

L 13 R 3595/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 4248/12
Datum
09.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 3595/14
Datum
21.05.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Juli 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1966 geborene Kläger war im Zeitraum vom 1. September 1983 bis Januar 2011 - mit Unterbrechungen - in seinem erlernten Beruf als Installateur versicherungspflichtig beschäftigt. Wegen der Einzelheiten der versicherungsrechtlichen Zeiten wird auf den Gesamtkontospiegel vom 19. September 2011 in den Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Der Kläger leidet im Wesentlichen unter durch Alkoholmissbrauch bedingten psychischen Störungen und internistischen Erkrankungen. Vom 22. März bis 10. Juli 2011 befand er sich mit den Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom), Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst, alter Myokardinfarkt, Schlaganfall (nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet) und nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus, Typ-2-Diabetes (ohne Komplikationen, nicht entgleist) in der Reha-Klinik B ... Gemäß dem Heilverfahren-Entlassungsbericht (HV-EB) vom 20. Juli 2011 wurde der Kläger, der meinte, nur noch maximal sechs Stunden pro Tag arbeiten zu können und der beabsichtigte eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, für eine Tätigkeit als Energieanlagefachkraft wie auch für mittelschwere Tätigkeiten in Tages- und Früh/Spätschicht als sechs Stunden und mehr leistungsfähig erachtet.

Den Rentenanspruch des Klägers vom 25. August 2011, mit welchem er geltend machte, seit 10. Januar 2011 erwerbsgemindert zu sein, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 19. September 2011 und Widerspruchsbescheid vom 6. August 2012 ab, da der Kläger mittelschwere Tätigkeiten bei Beachtung - näher bezeichneter - qualitativer Einschränkungen täglich sechs Stunden und mehr verrichten könne und damit nicht erwerbsgemindert sei.

Grundlage der Entscheidung war eine Stellungnahme der Fachärztin für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Sozialmedizin Dr. T. vom 15. September 2011, die die vorgelegten und beigezogenen ärztlichen Äußerungen (Berichte behandelnder Ärzte und HV-EB) ausgewertet hatte (Diagnosen: Alkoholkrankheit, Panikstörung episodisch paroxysmale Angst, leichte Hemisymptomatik links sowie Gesichtsfelddefekt linkes Auge unklarer Ätiologie [DD: transitorisch ischämische Attacke, DD: Somatisierungsstörung], Diabetes mellitus Typ II und diabetische Polyneuropathie [PNP] und Nephropathie, coronare Zwei-Gefäßerkrankung mit Zweifach-Stentimplantation, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung; die bisherige Tätigkeit und mittelschwere Tätigkeiten mit ständigem Sitzen oder überwiegendem Stehen und Gehen in Tages- und Früh-/Spätschicht - ohne Nähe zu Alkoholika, Tätigkeiten, die Gang- und Standsicherheit erforderten sowie Tätigkeiten mit Absturzgefahr - seien sechs Stunden und mehr arbeitstäglich möglich). Ferner waren auf den Widerspruch des Klägers, der u.a. auch auf die Feststellung eines GdB von 90 hinwies, nach Eingang weiterer Arztberichte Gutachten eingeholt worden. Im Gutachten vom 13. April 2012 war die Fachärztin für Chirurgie und Sozialmedizin Dr. L. zum Ergebnis gelangt, es bestehe eine leicht verminderte Belastbarkeit der Rumpfwirbelsäule bei geringen Funktionseinbußen. Der Kläger gebe degenerative Veränderungen an. Ferner bestünden eine Fußfehlform, beidseits durch Einlagen behandelt, und geringe Restbeschwerden nach Oberarmschaftbruch 2009 rechts bei Z.n. Materialentfernung 2010 ohne Funktionsbeeinträchtigung. Unter Berücksichtigung dessen bestehe für leichte und mittelschwere Arbeiten - ohne überwiegende Wirbelsäulenzwangshaltungen und häufiges Bücken mit Anheben von Gegenständen aus gebückter Haltung - ein sechsstündiges

Leistungsvermögen. Im nervenärztlichen Gutachten vom 17. April 2012 war der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. zum Ergebnis gelangt, es lasse sich aus den Schilderungen eine langjährig bekannte Agoraphobie mit Panikstörung festmachen, außerdem eine Persönlichkeitsstörung mit aggressionsgehemmten gleichzeitig wohl auch leicht narzisstischen Zügen bei nur begrenzter Konfliktfähigkeit sowie offenkundiger Neigung zu jedenfalls zusätzlicher funktioneller Beschwerdeausweitung. Kein Zweifel bestehe an einer Alkoholkrankheit. Für eine psychotische oder etwa hirnorganische Symptomatik ergäben sich aber keine Hinweise. Insbesondere ergäben sich klinisch wie aber auch testpsychologisch keine kognitiv-mnestischen Leistungseinschränkungen. Der vielschichtigen Beschwerdeschilderung sei durchaus eine erhaltene Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und aber auch affektive und inhaltliche Auslenkbarkeit gegenüberzustellen. Hinsichtlich der psychischen Störungen finde eine ambulante Psychotherapie, psychiatrische oder etwa antidepressive Behandlung gerade nicht statt. Sozialmedizinisch richtungweisende organoneurologisch begründete Störungen seien nicht mit der erforderlichen Sicherheit festzumachen. Jedenfalls seien eine cerebrale ischämische Symptomatik oder eine Epilepsie sicherlich nicht als Diagnose zu belegen. Hinweise für eine latente PNP in sozialmedizinisch relevantem Ausmaß ergäben sich nicht. Auch die Angaben des Klägers zum außerberuflichen Alltag, wonach dieser selbst Auto fahre, Rad fahre, Schwimmen gehe, gelegentlich ins Kino gehe, Essen gehe und nun eine Ägyptenreise plane, ließen sicherlich nicht auf überdauernde quantitative Leistungseinschränkungen schließen. Unter Berücksichtigung all dessen könne der Kläger aus nervenärztlicher Sicht zumindest körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zu ebener Erde - ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten, in Nacht- und Wechselschicht, mit ständigem Zeitdruck, unmittelbar an gefährdenden Maschinen - weiter vollschichtig verrichten. Abschließend war der Arzt für Innere Medizin, Sportmedizin, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen Dr. M. im Gutachten vom 1. Juni 2012 von einer Panikstörung mit Agoraphobie, die bislang unbehandelt sei, einer Persönlichkeitsstörung, einer Alkoholkrankheit mit Abstinenz seit der zweiten Entwöhnungsbehandlung, einer coronaren Herzkrankheit mit z.n. kleinem Hinterwandinfarkt und dreimaliger PTCA ohne Nachweis von Durchblutungsstörungen des Herzens bis 125 Watt ebenso wie in der Myocardszintigraphie, einer leicht verminderten Belastbarkeit der Rumpfwirbelsäule bei leichtgradigen degenerativen Veränderungen, einer durch Einlagen behandelte Fußfehlform beidseits und unklaren anfallsartigen Beschwerden ohne Zuordnung zu einer organ-neurologischen Diagnose, zur Zeit mit dem V. a. Temporallappenepilepsie behandelt, ausgegangen. Das Leistungsvermögen sei lediglich qualitativ, nicht jedoch quantitativ eingeschränkt. Der Kläger könne leichte und mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne schwere körperliche Tätigkeiten, Heben und Tragen schwerer Lasten, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, auf unebenem Boden, mit ständigem Zeitdruck, an unmittelbar gefährdenden Maschinen, mit längerdauernder Zwangshaltung sowie häufigem Bücken und Nachtschicht - sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten.

Deswegen hat der Kläger am 23. August 2012 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Er hat im Wesentlichen sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft.

Das SG hat ein orthopädisches Sachverständigengutachten des Prof. Dr. H. vom 3. Januar 2013 sowie ein Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sch.-B. vom 27. Mai 2013 eingeholt.

Prof. Dr. H. hat nach Aktenlage und Untersuchung des Klägers auf seinem Gebiet eine chronische belastungsabhängige Lumbalgie diagnostiziert und, auf fachfremdem Gebiet, nach Aktenlage die Diagnosen Panikstörungen mit Agoraphobie, Persönlichkeitsstörung, Alkoholkrankheit, coronare Herzkrankheit sowie unklare anfallsartige Beschwerden aufgeführt. Aus körperlichen Gründen sei der Kläger kaum beeinträchtigt. Schwerwiegende orthopädische Erkrankungen bestünden nicht. Der Kläger könne leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zehn kg im Wechsel zwischen Sitzen und Stehen/Gehen - ohne Akkordarbeit, Arbeit im Freien oder in Nässe und Staub - sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten. Er könne auch alle öffentlichen Verkehrsmittel benutzen. Eine besondere Einschränkung der Gehstrecke bestehe aus orthopädischer Sicht nicht.

Dr. Sch.-B. gegenüber hat der Kläger auf die Frage nach seinem Tagesablauf angegeben, er mache nicht viel, er liege viel im Bett und richte für seine Tochter das Frühstück. Hinsichtlich des neurologischen Befundes sind die Muskeleigenreflexe an den Armen seitengleich und an den Beinen der PSR nach Bahnung seitengleich schwach erhalten sowie der ASR beidseits nicht auslösbar gewesen. Es haben sich keine Pyramidenbahnzeichen, keine Tonussteigerung, keine umschriebenen Atrophien, kein Tremor und keine trophischen Störungen gefunden. Hinsichtlich der Motorik hat sich eine allseits erhaltene grobe Kraft, Feinbeweglichkeit und Koordination ergeben. Das Gangbild ist unauffällig und erschwerte Gangprüfungen sind problemlos durchführbar gewesen. Hinsichtlich des psychischen Befundes ist der Kläger bei der Untersuchung wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert gewesen. Der Denkablauf ist formal geordnet und flüssig gewesen. Inhaltliche Denkstörungen oder Sinnestäuschungen haben sich nicht finden lassen. Eine wesentliche depressive Verstimmung ist für den Sachverständigen nicht erkennbar gewesen und ansatzweise hat sich beim Ansprechen nicht begutachtungsrelevanter Themen eine erhaltene Schwingungsfähigkeit gezeigt. In der Schilderung der Beschwerden hat der Kläger etwas klagsam gewirkt, mit der Tendenz, diese ausführlich darzustellen, wobei er sich dabei von der Schwere dieser Beschwerden und der für ihn hieraus resultierenden Einschränkung überzeugt gezeigt hat. Antrieb und Intelligenzfunktion sind erhalten gewesen. Auf Grund dessen hat der Sachverständige die Diagnosen Alkoholkrankheit, partiell abstinent, Panikstörung mit Claustro- und Agoraphobie, V.a. Persönlichkeitsstörung mit gehemmt-abhängigen und phobisch-depressiven Anteilen, PNP (gemischter Ätiologie - diabetisch, toxisch) und V.a. epileptische Gelegenheitsanfälle (äthyltoxisch). Der Kläger habe bei der Untersuchung seine Luftnot seit der Anlage eines dritten Stents bei einer coronaren Herzkrankheit in den Vordergrund gestellt. Im Vordergrund des klinischen Bildes stehe indes eine langjährige Alkoholkrankheit. Diese sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Tendenzen zu sehen, in deren Rahmen sich eine Panikstörung mit Phobien entwickelt habe. Für beide Krankheitsbilder seien die therapeutischen Möglichkeiten nicht erschöpft und neben einer regelmäßigen Teilnahme an einer psychosozialen Beratung sei in Abhängigkeit von der Suchtentwicklung eine nochmalige psychiatrische verhaltenstherapeutische Behandlung zu empfehlen. Es lägen seelisch bedingte Störungen vor, die nur zum Teil von Aggravation abzugrenzen seien. Bei der Untersuchung sei von einer gewissen Selbstlimitierung und einem deutlichen Rentenwunsch auszugehen. Dieser Teil der Störung könne durch zumutbare Willensanstrengung überwunden werden. Der Kläger sei zu einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit in der Lage. Er könne unter Berücksichtigung der Leiden körperlich leichte bis punktuell mittelschwere Tätigkeiten vorwiegend mit wechselnder Rückenbelastung - ohne Nachtschicht, intensivem Publikumskontakt, alkoholnahe Tätigkeiten, wie z.B. in der Gastronomie, sowie Tätigkeiten mit Absturzgefahr und an offenen Maschinen oder dergleichen - mehr als sechs Stunden arbeitstäglich verrichten. Hinsichtlich des Weges zur Arbeitsstelle bestehe keine Einschränkung und es seien auch keine besonderen Arbeitsbedingungen unerlässlich.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG ferner ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie, Radiologische Diagnostik/Neuroradiologie Dr. K. vom 7. Januar 2014 eingeholt. Dieser ist nach einer Untersuchung und "unter Berücksichtigung neuroradiologischer und testpsychometrischer Erkenntnisse", die im Gutachten wiedergegeben sind, zum Ergebnis gelangt,

beim Kläger bestünden eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit typischer Symptomologie seit Anfang der 90er Jahre und eine adulte Verlaufsform des ADS mit Symptompersistenz im Erwachsenenalter und klinischem Beginn im Schulalter. Es bestünden ferner Hinweise auf eine sekundäre, möglicherweise hirnorganische Beeinträchtigung als Folge eines jahrelangen "Alkoholfehlgebrauchs", wobei die vorgenommene Laborkontrolle nahelege, dass es mit der angegebenen Alkoholkarenz "nicht so weit her" sei. Ferner ergäben sich Anhaltspunkte für ein epileptisches Krankheitsgeschehen, am ehesten in Form einer Alkoholepilepsie, gegebenenfalls auch einer Infarktepilepsie mit rechtsseitig temporomesialen Fokus. Es handle sich um ein sehr komplexes Syndrombild, bei dem neben psychiatrischen Diagnosen mit unterschiedlichem Symptombeginn und neurologischen Krankheitszeichen zugleich eine Komorbidität mit internistischen Leiden vorliege. Von einer Simulation oder Aggravation der geschilderten Attacken, aber auch der vom Kläger genannten Beschwerden, gehe er nach Lage der Dinge nicht aus. Die durchgeführte objektive Diagnostik erhärte den Verdacht manifester Krankheitszeichen auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet von erheblichem Ausmaß. Diese seien mit zumutbarer Willensanstrengung nicht zu überwinden. Eine fachärztlich geleitete interdisziplinäre ambulante Therapie und Behandlung der Symptome sei notwendig. Allein auf Grund seines schlechten Gesundheitszustandes auf nervenärztlichem und epileptologischem Gebiet könne dem Kläger keine regelmäßige Erwerbstätigkeit zugemutet werden. Der Kläger könne zwar im Prinzip Wege zur Arbeitsstelle zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen, allerdings hätten sich die Attacken in den letzten Monaten so häufig eingestellt, dass hier fast eine dauernde Begleitung notwendig sei. Das Führen eines Kraftfahrzeuges sei dem Kläger zu untersagen. Die Einschränkungen seien etwa seit Anfang 2010 in dieser vollen Form nachgewiesen.

Die Beklagte hat gegen das Gutachten von Dr. K. Einwendungen erhoben und hierzu eine sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Physikalische Therapie und Sozialmedizin Dr. E. vom 26. Februar 2014 vorgelegt. Diese schließt sich im Wesentlichen den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten sowie den Gutachten von Prof. Dr. H. und Dr. Sch.-B. an. Das Gutachten von Dr. K. biete eine verwirrende Struktur mit zweimaligen körperlich-neurologischen Befunden und Wiederholung einzelner apparativer Befunde. Dr. E. hat die aus ihrer Sicht widersprüchlichen bzw. nicht nachvollziehbaren Befunde, Diagnosen und Angaben im Gutachten von Dr. K. benannt und dies ausführlich begründet. Insoweit wird auf ihre ausführliche Stellungnahme verwiesen. Auf der Basis dieser sehr verwirrenden, durch den Gutachter selbst immer wieder in Frage stellende Diagnose lasse sich, so Dr. E., die Reduzierung des Leistungsvermögens auf unter drei Stunden werktäglich nicht nachvollziehen. Ebenso nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen mit Beantwortung zu Beweisfrage 6 bezüglich der Wegfähigkeit, wenn der Gutachter plötzlich wieder von Attacken und nicht von den von ihm vermeintlich nachgewiesenen cerebralen Anfällen spreche. Diese also nicht näher erklärten Attacken begründeten laut Gutachter die Notwendigkeit einer dauerhaften Begleitung des Klägers. Auf der Basis dieser fragwürdigen psychometrisch-neuropsychologischen Testung erkläre Dr. K. den Kläger als fahruntauglich. Ebenfalls nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen mit Beantwortung von Beweisfrage 8. Wenn der Kläger eine hirnorganische Veränderung hätte, erübrigte sich eine Nachprüfung der gesundheitlichen Bedingungen bezüglich der Gewährung einer Rente nach Ablauf von spätestens fünf Jahren. Das Gutachten von Dr. K. könne in der verwirrenden Exploration, Befundung, der zum Teil nicht nachvollziehbaren Diagnostik, der nicht nachvollziehbaren Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung und insbesondere hinsichtlich der Erarbeitung des Leistungsvermögens des Klägers nicht überzeugen. In der Gesamtschau der vorliegenden medizinischen Erkenntnisse und der vorliegenden fachärztlichen Gutachten sei aus neurologisch-psychiatrischer Sicht das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf mindestens sechs Stunden werktäglich einzuschätzen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Stellungnahme der Dr. E. verwiesen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Kläger schließlich angegeben, er nehme jeden Morgen mehrere Tabletten zur Beruhigung, gegen epileptische Anfälle, gegen Cholesterin, gegen Bluthochdruck und für das Herz sowie Insulin. Er stehe immer so zwischen 07:00 Uhr und 08:00 Uhr auf und benötige dann eine Stunde, um sich herzurichten. Dann warte er, bis jemand komme und ihm helfe, gewöhnlich seine Mutter oder sein Vater, die nebenan wohnten und Rentner seien. Am Vormittag gehe er gewöhnlich mit seiner Mutter einkaufen und mache dann das Mittagessen für die Familie. Bevor diese komme, lege er sich erst mal hin, um sich etwas auszuruhen. Nach dem Essen lege er sich wieder für eine Stunde hin. Anschließend gehe er dann regelmäßig mit dem Hund von Nachbarn spazieren, immer so etwa 20 Minuten bis zu einer halben Stunde. Den weiteren Nachmittag verbringe er dann häufig auf der Terrasse. Man spiele auch Karten. Seine Familie komme dann zum Abendessen nach Hause. Dieses bereite seine Frau oder seine Tochter. Nach dem Abendessen lege er sich dann wieder schlafen, da er ja nachts nicht gut schlafen könne. Er stehe dann wieder zur Tagesschau auf und sehe sich gewöhnlich einen Film an. Normalerweise gehe er dann zwischen 22.00 Uhr und 22.30 Uhr ins Bett.

Mit Urteil vom 9. Juli 2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung seien nicht erfüllt. Der Kläger sei weder voll, noch teilweise erwerbsgemindert. Dies ergebe sich aus den Gutachten von Prof. Dr. H. und Dr. Sch.-B. ... Im Vordergrund stünden die Beschwerden auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet. Die durch das Sachverständigen Gutachten von Dr. Sch.-B. nachgewiesenen Gesundheitsstörungen bedingten nur qualitative Einschränkungen, die einer Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht entgegenstünden. Demgegenüber sei Dr. K. nicht zu folgen. Dessen Gutachten erscheine weder in der Argumentation, noch im Ergebnis zutreffend. Insofern sei auf Dr. E. zu verweisen. Das Gutachten von Dr. K. leide unter verschiedenen Mängeln. Die Diskussion über ein mögliches cerebrales Infarktgeschehen im linken Mediastromgebiet sei nicht vereinbar mit den Angaben des Klägers einer Taubheit der linken Körperhälfte. Ebenso nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen bezüglich eines möglichen Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms. So werde auf Grundlage eines Grundschulzeugnisses ein adultes ADS diskutiert. Demgegenüber habe der Kläger eine Lehre als Gas- und Wasserinstallateur und Heizungsbauer erfolgreich absolviert und auch Schulungen und Prüfungen im Zusammenhang mit der Tätigkeit als Energieanlagefachkraft abgelegt. Auch die diagnostizierte narzisstische Persönlichkeitsstörung solle seit der Kindheit bestehen. Sie habe den Kläger aber ebenfalls nicht an der weiteren Ausbildung und der späteren Ausübung eines Berufes gehindert. Auf der Grundlage des Gutachtens des Dr. K. lasse sich eine Einschränkung des Leistungsvermögens auf unter drei Stunden nicht nachvollziehen. Es bestehe auch weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsminderung, die ausnahmsweise die Benennung einer konkreten Tätigkeit erfordern würden. Die Leistungseinschränkungen seien nicht geeignet, das Feld körperlich leichter Arbeiten zusätzlich wesentlich einzuzengen. Das Restleistungsvermögen erlaube dem Kläger weiterhin noch körperliche Verrichtungen, die in leichten einfachen Tätigkeiten gefordert würden, wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Montieren, Kleben, Sortieren, Verpacken oder Zusammensetzen von kleinen Teilen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 21. Juli 2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. August 2014 Berufung eingelegt. Er könne sich mit der Auffassung des SG nicht einverstanden erklären. Im Gegensatz zum Gutachten von Dr. Sch.-B. habe sich Dr. K. ausführlich mit seiner Persönlichkeit bis zurück in seine Jugend auseinandergesetzt und sei zur zutreffenden Auffassung gelangt, dass er zu einer Tätigkeit auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt überhaupt nicht mehr in der Lage sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Juli 2014 aufzuheben sowie die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 19. September 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. August 2012 zu verurteilen, ihm Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. Sch.-B. vom 25. März 2015 eingeholt. Er hat an seiner Beurteilung des Leistungsvermögens im Wesentlichen festgehalten. Hinsichtlich des körperlich neurologischen Befundes habe Dr. K. vor allem subjektive und auch fachfremde Symptome genannt. Unklar bleibe die Aussage, "bei erhaltener Vibrationsempfindung sei die Hypästhesie bemerkenswerterweise" nicht mehr zu objektivieren. Auch der Neurographiebefund sei widersprüchlich. Für den N. Peronäus links werde bei fehlendem Potential keine Nervenleitgeschwindigkeit angegeben. Dies könne geschehen, wenn der Widerstand der Elektrode zu hoch oder diese ungünstig platziert sei. Unterschenkelödeme oder eine schwerst fortgeschrittene PNP könnten dies auch bedingen. Letzteres könne ausgeschlossen werden, da bei seiner Untersuchung keine Ödeme vorgelegen hätten und die Nervenleitgeschwindigkeit auch vernünftig bestimmbar gewesen sei. Auf der rechten Seite werde mit 88,5 m/s ein höchst unplausibler Wert genannt. Da dieser Wert neurophysiologisch nicht plausibel sei, stelle sich die Frage nach der Verlässlichkeit der weiteren Befunde. Wie von diesem unplausiblen Befund auf eine links gewichtete, überwiegend axonale und auch demyelinisierende PNP geschlossen werde, sei nicht nachvollziehbar. Unklar bleibe auch der weitere neurologische Befund auf S. 83 (der SG-Akten), die im Gegensatz zu S. 74 abgesehen von Areflexie der Beine, ein unauffälliger Neurostatus genannt werde, also keine Koordinationsstörung und Ataxie wie auf S. 74 (der SG-Akten) angegeben. Diese exemplarisch herausgegriffenen Beispiele verdeutlichten, dass es sich trotz der Ausführlichkeit um ein recht widersprüchliches Gutachten handle, worauf bereits Dr. E. sehr detailliert hingewiesen habe. Über die Gewichtung der Diagnosen lasse sich diskutieren. Wie er (Dr. Sch.-B.) in seinem Gutachten bereits festgestellt habe, stehe für den Kläger selbst eine subjektive Atemnot seit Anlage eines Stents bei coronarer Herzkrankheit im Vordergrund. Klinisch imponiere jedoch eine langjährige Alkoholkrankheit. Hierzu schreibe Dr. K. von einem Alkoholfehlgebrauch, was etwas verniedlichend wirke, verweise dann aber zu Recht darauf, dass die Laborkontrolle gegen eine Alkoholkarenz spreche. Eine hirnanorganische Beeinträchtigung halte Dr. K. wohl für möglich. Dies lasse sich aber seinem psychiatrischen Befund nicht entnehmen. Auch dieser wirke etwas widersprüchlich. So seien der Denkablauf formal und inhaltlich als ungestört und die Mnestic als unbeeinträchtigt angegeben. Dann werde indes auf S. 75 (der SG-Akten) von einer Konfabulation gesprochen, "um gespürte Gedächtnislücken auszugleichen". Es seien viele mögliche differenzialdiagnostische Möglichkeiten aufgezeigt, dann aber wieder relativiert und zum Teil durch widersprüchliche Befunde zurückgenommen. Auf eine auf Grund der fehlenden Beinreflexe eigentlich anzunehmende PNP gehe Dr. K. auf S. 87/88 (der SG-Akten) nicht ein. Insgesamt fänden sich in dem Gutachten gravierende inhaltliche Widersprüche. Neue diagnostische oder therapeutische Aspekte ergäben sich hieraus im Vergleich zu seiner Untersuchung vom Mai 2013 nicht. Dementsprechend ergebe sich auch keine Änderung der Bewertung des Leistungsvermögens.

Der Kläger hat noch geltend gemacht, er leide unter einer Perianalfistel und sein psychischer Zustand habe sich verschlimmert. Hierzu hat er einen Bericht über eine K.spintomographie des Beckens vom 25. März 2015 (wegen der Analfistel) mit entsprechenden Aufnahmen und eine fachärztliche Bescheinigung des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 14. April 2015 (der Kläger stehe seit langem in Mitbehandlung wegen einer Epilepsie und einer rezidivierenden Depression, andernorts sei auch eine adulte Verlaufsform eines ADHS diagnostiziert und entsprechend behandelt worden, wegen einer anstehenden schweren Operation habe sich die Depression akzentuiert und der Kläger befinde sich zur Zeit in einem labilen psychischen Zustand) vorgelegt. Ferner hat er eine Äußerung des Dr. K. vom 17. April 2015 vorgelegt. Dieser hat die Einwände von Dr. Sch.-B. und Dr. E. hinsichtlich der neurologischen Messergebnisse zurückgewiesen. Im Übrigen seien sie - rein formal - dem klinisch-neurologischen Befund stets unterzuordnen. Die wesentlichen "Schädigungsfolgen" und Krankheitszeichen lägen auch auf psychiatrischem Gebiet. Insofern verweise er nochmals auf sein Gutachten. Dr. Sch.-B. sei offenbar reiner Neurologe, dem das Fachgebiet der Psychiatrie "so wesensfremd" sei, dass er die Diagnosen des Klägers mehr oder weniger "verniedlichend" in seinem Gutachten dargelegt habe. Bei einem hirnanorganisch wesensgeänderten bzw. schwerst persönlichkeitsgestörten Probanden sei es auch durchaus möglich, dass widersprüchliche Aussagen bei unterschiedlichen Gutachtern gemacht würden. Dr. Sch.-B. scheine seiner Untersuchung "eine Art Bibelcharakter" einzuräumen. Er, Dr. K., könne nicht dazu raten, wegen der in seinen Augen "völlig unerheblichen Kritik des Kollegen E. und des Kollegen Sch.-B. an meinem Gutachten, hier die Kritik zurückzunehmen: Im Gegenteil: Aus meiner Sicht ist Herr T. hoch auffällig, er ist psychiatrisch krank, und zwar chronisch der Gestalt, dass er zu einer Ableistung von Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in der Lage ist". Die "lächerlichen Kritikpunkte der Kollegen Sch.-B. und E." verfielen nicht auf psychiatrischem Gebiet. Die körperlichen Befunde seien eindeutig, die Elektroneurographie diene nur der Erläuterung, nicht zur Begründung einer Diagnose.

Die Beteiligten sind auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss hingewiesen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, nachdem die Beteiligten Gelegenheit hatten, sich hierzu zu äußern.

Die Berufung ist nicht begründet, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die hier vom Kläger

beanspruchte Rente - [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine solche Rente nicht erfüllt, weil er zumindest leichte Tätigkeiten bei Berücksichtigung näher dargelegter qualitativer Einschränkungen wenigstens sechs Stunden arbeitstätig verrichten kann und auch keine schwere spezifische Leistungsminderung und keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vorliegen, sodass es auch der Benennung einer konkreten Tätigkeit nicht bedarf. Ungeachtet dessen kann der Kläger ungeachtet dessen jedenfalls noch körperliche Verrichtungen, die in leichten einfachen Tätigkeiten gefordert werden, wie z.B. Zureichen, Abnehmen, Montieren, Kleben, Sortieren, Verpacken oder Zusammensetzen von kleinen Teilen, verrichten. Der Senat schließt sich dem Urteil des SG nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme von Dr. Sch.-B. sowie der vom Kläger noch vorgelegten ärztlichen Äußerungen uneingeschränkt an, sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe weitgehend ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Ergänzend ist anzumerken, dass der Schwerpunkt der Erkrankungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet liegt. Die sonstigen Erkrankungen, insbesondere auf orthopädischem und internistischem Gebiet sind für die Beurteilung des Leistungsvermögens des Klägers im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht von erheblicher Bedeutung. Sie führen zu keinen wesentlichen qualitativen Einschränkungen und insbesondere zu keinen quantitativen Einschränkungen des arbeitstäglichen beruflichen Leistungsvermögens, was dem HV-EB vom 20. Juli 2011, der Stellungnahme von Dr. T., sowie den im Wege des Urkundenbeweises verwertbaren Gutachten von Dr. L. und Dr. M. und auch dem Sachverständigengutachten von Prof. Dr. H. schlüssig und nachvollziehbar zu entnehmen ist. Auch der im Berufungsverfahren vorgelegte Bericht über eine Kernspintomographie vom 25. März 2015 und eine darin beschriebene Perianalfistel belegt keine wesentliche qualitative oder gar quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit dauerhafter Natur.

Hinsichtlich der Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet besteht ebenfalls keine rentenberechtigende Leistungseinschränkung. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem im Wege des Urkundenbeweises verwertbaren Gutachten von Dr. B. und dem vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. Sch.-B. sowie dessen vom Senat eingeholter ergänzender gutachterlicher Stellungnahme, wie auch den Ausführungen der Dr. E., die als qualifizierter Beteiligtenvortrag verwertbar waren. Demnach leide der Kläger unter einer Alkoholkrankheit, wobei er partiell abstinent ist, sowie einer Panikstörung mit Claustro- und Agoraphobie. Es bestehen auch ein V.a. Persönlichkeitsstörung mit gehemmt-abhängigen und phobisch-depressiven Anteilen, eine PNP (gemischter Ätiologie - diabetisch, toxisch) und V.a. epileptische Gelegenheitsanfälle (äthyltoxisch). Die Alkoholkrankheit ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Tendenzen zu sehen, in deren Rahmen sich eine Panikstörung mit Phobien entwickelt hat. Für beide Krankheitsbilder sind die therapeutischen Möglichkeiten - so Dr. Sch.-B. - nicht erschöpft. Die seelisch bedingten Störungen sind nur zum Teil von Aggravation abzugrenzen. Bei der Untersuchung bei Dr. Sch.-B. war insofern von einer gewissen Selbstlimitierung und einem deutlichen Rentenwunsch auszugehen.

Soweit hiervon abweichend Dr. K. von weitergehenden Erkrankungen ausgeht, ist sein Gutachten auch für den Senat nicht überzeugend. Dr. E. hat in der Stellungnahme vom 26. Februar 2014, die als qualifizierter Beteiligtenvortrag verwertbar ist, die Gründe, warum sein Gutachten nicht zu überzeugen vermag, ausführlich dargelegt und anhand seines Gutachtens im Einzelnen belegt. Dies hat im Übrigen auch Dr. Sch.-B. in seiner ergänzenden Stellungnahme, die der Senat eingeholt hat, ebenfalls bestätigt. Dr. E. hat zu Recht und nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass das Gutachten von Dr. K. schon diagnostisch nicht überzeugt. Das Gutachten von Dr. K. biete eine verwirrende Struktur mit zweimaligen körperlich-neurologischen Befunden, eine Wiederholung einzelner apparativer Befunde. Auch bei der Anamnese ergäben sich Inkonsistenzen, wenn der Kläger angebe, vorher massive Probleme mit Tagesmüdigkeit gehabt zu haben, und dann doch im selben Absatz ein Nickerchen von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr und ein Nickerchen am Abend unter Verwendung eines CPAP-Gerätes genannt werde. Die neurologischen Befunde zwischen September und November 2013 variierten zwischen deutlich abgeschwächten Muskeleigenreflexen an den unteren Extremitäten und einer Areflexie der Beine. Vom psychiatrischen Befund sei der Kläger als leicht hyperthym, gelegentlich auch etwas depressiv, von Antrieb wechselnd, gelegentlich etwas gesteigert, also bezüglich der einzelnen Items innerhalb der kurzen Exploration äußerst variabel und mit Störungen des Zeitgitters, der Konzentration und der Aufmerksamkeit, sogar mit Konfabulationen beschrieben. Dies impliziere zunächst den V.a. ein amnestisches Syndrom bei Alkoholabhängigkeitssyndrom, wobei letzteres mit aktueller Missbrauchssymptomatik anhand der Laborbefunde bewiesen werde. Die Interpretation der elektrophysiologischen Befunde EMG, NLG und SEP entsprächen nicht einer deutlichen motorischen Neuropathie. Bei fehlender Darstellung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit könne über eine sensomotorische Polyneuropathie keine Aussage erfolgen. Darüber hinaus seien die Befunde bezüglich der Nervenleitgeschwindigkeit des N. Peronäus und des N. tibialis rechts normentsprechend. Die Diskussionen über ein mögliches cerebrales Infarktbestehen (Schlaganfall) im linken Mediastromgebiet sei nicht vereinbar mit den Angaben des Klägers einer Taubheit der linken Körperhälfte. Bei Veränderungen links cerebral müssten sich rechtsseitige Beschwerden wie eine Hemiparese oder eine rechtsseitige Taubheit ergeben. Ebenfalls nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen bezüglich eines möglichen Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms. An einem Grundschulzeugnis aus dem 7./8. Lebensjahr (8. Februar 1974) des Klägers werde ein ADS-Syndrom festgemacht. Inkorrekt sei, dass es beim Kläger zu starken Leistungsschwankungen in der Schule gekommen sei. Von der Klasse 5 bis 9 variierten die Leistungen per Notendurchschnitt von 3,8 bis 4,0. Die weiteren Angaben bezüglich mangelnder Konzentration, Ablenkbarkeit und Problemen in der Aufmerksamkeit im Unterricht bezögen sich auf die ausschließlich einmalige Darstellung des Klägers im 7. bis 8. Lebensjahr. Somit sei die äußerst vage Darstellung und die schwer nachvollziehbare Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung bezüglich der zweiten Diagnose eines adulten ADS insgesamt nicht nachvollziehbar. Auch die Darstellung hinsichtlich der Semiologie der Anfälle sei nur eingeschränkt nachvollziehbar, da der Gutachter den wechselnden Alkoholmissbrauch im Rahmen der Alkoholabhängigkeit nicht berücksichtige. Dr. K. räume selbst ein, dass die Anfälle im Zusammenhang mit Alkoholfehlgebrauch aufgetreten seien. Bei mehrfach unauffälligen EEGen mit nunmehr erheblich auffälligem EEG-Befund und fraglichem organischem Korrelat in den von ihm durchgeführten CCT folgere der Gutachter nur sehr vage eine Temporallappenepilepsie, die bislang jedoch keiner adäquaten antikonvulsiven Therapie zugeführt worden sei. Letztlich lasse sich anhand der Diagnosen nur die erste Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nachvollziehen. Diese bestehe seit Kindheit und habe den Kläger offensichtlich in den Jahren zuvor nicht an der Ausübung eines Berufes gehindert. Die postulierte hirnrorganische Beeinträchtigung als Folge eines jahrelangen Alkoholfehlgebrauchs sei ebenfalls bei unschlüssigen psychometrisch-neuropsychologischen Testungen und einem vagen CCT-Befund nicht nachvollziehbar. Auf der Basis dieser sehr verwirrenden, durch den Gutachter selbst immer wieder in Frage stellende Diagnose lasse sich die Reduzierung des Leistungsvermögens, welches auf unter drei Stunden werktätig herabgesunken sein solle, nicht nachvollziehen. Ebenso nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen mit Beantwortung zu Beweisfrage 6 bezüglich der Wegfähigkeit, wenn der Gutachter plötzlich wieder von Attacken und nicht von den von ihm vermeintlich nachgewiesenen cerebralen Anfällen spreche. Diese also nicht näher erklärten Attacken begründeten laut Gutachter die Notwendigkeit einer dauerhaften Begleitung des Klägers. Auf der Basis dieser fragwürdigen psychometrisch-neuropsychologischen Testung

erkläre Dr. K. den Kläger als fahruntauglich. Ebenfalls nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen mit Beantwortung von Beweisfrage 8. Wenn der Kläger eine hirnorganische Veränderung hätte, erübrigte sich eine Nachprüfung der gesundheitlichen Bedingungen bezüglich der Gewährung einer Rente nach Ablauf von spätestens fünf Jahren. Das Gutachten von Dr. K. könne in der verwirrenden Exploration, Befundung, der zum Teil nicht nachvollziehbaren Diagnostik, der nicht nachvollziehbaren Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung und insbesondere hinsichtlich der Erarbeitung des Leistungsvermögens des Klägers nicht überzeugen. Diese Einwände und diese Argumentation der Dr. E. sind für den Senat schlüssig und nachvollziehbar, weswegen er sich ihnen und auch den Einwänden von Dr. Sch.-B. gegen das Gutachten von Dr. K. anschließt.

Soweit sich Dr. K. nun im Berufungsverfahren hierzu nochmals unter dem 17. April 2015 geäußert hat, ist zunächst festzustellen, dass er einräumt, dass hinsichtlich der technischen Untersuchungen deren Ergebnisse nicht allein maßgebend sind, sondern es auf den klinisch-neurologischen Befund ankommt. Insofern hat er aber keinerlei Befunde feststellen und überzeugend darlegen können, die von denen von Dr. Sch.-B. in relevanter Weise abweichen. Sein Vortrag zur Rechtfertigung seiner Einschätzung auf die Einwände von Dr. Sch.-B. und Dr. E. sind - soweit überhaupt sachlichen Inhalts - nicht überzeugend und widerlegen die aufgezeichneten Widersprüche in seinem Gutachten im Übrigen nicht. Soweit er sich zu den Ausführungen von Frau Dr. E. und Dr. Sch.-B. hinsichtlich des psychiatrischen Gebietes geäußert hat, erschöpfen sich seine Äußerungen im Wesentlichen darin, dass er dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sch.-B. psychiatrische fachärztliche Kenntnisse absprechen will, dessen Diagnose als "mehr oder weniger verniedlichend" bezeichnet und sie als in seinen Augen "völlig unerhebliche Kritik" bezeichnet. Weder darin, noch in der Bezeichnung der Kritikpunkte der Kollegen Sch.-B. und E. lässt sich auch nur ein Argument erkennen, das Anlass gäbe, deren Einschätzung, die auch in Übereinstimmung steht mit der des Dr. B., in Zweifel zu ziehen. Den Ausführungen von Dr. K. vom 17. April 2015 mangelte es insofern auch an einer sachlichen Auseinandersetzung mit der seinem Gutachten gegenüber erhobenen und aus der Sicht des Senats auch berechtigten Kritik.

Auf Grund der vorliegenden ärztlichen Äußerungen und Gutachten stellt der Senat somit fest, dass durch die Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet ist das Leistungsvermögen des Klägers eingeschränkt ist. Er kann jedoch nach den vorliegenden Gutachten und gutachterlichen Äußerungen zumindest leichte bis punktuell mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vorwiegend mit wechselnder Rückenbelastung - ohne Nachtschicht, intensivem Publikumskontakt, alkoholnahe Tätigkeiten, wie z.B. in der Gastronomie, sowie Tätigkeiten mit Absturzgefahr und an offenen Maschinen oder dergleichen - mehr als sechs Stunden arbeitstäglich verrichten. Hinsichtlich des Weges zur Arbeitsstelle bestehen keine Einschränkungen und es sind auch keine besonderen Arbeitsbedingungen unerlässlich. Dies entnimmt der Senat insbesondere den schlüssigen Gutachten von Dr. B. und Dr. Sch.-B. ... Dass das Leistungsvermögen weitergehend herabgesunken ist, ist nicht feststellbar. Insbesondere ist eine weitergehende Einschränkung des Leistungsvermögens auch nicht durch das auf Antrag des Klägers eingeholte Gutachten des Dr. K. mit der erforderlichen Gewissheit bewiesen. Dieses Gutachten weist - wie sowohl Dr. E. als auch Dr. Sch.-B. dargelegt haben - nicht nur in den Untersuchungen und in der Diagnostik sondern auch in den Schlussfolgerungen erhebliche Mängel auf, so dass der Senat ihm nicht folgen kann und durch das Gutachten von Dr. K. eine rentenberechtigende Einschränkung des Leistungsvermögens nicht als bewiesen angesehen werden kann ...

Im Übrigen ist auch durch die weiteren vom Kläger vorgelegten ärztlichen Äußerungen eine rentenrechtlich relevante Leistungsminderung nicht belegt. Soweit Dr. G. in seiner fachärztlichen Bescheinigung vom 14. April 2015 von einer Akzentuierung einer Depression wegen einer anstehenden schweren Operation spricht und von einem "zur Zeit" labilen psychischen Zustand, ist damit ebenfalls eine dauerhafte Leistungseinschränkung nicht dokumentiert, unabhängig davon, dass keinerlei objektive psychiatrische Befunde mitgeteilt sind.

Da somit der Nachweis einer rentenberechtigenden Leistungsminderung nicht erbracht ist, hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Der Senat weist deshalb die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass der Kläger mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtko, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 197a SGG](#) Rdnr. 3; erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in Juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-05-24