

## L 9 R 4114/20

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 R 1826/18  
Datum  
02.12.2020  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 9 R 4114/20  
Datum  
19.10.2021  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 2. Dezember 2020 wird zurückgewiesen.**

**Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren. Im Übrigen verbleibt es bei der erstinstanzlichen Kostenentscheidung.**

### **Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Der 1963 geborene Kläger türkischer Staatsangehörigkeit lebt seit 1988 in der Bundesrepublik Deutschland. Er verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Bis Mai 2012 war er als Lagerarbeiter im Großmarkt in M (Kartoffelsortierer am Band) tätig, von Juni 2012 bis Oktober 2013 bezog er Krankengeld, sodann bis zum 30.10.2014 Arbeitslosengeld I. Seit dem 31.10.2014 bestand Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug.

Vom 30. Januar bis 6. März 2013 fand eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der M-Klinik am Südpark in N statt. Dort wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) gestellt. Der Kläger wurde für weitere sechs bis acht Wochen arbeitsunfähig mit der Empfehlung der Anbindung an eine Tagesklinik mit dem Angebot eines sozialen Kompetenz- und Antiaggressionstrainings entlassen. Danach sollte die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Bandarbeiter) wieder eintreten.

Einen ersten Rentenanspruch des Klägers vom 09.05.2014 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25.06.2014 ab. Auf den hiergegen eingelegten Widerspruch erstattete der Nervenarzt B im Auftrag der Beklagten ein Gutachten über den Kläger (Diagnosen: kombinierte Persönlichkeitsstörung, ausgeprägte Soziophobie, klinisch noch gut kompensierte Visusminderung rechts bei Maculadegeneration). B sah beim Kläger - auch unter Berücksichtigung der Ausführungen in dem Rehaentlassungsbericht der M-Klinik am Südpark in N - erhebliche qualitative Leistungseinschränkungen (Tätigkeiten nur zu ebener Erde, nicht an unmittelbar gefährdenden Maschinen, nicht mit Publikumsverkehr, nicht im Team, ohne fordernde soziale Interaktionen, ohne Zeitdruck, ohne besondere nervöse Anspannung, ohne andere Stressfaktoren wie Nacht- oder Wechselschicht). Darüberhinausgehende bzw. dies nicht berücksichtigende Anforderungen gingen sicherlich mit dem Risiko weiterer psychischer Dekompensation einher, insofern sei von einer relevanten Gefährdung des Leistungsvermögens zu sprechen. Andererseits bildeten sich keine Funktionsstörungen ab, die (körperlich oder psychisch) eine quantitative Leistungseinschränkung herleiten ließen. Gegen den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 12.12.2014 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG, S 18 R 90/15). Im Klageverfahren wurden die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen schriftlich befragt (S, H, O, Z und S1). Das Gericht holte ferner Sachverständigengutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bei R und - nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) - bei K ein. Sowohl R als auch K hielten den Kläger bei gewissen Differenzierungen in der diagnostischen Einordnung (R: leichte depressive Episode, leichte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, kombinierte Persönlichkeitsstörung, soziale Phobie, Hörminderung rechts, rechtsbetonte Sehstörung beidseits, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule; K: langanhaltende Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit soziophobischem Verhalten) für in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten vorzugsweise im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen ohne erhöhte Anforderungen an das Sehvermögen, dauerhaften Publikumsverkehr bzw. die Notwendigkeit, Verkaufsgespräche zu führen, mindestens sechs Stunden je Arbeitstag zu verrichten. Im Rahmen eines Vergleichs erklärten die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend für erledigt. Die Beklagte verpflichtete sich zur Durchführung einer Arbeits- und Belastungserprobung und erkannte einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben dem Grunde nach an. Aufgrund dessen bewilligte sie mit Bescheid vom 21.04.2016 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach. Es folgten ein Beratungsgespräch bei der Beklagten und ein Abklärungsgespräch über Förderungsmöglichkeiten im beruflichen Trainingszentrum M der SRH. Nachdem der Kläger allerdings im Rahmen des durchgeführten Informationsgesprächs hinsichtlich einer Teilnahme am Programm First Step Suizidgedanken geäußert hatte (mit der Folge einer dreitägigen stationären Behandlung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in M), kam es krankheitsbedingt nicht zur tatsächlichen Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Am 13.04.2017 beantragte der Kläger erneut die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. In einem von der Beklagten eingeholten Befundbericht (12.05.2017) teilte O die Diagnosen soziale Phobie, depressive Störung (mittelgradige Episode), Maculadegeneration, traumatische Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus mit. Der Kläger leide unter Panikattacken und Angst mit Schwitzen, Herzrasen, Herzbeklemmung, Schlafstörungen, Alpträumen und Konzentrationstörungen. Er könne nicht alleine auf die Straße oder unter Menschen gehen. Unter Berücksichtigung auch von Berichten über Untersuchungen der Augenklinik des Universitätsklinikums M (S2/S3 vom 13.02.2015), des End- und Dickdarmzentrums M (J vom 12.07.2016), der Endokrinologischen Gemeinschaftspraxis M (K1 vom 04.08.2016) sowie der Gemeinschaftspraxis für Herz- und Gefäßkrankheiten (P vom 30.12.2016 und 230.01.2017) sah S4 mit sozialmedizinischer Stellungnahme vom 30.05.2017 beim Kläger keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zum vorangegangenen Rentenverfahren. Die Beklagte lehnte daraufhin den Rentenantrag mit Bescheid vom 22.06.2017 ab. Beim Kläger lägen zwar eine depressive Verstimmung, eine soziale Phobie bei kombinierter Persönlichkeitsstörung, eine Netzhautdegeneration rechts mit hochgradiger Visusminderung rechts sowie Innenohrschwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen vor. Er könne jedoch noch mindestens sechs Stunden täglich arbeiten und sei daher nicht erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI).

Hiergegen erhob der Kläger am 17.07.2017 Widerspruch und verwies zur Begründung darauf, dass nicht alle gesundheitlichen Einschränkungen hinreichend berücksichtigt bzw. ausreichend gewürdigt worden seien. Die schon in den Gutachten von R vom 19.10.2015 und K vom 19.02.2016 beschriebenen Rückzugstendenzen hätten sich zu keinem Zeitpunkt gebessert, im Gegenteil sogar verstärkt. Der Kläger habe seine gute und gewinnbringende langjährige Betätigung am Arbeitsmarkt selbst aufgegeben, da er ihr nicht mehr gewachsen sei. Dies habe er mit Sicherheit nicht leichtfertig getan. Allerdings seien im Jahr 2012 die Beschwerden hinsichtlich der Sozialphobie immer stärker geworden, aufgrund des bestehenden Leidensdrucks sei er der Arbeit immer öfter ferngeblieben, und seine psychische Gesamtsituation habe sich immer weiter verschlechtert (immer größere körperliche Symptomausprägung: Schweißausbrüche, Apathie, wechselnd hin zu übersteigter Erregung und Wut sowie Äußerung von Verfolgungswahn). Nur die Isolation im heimischen Umfeld sei hilfreich gewesen, um eine zumindest ertragbare psychische Konstitution wiederherzustellen. Wenn noch nicht einmal eine von der Beklagten veranlasste Belastungserprobung habe durchgeführt werden können, stelle sich die Frage, inwieweit dann einer Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgegangen werden könne. Insbesondere der langjährig behandelnde S spreche immer wieder von einer austerapierten Situation.

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein Gutachten bei der O-P ein. In ihrem Gutachten vom 16.04.2018 (Untersuchungstag 28.02.2018) erhob O-P u.a. folgenden psychopathologischen Befund: „Wach, orientiert, mit ungestörter Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit und ungestörter Auffassungsgabe, ..., keine formalen Denkstörungen, inhaltlich imponieren wahnhafte Inhalte und Verfolgungsideen, Wahrnehmung und Ich-Bewusstsein ungestört, in Antrieb und Motorik zeigt sich ein etwas angespanntes Bild, mit gebundener Gestik, ..., affektiv imponiert ein klagsam auftretender Patient mit erhaltender Schwingungsfähigkeit und einem Verdeutlichungsverhalten“. Es habe sich das Bild einer wahnhaften Störung mit einem Verfolgungswahn gezeigt; in der Begutachtung selbst habe es keinen gesicherten Anhalt auf eine depressive Symptomatik gegeben, auch wenn der Patient sich selbst als depressiv einschätze. In der Behandlung gebe es sowohl ambulante als auch stationäre weitere Behandlungsmöglichkeiten. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sei der Kläger in der Lage, mittelschwere körperliche Tätigkeiten zu verrichten. Tätigkeiten mit erhöhtem Publikumsverkehr (wegen wahnhafter Verarbeitung bezüglich eines Sich-Beobachtet-Erlebens) und Nachtschichttätigkeiten sollten ebenso wie konfliktbehaftete Tätigkeiten ausgenommen werden. Aufgrund bekannter reduzierter Sehkraft sollten Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten mit und an laufenden Maschinen vermieden werden. Die noch möglichen Tätigkeiten könne der Kläger noch in einem Umfang von sechs Stunden und mehr täglich verrichten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 07.06.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Aus den medizinischen Unterlagen ergäben sich folgende bedeutsame Gesundheitsstörungen: Wahnhafte Störung (auf dem Boden einer sozialen Phobie mit Rückzugs-/Vermeidungsverhalten), Persönlichkeitsstörung, Netzhautleiden mit hochgradiger Sehinderung rechts, rückgebildete depressive Störung, essenzielle Hypertonie, Adipositas, angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma. Dem Kläger seien noch leichte und mittelschwere Tätigkeiten ständig im Gehen, ständig im Sitzen, in Tagesschicht, in Frühschicht/Spätschicht, ohne besonderen Zeitdruck, ohne besondere Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen, ohne besondere Beanspruchung des Sehvermögens, ohne erhöhten Publikumsverkehr sowie nicht auf Leitern und Gerüsten oder an laufenden Maschinen sechs Stunden und mehr täglich zumutbar.

Dagegen hat der Kläger am 04.07.2018 erneut Klage zum SG erhoben. Neben den bestehenden Einschränkungen in der Sehfähigkeit leide er am vordringlichsten unter Beschwerden auf psychiatrischem Fachgebiet. Dies sei insbesondere durch die im vorangegangenen Klageverfahren S 18 R 90/15 eingeholten Gutachten hinreichend deutlich belegt. Sowohl R als auch K hätten übereinstimmend eine depressive Episode und eine soziale Phobie mit wahnhaftem Erleben beschrieben. Die Rückzugstendenzen des Klägers hätten sich seither zu keinem Zeitpunkt gebessert, sondern im Gegenteil verstärkt. Die im Vorverfahren von der Beklagten befasste O-P sehe grundsätzlich zwar die psychiatrischen Einschränkungen, gehe aber folgeunrichtig von keiner Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit des Klägers aus. Der psychopathologische Befund werde hierbei und in Abgrenzung zu bisher eingeholten gerichtlichen Gutachten aus vorangegangenen Verfahren lediglich verkürzt und unzureichend abgebildet. Insbesondere finde das in Dekompensationsituationen auftretende aggressive Verhalten aufgrund wahnhaften Erlebens keine hinreichende Bewertung. Die bisherigen Bemühungen des behandelnden S, therapeutisch positiv auf den Kläger einzuwirken, seien leider ergebnislos gewesen. Die aufgrund des gerichtlichen Vergleichs vom 07.04.2016 vorgesehene Belastungserprobung habe gerade deshalb nicht durchgeführt werden können, weil der psychiatrische Zustand des Klägers dies nicht zugelassen habe. Insofern stelle sich umso mehr die Frage, inwieweit die Konstitution des Klägers dann für eine Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt gegeben sein solle. Soweit eine gewisse Besserung der sozialphobischen Komponente durch Entlastung und Abstand vom bisherigen Arbeitsverhältnis eingetreten sei, sei bei neuerlicher Arbeitsbelastung eine erneute psychische Dekompensation zu erwarten.

Das SG hat Beweis erhoben durch die schriftliche Vernehmung der O, des S und des S2. Es hat ferner – auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) – bei K und von Amts wegen bei M1 Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eingeholt.

O hat über hausärztlich-internistische Betreuung seit mehr als 20 Jahren berichtet (vgl. Auskunft vom 27.09.2018). Seit ihrer letzten Stellungnahme im vorangegangenen sozialgerichtlichen Verfahren seien die Sehbehinderung, die Schwerhörigkeit mit Tinnitus, die soziale Phobie sowie die Panikattacken unverändert. Es bestünden eine anhaltende allgemeine Erschöpfung sowie Angst- und Panikstörungen mit zunehmenden Herzbeschwerden auch unter körperlicher Belastung. Zittern, Schwitzen, Schlafstörungen ließen eine Teilhabe am täglichen Leben außerhalb der Familie nicht zu. Wegen vermehrter Herzbeklemmungen insbesondere unter körperlicher Belastung seit Ende 2016/Anfang 2017 sei eine fachärztliche Abklärung erfolgt (vgl. Arztbrief P vom 20.01.2017: Kein Anhalt für coronare Herzerkrankung, unauffälliges Myocardszintigramm, gute links- und rechtsventrikuläre Funktion). Nach der Auskunft von S2 vom 20.10.2018 stehe die beim Kläger bestehende nichtexsudative Maculadegeneration (derzeit ohne Therapieindikation) einer körperlich leichten Berufstätigkeit im Umfang von sechs Stunden je Arbeitstag nicht entgegen (vgl. Auskunft vom 20.10.2018). Der S hat mit Auskunft vom 14.10.2018 über Behandlungen in ein- bis dreimonatigen Abständen berichtet. Der Patient habe über Angst, Depressivität und Sehstörungen geklagt. Auch die Fremdanamnese ergebe immer wieder Impulsivität, Nervosität, sozialphobische Beschwerden wie auch Sehstörungen. Beschwerden und Befunde seien seit Beginn der Behandlung ebenso wie die Befunde grundsätzlich unverändert. Allerdings sei der Patient beruflich bei Fehlen der Tätigkeit als entlastet gesehen worden (der Stressfaktor in der zwischenmenschlichen Kommunikation sei aufgehoben). Angst und Depressivität verursachten seit Jahren eine Beeinträchtigung der psychophysischen Leistungsfähigkeit. Es erfolge nach wie vor eine medikamentöse Therapie, bei den durchgeführten Konsultationen erfolgten jeweils unterstützende motivierende Gespräche.

K hat in seinem Gutachten vom 07.09.2019 (Untersuchungstag 19.07.2019) beim Kläger eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit soziophobischem Verhalten sowie eine hochgradige Visuminderung rechts bei nichtexsudativer Maculadegeneration diagnostiziert. Die geklagte immer wiederkehrende Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik habe sich weder klinisch noch neurophysiologisch sicher einordnen lassen, so dass hier eher von einer psychogenen Genese auszugehen sei. Bei dem Probanden stünden eine gedrückte Stimmung sowie eine Verminderung von Aktivität und Antrieb im Vordergrund, die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Der Schlaf sei gestört, das Krankheitsbild werde durch eine ängstliche Getriebenheit mit zum Teil paranoid anmutenden Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen dominiert. Es ließen sich bei dem Probanden auch ein Verlust des Selbstwertgefühls sowie Gefühle von Schuld feststellen, darüber hinaus eine deutliche Einengung auf somatische Symptome. Der einfach strukturierte Proband zeige sich seit Jahren nicht in der Lage, seine gesundheitlichen Probleme mit medizinischer Unterstützung adäquat zu bewältigen. Insbesondere die Veränderungen seiner Lebensgewohnheiten durch den Verlust seines Arbeitsplatzes, die zunehmenden körperlichen Einschränkungen mit über die Jahre kontinuierlichem Nachlassen der Sehkraft hätten letztendlich zu einer unüberwindbaren seelischen Dekompensation geführt, die trotz psychiatrischer und psychopharmakologisch intensivierter Bemühungen nicht hätten überwunden werden können. Die fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten hätten zu einer regressiven Haltung mit einer daraus resultierenden Flucht in „die eigene Krankheit“ geführt. Die genannte Störung habe die Organisation der Lebensführung übernommen. Aufgrund der schweren affektiven Störung mit psychotischen Symptomen sei der Proband nervenärztlicherseits weder für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit noch für andere Tätigkeiten des freien Arbeitsmarktes belastbar. Dass die Gutachterin im Verwaltungsverfahren O-P trotz Wahrnehmung der wahnhaften Störung keine Beeinträchtigung in der Leistungsfähigkeit des Probanden gesehen habe, erscheine aus psychopathologischer Sicht nicht mit den sozialmedizinischen Grundsätzen vereinbar. Seiner Meinung nach habe sich das Leistungsvermögen seit der Antragstellung, insbesondere durch das Auftreten der psychotischen Symptomatik, die im Rahmen der affektiven Störung – Depression – aufgetreten sei und nicht als einzelner Wahn zu bezeichnen sei, kontinuierlich verschlechtert.

M1 hat in seinem Gutachten vom 14.07.2020 nach ambulanter Untersuchung des Klägers nebst testpsychologischer Untersuchung durch F die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gestellt. Während es sich bei der somatoformen Störung um eine leichtgradige psychogene Störung handele, handele es sich bei der schweren depressiven Episode um eine schwergradige psychiatrische Erkrankung. Zwar habe der Kläger im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung hoch auffällig und unkooperativ agiert, die Beschwerdevalidierungstests belegten eine deutliche negative Antwortverzerrung. Andererseits sei der erhobene psychopathologische Befund im Hinblick auf Ausdrucksverhalten, formales Denken, inhaltliches Denken und Affekt im Rahmen der Untersuchung über Stunden konsistent geblieben. Die paranoiden Beziehungsideen hätten sich bereits als Themen gut dokumentiert im Rehaentlassungsbericht aus 2013 sowie in den Vorgutachten gezeigt. Unter Berücksichtigung aller Aspekte liege ein authentischer Kern der Beschwerden vor, so dass trotz Nachweises aggravorischer Tendenzen von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen auszugehen sei, aufgrund derer das Leistungsvermögen auf unter drei Stunden täglich gesunken sei. An dieser Einschätzung hat M1 auch auf Einwendungen der Beklagten hin (vgl. sozialmedizinische Stellungnahmen N vom 23.09.2019, 06.08.2020 und 27.10.2020) festgehalten (vgl. ergänzende Stellungnahme M1 vom 10.10.2020).

Mit Urteil vom 02.12.2020 hat das SG bei Klageabweisung im Übrigen die Beklagte unter Abänderung des entgegenstehenden Bescheides vom 22.06.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.06.2018 verurteilt, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit, ausgehend von einem Leistungsfall am 30. Juli 2018, für die Zeit vom 1. Februar 2019 bis zum 31. Januar 2022 zu gewähren. Die Kammer sei davon überzeugt, dass jedenfalls für den 30. Juli 2018 ein Ausmaß der psychischen Erkrankung des Klägers und vor allem ein Dauercharakter dieser psychischen Erkrankung nachgewiesen sei, die den Schluss nicht nur auf eine Arbeitsunfähigkeit, sondern auch auf eine Erwerbsminderung rechtfertige. Mit dem im Rahmen von [§ 109 SGG](#) tätig gewordenen Sachverständigen K stimme das Gericht darin überein, dass die Leistungsbeurteilung der O-P mit der Diagnose einer wahnhaften Störung ärztlich nicht zu vereinbaren sei. Die Annahme eines noch erhaltenen Leistungsvermögens von mindestens sechs Stunden täglich lasse sich für den Zeitpunkt der Begutachtung durch O-P lediglich durch die Perspektive noch möglicher Behandlungen rechtfertigen. Nachdem entsprechende Behandlungen ausgeblieben seien, sei letztlich spätestens noch mit dem 30.07.2018 (und nicht erst mit der Begutachtung bei K) von einem Nachweis der Erwerbsminderung auszugehen. Zu entscheiden habe das Gericht insoweit über den eingetretenen, nicht nur vorübergehenden Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Es stehe dem Gericht im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht zu, etwa einen Rentenanspruch mit der Begründung abzulehnen, dass es mit dem Betroffenen – hätte er sich denn hinreichend um eine Besserung seiner Gesundheit bemüht – nicht soweit hätte kommen müssen. Die Erwerbsminderung wäre vielmehr nur dann zu verneinen, wenn der (aufgrund welcher Vorgeschichte auch immer) bestehende Zustand innerhalb eines Zeitraums von bis zu einem halben Jahr relevant gebessert werden könnte. Dies sei beim Kläger hingegen nicht mehr der Fall, wie nicht nur K, sondern auch der

von Amts wegen beauftragte psychiatrische Sachverständige M1 bestätigt habe. Sein psychiatrisches Gutachten beruhe auf einer umfassenden Untersuchung unter Hinzuziehung eines türkischsprachigen Facharztes und Einbeziehung umfassender testpsychologischer Untersuchungen. Mit dieser Methodik gelinge es M1, sprachlich und kulturell bedingte Barrieren zu überwinden und dem Seelenzustand der Probanden deutlich näherzukommen, als dies im Rahmen einer schlichten psychiatrischen Untersuchung möglich wäre. M1 sei ein langjährig erfahrener Sachverständiger, gerade auch in der Begutachtung von Migranten unter Berücksichtigung deren vielfach kulturspezifisch geprägter Beschwerdedarstellung. So wäge er ausführlich ab, welche Gesichtspunkte gegen und welche Gesichtspunkte für die Authentizität der vom Kläger geäußerten Beschwerden sprächen. Und zu Recht stelle er hierbei weder einseitig auf testpsychologische Untersuchungsergebnisse noch einseitig auf den psychopathologischen Befund ab, sondern hebe auch die aktenkundige Krankheitsgeschichte hervor und betone den über Stunden konsistent zu den Schilderungen des Klägers passenden auffälligen psychopathologischen Befund im Hinblick auf Ausdrucksverhalten, formales und inhaltliches Denken sowie Affekt. Er ordne letztendlich die Beeinträchtigungen des Klägers als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, allerdings mit psychischen Symptomen und schweren Einschränkungen der psychischen Belastbarkeit, ein. Hieraus leite er auch schlüssig ein Absinken des Leistungsvermögens auf unter sechs Stunden täglich für jegliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ab. Die umfangreiche Kritik an dieser Leistungseinschätzung durch den nach Aktenlage sich äuernden Nervenarzt der Beklagten N könne das Gericht im Ergebnis nicht nachvollziehen, insbesondere, wenn man das Gutachten von M1 nicht isoliert, sondern im Gesamtzusammenhang der gutachterlichen Feststellungen der letzten Jahre, beginnend mit B, und unter Berücksichtigung der eingetretenen Chronifizierung würdige. Das Gericht sei allerdings mit M1 auch davon überzeugt, dass eine grundsätzliche therapeutische Beeinflussbarkeit der seelischen Störung des Klägers noch bestehe. In den letzten Jahren sei hierzu sehr wenig unternommen worden. Der eingetretene Grad der Chronifizierung schließe eine schnelle Besserung sicherlich aus, lasse aber eine mittelfristige Besserung zumindest als möglich erscheinen. Der Kläger müsse hierzu allerdings die nötige Motivation aufbringen, um seine festgefahrenen Verhaltensmuster doch noch aufzubrechen. Jedenfalls sei der Ausnahmefall einer Unwahrscheinlichkeit der Besserung des Gesundheitszustandes, der zu einer unbefristeten Rentengewährung führen würde, zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfüllt. Nachdem ausgehend von einem Leistungsfall am 30.07.2018 auch die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente vorlägen und auch die allgemeine Wartezeit erfüllt sei, stehe dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit ab dem 01.02.2019 unter Beachtung der Höchstdauer der Befristung bis 31.01.2022 zu.

Gegen das ihr am 17.12.2020 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 22.12.2020 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, dass die auf den Beurteilungen von K und M1 in den Gutachten vom 07.09.2019 und vom 14.07.2020 aufbauende Entscheidung des SG nicht akzeptiert werden könne. Nach ihrer Überzeugung sei der Kläger nicht daran gehindert, leichte Arbeiten noch sechs Stunden und länger pro Tag unter betriebsüblichen Bedingungen auszuüben. Zur Begründung verweist die Beklagte nochmals auf die ihrer Auffassung nach überzeugenden Ausführungen ihres Sozialmediziners N in dessen Stellungnahme vom 23.09.2019. Das Gutachten von K bilde die Persönlichkeitsstruktur des Klägers lediglich blass ab. Nachvollziehbare Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchung würden kaum geschildert. K habe auch keine testpsychologischen Verfahren durchgeführt, die zu einer breiteren Datenbasis geführt hätten. Eine Begutachtung, die allein auf Interviewinformationen und dem klinischen Eindruck beruhe, sei enorm fehleranfällig. Auch das Gutachten des M1 sei nicht geeignet, beim Kläger das Vorliegen einer quantitativen Leistungsminderung zu belegen. Wieso nach dem Ergebnis des Gutachtens das Leistungsvermögen des Klägers unter drei Stunden täglich gesunken sei, erschließe sich ihr nicht. Die testpsychologischen Beschwerdeangaben seien von M1 selbst als nicht valide, da nicht authentisch und damit als nicht verwertbar eingestuft worden. Auch habe M1 negative Antwortverzerrungen nachgewiesen und auf das hochauffällige, letztlich unkooperative Testverhalten des Klägers hingewiesen. Darüber hinaus bestehe im Fall des Klägers eine Diskrepanz zwischen subjektiv geschilderter Beeinträchtigung und der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe. Es stelle sich die berechnete Frage, ob der geltend gemachte Leidensdruck des Klägers bei Nichtinanspruchnahme von noch ausreichend vorhandenen Therapiemöglichkeiten tatsächlich entsprechend groß sein könne, wenn diese nicht genutzt würden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 2. Dezember 2020 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Soweit die Beklagte weiterhin die vom SG eingeholten medizinischen Gutachten angreife, seien diese mit dem Urteil vom 02.12.2020 hinreichend kritisch gewürdigt worden. Zudem sei dem Einwurf der Beklagten an den Gutachter K, dass dieser den Kläger selbst nur im klinischen Eindruck bewertet habe, zu entgegnen, dass auch die Begutachtungen im Verwaltungsverfahren nur eine Augenblicksaufnahme gewinnen könnten. Gerade nachdem K bereits in einem früheren Verfahren eine Begutachtung durchgeführt habe, in welcher er die Leistungsfähigkeit noch kritisch anders betrachtet habe und es ihm deshalb ein Leichtes gewesen wäre, dies lediglich zu bestätigen, seien dessen Ausführungen als besonders gehaltvoll zu werten. Den Behauptungen der Beklagten, dass beim Kläger kein Leidensdruck bestehe, sei entgegenzutreten. Wie auch in den Gutachten zum Ausdruck gekommen sei, ziehe sich der Kläger gerade aufgrund seines bestehenden Leidensdruckes erheblich zurück. Dass er aufgrund seines Leidensdruckes gerade keine ständigen Arztbesuche wahrnehme, sei im Besonderen Ausprägung seines Krankheitsbildes.

Die Berichterstatterin des Senats hat am 26.04.2021 einen Termin zur Erörterung des Sachverhalts durchgeführt, in dem der Kläger Gelegenheit hatte, weiter zu seinem Gesundheitszustand vorzutragen. Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt des Protokolls vom 26.04.2021 Bezug genommen.

Mit Schriftsätzen jeweils vom 03.08.2021 haben die Beteiligten einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Die nach [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der

Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe gemäß [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, dem Kläger eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 22.06.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.06.2018 und – da allein die Beklagte Berufung gegen das Urteil des SG eingelegt hat – die Rentengewährung in der Zeit vom 01.02.2019 bis zum 31.01.2022.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1 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 ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben Versicherte gemäß [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) 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, [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#).

Eine volle Erwerbsminderung liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch dann vor, wenn der Versicherte täglich mindestens drei bis unter sechs Stunden erwerbstätig sein kann, der Teilzeitarbeitsmarkt aber verschlossen ist (Gürtner in KassKomm, 108. EL Dezember 2020, SGB VI, § 43 Rn. 58 und 30 ff.).

Nach [§ 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.

Der Nachweis für die den Anspruch begründenden Tatsachen muss hierbei im Wege des sog. Vollbeweises erfolgen. Dies erfordert, dass bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden kann. Dies bedeutet, das Gericht muss von der zu beweisenden Tatsache mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit ausgehen können; es darf kein vernünftiger, in den Umständen des Einzelfalles begründeter Zweifel mehr bestehen. Von dem Vorliegen der entscheidungserheblichen Tatsachen muss insoweit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden können (vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2006 - [B 4 R 29/06 R](#) -; Bayerisches LSG, Urteil vom 26.07.2006 - [L 16 R 100/02](#) -, beide in juris; [BSGE 45, 285](#); [BSGE 58, 80](#)). Können die genannten Tatsachen trotz Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten nicht im erforderlichen Vollbeweis nachgewiesen werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleiten möchte. Für das Vorliegen der Voraussetzungen der Erwerbsminderung trägt insoweit der Versicherte die Darlegungs- und objektive Beweislast (vgl. BSG, Urteil vom 23.10.1996 - [4 RA 1/96](#) -, juris).

Nach diesen Grundsätzen erfüllt der Kläger die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung im streitigen Zeitraum vom 01.02.2019 bis 31.01.2022. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen liegen unter Zugrundelegung des – vom SG angenommenen – Leistungsfalls im Juli 2018 vor, wie auch die Beklagte unter Vorlage des Versicherungsverlaufs vom 07.09.2021 zuletzt nochmals bestätigt hat.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend ausgeführt, dass auch die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente im genannten Zeitraum nachgewiesen sind. Der Kläger hat einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, weil er nur noch unter drei Stunden arbeitstätig in der Lage ist, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bei Beachtung qualitativer Einschränkung mehr als sechs Stunden arbeitstätig zu verrichten. Der Senat schließt sich dem nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung des gesamten Vorbringens der Beteiligten an und weist die Berufung der Beklagten zunächst aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zurück.

Auch unter Berücksichtigung des Berufungsvorbringens der Beklagten ist der Senat davon überzeugt, dass die Leistungsfähigkeit des Klägers wie vom SG angenommen jedenfalls seit Juli 2018 durch seine Erkrankung auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht nur qualitativ eingeschränkt, sondern auch in zeitlicher Hinsicht aufgehoben ist. Der Kläger leidet an einer schwergradigen psychiatrischen Erkrankung mit Wahnsymptomatik in Form einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) mit schweren Einschränkungen der psychischen Belastungsfähigkeit. Das folgt auch für den Senat aus einer Gesamtschau der aktenkundigen Gutachten, ärztlichen Dokumente und Einschätzungen, insbesondere dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten der O-P, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet, und den vom SG eingeholten Gutachten von K und M1. Aus den von den befragten Ärzten und Sachverständigen mitgeteilten Befunden und diagnostischen Einordnungen leiten sich auch zur Überzeugung des Senats schlüssig die Funktionsbeeinträchtigungen ab, die ein Absinken des Leistungsvermögens auf unter drei Stunden täglich auch für einfache Tätigkeiten begründen.

K und M1 haben ihre Einschätzung nachvollziehbar auf den Schweregrad der beim Kläger bestehenden affektiven Störung mit psychotischen Symptomen gestützt, die zu einer starken Einschränkung insbesondere der geistigen und psychischen Belastbarkeit führen. Insbesondere eine Gegenüberstellung der von R und K im Rahmen der Begutachtungen im Klageverfahren S 18 R 90/15 erhobenen Beschwerdeschilderung, Befunde und Diagnosen mit denen in den Gutachten von K und M1 im vorliegenden Klageverfahren illustriert die eingetretene Verschlimmerung bzw. den Schweregrad der nunmehr vorliegenden Beeinträchtigungen: So hatte der Kläger bei der

Untersuchung durch R am 03.07.2015 (Klageverfahren S 18 R 90/15) im Rahmen der Beschwerdeschilderung lediglich auf Probleme im Umgang bzw. im Kontakt mit ihm bekannten, aber auch fremden Menschen verwiesen. Er meide öffentliche Menschenansammlungen und auch private Feiern. Insgesamt sei er ein einzelgängerischer und grüblerischer Mensch, der sich gerne zurückziehe. Sein Tagesablauf war weitgehend strukturiert und intakt: Der Kläger sehe vormittags fern oder fahre Fahrrad (Angabe von Fahrradfahren als Hobby), helfe mittags seiner Frau beim Kochen, beim Be- und Entladen der Spülmaschine, beim Staubsaugen, führe kleinere Reparaturen durch und arbeite im Garten. Die Angaben des Klägers im Zusammenhang mit der durch K erfragten Beschwerdeschilderung (Untersuchung am 26.01.2016) waren vergleichbar. Im psychischen Befund sah R einen bewusstseinsklaren, zu allen Qualitäten orientierten Probanden mit unauffälliger Antriebslage, ohne äußerlich erkennbare innere Unruhe bei durchgehend subdepressiver Stimmungslage. Kognitive Funktionen, Gedächtnisfunktionen und Gedankengang waren unauffällig, insbesondere fand R im Rahmen seiner Untersuchung keine Hinweise auf paranoide Ideen, Halluzinationen, Ich-Störungen, Zwangsideen oder Zwangsgedanken. Auch K hat als psychopathologischen Befund lediglich eine situationsbedingt bedrückte Grundstimmung bei leicht eingeschränkter affektiver Schwingungs-, Resonanz- und Modulationsfähigkeit beschrieben; vorzeitige Ermüddungserscheinungen waren nicht erkennbar, Auffassung, Wahrnehmung, Antriebsniveau, Realitätsprüfung und Urteilskraft waren regelrecht. Insgesamt haben R im Juli 2015 und K im Januar 2016 den psychischen Befund nachvollziehbar als nur leichtgradig gestört eingeordnet und beim Kläger zwar das Vorliegen einer leichten depressiven Episode bzw. einer Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik und soziophobischem Verhalten bestätigt, die ihn jedoch unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen (kein dauerhafter Publikumsverkehr) nicht an einer mindestens sechsstündigen Tätigkeit je Arbeitstag hinderten.

Bei der zweiten Untersuchung durch K im Rahmen des vorliegenden Klageverfahrens am 19.07.2019 gab der Kläger im Rahmen der Beschwerdeschilderung an, er fühle sich traurig, müsse viel weinen, sehe keinen Sinn mehr im Leben. Er fühle sich seit ca. eineinhalb Jahren beobachtet und verfolgt. Die Nachbarn sprächen schlecht über ihn und beobachteten ihn, so dass er sich nicht traue, allein aus dem Haus rauszugehen. Die Menschen außerhalb seiner Familie seien böse, er werde häufig wegen seiner Krankheit von Nachbarn und auch von fremden Menschen ausgelacht. Er könne sich nicht einmal mehr über die einfachsten Dinge des Lebens, wie z.B. Essen, freuen. Er verbringe die meiste Zeit auf dem Sofa, habe keine Hobbys, keine Freunde, keine Kontakte außerhalb der Familie, gehe nur gelegentlich in Begleitung seiner Frau etwas spazieren. Im psychopathologischen Befund hat K eine verminderte Auffassung und Wahrnehmung, reduzierte Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisfunktion und deutliche vorzeitige Ermüddungserscheinungen beschrieben. Das Antriebsniveau war stark reduziert. Es waren inhaltliche Denkstörungen im Sinne von Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Beobachtungsideen sowie deutliche Hinweise auf paranoid gefärbtes Erleben feststellbar. Die Grundstimmung war deutlich zum depressiven Pol verschoben bei schwer eingeschränkter affektiver Schwingungs-, Resonanz- und Modulationsfähigkeit. Gegenüber M1 (Untersuchung am 08.06.2020) gab der Kläger an, er könne sich nur noch sehr selten freuen, er grübele viel, fühle sich leer, fühle sich wertlos, gerate schnell in Streit. Er habe keinen Antrieb, keine Kraft, sei fertig, am Boden, habe keine Lust etwas zu tun, ermüde schon beim Treppensteigen. Er fühle sich verfolgt von Nachbarn, vom Feuerwehrauto, von der Stadtreinigung. Wenn er auf den Balkon gehe, komme der Nachbar ebenfalls raus; gehe er rein, gehe auch der Nachbar rein. Der Nachbar warte auch manchmal im Garten auf ihn. Feuerwehr und städtische Reinigung stellten sich ihm auf seine Route, er laufe vorbei, sei sich sicher, dass sie ihn verfolgten und über ihn lachten. Er wache morgens früh mit Ängsten auf, was gestern passiert sei, oder dass ihm etwas passieren könne, schaue, ob draußen Menschen auf ihn warteten. Abends könne er schwer einschlafen, grübele über die Konflikte vom Tag, wache nachts mehrmals auf und könne schwer wieder einschlafen. Er wolle niemanden sehen, streite deshalb oft mit seiner Frau, weil die Besuch empfangen wolle, er aber nicht. Er fühle sich wertlos, weil seine Frau arbeiten gehe und es hinterfrage, wenn er sich mal etwas kaufe. Im psychopathologischen Befund hat M1 eine leidensbetont-angespannte Mimik beschrieben, unterwürfige Gestik, psychomotorisch etwas nervöse Anspannung, formal zwar geordnetes, wenn auch etwas umständlich grüblerisches Denken, teilweise vorbeiredend/ausweichend. Inhaltlich habe der Kläger Verfolgungs-, Beeinträchtigungs-, Beobachtungs- und Beziehungsideen geäußert, diffuse Ängste geschildert, teilweise auch im Rahmen paranoiden Beziehungserlebens.

Mit Blick auf diese sowohl von K als auch von M1 beschriebenen Beschwerden des Klägers und die von den Sachverständigen erhobenen psychopathologischen Befunde erscheint dem Senat die diagnostische Einordnung als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen überzeugend und nachvollziehbar. Soweit die Beklagte wiederholt auf die durch die von M1 veranlassten testpsychologischen Untersuchungen/Beschwerdevaliditätstests nachgewiesenen Anteile nicht-authentischer Beschwerdeschilderung und das unkooperative Verhalten des Klägers im Rahmen der Testungen hingewiesen hat und „noch nicht einmal eine leichte depressive Episode“ abzuleiten vermag (vgl. insbesondere die sozialmedizinischen Stellungnahmen von N vom 06.08.2020 und 27.10.2020), führt dies nicht zu einem anderen Ergebnis. Diese nicht-authentische Komponente wurde von M1 gesehen und klar benannt: So sei anhand des durchgeführten wissenschaftlich fundierten Beschwerdevalidierungstests (in türkischer Sprache) belegt, dass der Kläger zu einer deutlichen negativen Antwortverzerrung, insbesondere auch im Hinblick auf affektive Symptome neige, so dass die testpsychologischen Beschwerdeangaben als nicht valide, da nicht authentisch, und damit als nicht verwertbar einzustufen seien. Hieraus folgt allerdings - anders als die Beklagte mit ihrer Argumentation naheulegen scheint - weder zwingend, dass ein relevantes psychiatrisches Krankheitsbild nicht vorliegt oder ein solches von vornherein als nicht erweislich anzusehen ist, noch dass auch die mündlichen Angaben des Probanden gegenüber dem Sachverständigen per se nicht verwertbar sind. Es ist vielmehr, was M1 in seinem Gutachten ausdrücklich angesprochen hat, mit besonderer Sorgfalt zu klären, inwieweit die Angaben des Klägers (insbesondere auch zu den psychotischen Phänomenen) als zutreffend, widerspruchsfrei und zuverlässig zu bewerten sind. Hierfür hat M1 in nicht zu beanstandender Weise im Rahmen der von ihm durchgeführten Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung die eigenanamnestischen Angaben des Klägers, die Aktenlage und den erhobenen psychopathologischen Befund herangezogen. Als Argumente gegen die Authentizität hat M1 die nachgewiesene negative Antwortverzerrung, das unkooperative Testverhalten, die auffällige Diskrepanz zwischen dem vermeintlichen Schweregrad der Störung und bisheriger Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe sowie die niedrig dosierte Medikation angeführt. Hingegen spreche für die Authentizität der vom Kläger geäußerten Beschwerden der über Stunden konsistent zu den Schilderungen passende auffällige psychopathologische Befund im Hinblick auf Ausdrucksverhalten, formales Denken, inhaltliches Denken und Affekt, der auch konsistent zu den Beobachtungen des Vorgutachters K sei. Die paranoiden Beziehungsideen seien auch schon in vorangegangenen ärztlichen Berichten und Gutachten angeklungen, wenn auch eher als Teil einer sozialen Phobie gedeutet. Dies erscheint dem Senat überzeugend und nachvollziehbar. Auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10.10.2020 hat M1 nochmals erläutert, dass für ihn der deutlich auffällige psychopathologische Befund (nicht nur subdepressiv-gedrückt, sondern auch vermindert schwingungs- und resonanzfähig, z.T. starr, im formalen Denken umständlich, weitschweifig, z.T. danebenredend, mit den genannten Wahnhaltungen, mit Störungen im Ausdrucksverhalten, mit kognitiv-mnestischen Störungen) und die letztlich langjährige Symptomentwicklung einer Wahnsymptomatik auch in Kenntnis der angesprochenen Gegenargumente ausschlaggebend für die diagnostische Einordnung und Leistungsbeurteilung waren.

Der Senat ist auch mit K und M1 der Überzeugung, dass das Leistungsvermögen des Klägers im streitgegenständlichen Zeitraum auf unter drei Stunden je Arbeitstag abgesunken ist. Auch insoweit greift der Einwand der Beklagten, wonach aufgrund der im Gutachten belegten negativen Antwortverzerrungen eine hinreichend sichere Überzeugungsbildung hinsichtlich des Vorliegens einer Leistungsminderung nicht gegeben sei, nicht durch. Ist wie oben dargelegt das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen belegt, ist der Kläger, was M1 nachvollziehbar aus der Neigung zur psychovegetativen Entgleisung und der deutlich verminderten psychischen Belastbarkeit abgeleitet hat, nicht mehr in der Lage, Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Dies erscheint dem Senat auch deshalb schlüssig, weil die den Kläger seit Jahren behandelnde hausärztliche O in ihrer Auskunft vom 27.09.2018 auf vegetative Symptome wie Zittern, Schwitzen, Schlafstörungen, Herzbeklemmungen (nach Abklärung ohne Anhalt für coronare Herzerkrankung) im Rahmen von Ängsten und Panik verwiesen hat, die eine Teilhabe am täglichen Leben außerhalb der Familie nicht zuließen. Darüber hinaus hat auch K für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, dass der Kläger gerade aufgrund der bestehenden Symptomatik mit unvorhersehbar eintretenden Akzentuierungen nicht in der Lage ist, einem auch nur kurzen Arbeitsrhythmus zu folgen.

Auch die Tatsache, dass alle befassten Sachverständigen - anders als nach den Angaben des Bevollmächtigten des Klägers im Erörterungstermin wohl der behandelnde Dr. S - Therapieoptionen in Form höher dosierter antipsychotischer Medikation und eines leitlinienorientierten multiprofessionellen Vorgehens im Rahmen einer konsequenten teilstationären oder stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung sehen und für erforderlich und erfolgversprechend halten, ändert nichts an der grundsätzlichen Rentenberechtigung. Die Behandlungsfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit einer festgestellten Gesundheitsstörung stehen dem Eintritt des Versicherungsfalles nicht entgegen (BSG, Beschluss vom 28.09.2020 - [B 13 R 45/19 B](#) -, juris Rn. 6). Selbst die Verweigerung eines Versicherten, sich ärztlich behandeln zu lassen, stellt für sich genommen keine absichtliche Herbeiführung einer verminderten Erwerbsfähigkeit und damit keinen Ausschlussgrund für die Rentengewährung nach [§ 103 SGB VI](#) dar (BSG, Urteil vom 31.10.2018 - [B 13 R 275/17 B](#) -, juris Rn. 9). Hier kommt allerdings eine Versagung oder Entziehung der Rente unter den Voraussetzungen des [§ 66 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#) in Betracht (vgl. Senatsurteile vom 26.05.2020 - [L 9 R 1667/18](#) -, juris Rn. 39 und vom 23.06.2020 - [L 9 R 1194](#) -, juris Rn. 40 ff.; BSG, Urteil vom 19.06.1979 - [5 RJ 122/77](#) -, juris; Reyels in jurisPK-SGB VI, § 103 Rn. 44; Kampe in jurisPK-SGB I, § 63 Rn. 12).

Hinsichtlich des Zeitpunkts des Leistungsfalles im Juli 2018 ist die Entscheidung des SG ebenfalls nicht zu beanstanden. Bereits O-P hat bei ihrer Begutachtung im Verwaltungsverfahren (Februar 2018) im psychopathologischen Befund wahnhafte Inhalte, Verfolgungsideen und agoraphobes Verhalten des Klägers dokumentiert und eine wahnhafte Störung mit Verfolgungswahn, in der Vergangenheit auch Eifersuchtswahn diagnostiziert. Jedenfalls im Juli 2018 stand fest, dass diese krankhaften Befunde, die hinsichtlich Art und Ausprägung vollumfänglich denen in den folgenden Gutachten von K und M1 entsprachen, entgegen der Annahme von O-P keiner kurzfristigen Behandlung zugänglich waren und somit eine länger anhaltende Leistungseinschränkung begründeten.

Mit dem SG ist auch davon auszugehen, dass im Rahmen der von M1 aufgezeigten Therapieansätze eine Besserung des Gesundheitszustandes und damit auch im Leistungsvermögen des Klägers eintreten kann. Bei einer suffizienten Therapie erscheint eine Besserung des Gesundheitszustandes des Klägers und damit seiner Leistungsfähigkeit möglich. Jedenfalls ist der Ausnahmefall einer Unwahrscheinlichkeit der Besserung des Gesundheitszustandes, der zu einer unbefristeten Rentengewährung führen würde ([§ 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI](#)), nicht gegeben. Das SG hat die Rente daher in nicht zu beanstandender Weise bis zum 31.01.2022 befristet ([§ 102 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Der Rentenbeginn am 01.02.2019 bei einem Leistungsfall im Juli 2018 folgt aus [§ 101 Abs. 1 SGB VI](#).

Die Berufung der Beklagten war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass die Beklagte in der Berufungsinstanz vollumfänglich unterlegen ist.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-06-07