

L 5 R 2724/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 12 R 3413/13

Datum

27.05.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 R 2724/15

Datum

12.07.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27.05.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1963 geborene Klägerin hat in der ehemaligen D. eine Ausbildung zur Elektronikfacharbeiterin absolviert. Zuletzt war sie bis März 2008 als PC-Technikerin in der Sch. beschäftigt. Daneben arbeitete sie (von 1995 bis 2009) im Unternehmen ihres Ehemannes, der in der Sch. ein (Motorrad-)Rennteam betreibt, mit. Seit 15.11.2007 ist die Klägerin arbeitsunfähig erkrankt. Sie bezieht seit 01.07.2009 eine Invalidenrente der (Sch.) Eidgenössischen Invalidenversicherung nach einem Invaliditätsgrad von 71%.

Am 11.07.2012 beantragte die Klägerin Rente wegen Erwerbsminderung; sie sei seit 15.11.2007 wegen Burnout, diversen Krankheitsbildern und Depressionen erwerbsgemindert.

Die Beklagte erhob das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Sch.-B. vom 21.11.2012 und das Gutachten der Allgemeinärztin und Sozialmedizinerin Dr. T. vom 27.11.2012.

Dr. Sch.-B. stellte auf Grund der Untersuchung der Klägerin am 02.11.2012 bei eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und erhaltenem Antrieb folgende Diagnosen: Dysthymie, somatoforme Schmerzstörung, Z.n. Alkoholabusus, Schmerzfehlverarbeitung, akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen und emotional instabilen Tendenzen sowie Neigung zu psychosomatischer Symptombildung. Eine eigentliche depressive Störung lasse sich in der Untersuchung nicht bestätigen, könne naturgemäß für die Vergangenheit aber auch nicht widerlegt werden. Eine relevante mittelgradige oder schwere depressive Episode liege auf jeden Fall nicht vor. Das stütze sich u.a. darauf, dass offenbar keine Antidepressiva eingenommen würden - obwohl dies zumindest für die Untersuchung bei Dr. T. angegeben worden sei - und auf die doch deutlichen Gebrauchsspuren an den Händen. Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts überwiegend im Stehen bzw. Gehen, ständig im Sitzen, in Früh-/Spätschicht 6 Stunden täglich und mehr verrichten und in gleichem Umfang auch im zuletzt ausgeübten Beruf (PC-Technik, Catering (Unternehmen des Ehemannes)) arbeiten.

Dr. T. stellte auf Grund der Untersuchung der Klägerin am 24.09.2012 bei gutem Allgemein- und normalem Muskelzustand folgende Diagnosen: Dysthymie, somatoforme Schmerzstörung, akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen und emotional instabilen Tendenzen sowie Neigung zu psychosomatischer Symptombildung, Bluthochdruck, unzureichend eingestellt, belastungsabhängiges Asthma bronchiale, derzeit spirometrischer Normalbefund, Restless-Legs-Syndrom. Für Psychopharmaka, die die Klägerin nach eigenen Angaben einnehme, habe sich kein Medikamentenspiegel ergeben. Es habe ein beharrliches Klagen unterschiedlicher Beschwerden ohne ausreichende körperliche Erklärung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung stattgefunden. Die Klägerin könne leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (unter qualitativen Einschränkungen) vollschichtig verrichten. Durch regelmäßige Einnahme der Psychopharmaka sei eine Besserung des Leistungsvermögens durchaus zu erwarten.

Mit Bescheid vom 11.12.2012 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch unter Hinweis auf die erhobenen Gutachten ab.

Am 30.01.2013 legte die Klägerin Widerspruch ein. Die von den Gutachtern gestellten Diagnosen seien unrichtig und drückten ihren

komplexen, sehr vernetzten Krankheitszustand nicht hinreichend aus.

Die Beklagte erhob die Stellungnahme der Dr. T. vom 15.04.2013 (keine Änderung der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung) und wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27.06.2013 zurück. Eine rentenberechtigende Leistungsminderung liege nicht vor. Die Beurteilung von Invalidität nach Sch. Rentenrecht sei für die Feststellung von Erwerbsminderung nach deutschem Rentenrecht nicht maßgeblich.

Am 01.10.2013 erhob die Klägerin (nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheids in der Sch.) Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Die Diagnose Dysthymie sei unrichtig; sie leide unter einer rezidivierenden Depression.

Die Beklagte trat der Klage unter Hinweis auf die Begründung des Widerspruchsbescheids entgegen.

Das SG befragte zunächst behandelnde Ärzte. Der Allgemeinarzt Dr. K. führte im Bericht vom 19.12.2013 u.a. aus, er behandle die Klägerin seit 28.04.2005. Ihre Beschwerden seien seelischer und körperlicher Natur. Die Klägerin leide seit Oktober 2007 an einer zunehmenden depressiven Störung; außerdem klage sie über ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit heftigsten Schmerzen in verschiedensten Körperregionen. Im Sommer 2008 seien erstmals zunehmende Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung aufgetreten. Die Klägerin könne seit November 2007 einer körperlich leichten und nervlich wenig belastenden Arbeit nicht nachgehen. Der Psychiater und Psychotherapeut F.-K. teilte im Bericht vom 20.01.2014 mit, er behandle die Klägerin (derzeit tagesklinische Behandlung) seit 22.11.2007. Insgesamt sei die Behandlung der depressiven, rezidivierenden Episoden nicht gelungen. Die Klägerin habe weiterhin unter massiven Stimmungsschwankungen gelitten und sei meist deprimiert gewesen mit reduziertem Antrieb und massiven Insuffizienzgefühlen. Auf Grund der rezidivierenden depressiven Störungen und deren unzureichender Remission sowie auf Grund der Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu massiver Überforderung sei die Klägerin nicht erwerbsfähig.

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme der Neurologin, Psychiaterin und Sozialmedizinerin Dr. E. vom 26.02.2014 vor. Bei unveränderter Leistungseinschätzung werde eine weitere neurologisch-psychiatrisch-schmerztherapeutische Abklärung angeregt.

Das SG erhob daraufhin das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. H. vom 21.05.2014. Dieser eruierte einen Tagesablauf (Aufstehen 5.30 Uhr, Morgenkaffee und Yoga zur Schmerzüberwindung, Wecken der beiden Kinder zwischen 6.30 Uhr und 7.00 Uhr und Schulbrot richten, danach Duschen und mit dem Hund für 2 bis 2,5 Stunden in den Wald, Einkaufen und Haushaltsarbeit (keine Haushaltshilfe), Zubereitung des Mittagessens für den Ehemann (Büro im Haus), Mittagspause mit Lesen, erneut Hausarbeit, Abendessen zwischen 19.00 Uhr und 20.00 Uhr, zu Bett zwischen 20.00 Uhr und 22.00 Uhr; Hobbys u.a. Garten, gelegentlich Besuche von und bei Freunden, selten Urlaub, aber 2- bis 3mal jährlich nach B. zu einer Freundin, teils für mehrere Tage alleine mit dem Hund in die Berge mit Fotografieren und Übernachten im Freien, wenn keine Hütte erreichbar) und stellte auf Grund der Untersuchung der Klägerin am 07.05.2014 (zum körperlichen Befund: seitengleich deutlich beschwielte Hände) folgende Diagnosen: Dysthymie, rezidivierende depressive Episoden (double depression), Fibromyalgie, Beginn der depressiven Episoden etwa 2007. Als Ursache der Beschwerden sehe die Klägerin eine frühere Überlastungssituation, die sie bis jetzt nur zum Teil bewältigt habe. Sie leide unter einem Burnout, habe aber in der Psychotherapie gelernt, sich "zu coachen". Die Überlastung sei entstanden, weil sie (neben ihrer Beschäftigung bei einer IT-Firma) in die sehr anstrengende Arbeit des Ehemannes integriert worden sei. Aus der Arbeit für den Ehemann habe sie sich Ende 2008 ausklinken können, was zu einer vorübergehenden Besserung geführt habe; sie sei aber ständig in psychiatrischer Behandlung gewesen. Der psychische Befund habe - so Dr. H. - keine Zeichen für eine tiefergehende Depression ergeben. Die Lebensführung sei derzeit auch nicht von einer Depression geprägt. Antidepressiva würden nicht eingenommen. Als IT-Fachfrau könne die Klägerin 6 Stunden täglich arbeiten und auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (unter qualitativen Einschränkungen) mindestens 6 Stunden täglich verrichten; die Mitarbeit im Unternehmen des Ehemannes sei aber nicht mehr zumutbar. Die Klägerin sei wegefähig.

Nachdem die Klägerin Einwendungen gegen das Gutachten erhoben hatte, hielt Dr. H. in der ergänzenden Stellungnahme vom 04.11.2014 an seiner Leistungseinschätzung fest. Die Dysthymie sei eine den Betroffenen belastende Störung, begründe aber keine rentenberechtigende Leistungsminderung. Schwierige Hände seien ein deutlicher Hinweis für schwere körperliche Arbeit. Solche schwierigen Hände finde man nicht bei Menschen mit einer ins Gewicht fallenden Depression.

Mit Urteil vom 27.05.2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Klägerin stehe Erwerbsminderungsrente nicht zu. Sie könne leichte Tätigkeiten (unter qualitativen Einschränkungen) mindestens 6 Stunden täglich verrichten, weshalb Erwerbsminderung nicht vorliege ([§ 43 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch, SGB VI). Das folge aus den Verwaltungsgutachten der Dres. T. und Sch.-B. sowie aus dem Gerichtsgutachten des Dr. H. ... Dr. H. habe lediglich eine Dysthymie festgestellt und im psychischen Befund keine Zeichen für eine tiefergehende Depression gefunden. Der abweichenden Ansicht der behandelnden Ärzte könne nicht gefolgt werden.

Gegen das ihr am 04.06.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 29.06.2015 Berufung eingelegt. Sie trägt (unter Vorlage einer Stellungnahme des Psychiaters und Psychotherapeuten F.-K. vom 21.09.2015 und des Berichts der B. Klinik, Sch., vom 01.05.2014: tagesklinische Behandlung vom 18.11.2013 bis 14.03.2014; Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, emotional-instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ, chronifizierte multilokuläre Schmerzsymptomatik im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms und Restless-Legs-Syndrom; Zuweisung bei erneuter psychischer Dekompensation (u.a. Unfall des Sohnes Anfang 2013 mit offener Oberschenkelfraktur, Rentenprüfung in Deutschland); massive Kränkung durch Rentenablehnung in Deutschland; im Verlauf wechselndes Zustandsbild mit Stimmungsumschwüngen - an einem Tag stimmungsmäßig aufgeheitelt, am nächsten Tag niedergeschlagen, zuweilen wechselnde Stimmungszustände reaktiv im Tagesverlauf -; gegen Austritt etwas ruhiger und strukturierter mit kleinen Fortschritten; keine Medikamente bei Austritt) vor, das SG hätte sich auf die vorliegenden Gutachten, namentlich auf das Gutachten des Dr. H., nicht stützen dürfen. Dr. H. habe keine psychologischen Testverfahren durchgeführt und sich mit der Borderline-Störung nicht befasst. Es sei auch nicht geklärt, ob und inwieweit sie ein etwaiges Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzen könnte.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27.05.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11.12.2012 in der

Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2013 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, ab 01.07.2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme der Dr. E. vom 02.02.2016 vorgelegt. Darin heißt es u.a., im Bericht der Klinik B. vom 01.05.2014 fänden sich wiederum Hinweise auf das Fehlen einer rezidivierenden depressiven Störung (u.a.: wechselhaftes Stimmungsbild mit Stimmungsumschwüngen; zuweilen Wechsel der Stimmungszustände reaktiv im Tagesverlauf). Diese Darstellung mit tageweisem Wechsel der Stimmung entspreche nicht der Definition einer rezidivierenden depressiven Störung, die von einzelnen Phasen geprägt sei, es sei denn, es läge eine Rapid-cycling-Symptomatik vor, die als solche freilich nicht benannt worden sei. Die Feststellungen der Klinik B. sprächen daher ebenfalls eher für eine Dysthymie. Die Entlassungsempfehlung der Klinik weise nicht auf eine leitliniengerechte antidepressive Therapie hin, was ebenfalls für das Vorliegen einer Dysthymie spreche. Lägen einzelne depressive Episoden vor, ergäben sich ein entsprechender Leidensdruck und der Bedarf nach einer adäquaten leitliniengerechten Psychopharmakotherapie bzw. die Bereitschaft, daran mitzuwirken. In der Stellungnahme des Psychiaters und Psychotherapeuten F.-K. zeichne sich zwar ein undulierender Verlauf im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung ab, jedoch werde ersichtlich, dass eine leitliniengerechte antidepressive Psychopharmakotherapie nicht durchgeführt worden sei. Es möge ein psychiatrisches Gutachten erhoben werden.

Der Senat hat (auf Vorschlag der zunächst mit der Begutachtung beauftragten, aber überlasteten Psychiaterin und Psychotherapeutin Dr. W.-B.) das Gutachten des Prof. Dr. S. (Facharzt für Neurologie, Pädiatrie, Dozent für Psychotraumatologie) vom 23.08.2016 erhoben. Der Gutachter hat psychologische Testverfahren durchgeführt; diese sprächen für eine starke psychopathologische Beeinträchtigung. Der Gutachter hat folgende Diagnosen gestellt: dissoziative Störung im Rahmen eines basalen psychotraumatischen Belastungssyndroms mit depressiver Reaktion, starkem Angstanteil und Schwierigkeiten im Umgang mit aggressiven Impulsen und Somatisierungsstörung mit somatoformen Schmerzen (des Muskel-/Skelettsystems) und einer autonomen somatoformen Störung (mit gastrointestinalen Beschwerden). Auf Grund der Befunderhebung könne von einem Leistungsvermögen unter 3 Stunden täglich ausgegangen werden. Die Leistungseinschränkung bestehe seit der Dekompensation im Jahr 2009.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme der Dr. N. vom 27.09.2016 vorgelegt. Darin ist u.a. ausgeführt, Prof. Dr. S. habe (letztendlich fachfremd) eine nicht nachvollziehbare psychiatrische Leistungseinschätzung abgegeben. Alle psychiatrischen Gutachten bzw. Befundberichte hätten von einer schwankenden Verlaufsform der Depressivität, die nicht ganz in einen Normalbefund, sondern in einen leichten affektiven Verstimmungszustand im Sinne einer Dysthymie zurückgekehrt sei, gesprochen neben der subjektiven Beschwerdeangabe von Schmerzen, was zu Arbeitsunfähigkeitszeiten führen könne. Prof. Dr. S. habe die anamnestischen Angaben der Klägerin aus ihrer Zeit in der ehemaligen D. thematisiert, wobei allerdings die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung aus den subjektiven Angaben nicht abzulesen seien. Auch eine wesentliche Depressivität oder eine wesentliche Schmerzerkrankung gehe aus den Angaben der Klägerin nicht hervor. Auf Grund der im Gutachten mitgeteilten Anamnese könne eine wesentliche Verschlechterung im Vergleich zu den Vorbegutachtungen nicht angenommen werden. Auch die diagnostischen Entitäten fänden sich nicht in der Anamnese in der Form, dass daraus eine quantitative Leistungsminderung abzuleiten wäre. Ein körperlicher Untersuchungsbefund fehle. Stattdessen werde eine Vermischung von Deutungen, subjektiven Beschwerdeangaben und psychopathologischen Befunden geboten, weshalb eine Trennung zwischen der subjektiven Sichtweise des Gutachters, den Angaben der Klägerin und den Befunden nicht immer zweifelsfrei sei. Der erhobene psychopathologische Befund erbringe nur eine situativ (ansonsten allerdings nicht) bestehende Störung der Regulation von "Affekten und Impulsen", welche als "Verbitterungs-Affekt" mit "Furcht vor Retraumatisierung" beschrieben werde. Hier gehe kein depressiver Affekt hervor, nicht einmal eine leichte Depressivität, auch keine Angstsymptomatik und auch keine wesentliche andere Abweichung von einem Normalbefund, weshalb das Krankheitsbild allenfalls als Dysthymie, jedoch nicht als wesentliche Depressivität beschrieben werden könnte. Aus den blanden Befunden könne allerdings eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens nicht abgeleitet werden. Dem stehe die subjektive Beschwerdemitteilung in einem Depressions-Screening-Instrument (BDI) gegenüber, in dem ein Punktwert erhoben worden sei, der einer mittelschweren Depression entsprechen würde, wenn entsprechende Symptome vorliegen würden. Diese fänden sich aber nicht in den mitgeteilten Befunden, auch nicht in der Anamnese, so dass hier eine erhebliche Diskrepanz in der Beschwerdemitteilung und in der Befundung beschrieben werden müsse. Auch die weiteren testpsychologischen Befunde überstiegen nicht die einer subjektiven Beschwerdemitteilung, weshalb bei blandem psychopathologischem Befund eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens nicht zu begründen sei. Das Gutachten des Prof. Dr. S. unterstütze die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung der vorliegenden psychiatrischen Gutachten; das Postulat eines aufgehobenen quantitativen Leistungsvermögens könne nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden. Nach wie vor ergebe sich kein Beleg für eine quantitative Leistungsminderung. Eine Indikation für ein psychosomatisches Heilverfahren bestehe ebenfalls nicht.

Nachdem die Klägerin Einwendungen erhoben hatte, hat der Senat die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. S. vom 20.01.2017 eingeholt. Prof. Dr. S. hat ausgeführt, zu seiner neurologischen Facharztausbildung gehöre auch eine psychiatrische Ausbildung. Er habe das Leistungsvermögen der Klägerin aus seiner psychosomatisch-psychotraumatologischen Kompetenz beurteilt. Aus seiner Sicht sei der psychopathologische Befund zusammen mit dem Ergebnis der Testverfahren zu verwerten; diese stellten eine notwendige Ergänzung für eine psychosomatisch-psychotraumatologische Beurteilung dar. Aus psychosomatisch-psychotraumatologischer Perspektive sei der psychopathologische Befund nicht als bland zu bezeichnen. Von einer trauma-spezifischen Behandlung im Rahmen eines psychosomatischen Heilverfahrens könne durchaus noch eine Verbesserung der Fähigkeit zur Distanzierung und Stabilisierung erwartet werden. Er halte an seiner Leistungseinschätzung fest.

Die Beklagte hat die abschließende beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. N. vom 21.02.2017 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, das Gutachten des Prof. Dr. S. weiche von der übereinstimmenden Einschätzung der psychiatrischen Vorgutachten (Dysthymie und somatoforme Schmerzstörung) erheblich ab, wobei der unvollständige psychopathologische Befund eine nur während der Untersuchung, ansonsten aber nicht belegte "emotionale Abreaktion" der Klägerin mit einer Verbitterung beschrieben habe, ohne allerdings eine wesentliche affektive Erkrankung nach den Kriterien des ICD-10 abzuleiten. Hierbei seien testpsychologische Untersuchungen eingesetzt

worden, die den Charakter einer subjektiven Beschwerdemitteilung nicht überstiegen. Prof. Dr. S. habe eine Emotionsregulationsstörung, die allerdings nur "situativ" bestanden habe, benannt, die ohne Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung oder Ähnliches den Charakter einer subjektiven Beschwerdemitteilung nicht übersteige. Das Gutachten verzichte beinahe vollständig auf eine entsprechende Konsistenzprüfung, so dass die erhebliche Abweichung der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung auf dem Boden eines unvollständigen Befundes nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden könne. Die Dysthymie beschreibe einen leichtgradigen affektiven Verstimmungszustand, wie er auch aus dem Gutachten des Prof. Dr. S. hervorgehe, im Sinne einer Verbitterung, die nicht die Kriterien einer wenigstens leichten depressiven Episode erfülle. Eine darüber hinausgehende Störung werde im Gutachten nicht beschrieben und lasse sich auch nach den Kriterien des ICD-10 aus dem unvollständigen psychopathologischen Befund nicht zweifelsfrei ableiten. Die sozialmedizinische Schlussfolgerung in Bezug auf das Leistungsvermögen könne aus psychiatrischer Sicht nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden. Der mitgeteilte psychopathologische Befund lasse keinen Umstand erkennen, der, abgesehen von subjektiven Beschwerdeangaben, einem wesentlichen Krankheitsbild entspreche, welches von den Ergebnissen der Vorbegutachtungen erheblich abweiche. Ein psychopathologischer Befund, der an ein schwerwiegendes psychisches Krankheitsbild denken lassen würde, werde nicht mitgeteilt. Eine schwere Persönlichkeitspathologie im Sinne einer Persönlichkeitsstörung werde ebenso wenig formuliert wie ein entsprechendes schweres affektives Krankheitsbild. Hinsichtlich der durchgeführten psychologischen Tests sei kein Beschwerdevalidierungsverfahren eingesetzt worden, auch eine entsprechend ausführliche Konsistenzprüfung gehe aus dem Gutachten nicht hervor. Insoweit falle auf, dass die mitgeteilten Befunde im Wesentlichen die in den vorliegenden psychiatrischen Gutachten festgestellten Anknüpfungstatsachen nicht überstiegen, so dass die sozialmedizinischen Schlussfolgerungen ohne eine entsprechende Konsistenzprüfung nicht mit der notwendigen Sicherheit nachvollzogen werden könnten. So gehe aus dem BDI-Test eine schwere depressive Episode hervor, während der mitgeteilte psychopathologische Befund nach den Kriterien des ICD-10 keinen Hinweis auf eine schwere Depressivität erbringe. Im von Prof. Dr. S. erhobenen Befund fänden sich keine gedrückte Stimmung, kein Interessenverlust, keine Freudlosigkeit und keine Verminderung des Antriebs. Es gebe auch keine Hinweise auf eine Verminderung der Konzentration oder Aufmerksamkeit, auf ein vermindertes Selbstwertgefühl, auf ein Gefühl von Wertlosigkeit oder auf negative Zukunftsperspektiven, auf Suizidgedanken, Schlafstörungen oder auf einen verminderten Appetit. Die Notwendigkeit eines psychosomatischen Heilverfahrens lasse sich nicht zweifelsfrei ableiten. Die vergleichsweise blande Symptomatik, die mittlerweile im Sinne einer Dysthymie und einer somatoformen Schmerzstörung bestehe, sei offensichtlich chronifiziert. Das Gutachten des Prof. Dr. S. überzeuge in der Darstellung vergleichsweise blander psychopathologischer Befunde. Eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens lasse sich hiermit aber nicht zweifelsfrei nachvollziehen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihr Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren. Sie hat darauf keinen Anspruch.

Das Sozialgericht hat in seinem Urteil zutreffend dargelegt, nach welchen Rechtsvorschriften ([§§ 43, 240 SGB VI](#)) das Rentenbegehren der Klägerin zu beurteilen ist, und weshalb ihr danach Rente nicht zusteht. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Beteiligten und die Ergebnisse der Beweisaufnahme im Berufungsverfahren anzumerken:

Auch der Senat ist der Auffassung, dass die Klägerin leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (unter qualitativen Einschränkungen) mindestens 6 Stunden täglich verrichten kann, weshalb Erwerbsminderung nicht vorliegt ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Das geht aus den Verwaltungsgutachten der Dres. Sch.-B. und T., dem vom SG erhobenen Gutachten des Dr. H. und den beratungsärztlichen Stellungnahmen der Dres. E. und N. überzeugend hervor. Der abweichenden Auffassung des Prof. Dr. S. in dessen im Berufungsverfahren erhobenen Gutachten vom 23.08.2016 (ergänzende Stellungnahme vom 20.01.2017) kann sich der Senat nicht anschließen.

Die Klägerin stützt ihr Rentenbegehren im Kern auf Erkrankungen des psychiatrischen Fachgebiets; unzureichend eingestellter Bluthochdruck, belastungsabhängiges Asthma bronchiale (bei spirometrischem Normalbefund) und ein Restless-Legs-Syndrom begründen keine rentenberechtigenden (zeitlichen) Leistungseinschränkungen (Gutachten der Dr. T. vom 27.11.2012). Solche Leistungseinschränkungen sind auch auf psychiatrischem Fachgebiet aber nicht festzustellen.

Die Begutachtung der Klägerin im Verwaltungsverfahren hat eine sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtliche psychiatrische Erkrankung nicht ergeben. Dr. Sch.-B. hat im Gutachten vom 21.11.2012 neben einer somatoformen Schmerzstörung vor allem eine Dysthymie diagnostiziert, eine eigentliche depressive Störung aber nicht gefunden und eine (sozialmedizinisch) relevante mittelgradige oder schwere depressive Episode ausgeschlossen. Er hat sich dafür (u.a.) auf das Fehlen einer antidepressiven Pharmakotherapie (insoweit bei angegebener Medikamenteneinnahme kein Medikamentenspiegel feststellbar - Gutachten der Dr. T. vom 27.11.2012) und deutliche Gebrauchsspuren an den Händen der Klägerin gestützt; solche auf schwere körperliche Arbeit hinweisende Gebrauchsspuren finden sich, wie Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04.11.2014 dargelegt hat, bei hinreichend schwer Depressionskranken nicht. Auch der von Dr. Sch.-B. erhobene psychopathologische Befund stützt die Diagnose einer (bloßen) Dysthymie, nachdem lediglich eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit bei erhaltenem Antrieb festgestellt worden ist. Der Gutachter hat darauf gestützt überzeugend eine rentenberechtigende (zeitliche) Leistungsminderung ausgeschlossen.

Die Leistungseinschätzung der Verwaltungsgutachter Dres. Sch.-B. und T. hat sich im sozialgerichtlichen Verfahren bestätigt. Dr. H. hat im Gutachten vom 21.05.2014 ebenfalls eine Dysthymie mit rezidivierenden depressiven Episoden diagnostiziert, die ggf. zu vorübergehender Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts, nicht jedoch zu überdauernder Erwerbsminderung im Sinne des Rentenversicherungsrechts führen können. Die Diagnostik und Leistungseinschätzung des Gutachters ist aus dem erhobenen

psychopathologischen Befund (keine Zeichen einer tiefergehenden Depression), dem eruierten Tagesablauf (nicht von einer Depression geprägt und im Wesentlichen nicht beeinträchtigt) und dem Fehlen einer antidepressiven Pharmakotherapie überzeugend begründet.

Im Berufungsverfahren hat sich ein wesentlich anderes Bild nicht ergeben. Aus dem Bericht der B. Klinik vom 01.05.2014 ergeben sich ebenfalls Hinweise auf das Vorliegen einer Dysthymie. Der mitgeteilte Befund eines tageweise, teils auch untertags wechselnden Stimmungsbilds spricht, wie Dr. E. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 02.02.2016 schlüssig dargelegt hat, für eine Dysthymie und nicht für eine rezidivierende depressive Störung. Die den Erkenntnissen der Rentengutachter Dres. Sch.-B., T. und H. widersprechende Diagnostik der B. Klinik kann daher nicht überzeugen, zumal in der Entlassungsempfehlung eine leitliniengerechte Depressionsbehandlung auch nicht angeraten worden ist.

Das Gutachten des Prof. Dr. S. vom 23.08.2016 kann ebenfalls nicht überzeugen. Die Auffassung des Gutachters, die Klägerin könne nur unter 3 Stunden täglich erwerbstätig sein, stellt eine aus Befunden schlüssig und nachvollziehbar begründete sozialmedizinische Leistungseinschätzung nicht dar. Der Gutachter hat keine psychopathologischen Befunde erhoben, die die Annahme einer sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtlichen Erkrankung des depressiven Formenkreises oder (damit zusammenhängend) einer höhergradigen Schmerzerkrankung begründen könnten. Wie Dr. N. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 27.09.2016 und ergänzend in der Stellungnahme vom 21.02.2017 dargelegt hat, findet sich im Gutachten des Prof. Dr. S. anstelle einer klaren Befunderhebung eine Vermischung von Deutungen, subjektiven Beschwerdeangaben und psychopathologischen Befunden, was eine tragfähige Grundlage für eine sozialmedizinische Leistungseinschätzung nicht abgeben kann. Der (eigentliche) psychopathologische Befund enthält demgegenüber keine depressive Affektstörung und weist - so Dr. N. - nicht einmal auf eine leichte Depressivität hin. Damit kann die Befundlage - wiederum und in Einklang mit den Erkenntnissen der Vorgutachter - lediglich die Annahme einer Dysthymie tragen, aus der rentenberechtigende (zeitliche) Leistungseinschränkungen freilich nicht abzuleiten sind.

Die psychometrischen Testverfahren (wie der BDI-Test), die Prof. Dr. S. herangezogen hat, können die erheblichen Mängel in der Grundlegung seiner sozialmedizinischen Leistungseinschätzung nicht ausgleichen. Sie stellen im Kern Selbstbeurteilungsverfahren (bzw. subjektive Beschwerdemitteilungen - beratungsärztliche Stellungnahmen des Dr. N. vom 27.09.2016 und 21.02.2017) dar, die in erster Linie für therapeutische Zwecke und nicht für sozialmedizinische Begutachtungen konzipiert und validiert sind und denen für die sozialmedizinische Begutachtung ohne Konsistenzprüfung und ohne Verankerung in entsprechenden Befunden wenig Aussagekraft beigemessen werden kann. Insoweit hat Dr. N. in den beratungsärztlichen Stellungnahmen vom 27.09.2016 und 21.02.2017 zu Recht auf die erhebliche Diskrepanz in der Beschwerdemitteilung (Selbstbeurteilung) und der Befundung hingewiesen. Die psychometrischen Selbstbeurteilungsverfahren haben den Punktwert einer mittelschweren (oder schweren) Depression ergeben, wofür sich im psychopathologischen Befund und in der Anamnese aber keine Symptome finden lassen. Wie Dr. N. insbesondere in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21.02.2017 ausgeführt hat, hat Prof. Dr. S. keine gedrückte Stimmung, keinen Interessenverlust, keine Freudlosigkeit, keine Antriebsminderung, und keine Hinweise (u.a.) auf eine Verminderung der Konzentration, der Aufmerksamkeit, des Selbstwertgefühls, des Appetits oder auf Schlafstörungen festgestellt. Auf eine Konsistenzprüfung der psychometrischen Testergebnisse hat Prof. Dr. S. - so Dr. N. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21.02.2017 - beinahe vollständig verzichtet und auch ein Beschwerdevalidierungsverfahren nicht eingesetzt, obgleich hierfür angesichts der Feststellungen und der Erkenntnisse der Vorgutachter, namentlich des Dr. H., in besonderem Maße Anlass gewesen wäre.

Der Senat kann danach eine sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtliche chronifizierte und schwerwiegende Depressionserkrankung mit dauerhaften bzw. i.S.d. [§ 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) auf nicht absehbare Zeit bestehenden (mindestens 6 Monate anhaltenden - vgl. etwa jurisPK-SGB VI/Freudenberg, § 43 Rdnr. 93) Auswirkungen auf das zeitliche Leistungsvermögen der Klägerin nicht feststellen. Es muss vielmehr bei der überzeugenden (einhelligen) Leistungseinschätzung der Dres. Sch.-B., T. und H. bleiben. Dabei fällt zusätzlich ins Gewicht, dass eine leitliniengerechte Depressionsbehandlung ersichtlich nicht stattgefunden hat. Darauf hat (etwa) Dr. N. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 02.02.2016 zu Recht hingewiesen. Wenn aber (tatsächlich) eine sozialmedizinisch (rentenrechtlich) beachtliche Erkrankung des depressiven Formenkreises vorliegt, finden - schon wegen des entsprechenden Leidensdrucks - regelmäßig angemessene und multimodale psychopharmakologische, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen (ambulant bzw. auch teilstationär und stationär) statt. Depressionserkrankungen führen auch nicht unbesehen zur Berentung. Sie sind vielmehr behandelbar und auch zu behandeln, bevor Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#) angenommen werden kann (vgl. auch Senatsurteil vom 27.04.2016, - [L 5 R 459/15](#) -, in juris). Wie aus den Leitlinien der Beklagten für die sozialmedizinische Begutachtung (Stand August 2012, Leitlinien) hervorgeht, bedingt eine einzelne mittelgradige oder schwere depressive Episode in den meisten Fällen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und erfordert eine Krankenbehandlung, stellt jedoch in Anbetracht der üblicherweise vollständigen Remission keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit dar. Eine ungünstige Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit kommt danach (erst) in Betracht, wenn mehrere der folgenden Faktoren zusammentreffen: Eine mittelschwer bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik, ein qualifizierter Verlauf mit unvollständigen Remissionen, erfolglos ambulante und stationäre, leitliniengerecht durchgeführte Behandlungsversuche, einschließlich medikamentöser Phasenprophylaxe (z.B. Lithium, Carbamazepin, Valproat), eine ungünstige Krankheitsbewältigung, mangelnde soziale Unterstützung, psychische Komorbidität, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und erfolglose Rehabilitationsbehandlung (Leitlinien S. 101 f.). Eine Fallgestaltung dieser Art ist bei der Klägerin mit dem Vorliegen einer Dysthymie nicht festgestellt.

Die abweichenden Auffassungen behandelnder Ärzte stellen ärztliche Meinungsäußerungen und keine aus Befunden nachvollziehbar begründete sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen dar; vor den Erkenntnissen der Rentengutachter Dres. Sch.-B., T. und H. können sie keinen Bestand haben.

Die Beurteilung von Invalidität nach Sch. Rentenrecht ist für die Beurteilung von Erwerbsminderung nach deutschem Rentenrecht nicht maßgeblich; an die Einschätzung des Sch. Rentenversicherungsträgers ist die Beklagte nicht gebunden. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)) kommt für die 1963 und damit nach dem maßgeblichen Stichtag (02.01.1961) geborene Klägerin nicht in Betracht ([§ 240 SGB VI](#)).

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat angesichts der vorliegenden Gutachten und Arztberichte weitere Ermittlungen, insbesondere weitere Begutachtungen, nicht auf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#)

beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-07-22