L 5 R 3118/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 3109/12
Datum
27.06.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 3118/13
Datum
23.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27.06.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch des Klägers auf Gewährung von Erwerbsminderungsrente.

Der 1958 geborene Kläger ist ausgebildeter Bauschlosser und war in diesem Beruf bis Januar 2010 bei verschiedenen Firmen tätig. Seit einem Arbeitsunfall (Wegeunfall) am 14.01.2010, bei dem er auf Eis ausrutschte und sich an Knie und Rücken verletzte, war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt. Nach Beendigung der Lohnfortzahlung und Bezug von Krankengeld erhielt er unterbrochen durch den Bezug von Übergangsgeld vom 13.04. bis 04.05.2011 bis 06.10.2011 Arbeitslosengeld I. Seit 07.10.2011 ist er arbeitslos ohne Leistungsbezug. Der Kläger ist schwerbehindert mit einem GdB von 60 und dem Merkzeichen G seit dem 21.06.2010.

Vom 07.04.2010 bis zum 28.04.2010 befand sich der Kläger in einer (bereits im Dezember 2009 beantragten) stationären Rehabilitationsmaßnahme in der H.-E.-Klinik in Bad S ... Nach dem Entlassungsbericht vom 29.04.2010 bestanden folgende Diagnosen: schweres phlebolymphostatisches Beinödem beidseits, Adipositas per magna. Eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens sei aufgrund der Kniearthrose und der Adipositas nicht möglich. Nach erfolgreicher orthopädischer Behandlung der Gonarthrose und Körpergewichtsreduktion auf 150 kg seien dem Kläger im zuletzt ausgeübten Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (unter qualitativen Einschränkungen) im Umfang von sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zumutbar.

Im September 2010 wurde bei dem Kläger eine Magenbypass-Operation durchgeführt. In einem psychiatrischen Befundbericht des Dr. H. an die Adipositas-Ambulanz des Städtischen Klinikums K. vom 16.09.2010 wird ein BMI von 54 genannt. Hinweise auf der Vorliegen einer Major-Depression oder sonstige psychische Erkrankungen hätten sich nicht gefunden.

Vom 13.04.2011 bis zum 04.05.2011 befand sich der Kläger erneut in einer stationären Rehabilitationsbehandlung in der H.-E.-Klinik in Bad S ... Im Entlassungsbericht vom 11.05.2011 werden die Diagnosen Adipositas permagna, kombiniertes Beinödem: phlebo-lymphostatisches Ödem genannt. Zum Leistungsvermögen wurde ausgeführt, dass nach beendeter orthopädischer Behandlung und weiterer Körpergewichtsreduktion davon auszugehen sei, dass der Kläger leichte Tätigkeiten bei Beachtung von weiteren qualitativen Einschränkungen vollschichtig ausüben könne. Die Tätigkeit als Fensterbauer sei im Umfang von sechs Stunden und mehr zumutbar.

Am 15.11.2011 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung von Erwerbsminderungsrente unter Verweis auf eine Gonarthrose beidseits, Wirbelsäulenschädigung, Bluthochdruck, schwere Migräne, ausgeprägtes Phlebo-Lymphödem beidseits, chronisch venöse Insuffizienz, Ulcus beidseits.

Die Beklagte beauftragte den Internisten und Sozialmediziner Dr. B. mit der Erstellung eines internistischen Gutachtens. In seinem Gutachten vom 11.01.2012 werden folgende Diagnosen gestellt: 1. Übergewicht, Z.n. Adipositas gigantea, Z.n. Gastric-Bypass-OP, Hypertonie; 2. Stauungsdermatose, Z.n. Ulcera, Z.n. Varizen-OP rechts; 3. Kniegelenksarthrose bds. ohne Funktionseinschränkung, Z.n. Meniskus-OP 4. Kreuzschmerzen ohne Bewegungseinschränkung oder Wurzelreiz 5. Ruinöses Gebiss mit Zahnverfall 6. Asymptomatischer Gallenblasenstein Dr. B., dem der Kläger selbst angab, seine Psyche sei ausgeglichen, er sei ein eher fröhlicher Mensch, mache sich

allerdings Gedanken wegen seiner Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, beschrieb im Rahmen des psychischen Untersuchungsbefundes, dass der Kläger ausgeglichen, freundlich und psychisch unauffällig gewirkt habe und dass deutliche Aggravationstendenzen insbesondere hinsichtlich der Rücken- und Kniebeschwerden bestanden hätten. Die letzte berufliche Tätigkeit als Fensterbauer sowie mittelschwere körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien dem Kläger (unter qualitativen Einschränkungen) mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit liege nicht vor.

Mit Bescheid vom 17.01.2012 lehnte die Beklagte den Antrag auf Erwerbsminderungsrente ab. Der Kläger könne noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts und auch in seinem bisherigen Beruf als Schlosser/Fensterbauer erwerbstätig sein.

Zur Begründung seines dagegen am 02.02.2012 erhobenen Widerspruchs führte der Kläger aus, nach einer Magen-OP habe er konsequent abgenommen und sein Gewicht auf 95 kg reduziert. Wegen des Dauerschadens der Lendenwirbelsäule und der Gonarthrose habe er eine hohe Schmerzmedikation. Bei vermuteter larvierter Depression sei ab Anfang Februar 2012 eine psychotherapeutische Behandlung geplant. Durch die Gesundheitsstörungen sehe er sich so stark beeinträchtigt, dass das Konzentrationsvermögen und die Ausdauer selbst für eine leichte Arbeit mit wirtschaftlichem Wert nicht mehr vorhanden sei. Jedenfalls sehe er sich berufsunfähig und für Verweisungsberufe nicht in der Lage.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.09.2012 zurück. Es seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Ausübung einer Berufstätigkeit durch die genannten Gesundheitsstörungen wesentlich eingeschränkt sei. Aufgrund der massiven Gewichtsreduktion sei von einer Besserung der Erwerbsfähigkeit auszugehen. Auch könne bei der Einnahme von zweimal 25 Tropfen Novalgin täglich nicht von einer hohen Schmerzmedikation "eine Stufe vor Morphium" gesprochen werden.

Am 25.09.2012 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Er führte aus, das Hauptproblem sei das Schmerzleiden. Aufgrund der Nebenwirkungen des verordneten Schmerzmedikaments Tramal (3x täglich 100 mg) solle man nach dem Beipackzettel das Autofahren unterlassen. Er nutze daher sein Kfz nicht. Bei Aktivitäten im Laufe des Tages, die einer sechsstündigen Arbeitszeit entsprechen würden, könne er eine Strecke von 500 m nicht mehr innerhalb von 15-20 Minuten zurücklegen. Er leide zudem unter Migräne, die einmal wöchentlich für zwei bis drei Tage auftrete.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und benannte die Verweisungstätigkeiten eines Schlossers und Schlüsselmachers in Montageabteilungen, eines Montierers in der Herstellung von Steuer- und Regelungstechnik sowie eines Hauswarts, die dem Kläger mindestens sechs Stunden täglich möglich seien.

Das SG hörte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen an. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. teilte am 26.10.2012 mit, beim Kläger, der seit 23.03.2012 bei ihm in Behandlung sei, bestehe eine schwere reaktive Depression mit erheblicher Antriebsstörung und deutlicher negativer Selbstwahrnehmung. Als Metallbauer könne der Kläger derzeit nicht arbeiten, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien leichte Tätigkeiten drei bis unter sechs Stunden täglich möglich. Der Orthopäde Dr. H. nannte in seiner Stellungnahme vom 24.10.2012 eine chronische Bandscheibenschädigung lumbal, Gonarthrose bds., Senk-Spreizfuß bds., Mittelfußarthrose und Hallux valgus rechts, Cervicalsyndrom, Thoraco-Lumbalsyndrom, Adipositas permagna, derentwegen schwere Tätigkeiten als Bauschlosser nicht mehr vollschichtig durchgeführt werden könnten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Kläger leichte Arbeiten mindestens sechs Stunden täglich ausüben. Der Psychologe Dr. V. führte unter dem 06.11.2012 aus, den Kläger seit dem 04.07.2012 zu behandeln. Beim Kläger bestehe eine schwere depressive Episode, die derzeit keine berufliche Tätigkeit erlaube. Die depressive Entwicklung sei zurückzuführen auf die Arbeitsunfähigkeit in Folge der körperlichen Beeinträchtigungen durch Kopf-, Knie- und Rückenschmerzen. Schmerz- und depressive Symptomatik wirkten gegenseitig aufrechterhaltend. Der Facharzt für Allgemeinmedizin F. teilte unter Beifügung von Arztbriefen insbesondere des Dr. B. unter dem 28.10.2012 mit, durch die Operation habe der Kläger sein Gewicht von 190 auf 95 kg reduzieren können. Die Lymphödeme hätten sich zurückgebildet. Die Gewichtsreduktion habe sich auch auf die Kniegelenke positiv ausgewirkt. Die Medikamentendosis bezüglich des Bluthochdrucks habe reduziert werden können. Der seelische Zustand habe sich verschlechtert. Er habe den Kläger zuletzt am 25.04.2012 gesehen und könne daher über den aktuellen Gesundheitszustand keine Angaben machen. Der Chirurg Dr. R. teilte am 19.11.2012 mit, es bestehe ein erhebliches Krampfaderleiden und ein Zustand nach massivstem Übergewicht. Seit dem Magenbypass habe der Kläger massiv an Übergewicht verloren, so dass er einerseits deutlich leistungsfähiger sein dürfte. Problematisch könne aber das Tragen von Kompressionsstrümpfen wegen des erheblichen Kranpfaderleidens und des Lymphödems sein. Bei der letzten Vorstellung am 14.02.2012 habe der Kläger den Eindruck gemacht, psychisch schwer angeschlagen zu sein. Die Ärztin für Anaesthesiologie Dr. R. gab am 17.12.2012 an, sie behandele den Kläger seit Februar 2012. Er könne bis zu 4 Stunden täglich leichte Arbeiten ausführen. Es liege ein chronifiziertes Schmerzsyndrom Grad III nach Gerbershagen vor.

Das SG holte beim Arbeitgeber des Klägers, der Firma A. Metallbau, eine Arbeitgeberauskunft ein. Es wurde mitgeteilt, der Kläger sei dort vom 01.03.1998 bis Januar 2010 als Metallbauer beschäftigt gewesen. Am 15.06.2010 sei er ausgesteuert worden. Für die Tätigkeit sei eine Ausbildung von mehr als zwei Jahren erforderlich. Der Kläger werde nach dem Tarifvertrag Metall BW, Fachgruppe Metallbau, Gruppe 4a bezahlt.

Ferner holte das SG das fachneurologisch-psychiatrische Gutachten der Neurologin, Psychiaterin und Psychotherapeutin O.-P. ein. Nach Untersuchung des Klägers am 05.03.2013 gelangte die Gutachterin in ihrem Gutachten vom 15.04.2013 zu folgenden Diagnosen: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gediehen auf dem Boden degenerativer Veränderungen des Stütz- und Bewegungssystems. Unter Behandlung zeige sich eine dysthym-dysphorische Symptomatik. Neurologisch würden sich diskrete Wurzelreizzeichen L 5 zeigen. Eine periphere Polyneuropathie sei nicht abgeklärt. Bei einer vordiagnostizierten schweren depressiven Episode habe sich in der Gutachtensituation eine dysthym-dysphorische Stimmungslage mit erhaltener Schwingungsfähigkeit gefunden. Es habe sich in der Persönlichkeit eine Akzentuierung mit narzisstischen Zügen mit erhöhter Kränkbarkeit und passiv-aggressiven Anteilen verbunden mit einer gewissen Gefühlskälte gezeigt. Auffällig sei, dass es trotz wiederholt angegebener Suizidalität (nach Angaben des Klägers habe er alle Medikamente in ein Glas gekippt, aber nur daran genippt, die Ehefrau sei dazu gekommen; beim zweiten Mal habe er den Automotor in der geschlossenen Garage angemacht, dann sei der Sohn hinzu gekommen) bisher nicht zu einem stationären psychiatrischen Aufenthalt gekommen sei und auch die ergriffenen medikamentösen Maßnahmen kein intensiviertes antidepressives Behandlungskonzept entsprechend einer schweren Depression zeigten. Der psychische Anteil der Schmerzstörung sei mehr in den

Vordergrund gekommen, als der Kläger realisiert habe, dass aufgrund des wiederholten Schmerzerlebens eine Tätigkeit an seinem bisherigen Arbeitsplatz nicht möglich sei. Er habe sich daraufhin auf dem Boden seiner Persönlichkeitsakzentuierung resigniert aus dem Berufsleben zurückgezogen und eine depressive Symptomatik entwickelt. Unter der begonnenen ambulanten Psychotherapie habe sich im Vergleich zu den Vorbefunden eine deutliche Befundbesserung ergeben, der Kläger habe angegeben sozial wieder aktiver zu sein. Der Kläger könne seiner Tätigkeit als Metallbauer nicht nachgehen. Unter Beachtung von qualitativen Einschränkungen sei er für leichte Tätigkeiten mit mittelschweren Spitzen leistungsfähig in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich. Die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Die Beklagte benannte die Verweisungstätigkeiten eines Schloss- und Schlüsselmachers in Montageabteilungen, eines Montierers in der Herstellung von Steuer- und Regelungstechnik sowie eines Hauswarts. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 27.06.2013 wurde ferner als Verweisungstätigkeit der Registrator nach Entgeltgruppe 3 genannt.

Mit Urteil vom 27.06.2013 wies das SG die Klage ab. Eine rentenrelevante Leistungsminderung liege nicht vor, da der Kläger noch dazu in der Lage sei, zumindest leichte Wechseltätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei Beachtung von qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Aus der Stellungnahme des Allgemeinmediziners F. ergebe sich, dass infolge der Magenoperation und der weiteren Gewichtsreduktion des Klägers die vorher aufgrund der Adipositas bestandenen körperlichen Beschwerden erheblich zurückgegangen seien. Zwischenzeitlich stünden die psychischen Beschwerden des Klägers im Vordergrund. Nach dem Gutachten von Frau O.-P. hätten diese begonnen, als der Kläger bei dem Versuch der Wiederaufnahme seiner alten Tätigkeit als Metallbauer habe feststellen müssen, dass ihm eine Rückkehr an seinen bisherigen Arbeitsplatz in dieser Weise nicht möglich sei. Im Vordergrund der Beschwerden des Klägers stehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Kläger habe im März 2012 eine nervenärztliche Behandlung bei Dr. B. aufgenommen, bei dem er alle vier Wochen in Behandlung sei. Eine im Juli 2012 begonnene psychotherapeutische Behandlung beim Psychotherapeuten Dr. V. sei zwischenzeitlich eingestellt worden, da die Krankenkasse die Kosten hierfür nicht mehr übernehme. Sowohl Dr. V. als auch Dr. B. hätten jeweils eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Diese habe Frau O.-P. nicht mehr festgestellt, ihres Erachtens habe sich im Laufe der Behandlung eine Besserung gezeigt. Auf orthopädischem Fachgebiet bestünden nach der sachverständigen Zeugenaussage des Dr. H. chronische Bandscheibenschädigungen lumbal, Gonarthrose beidseits, Senk-Spreizfuß beidseits, Mittelfußarthrosen und Hallux valgus rechts, ein Cervicalsyndrom, ein Thoracolumbalsyndrom und eine Adipositas permagna. Weitere Gesundheitsstörungen, die zur Einschränkung des Leistungsvermögens führten, seien nicht ersichtlich. Trotz der oben genannten Erkrankungen sei der Kläger in der Lage, leichte Wechseltätigkeiten bei Beachtung von weiteren qualitativen Einschränkungen täglich mindestens sechs Stunden auszuüben. Dies ergebe sich hinsichtlich der orthopädischen Beschwerden aus der sachverständigen Zeugenaussage des Dr. H., der eine leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mindestens sechs Stunden täglich für möglich erachtet habe. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden folge dies aus dem Gutachten von Frau O.-P ... Diese habe keine schwere depressive Episode diagnostiziert, sondern während der Begutachtungssituation eine dysthym-dysphorische Stimmungslage mit erhaltener Schwingungsfähigkeit festgestellt. Sie habe als auffällig beschrieben, dass die ergriffenen medikamentösen Maßnahmen kein intensiviertes antidepressives Behandlungskonzept entsprechend einer schweren Depression zeigen würden. Der Kläger habe über Schlafstörungen berichtet und ein Gefühl von Unzulänglichkeit und Freudverlust angegeben. Bislang sei eine stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung nicht durchgeführt worden. Die Struktur des Tagesablaufs sei vorhanden, der Kläger nehme auch noch an Aktivitäten des täglichen Lebens teil. Frau O.-P. habe ausgeführt, dass dem Kläger leichte Tätigkeiten mit im Einzelnen bezeichneten qualitativen Leistungseinschränkungen zumutbar seien. Den Stellungnahmen des behandelnden Nervenarztes Dr. B. und des Psychologen Dr. V. könne nicht entnommen werden, dass der Kläger derart schwer leistungsgemindert sei, dass er nur noch unter drei Stunden täglich arbeiten könne. Die Berichte enthielten zu wenig Angaben, im Übrigen sei der Kläger zum Zeitpunkt der Stellungnahme bei Dr. B. erst drei Mal in Behandlung gewesen. Auch wenn der persönliche Eindruck des Klägers in der mündlichen Verhandlung von dem sich aus der Aktenlage und insbesondere aus dem Gutachten von Frau O.-P. ergebenden Bild abweiche, habe keine Veranlassung zur Einholung eines weiteren Gutachtens auf psychiatrischem Fachgebiet bestanden. Das Gutachten von Frau O.-P. basiere auf einer aktuellen Untersuchung des Klägers im März 2013. Der Kläger habe die gleichen Beschwerden, die er in der mündlichen Verhandlung vorgetragen habe, auch gegenüber der Gutachterin erwähnt. Offensichtlich habe er nun jedoch seine sozialen Kontakte wie das Eishockey-Schauen wieder reduziert. Frau O.-P. sei eine erfahrene Gutachterin, deren Gutachten in sich schlüssig, nachvollziehbar und lückenlos sei. In der Rechtsprechung sei zudem geklärt, dass solche seelisch bedingten Störungen für die Begründung einer Erwerbsminderungsrente von vornherein ausschieden, die der Betroffene bei der ihm zuzumutenden Willensanspannung aus eigener Kraft oder unter ärztlicher Mithilfe sogleich oder innerhalb eines halben Jahres überwinden könne, wobei ein strenger Maßstab anzuwenden sei (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29.04.2010, L 10 R 5545/08, abrufbar unter www.sozialgerichtsbarkeit.de). Eine derartige Willensanstrengung sei beim Kläger indes nicht hinreichend zu erkennen. Nach den Angaben des Klägers gegenüber Frau O.-P. fühle er sich offenbar nutzlos und versuche sich zu beschäftigen. Vor dem Hintergrund, dass der Kläger bis zu seiner Erkrankung ein Leben lang gearbeitet habe, sei dies absolut nachvollziehbar und verständlich. Somit wäre bereits nach den eigenen Angaben des Klägers eine Beschäftigung oder Aufgabe, die den oben genannten qualitativen Einschränkungen entspreche, für seine Genesung hilfreich, um ihn sowohl finanziell als auch wieder vermehrt sozial zu integrieren. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit nach § 240 Abs. 1 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI), da er als Facharbeiter sowohl medizinisch als auch sozial zumutbar auf die Tätigkeit des Registrators nach Entgeltgruppe 3 verwiesen werden könne.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 02.07.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 30.07.2013 Berufung eingelegt. Das Gutachten der Sachverständigen O.-P. sei für ihn nicht nachvollziehbar. Er habe sich zwischenzeitlich dreimal zu Gewebestraffungsoperationen im Diakoniekrankenhaus M. befunden (April 2013: OP der Bauchschürze; Juni 2013: OP der Brust; November 2013: OP der Oberschenkel). Eine Besserung der psychischen Beschwerden sei entgegen der Annahme der Gutachterin nicht eingetreten. Er werde weiterhin von Dr. B. medikamentös und mit monatlichen Gesprächen behandelt. Im November 2013 sei er für zwei Wochen stationär im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit behandelt worden. Diese Behandlung habe wegen der schon lange geplanten Gewebestraffungsoperation abgebrochen werden müssen. Er sei nach wie vor äußerst schlechter Stimmung und könne sich auch nicht mehr konzentrieren. Früher habe er gerne gelesen und Kreuzworträtsel gelöst, das gehe jetzt nicht mehr. Auch in den Aktivitäten des täglichen Lebens sei er erheblich eingeschränkt. Er habe früher einmal am Tag für die Familie gekocht, dies gehe nun wieder viel schlechter. Sonstige Haushaltstätigkeiten übernehme überwiegend seine Frau, weil er es kräfte- und schmerzmäßig nicht schaffe. So brauche er für das Staubsaugen eines 16 qm großen Raumes fast ein halbe Stunde und müsse nach 10 Minuten eine Pause machen. Das gemeinsame Fernsehen mit der Frau erfolge nicht mehr aus eigenem Interesse, sondern nur noch ihr zuliebe. Er habe auch erhebliche Probleme mit dem Durchschlafen. Der Kläger hat die Berichte des Diakoniekrankenhauses M. vom 06.05.2013, 21.06.2013 und 12.12.2013 über die durchgeführten Straffungsoperationen

sowie einen Bericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in M. vom 19.11.2013 über eine stationäre Behandlung in der Zeit vom 05.11.2013 bis zum 20.11.2013 wegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome vorgelegt. In letzterem wurde zur Therapie und zum Verlauf beschrieben, dass aufgrund der depressiven Symptomatik und der fehlenden Wirkung von Cipralex eine Änderung der Medikation auf Venlafaxin erfolgt sei, unter der sich eine dezente Besserung der Symptomatik gezeigt habe. Man rechne noch mit einer weiteren Verbesserung. Sollte diese nicht eintreten, werde eine augmentive Therapie mit Lithium empfohlen. Sofern sich auch dadurch keine Besserung ergebe, werde nach erfolgter Operation eine Wiedervorstellung im Haus empfohlen. Außerdem hat der Kläger die fachärztliche Bescheinigung des Dr. B. vom 12.01.2015 (aus seiner Sicht nicht mehr erwerbsfähig) vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27.06.2013 und den Bescheid der Beklagten vom 17.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab dem 01.11.2011 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren Vortrag in erster Instanz und auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil des SG.

Der Senat hat Dr. B. als sachverständigen Zeugen zu den gesundheitlichen Beschwerden des Klägers seit Oktober 2012 befragt. In seiner Stellungnahme vom 24.01.2014 hat Dr. B. angegeben, im Vordergrund der Beschwerden stünden die schwere depressive Störung und die Lumboischialgie ohne radikuläre Störung. Die depressive Störung habe durchgehend bestanden, führend seien dabei die Antriebsstörung, die Selbstwertstörung und die Negativstörung gewesen. Der Kläger sei zusätzlich in psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Wesentliche Veränderungen der depressiven Störungen hätten sich nicht ergeben. In Bezug auf die radikuläre Störung habe eine leichte Befundverbesserung stattgefunden.

Zu den vorgelegten Berichten über die stationären Behandlungen des Klägers und die Aussage von Dr. B. hat die Beklagte eine Stellungnahme ihres sozialmedizinischen Dienstes vom 26.02.2014 vorgelegt. Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. N. führt darin aus, die von Dr. B. mitgeteilten Befunde wichen vom Gutachtenergebnis von Frau O.-P. nicht wesentlich ab, weshalb die Ausführungen des behandelnden Neurologen und Psychiaters nicht nachvollzogen werden könnten. Zum Entlassungsbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in M. führt Dr. N. aus, im Vergleich zum Schweregrad werde nur über einen sehr kurzfristigen Aufenthalt berichtet. Der behandelnden Klinik sei offensichtlich der laufende Sozialrechtsstreit nicht bekannt gewesen. Ein Beleg für ein chronifiziertes Krankheitsbild sei dem Bericht nicht zu entnehmen.

In der Zeit vom 21.05.2014 bis zum 25.07.2014 befand sich der Kläger erneut in stationärer Behandlung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in M. Im - von ihm vorgelegten - Entlassungsbericht vom 16.07.2014 werden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine Panikstörung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Migräne ohne Aura, benigne essenzielle Hypertonie, primäre Gonarthrose beidseitig und eine Lumboischialgie aufgeführt. Zum Aufnahmezeitpunkt sei das Beschwerdebild des Klägers geprägt gewesen durch depressive Symptome wie dauerhaft niedergeschlagene Stimmung, reduzierten Antrieb und Hoffnungslosigkeit. Man gehe daher von einer weiteren depressiven Episode im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung aus. Von den in der psychotherapeutischen Gruppentherapie besprochenen Inhalten scheine der Kläger stark zu profitieren, weshalb eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen werde. Themen könnten insoweit der Aufbau von Aktivitäten im Rahmen der Möglichkeiten des Klägers oder der Umgang mit Angst und Panikattacken sein. Die Schilderung der Kopfschmerzen sei nicht typisch für eine Migräne, aber sehr typisch für einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp. Wegen häufig berichteter Synkopen während des Aufenthaltes sei ein Termin in der Arrhythmieambulanz vereinbart und vorsorglich eine Therapie mit ASS begonnen worden. Lokale Infiltrationsbehandlungen bei Rückenschmerzen würden nach den Therapieleitlinien beim chronischen Rückenschmerz nicht empfohlen. Der Nutzen jeglicher schmerztherapeutischer Anstrengungen sei bei dem laufenden Rentenverfahren fraglich. Eine alleinige Pharmakotherapie sei wenig aussichtsreich, weshalb eine interdisziplinäre Therapie des chronischen Schmerzsyndroms erforderlich sei. Denkbar wäre eine schmerztherapeutisch-psychosomatisch stationäre Rehabilitation auch mit dem Ziel der Abklärung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Belastungserprobungen gegen Ende des stationären Aufenthaltes seien zufriedenstellend verlaufen; der Kläger habe mit geringer Besserung der Beschwerden entlassen werden können.

Die Beklagte hat hierzu erneut eine Stellungnahme von Dr. N. vom 22.08.2014 vorgelegt. Dieser führt aus, aus dem geschilderten psychopathologischen Befund lasse sich der Schweregrad der depressiven Erkrankung nicht zweifelsfrei entnehmen. Zwar würden subjektive, kognitive Leistungseinschränkungen berichtet, eine eigenständige depressive Episode könne aber nicht abgebildet werden. Vielmehr werde mit der in der Anamnese geschilderten Äußerung, "er sei sehr verletzt durch einige Äußerungen der Richterin am Landgericht", die anlassbezogene Reaktivität des Krankheitsbildes deutlich. Der psychopathologische Befund des Entlassberichtes decke sich vielmehr mit den Feststellungen von Frau O.-P. in ihrem Gutachten nach § 118 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weshalb ein hiervon abweichendes Leistungsbild nicht festgestellt werden könne. Eine Chronifizierung eines andauernden, schweren psychischen Krankheitsbildes könne nicht angenommen werden.

Der Senat hat den Neurologen und Psychiater Dr. H. von Amts wegen mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 26.11.2014 diagnostiziert Dr. H. eine depressive Erkrankung mit einer derzeit leichten depressiven Episode im Grenzbereich zu einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD 10 F32.00), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F45.4) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD 10 F40.01). Die angegebenen Kopfschmerzen seien nicht als klassische Form einer Migräne geschildert worden. Außerhalb akuter schwerer Kopfschmerzattacken komme dem keine leistungsmindernde Bedeutung zu. Beschwerden im Sinne der vordiagnostizierten Polyneuropathie seien nicht beklagt worden. Entsprechende Befunde hätten nicht erhoben werden können. Ein phasenhafter Krankheitsverlauf im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung habe sich auch auf ausdrückliches Nachfragen nicht

herausarbeiten lassen. Eine schwere depressive Episode habe nicht mehr vorgelegen. Der Kläger habe über zwei Suizidversuche im Jahr 2012 berichtet, von denen er dem Nervenarzt aber erst später erzählt habe. Er sei dann im Herbst im Zentralinstitut für seelische Gesundheit behandelt worden. Zuletzt sei er dort im Sommer 2014 gewesen, wo es ihm eigentlich recht gut gegangen sei. Nach seiner Entlassung habe sich sein Zustand aber wieder verschlechtert und sei dann genauso wie vorher gewesen. Er sei in psychotherapeutischer Behandlung. Da er so viel vergesse, habe der behandelnde Psychotherapeut geraten, dass seine Ehefrau eine Liste mit seinen Beschwerden schreiben solle. Er, der Kläger, fände es erschreckend, dass er so viele Beschwerden habe. Er habe jetzt auch Stimmen gehört. Meistens werde sein Name gerufen, er schaue dann manchmal über seine Schulter und habe das Gefühl, einen Schatten zu sehen. Dr. H. hat im Rahmen des psychischen Befundes keine Einschränkungen der Auffassung, der Konzentration und des Durchhaltevermögen gefunden. Es hätten sich auch keine Störungen im Hinblick auf die Merkfähigkeit, das Kurzzeitgedächtnis und das Langzeitgedächtnis gefunden. Beeinträchtigungs- oder Verfolgungsideen hätten ebenso wenig wie Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen beobachtet werden können. Dr. H. beschreibt eine insgesamt leicht gedrückte Stimmungslage, streckenweise auch mäßig gedrückt, andererseits sei es themenabhängig auch zu einer gewissen Auflockerung gekommen. Der Kläger habe gelegentlich ein wenig missmutig gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit und der Antrieb seien insgesamt leicht reduziert gewesen. Die Psychomotorik sei etwas ausdrucksarm gewesen. Anhaltspunkte für Suizidalität hätten nicht vorgelegen. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung hält Dr. H. den Kläger noch dazu in der Lage, bei Einhaltung von qualitativen Leistungseinschränkungen leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Eine Beschränkung des Arbeitsweges bestehe nicht.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat der Senat ferner das nervenfachärztliche Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Sch. vom 16.04.2015 aufgrund einer Untersuchung am 23.02.2015 eingeholt. Der Gutachter nennt folgende Diagnosen: - Anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F 45.4 1) - Rezidivierende depressive Störung, derzeit wenigstens mittelschwer ausgeprägt (ICD 10: F 33.1) mit - Agoraphobie (Klaustrophobie) mit Panikstörung (ICD 10: F 40.0 1) - Dissoziativ anmutende, pseudodemente Verhaltensauffälligkeiten mit Aggravations-Tendenz bei - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (Z73) mit einer - überwertigen Idee, erwerbsunfähig zu sein - Einfache Migräne (ICD 10: G 43.0) DD: Migränoider Spannungskopfschmerz (ICD 10: G 44.2) Aufgrund der aktuell mittelschwer ausgeprägten depressiven Symptomatik halte er den Kläger derzeit für nicht arbeitsfähig. In Anbetracht der Ausprägung der Symptomatik sei eine stationäre medizinische Behandlung mit anschließenden beruflichen Reintegrationsbemühungen (LTA) angezeigt. Nach erfolgreicher LTA seien leichte körperliche Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen in einem Umfang von bis zu unter sechs Stunden arbeitstäglich möglich. Die zeitliche Einschränkung sei darauf zurückzuführen, dass trotz der neuerlichen stationären Behandlung nach wie vor eine leichte bis mittelschwer ausgeprägte depressive Symptomatik sowie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe. Rezidivierende depressive Störungen gingen häufig mit einer eingeschränkten emotionalen und psychosozialen Belastbarkeit sowie mit Rückfallgefahr infolge psychosozialen Stresses einher. Die Rückfallgefährdung sehe er trotz der Aggravationstendenzen als gegeben an. Das sich hinziehende Rentenverfahren, insbesondere das ablehnende Urteil des SG und das für den Kläger ungünstig ausgefallene Gutachten des Herrn Dr. H. schienen wesentlich zu der im subjektiven Erleben so verschlimmerten Symptomatik beigetragen zu haben. Die Ehefrau und die Kinder des Klägers wie auch Nachbarn schienen in ständiger Sorge zu leben bezüglich verschiedener möglicher Fehlhandlungen des Untersuchten, insbesondere bezüglich seiner offensichtlich wiederholt vorgenommenen Selbstmorddrohungen. Zumindest versuche die Ehefrau (glaubhaft) für eine ständige Beaufsichtigung des Ehemannes zu sorgen. Viele der von der Ehefrau geschilderten Verhaltensauffälligkeiten des Klägers (lasse Herdplatte an, räume Schränke aus oder um, lasse die Badewanne volllaufen und spritze mit Wasser herum, werfe Zeitungen vom Balkon, kaufe trotz Einkaufszettels falsche Sachen ein, komme stundenlang nicht nach Hause) wirkten entweder wie dissoziative Phänomene (wie z.B. auch das von ihm vorgebrachte Stimmenhören) oder auch wie pseudodemente Verhaltensweisen. Es sei allerdings nicht auszuschließen, dass die groben Verhaltensauffälligkeiten auch simulativen Charakter haben könnten. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei diesbezüglich ebenso von Bedeutung (Freunde, Nachbarn, Kinder und v.a. die Ehefrau kümmerten sich seit diesen Auffälligkeiten zunehmend intensiver um den Untersuchten - und das eigene krankheitsbedingte Unvermögen werde für alle deutlich erkennbar). Ohne Zweifel seien - wie sich aus den durchgeführten Testverfahren ergebe - erhebliche Aggravationstendenzen, unter Umständen sogar auch Simulationstendenzen auf Seiten des Klägers vorhanden. Der Kläger habe sich im Laufe des Rentenverfahrens offensichtlich regelrecht verrannt. Er sei mit einer - fast schon wahnhaft zu nennenden - Gewissheit davon überzeugt, nicht mehr arbeiten zu können und bestätige gewissermaßen diese Selbsteinschätzung durch sein dissoziatives bzw. pseudodement anmutendes Verhalten. Ohne Zweifel bestehe aber daneben auch eine sich offensichtlich zunehmend verstärkende depressive Symptomatik, die zwar während der Klinikaufenthalte jeweils vorübergehend habe gebessert werden können, sich aber nach Rückkehr in die häusliche Umgebung wieder verschlechtert habe und zu den beschriebenen, z.T. dramatisch anmutenden Verhaltensauffälligkeiten und entsprechender Reaktion der Angehörigen geführt habe. Die Lebenssituation des Klägers scheine schier ausweglos geworden zu sein, nachdem auch im Verfahren vor dem Landessozialgericht die Ablehnung der Erwerbsminderungsrente drohe. Es sei in Anbetracht der fast schon wahnhaften überwertigen Idee des Klägers, nicht mehr arbeiten zu können, und vor allem auch in Anbetracht der sich in den letzten anderthalb bis zwei Jahren entwickelnden, z.T. grotesk anmutenden dissoziativen und pseudodementen Verhaltensauffälligkeiten nicht auszuschließen, dass im Falle einer erneuten obergerichtlichen Ablehnung des Rentenbegehrens (pseudo-)suizidale Handlungen folgen könnten. Diese gegenüber der Vorbegutachtung durch Dr. H. offensichtlich verstärkte depressive Symptomatik sei in erster Linie dem Rentenverfahren und dem Ergebnis des psychiatrischen Gutachtens von Dr. H. anzulasten. Die festgestellte Leistungseinschränkung bestehe seit dem letzten Klinikaufenthalt im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit M. (Juli 2014). Mit dem Gutachten hat Dr. Sch. einen Bericht des behandelnden psychologischen Psychotherapeuten Dr. G. vom 05.01.2015 an Dr. B. vorgelegt, in dem als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1), eine Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) angegeben sind. Im Rahmen der Verhaltenstherapie seien insbesondere die sehr geringe Aktivitätenrate und das übermäßige Schonverhalten als aufrechterhaltende Faktoren der Depression und Schmerzstörung fokussiert worden. Eine Erhöhung der Aktivitätenrate sowie die Reduktion depressiver Stimmungs- und Antriebslage sei als erstes Therapieziel vereinbart worden. Die wiederholt berichteten "Stimmen" seien zwar nicht im dysfunktionalen Sinne handlungsleitend, es möge insoweit aber eine antipsychotische Medikation geprüft werden.

In einer Ergänzung zum Gutachten vom 24.02.2015 hat Dr. Sch. das Ergebnis des erhobenen Medikamentenspiegels mitgeteilt. Danach war die Einnahme von Amitriptilin nachweisbar, die vom Kläger behauptete Einnahme von Venlafaxin und Tramal fand hingegen keine Bestätigung. Dr. Sch. hatte in seinem Gutachten bereits ausgeführt, der Kläger habe, konfrontiert mit diesem Ergebnis durch den in gleicher Praxis tätigen behandelnden Nervenarzt Dr. B., diesem gegenüber angegeben, er könne sich das nicht erklären. Die Ehefrau habe später schriftlich mitgeteilt, sie habe die Tabletten stets gerichtet, aber vom Kläger ein Glas gezeigt bekommen, in dem er die Tabletten seit Weihnachten gesammelt habe, da sie sowieso nichts nutzen würden.

Die Beklagte hat zum Gutachten von Dr. Sch. weitere sozialmedizinische Stellungnahmen von Dr. N. vom 18.05.2015 und 22.05.2015 vorgelegt. Dieser führt aus, das Gutachten belege eine wechselhafte Ausprägung einer Depressivität, diesmal mit deutlicher Ausgestaltung eines sich nicht auf einen nachvollziehbaren psychopathologischen Befund stützenden, sondern nur im Verhalten präsentierten pseudodementiellen Bildes, welches Hinweise auf ein tendenzhaftes Verhalten zwischen Aggravation und Simulation belege. Aus psychiatrisch-sozialmedizinischer Sicht bilde sich ein deutliches Lernverhalten bei diversen Begutachtungen ab. Dass Dr. Sch. die Idee des Versicherten, erwerbsunfähig zu sein, als "überwertige Idee" charakterisiere, belege, dass er offensichtlich diese Meinung nicht teile. Eine überwertige Idee sei allerdings keine psychische Erkrankung im Sinne des ICD-10. Eine überzeugende Minderung des quantitativen Leistungsvermögens bilde sich nicht ab. Das Gutachten ergebe keine wesentlichen medizinischen Anknüpfungstatsachen im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. H., wenn man von dem deutlichen tendenzhaften Verhalten, sei es nur aggravierend oder schon simulierend, absehe. Die somatoforme Schmerzstörung übersteige nicht den Charakter einer subjektiven Beschwerdemitteilung. In Hinblick auf die Angsterkrankung sei ein Vermeidungsverhalten weder in der Beschwerdedarstellung des Klägers noch im psychopathologischen Befund belegt, weshalb auch hiervon keine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens ausgehe. Soweit Dr. Sch. von einer suizidalen Handlung als Folge einer "obergerichtlichen Ablehnung des Rentenbegehrens" ausgehe, müsse die Frage nach einem erpresserischen Verhalten gestellt werden, wobei allerdings zwar von einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (Z73), jedoch nicht von einer Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne in dem Gutachten die Rede sei. In Hinblick auf eine reaktive Suizidalität könne sich der Kläger problemlos in jeder akutpsychiatrischen Klinik behandeln lassen, um einer möglichen psychischen Belastung durch ein Urteil des Gerichtes, wie es auch ausfalle, entgegenzutreten. Eine überdauernde Minderung des quantitativen Leistungsvermögens bilde sich hiermit nicht ab. Die Aktenlage belege, dass auch bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgreich eine Krisenintervention durchgeführt worden sei (vgl. Entlassbericht des Zentralinstituts für seelische Gesundheit über den stationären Aufenthalt vom 21.05. bis 25.07.2014). Der Hinweis von Dr. Sch. auf die fehlende Medikamenten-Compliance müsse des weiteren als Indiz für einen nicht ausreichenden Leidensdruck zur konsequenten Durchführung einer adäquaten Therapie gewertet werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die zur Sache gehörenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gem. §§ 143, 144, 151 SGG statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist aber nicht begründet.

Die Beklagte hat den Rentenantrag des Klägers zu Recht abgelehnt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Erwerbsminderungsrente.

Gem. § 43 Abs. 1 Satz 1 bzw. Abs. 2 Satz 1 SGB VI haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben 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 Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI); volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn das Leistungsvermögen auf unter drei Stunden täglich abgesunken ist (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Davon ausgehend steht dem Kläger keine Erwerbsminderungsrente zu. Eine Erwerbsminderung aufgrund der bei ihm bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ist nicht nachgewiesen. Er ist nach wie vor dazu in der Lage, zumindest leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr nachzugehen.

Die im Rentenantrag vom 15.11.2011 zunächst allein geltend gemachten orthopädischen und internistischen Beschwerden prägen das Krankheitsbild des Klägers nicht mehr maßgeblich. So hat insbesondere der behandelnde Hausarzt F. bereits im erstinstanzlichen Verfahren am 28.10.2012 mitgeteilt, die infolge der Magenbypass-Operation eingetretene deutliche Gewichtsreduktion habe zu einer Rückbildung der Lymphödeme geführt, das Beschwerdebild hinsichtlich des Blutdrucks habe sich verbessert und die Gewichtsreduktion habe sich auch auf die Kniegelenke positiv ausgewirkt. Der behandelnde Orthopäde Dr. H. hat gegenüber dem SG unter dem 24.10.2012 mitgeteilt, die orthopädischen Befunde stünden einer leichten körperlichen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von sechs Stunden und mehr nicht entgegen, und auch der Chirurg Dr. R. hat am 19.11.2012 berichtet, der Kläger dürfte aufgrund des massiven Gewichtsverlusts deutlich leistungsfähiger sein.

Im Vordergrund des Beschwerdebildes stehen nunmehr die psychiatrischen Gesundheitsbeschwerden sowie die Schmerzerkrankung des Klägers. Maßgeblich an Bedeutung gewonnen hat die erst im Verlaufe des Rentenverfahrens aufgetretene depressive Erkrankung des Klägers. Während der von der Beklagten beauftragte Gutachter Dr. B. in seinem am 11.01.2012 erstellten internistischen Gutachten noch keinen psychisch auffälligen Befund hatte feststellen können, wurde in der Widerspruchsbegründung erstmals die Vermutung einer larvierten Depression geäußert. Der behandelnde Nervenarzt Dr. B. hat dem SG am 26.10.2012 von einer im März 2012 aufgetretenen reaktiven Depression berichtet, auch der Hausarzt F. sowie der Chirurg Dr. R. haben von einem psychisch verschlechterten bzw. schwer angeschlagenen Zustand im Februar 2012 berichtet. Seit dem 04.07.2012 war der Kläger bei Dr. V. in psychologischer Behandlung, der eine schwere depressive Episode diagnostiziert hatte.

Eine zeitliche Einschränkung des Restleistungsvermögens des Klägers aufgrund der Gesundheitsbeschwerden auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ist jedoch nicht zur Überzeugung des Senats nachgewiesen. Der Senat folgt den Feststellungen und Leistungseinschätzungen der vom SG beauftragten Gutachterin Frau O.-P. und des im Berufungsverfahren beauftragten Gutachters Dr. H ...

Die Gutachterin Frau O.-P. hat in ihrem Gutachten vom 15.04.2013 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Ferner hat sie eine dysthym-dysphorische Symptomatik sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen und erhöhter Kränkbarkeit sowie passiv-aggressiven Anteilen beschrieben. Aufgefallen war in ihrer Begutachtung, dass trotz

angegebener Suizidalität kein intensiviertes antidepressives Behandlungskonzept entsprechend einer schweren Depression erkennbar sei. Es sei weder zu einem stationären psychiatrischen Aufenthalt gekommen, noch sei die Medikation entsprechend eingestellt worden. Auch hinsichtlich der Schmerzerkrankung beschrieb sie ein deutliches Behandlungsdefizit. Vor allem aber beschreibt sie eine deutliche Befundbesserung in der depressiven Symptomatik aufgrund der durchgeführten ambulanten Psychotherapie. Der Kläger habe berichtet, sozial wieder aktiver zu sein. Der Kläger hat gegenüber der Gutachterin auch angegeben, die Familie habe ihm eine Verbesserung der psychischen Situation zurückgemeldet. Diese Einschätzung der Gutachterin wird gestützt durch die Angaben des behandelnden Nervenarztes Dr. B. in seinen Arztbriefen an den behandelnden Hausarzt F ... Während Dr. B. am 27.03.2012 von einer schweren reaktiven Depression vor dem Hintergrund großer finanzieller Belastungen des Klägers, der kein Hartz IV bekomme, berichtet hat, beschreibt er im Arztbrief vom 12.09.2012 an den Hausarzt der Kläger habe psychopathologisch weiterhin (lediglich) dysphorisch niedergeschlagen gewirkt. Dr. H. bestätigt in seinem Gutachten vom 26.11.2014 das Vorliegen einer depressiven Erkrankung, die sich zum Zeitpunkt seiner Begutachtung im November 2014 in Form einer leichten depressiven Episode im Grenzbereich zu einer mittelgradigen depressiven Episode dargestellt hat. Dr. H. vermochte das Vorliegen eines phasenhaften Krankheitsverlaufs im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung jedoch nicht festzustellen. Gegenüber Dr. H. hatte der Kläger auch über zwei Suizidversuche im Jahr 2012 berichtet, deren Tragweite sich jedoch dadurch relativiert, dass der Kläger seinem Nervenarzt davon erst später erzählt hat, wie er bei Dr. H. geschildert hat. Auch hat er dem Gutachter gegenüber angegeben, von einer Behandlung im Zentralinstitut für seelische Gesundheit im Sommer 2014 durchaus profitiert zu haben, nach der Entlassung sei jedoch wieder eine Verschlechterung eingetreten. Ungeachtet dieses Vortrags konnte Dr. H. jedoch - vier Monate nach der stationären Behandlung - keine schwere depressive Episode feststellen.

Festzustellen ist mithin, dass die depressive Erkrankung des Klägers im Ausgangspunkt eine reaktive Störung aufgrund seiner finanziellen Probleme darstellt, die nach Ablehnung des Rentenantrages und bei fehlendem Anspruch auf Hartz IV entstanden sind, wie sich aus dem genannten Arztbrief von Dr. B. vom 27.03.2012 sowie seiner Zeugenaussage vom 26.10.2012 gegenüber dem SG, in der ebenfalls von einer schweren reaktiven Depression die Rede ist, ergibt. Die Befragung von Dr. B. im Berufungsverfahren hat insoweit nichts Abweichendes ergeben. Aus den Behandlungsberichten des Zentrums für seelische Gesundheit zum stationären Aufenthalt in der Zeit vom 05.11.2013 bis zum 20.11.2013 sowie über die stationäre Behandlung in der Zeit vom 21.05.2014 bis zum 25.07.2014 ergibt sich das Bild einer im Ausprägungsgrad schwankenden, einer therapeutischen Behandlung jedoch zugänglichen depressiven Erkrankung. Hinsichtlich des nur etwa 2-wöchigen stationären Aufenthaltes im November 2013 fällt auf, dass im Anbetracht der im Behandlungsbericht vom 19.11.2013 angegebenen schweren depressiven Episode der Behandlungszeitraum sehr kurz gewesen ist. Darauf hat auch Dr. N. vom sozialmedizinischen Dienst der Beklagten in seiner Stellungnahme vom 26.02.2014 hingewiesen. Trotz der Kürze der Behandlungsdauer wurde jedoch nach Umstellung der Medikation von Cipralex auf Venlafaxin von einer dezenten Besserung der Symptomatik berichtet und in der Prognose eine voraussichtlich weitere Verbesserung angenommen. Dass der stationäre Aufenthalt deshalb beendet wurde, weil sich der Kläger einer seit längerem geplanten Hautstraffungsoperation unterziehen wollte, weckt zumindest gewisse Zweifel an einem zum damaligen Zeitpunkt bestehenden erheblichen Leidensdruck aufgrund der Depressionserkrankung, da die Hautstraffungsoperation ungeachtet der längerfristigen Planung ohne weiteres verschiebbar gewesen wäre, wenn der Kläger Wert auf die Fortsetzung der stationären psychiatrischen Behandlung gelegt hätte. Auch aus dem Entlassungsbericht vom 16.07.2014 über den erneuten stationären Aufenthalt im Zentralinstitut für seelische Gesundheit vom 21.05.2014 bis zum 25.07.2014 ergibt sich, dass seine Erkrankung gut behandelbar ist. So wird berichtet, dass der Kläger insbesondere von der psychotherapeutischen Gruppentherapie stark profitiert habe, so dass eine entsprechende ambulante Weiterbehandlung empfohlen worden sei. Im Übrigen wird die als Ausgangspunkt der Behandlung zugrunde gelegte Diagnose einer erneuten schweren depressiven Episode von dem berichteten Aufnahmebefund auch nicht vollständig getragen. So wird das Beschwerdebild des Klägers zum Aufnahmezeitpunkt dahingehend beschrieben, dass eine dauerhafte niedergeschlagene Stimmung, reduzierter Antrieb und Hoffnungslosigkeit bestanden hätten. Dem typischen Bild einer schweren Depression werden diese Merkmale nicht gerecht. Hierauf hat auch Dr. N. in seiner Stellungnahme vom 22.08.2014 hingewiesen. Er hat ferner herausgestellt, dass sich auch hinsichtlich dieses stationären Aufenthaltes eine Reaktivität des Krankheitsbildes ergibt, da der Kläger angegeben habe, er sei sehr verletzt durch einige Äußerungen der Richterin am Landgericht. Der Kläger selbst hat in der nachfolgenden Begutachtung durch Dr. H. angegeben, während des stationären Aufenthaltes sei es ihm recht gut gegangen. Die vom Kläger behauptete anschließende erneute Verschlechterung ist vor dem Hintergrund nicht nachvollziehbar, dass Dr. H. bei seiner Begutachtung im November 2014 lediglich eine leichte depressive Episode im Grenzbereich zu einer mittelschweren Episode feststellen konnte. Auch der dem Gutachten des Dr. Sch. beigefügte Bericht des Dr. G. bestätigt schließlich die Therapierbarkeit der psychischen Erkrankung des Klägers. Insbesondere beschreibt er die sehr geringe Aktivitätenrate, die Neigung zur Schmerzvermeidung sowie das übermäßige Schonverhalten als aufrechterhaltende Faktoren der Depression und der Schmerzstörung. Dem entsprechend wurde als erstes Therapieziel die Erhöhung der Aktivitätenrate vereinbart und an Ideen zur sinnvollen Aktivierung des Klägers gearbeitet. Auch während des stationären Aufenthaltes im Zentrum für Seelische Gesundheit im Sommer 2014 wurde diese Aktivierung als Inhalt der psychotherapeutischen Weiterbehandlung angesehen. Die Notwendigkeit dieser Aktivierung im Rahmen der gegenwärtigen Therapie des Klägers spricht ebenfalls gegen ein überdauerndes aufgehobenes Leistungsvermögen.

Eine leistungseinschränkende Chronifizierung eines andauernden, schweren psychischen Krankheitsbildes vermag der Senat vor diesem Hintergrund nicht festzustellen. Hinsichtlich der Einschätzung des Restleistungsvermögens folgt der Senat insoweit dem Gutachter Dr. H., der in Übereinstimmung mit der Gutachterin Frau O.-P. leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem Umfang von sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche für zumutbar erachtet hat. Die Leistungseinschätzungen des behandelnden Nervenarztes Dr. B. vom 26.10.2012 sowie der Ärztin für Anästhesiologie Dr. R. vom 17.12.2012, die jeweils ein zeitlich eingeschränktes Restleistungsvermögen angenommen hatten, haben sich durch diese Einschätzungen der Fachgutachter nicht bestätigt.

Auch die von Dr. H. und Frau O.-P. übereinstimmend diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung begründet ebenso wie die von Dr. H. genannte Agoraphobie mit Panikstörung keine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers. Der Senat folgt auch insoweit den überzeugenden Leistungseinschätzungen dieser beiden Gutachter. Zu der vom Kläger vorgetragenen Kopfschmerzerkrankung hat Dr. H. ausdrücklich dargelegt, dass dieser außerhalb akuter Kopfschmerzattacken keine leistungsmindernde Bedeutung zukomme. Auch dies hält der Senat für nachvollziehbar.

Der Leistungseinschätzung des Gutachters Dr. Sch., der auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG im Berufungsverfahren ein weiteres Gutachten vom 16.04.2015 erstellt hat, vermag sich der Senat hingegen nicht anzuschließen. Dr. Sch. hat seine Einschätzung, der Kläger sei nur noch bis zu unter sechs Stunden arbeitstäglich leistungsfähig, auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell wenigstens mittelschwer ausgeprägt sowie einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer

Agoraphobie mit Panikstörung gestützt. Damit weicht er in den Diagnosen nicht wesentlich von den von Dr. H. gestellten Diagnosen ab. Insbesondere ist die Angabe des Schweregrades der Depression im Gutachten von Dr. Sch. auch nicht völlig eindeutig, da er innerhalb des Gutachtens auch angibt, es bestehe (trotz der neuerlichen stationären Behandlung) nach wie vor eine leichte bis mittelschwer ausgeprägte depressive Symptomatik (S. 57 des GA). Soweit er die zeitliche Leistungseinschränkung vor allem mit einer angenommenen Rückfallgefahr infolge psychosozialen Stresses begründet, vermag der Senat dem nicht zu folgen, weil er das Gutachten von Dr. Sch. wegen der ausdrücklich - auch im Rahmen der Diagnosen aufgeführten - und umfangreich berichteten, massiven Aggravationstendenzen des Klägers nicht für überzeugend hält. Dr. Sch. nennt die Diagnose dissoziativ anmutender, pseudodementer Verhaltensauffälligkeiten mit Aggravationstendenzen bei Akzentuierung von Persönlichkeitszüge mit einer überwertigen Idee, erwerbsunfähig zu sein. Der Gutachter beschreibt im Zusammenhang mit der Auswertung der Testfragebögen, dass sich der Verdacht auf eine unzureichende Anstrengungsbereitschaft des Klägers und auf eine Aggravation, die nicht alleine durch die depressive Stimmungslage erklärt werden könne, ergeben habe, dass sich deutliche Hinweise auf eine Simulation- oder Aggravationsintention ergeben hätten, und dass differenzierte Interpretationen der Testergebnisse wegen durchgehender Angabe von Höchstwerten nicht möglich seien. Er führt ferner aus, es sei nicht auszuschließen, dass die groben Verhaltensauffälligkeiten, von denen die Ehefrau berichtet habe, auch Simulationscharakter haben könnten, da ein sekundärer Krankheitsgewinn in Form eines besonders zugewandten Verhaltens der Angehörigen und sogar von Nachbarn damit verbunden sei. Seiner Einschätzung nach habe sich der Kläger im Verlaufe des Rentenverfahrens regelrecht verrannt und sei mit einer fast schon wahnhaft zu nennenden Gewissheit davon überzeugt, nicht mehr arbeiten zu können. Allerdings zieht Dr. Sch. aus diesen Auffälligkeiten nicht den Schluss, die Beschwerdeschilderung des Klägers insgesamt zu hinterfragen, sondern sieht die Ursache für die seiner Auffassung nach verstärkte depressive Symptomatik in erster Linie in dem Rentenverfahren selbst sowie in dem für den Kläger negativ ausgefallenen Gutachten von Dr. H ...

Auch die von der Ehefrau des Klägers gegenüber Dr. Sch. geschilderten massiven Verhaltensauffälligkeiten des Klägers (Badewanne volllaufen lassen, Herumspritzen mit Wasser, Zeitungen vom Balkon werfen, Einkaufen falscher Dinge trotz Einkaufsliste), die Dr. Sch. zurecht als grotesk anmutend bezeichnet hat, haben in der Befunderhebung von Dr. Sch. keinerlei Korrespondenz gefunden. So beschreibt er den Kläger als wach und bewusstseinsklar, sein formales Denken als geordnet und weitgehend unauffällig, eindeutige Ich-Störungen und wahnhaftes Erleben hätten nicht vorgelegen. Vor dem Hintergrund, dass Dr. Sch. selbst bei einem Vergleich insbesondere des Ergebnisses des Demenz-Suchtests mit dem kognitiven Verhalten des Klägers während der Exploration, seinem recht sicheren Auftreten in der Praxis, in der er sich gut zurecht gefunden habe, den Verdacht auf eine unzureichende Anstrengungsbereitschaft des Klägers und auf eine Aggravation äußert, die nicht durch die depressive Stimmungslage alleine erklärt werden könne, drängt sich die Annahme eines bewussten manipulativen Verhaltens des Klägers gegenüber dem Gutachter geradezu auf. Dementsprechend hat auch Dr. N. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 18.05.2015 darauf hingewiesen, dass sich bei den wiederholten Begutachtungen ein deutliches Lernverhalten abgebildet habe. Während der Kläger bei Frau O.-P. noch von einer erneuten Aufnahme von Sozialkontakten berichtet hat, aus der diese auf eine Verbesserung des Krankheitsbildes durch die psychotherapeutische Behandlung geschlossen hatte, berichtete der Kläger gegenüber Dr. H., sein Zustand habe sich nach dem stationären Aufenthalt im Zentrum für seelische Gesundheit wieder verschlechtert, er vergesse so viel und höre jetzt auch Stimmen. Gegenüber Dr. Sch. hat er sich sodann in der beschriebenen, äußerst auffälligen Weise dargestellt. Dr. N. deutet diese Verhaltensauffälligkeiten als tendenzhafte Verhaltensweise und hält eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung nicht für ausgeschlossen. Die Einschätzung von Dr. Sch., das Verhalten des Klägers sei dissoziativ anmutend, hält er deshalb für nicht nachvollziehbar. Diese Auffassung teilt der Senat. Die von Dr. Sch. aufgezeigten massiven Aggravationstendenzen stehen deshalb der Überzeugungskraft seines Gutachtens insgesamt entgegen. Insbesondere im Rahmen neurologisch-psychiatrischer Begutachtungen, die letztlich stets nur auf der Beschwerdeschilderung des Probanden beruhen können, bewirkt ein aggravierendes Verhalten, dass dem Gutachten eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage vollständig entzogen ist. Hinzu kommt letztlich noch die fehlende Medikamenten-Compliance des Klägers, die sich im Rahmen der Begutachtung durch Dr. Sch. ergeben hat und für die es an jeglicher plausiblen Erklärung fehlt. Der Senat teilt auch insoweit die Auffassung von Dr. N. in dessen ergänzender Stellungnahme vom 22.05.2015, dass aus der fehlenden Medikamenteneinnahme auf einen mangelnden Leidensdruck zur konsequenten Durchführung einer angemessenen Therapie zu schließen ist.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI) kann der Kläger ebenfalls nicht beanspruchen. Zwar hat Frau O.-P. nachvollziehbar eine Tätigkeit in dem zuletzt ausgeübten Beruf des Metallbauers nicht für zumutbar erachtet. Der Kläger muss sich jedoch auf den ihm von der Beklagten benannten Beruf des Registrators verweisen lassen. Wie das SG hält auch der Senat die Verweisbarkeit von Facharbeitern auf den Beruf des Registrators für zulässig (zuletzt Beschluss vom 17.08.2015 - L 5 R 2793/14 -, n.v.).

Der Kläger kann nach Auffassung des Senats die für die Ausübung des Registratorenberufs in der Qualität der vormaligen VergGr. VIII BAT a.F. bzw. der Entgeltgruppe III TVöD erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von 3 Monaten erwerben. Das gilt auch für die im Rahmen der Arbeit als Registrator ggf. notwendigen Fähigkeiten zum Umgang mit dem Computer bzw. der Bedienung von EDV-Programmen. Dass insoweit an Registratoren besondere Anforderungen gestellt würden, ist weder ersichtlich noch substantiiert geltend gemacht. Nach der im Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 25.01.2005 (- L 11 RJ 4993/03 -, in juris) angeführten Auskunft des Landesarbeitsamts Baden-Württemberg weist die Arbeit des Registrators vielmehr weder einen hohen Anteil an Bildschirmarbeit auf noch erfordert sie umfangreiche - innerhalb von 3 Monaten nicht zu vermittelnde - Computerkenntnisse. Auch wenn die bloße Begabung für die bisherige Facharbeitertätigkeit eine höchstens dreimonatige Einarbeitungszeit nicht immer und für sich allein bedingt (vgl. BSG, Urteil vom 8.09.1982, - 5b RJ 16/81 -,in juris), darf von einem Versicherten, der den Berufsschutz eines Facharbeiters reklamiert, erwartet werden, dass er bereit und im Hinblick auf seine Facharbeiterqualifikation auch in der Lage ist, die Grundkompetenz zum Einsatz des PC jedenfalls innerhalb des genannten Zeitraums, vielfach aber in weit kürzerer Zeit, zu erwerben. Wer auf der einen Seite die Qualifikation des Facharbeiters, die Qualifikationsmerkmale nicht nur hinsichtlich der praktischen Berufsfertigkeiten, sondern auch hinsichtlich der theoretischen Berufskenntnisse einschließt, für sich in Anspruch nimmt, weil er einen Facharbeiterberuf mit regelmäßig dreijähriger Ausbildungszeit erlernt oder entsprechend hochwertige Arbeit geleistet hat, kann sich auf der anderen Seite nicht für außerstande erklären, innerhalb der genannten Zeit den Umgang mit dem PC - um besondere Computerkenntnisse geht es nicht - zu erlernen, zumal dessen Verwendung in weiten Teilen der Arbeitswelt (jedenfalls des Facharbeiters) wie im Alltagsleben angesichts der fortschreitend vereinfachten Bedienung mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Dass der Kläger ausschließlich im gewerblich-handwerklichen Bereich gearbeitet hat, ist nicht von Belang (vgl. auch insoweit Senatsbeschluss vom 15.03.2011, - L 5 R 4032/10 - m. w. N., n.v.). Abgesehen davon ist der Kläger auch im Besitz eines PC und hat sich mit diesem zumindest in der Vergangenheit auch beschäftigt.

Das gesundheitliche Belastungsprofil der Registratorentätigkeit ist geprägt durch Arbeiten im Wechselrhythmus von Sitzen, Gehen und

Stehen mit gewisser Regelmäßigkeit bei leicht überwiegender sitzender Tätigkeit. In körperlicher Hinsicht sind überwiegend leichte Tätigkeiten zu verrichten. Schweres Heben und Tragen ist nicht notwendig, auch mittelschwere Arbeiten fallen typischerweise nicht an; ggf. muss mit Aktenstücken bis 10 kg Gewicht umgegangen werden, wobei diese bei Einsatz der in den Registraturen regelmäßig zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (wie Registraturwagen, Ablagemöglichkeiten u.a.) nicht gehoben und getragen werden müssen. Die Gewichtsgrenze der zu bewältigenden Lasten wird bei 5 kg liegen (zu alledem auch Bayerisches LSG, Urteil vom 28.04.2010, - L 1 R 807/09 -, in juris). In Einzelfällen mögen das Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg (Stehordner, gebündelte Akten), kurzzeitige Zwangshaltungen, wie Überkopfarbeiten durch das Einstellen von Ordnern in Regale, und je nach Registratur auch das kurzzeitige Steigen auf Stehleitern vorkommen. Die körperlichen Belastungen hängen aber weitgehend von der jeweiligen Arbeitsplatzgestaltung und der Arbeitsorganisation ab; das Handhaben schwererer Aktenvorgänge, Zwangshaltungen oder häufige Überkopfarbeiten und das (eigentliche) Arbeiten auf Leitern (über das kurzzeitige Steigen auf Stehleitern zur Einstellung von Aktenstücken in Regale hinaus) ist nicht generell mit der Tätigkeit einer Registra-turkraft verbunden (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 06.10.2010, - L 13 R 596/09 -, in juris). Besonderen psychischen Belastungen sind Registratoren nicht ausgesetzt (auch dazu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2005, a. a. O. unter Hinweis auf das Landesarbeitsamt Baden-Württemberg).

An dieser Rechtsprechung hält der Senat auch für das vorliegende Berufungsverfahren fest (vgl. neuerdings auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 17.07.2015, - L 4 R 4712/14 -, n. v., LSG Bayern, Urt. v. 19.02.2015, - L 13 R 600/14 -; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.08.2014, - L 13 R 3020/13 - beide in juris). Aus den vorliegenden Rentengutachten geht hervor, dass der Kläger auch dem gesundheitlichen Belastungsprofil des Registratorenberufs gewachsen ist. Nach den Feststellungen von Frau O.-P. und Dr. H., denen der Senat folgt, kann er nämlich körperlich leichte Tätigkeiten - wie die Tätigkeit des Registrators - sechs Stunden täglich und mehr verrichten. Mehr wird ihm im Beruf des Registrators nicht abverlangt. Eine Bestätigung findet dieses Leistungsvermögen auch im Gutachten des Dr. B. und in der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. H ...

Geeignete Stellen für Registratoren sind auf dem Arbeitsmarkt auch in Tätigkeiten nach Maßgabe der ehemaligen VergGr. VIII BAT bzw. Entgeltgruppe III TVöD in nennenswertem Umfang vorhanden; es handelt sich auch nicht um Schonarbeitsplätze (Bayerisches LSG, Urteil vom 28.04.2010, - L 1 R 807/09 - a. a. O.). Registratoren werden nicht ausschließlich in der öffentlichen Verwaltung, sondern auch in den Verwaltung privater Unternehmen beschäftigt (vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.09.2012, - L 13 R 6087/09 - a. a. O.: über 500 Arbeitsplätze nur im Süddeutschen Raum bei ausgewählten Arbeitgebern des öffentlichen Dienstes, der Krankenkassen und der privaten Versicherungsunternehmen und Bausparkassen). Schließlich ist dem Kläger der in Rede stehende Verweisungsberuf von der Beklagten im Verhandlungstermin vor dem SG benannt worden; die Benennung während des sozialgerichtlichen Verfahrens genügt.

Die Berufung konnte deshalb keinen Erfolg haben, das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-10-02