 SG-Akte) - und dieser Aufgabe ist Dr. L. nicht nachgekommen.

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

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

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

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

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

Nur am Rande merkt der Senat an, dass nach der einschlägigen Leitlinie der medizinischen Fachgesellschaften (s. S3-Leitlinie "Demenzen", B3 S. 48, Stand: Januar 2016) der MMST bei anderen Demenzformen als der Alzheimer-Demenz weniger gut zur Einteilung geeignet ist und dass die Leistung im MMST bildungs- und (v.a.) sprachabha&776;ngig ist. Die bei der Klägerin be-stehende "deutliche" Sprachbarriere beschrieb auch der Neurologe K. in seinem Arztbrief von Mai 2017 (Bl. 27 SG-Akte), weswegen die gerichtlichen Sachverständigen (vgl. Bl. 67 Rs. und Bl. 169 SG-Akte) - ebenso wie zuvor der Gutachter Dr. H. (s. S. 8 des Gutachtens, unblattiert in ÄT-VerWA) - auch jeweils muttersprachliche Dolmetscher zur Begutachtung hinzugezogen haben.

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

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

Nachdem die Klägerin im Berufungsverfahren ihre psychiatrischen Leiden ganz in den Vorder-grund gestellt hat, merkt der Senat lediglich noch am Rande ergänzend an, dass auch die bei ihr bestehenden somatischen Erkrankungen keine rentenrechtlich erhebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit begründen. Insoweit haben sowohl die Ärzte des Endokrinologiezentrums U. als auch der Internist Z. seitens des internistisch-endokrinologischen Fachgebiets keine erhebli-chen Beeinträchtigungen beschrieben; der Internist Z. hat zudem die depressive Symptomatik ausdrücklich als maßgebliches Leiden angesehen (s.o.). Was das orthopädische Fachgebiet an-belangt, hat der Sachverständige Dr. T. - wie bereits zuvor der Gutachter Dr. H. - die bei der Klägerin bestehenden chronischen (Hals-)Wirbelsäulenbeschwerden sowie die (arthrotischen) Beschwerden am rechten Knie und an den Händen respektive die davon ausgehenden Schmer-zen im Rahmen seiner Leistungsbeurteilung berücksichtigt (vgl. Bl. 67, 72 f. SG-Akte) und daraus überzeugend alleine qualitative Einschränkungen (keine schwere und andauernd mittel-schwere Arbeit, Möglichkeit eines Körperhaltungswechsels, kein Heben und Tragen schwerer Lasten, keine Arbeit in Nässe oder Kälte, Bl. 73 SG-Akte) abgeleitet.

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

Soweit die Klägerin noch auf ihre zwischenzeitlich zuerkannte Schwerbehinderteneigenschaft verwiesen hat, folgt daraus nichts Abweichendes. Denn weder der Schwerbehinderteneigen-schaft noch einem konkreten GdB unter Anerkennung bestimmter Erkrankungsbilder kommt eine Aussagekraft hinsichtlich der zumutbaren beruflichen Einsetzbarkeit eines Versicherten zu (BSG, Beschluss

vom 19.09.2015, [B 13 R 290/15 B](#)).

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

Abschließend stellt der Senat fest, dass bei der Klägerin auch keine schwere spezifische Leistungsbehinderung in Gestalt einer Einschränkung ihrer Wegefähigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2011, [B 13 R 79/11 R](#)) vorliegt. Alle im Klageverfahren gehörten Ärzte (auch Dr. L., Bl. 186 SG-Akte) - ebenso wie der Gutachter Dr. H. - sind übereinstimmend davon ausgegangen, dass die Klägerin noch in der Lage ist, Gehstrecken von vier mal 500 Meter je Tag in jeweils 20 Minuten zurückzulegen.

Soweit Dr. L. darüber hinaus gemeint hat, die Klägerin sei wegen ihrer Angststörung mit phobischer Komponente auf die "Begleitung eines Familienmitglieds" bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen (Bl. 186 SG-Akte), beruht auch diese Annahme ersichtlich alleine auf den Angaben der Klägerin ihm gegenüber. Dem folgt der Senat aus den oben dargelegten Gründen nicht, zumal die Klägerin bereits gegenüber Dr. T. zwar (diffuse) Ängste und eine soziale Phobie beschrieben hat, dies indes in der Untersuchungssituation nicht nachvollziehbar gewesen ist (vgl. Bl. 67 Rs. SG-Akte). Schon Dr. H. wies im Übrigen darauf hin, dass die Angaben der Klägerin insoweit widersprüchlich und nicht plausibel sind, wenn sie einerseits angibt, sich um die Enkelkinder zu kümmern und den Enkelsohn auch vom Kindergarten abzuholen (wenn die Schwiegertochter bei der Arbeit ist), andererseits aber behauptet, "nirgends" alleine hingehen zu können (vgl. S. 6, 14 des Gutachtens, unblattiert in ÄT-VerwA).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-12-07