

L 7 R 2329/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

7

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 18 R 1925/14

Datum

29.04.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 7 R 2329/15

Datum

22.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein psychiatrisches Gutachten ist grundsätzlich nicht verwertbar, wenn bei der Exploration und Anamneseerhebung Dritte anwesend und beteiligt waren.

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 29. April 2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf eine Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Der 1962 geborene Kläger schloss im Jahr 1982 eine Ausbildung als Tiefbaufacharbeiter ab und war in der Folgezeit in verschiedenen Arbeitsverhältnissen versicherungspflichtig beschäftigt, unterbrochen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit. Zuletzt war der Kläger als Mitarbeiter eines Sicherheitsdienstes vom 9. August 2010 bis zum 31. Dezember 2012 versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 14. November 2012 bis zum 30. Januar 2013 bezog er Krankengeld, sodann vom 30. Januar 2013 bis 6. März 2013 Übergangsgeld, vom 7. März 2013 bis zum 22. September 2013 Arbeitslosengeld, vom 23. September 2013 bis zum 8. September 2014 wieder Krankengeld und sodann vom 9. September 2014 bis zum 21. Mai 2015 erneut Arbeitslosengeld.

Vom 30. Januar 2013 bis 6. März 2013 absolvierte der Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der Psychosomatischen Klinik S. W. Im Entlassungsbericht vom 14. März 2013 stellte der Leitende Arzt B. die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ) sowie einer Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr. Der Kläger wurde arbeitsfähig entlassen. Weil der Kläger auf der Suche nach einer neuen Arbeit Hilfe benötige, seien Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt worden.

Eine daraufhin von der Beklagten bewilligte, am 6. August 2013 begonnene und auf die Dauer von drei Monaten angelegte Maßnahme zur Berufsfindung und Eignungsabklärung im beruflichen Trainingszentrum R.-N. der SRH W. musste der Kläger laut der im Abschlussbericht enthaltenen fachärztlichen Stellungnahme der Psychiaterin Dr. M.-W. vom 7. November 2013 bereits am 19. August 2013 krankheitsbedingt vorzeitig abbrechen. Danach befand er sich vom 21. August 2013 bis zum 17. Oktober 2013 in stationärer Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Psychiatrischen Zentrums N., wo er mit den Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADHS), Schlafapnoe, Adipositas und Tinnitus aurium entlassen wurde (Arztbrief des leitenden Arztes L. vom 15. November 2013).

Am 9. Oktober 2013 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine Rente wegen Erwerbsminderung. Im Selbsteinschätzungsbogen (M 3) gab der Kläger folgendes an: "Durch die zwölf Stunden Nachtschicht täglich war ich zuerst einmal dauernd erschöpft. Der Druck im Geschäft und das Mobbing hat mich zunehmend kranker gemacht. So war es bisher bei jeder Arbeitsstelle. Mir ging es schlecht und ich habe die Stelle gewechselt. Deshalb war ich selten länger an einem Arbeitsplatz".

In dem von der Beklagten daraufhin eingeholten sozialmedizinischen Gutachten vom 4. Dezember 2013 stellte der Internist Dr. B. folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, zuletzt mittelgradige Episode, derzeit in Teilremission. - Erworbenes ADHS, deutlich gebessert unter Ritalin-Therapie. - Morbide androide Adipositas ohne Begleit- oder Folgeerkrankungen. - Belastungsabhängige LWS-

Beschwerden. - Ehemalige Alkoholkrankheit: Seit 1994 abstinent. Nach Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme im März 2013 habe sich keine Verschlechterung ergeben. Der Kläger sei zwar nicht mehr leistungsfähig als Sicherheitsdienstmitarbeiter, aber vollschichtig leistungsfähig für rückengerechte, körperlich mittelschwere Tätigkeiten ohne besonderen Nervenstress.

Mit Bescheid vom 5. Dezember 2013 lehnte die Beklagte den Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung ab. Den hiergegen am 23. Dezember 2013 eingelegten Widerspruch wies sie nach Einholung weiterer Befundberichte der behandelnden Ärzte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2014 zurück und führte u.a. aus, Hinweise auf eine aktive Alkoholkrankheit ergäben sich aus den eingeholten Berichten sowie den vorliegenden Unterlagen nicht.

Hiergegen hat der Kläger am 27. Juni 2014 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens durch Dr. S., Facharzt für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Im Gutachten vom 4. Dezember 2014 hat Dr. S. folgende Diagnosen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet genannt: 1. Mittelgradiges depressives Syndrom auch mit reaktiven Zuflüssen bei biographischen und sozialen Belastungen. 2. Ängstliche und abhängige Persönlichkeitsstörung. 3. Zustand nach Alkoholabhängigkeitserkrankung, gegenwärtig gelegentlicher Konsum ohne Anhalt für eine Abhängigkeit. 4. Anamnestisch ADHS, medikamentös behandelt. 5. Meralgia parästhetica beidseits. Als sonstige Diagnosen hat er ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlicher Ventilationstherapie, Adipositas Grad III sowie eine Sehbehinderung genannt. Auf Wunsch des Klägers sei die Ehefrau bei der Anamneseerhebung anwesend gewesen, die körperliche Untersuchung sei alleine erfolgt. Der psychische Beschwerdekomples habe sich nach dem sehr belastenden Ereignis am letzten Arbeitsplatz derart verstärkt, dass ein aufgehobenes Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe. Das Erleben der Gegenwart in Zusammenhang mit einer möglichen beruflichen Tätigkeit und auch der persönlichen Fähigkeiten hinsichtlich einer beruflichen Tätigkeit sei beim Kläger deutlich negativ getönt schon im Sinne einer Blockade. Es bestehe eine gegenwärtig und vorläufig deutlich erhöhte psychische Vulnerabilität, was z.B. den Umgang mit Vorgesetzten und die Zusammenarbeit in der Gruppe deutlich erschweren würde. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. die Teilnahme an Maßnahmen zur beruflichen Integration würden gegenwärtig und vorläufig zu einer erheblichen Exacerbation der psychischen Symptomatik führen. Das festgestellte aufgehobene Leistungsvermögen bestehe seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 3. Oktober 2012. Während des laufenden Rentenverfahrens habe sich keine wesentliche Änderung ergeben. Der Kläger sei jedoch noch in der Lage, mindestens viermal täglich mehr als 500 m in weniger als 20 Minuten zurückzulegen. Er könne uneingeschränkt öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten benutzen und sei auch in der Lage, einen PKW zu führen. Eine Nachuntersuchung sollte Mitte 2016 erfolgen. Der Zeitraum von anderthalb Jahren sei ausreichend lang, damit eine entsprechende Konsolidierung des psychischen Befindens erreicht werden könne.

Die Beklagte ist dieser Beurteilung unter Bezugnahme auf die sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Fachärztin für Labormedizin Dr. D. vom 9. Januar 2015 entgegengetreten. Dem von Dr. S. erhobenen Querschnittsbefund des Klägers bezüglich seiner Antriebs- und Gestaltungskompetenzen in seinem Alltag sei zu entnehmen, dass der Kläger über einen strukturierten Tagesablauf verfüge. Er kümmere sich um den Haushalt, kaufe ein, renoviere die Wohnung, kümmere sich um die fünfjährige Tochter, nehme seine eigenen Interessen wahr und gehe am Wochenende mit der Familie zum Wandern. In der ergänzenden Stellungnahme vom 6. Februar 2015 ist Dr. S. bei seiner Leistungsbeurteilung geblieben. Es könne nicht von der Alltagsgestaltung zwangsläufig auf das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geschlossen werden. Dieser Beurteilung hat Dr. D. in der weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme vom 2. März 2015 widersprochen.

Mit Gerichtsbescheid vom 29. April 2015 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 5. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Juni 2014 verurteilt, dem Kläger ausgehend von einem Leistungsfall am 24. November 2014 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 1. Juni 2015 bis zum 30. Juni 2016 zu gewähren. Zur Begründung hat es sich auf die Beurteilung des Sachverständigen Dr. Sch. im Gutachten vom 4. Dezember 2014 gestützt. Dem stünden auch nicht die von Dr. D. genannten Einwände hinsichtlich eines strukturierten Tagesablaufs des Klägers entgegen. Diese habe die Ausführungen des Gutachters zum Teil nur beschränkt und verkürzt und damit sinnverändernd wiedergegeben. Denn der Sachverständige habe ausgeführt, der Kläger führe die genannten Tätigkeiten nur aus wie er es könne, der Kläger beschreibe ein sprunghaftes Verhalten, er fange Dinge an und beende sie nicht, manchmal mache er auch gar nichts. Die zeitliche Begrenzung beruhe darauf, dass der Sachverständige ausgeführt habe, ein Zeitraum von anderthalb Jahren seit der Begutachtung erscheine ausreichend, um eine entsprechende Konsolidierung des psychischen Befindens des Klägers zu erreichen.

Gegen den am 6. Mai 2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 1. Juni 2015 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Sie trägt vor, gegen die Verwertbarkeit des von Dr. Sch. erstatteten Gutachtens spreche, dass die Ehefrau des Klägers bei der gutachterlichen Untersuchung zumindest teilweise zugegen gewesen sei und steuernd bei der Untersuchung mitgewirkt habe. Auch inhaltlich sei das Gutachten nicht schlüssig. Zudem sprächen die vom Gutachter benannten Aktivitäten des Klägers gegen eine wesentliche Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 29. April 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Er hat weiter vorgetragen, nach Kenntnis von der Berufungseinlegung durch die Beklagte habe er einen Zusammenbruch erlitten und deshalb stationär in der Psychiatrischen Klinik der N.-O.-Kliniken M. aufgenommen werden müssen. Im dortigen Arztbrief über die stationäre Behandlung des Klägers vom 23. bis 29. Juni 2015 hat der Leitende Arzt L. die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome sowie schädlichen Gebrauch von Alkohol gestellt. Der Kläger sei aufgrund fachärztlicher Einweisung bei Exacerbation einer depressiven Symptomatik zur stationären Aufnahme gekommen. Als Belastungsfaktor habe ein Rechtsstreit mit der Rentenkasse identifiziert werden können. Insgesamt sei es dem Kläger schwer gefallen, sich in das psychosomatisch-psychotherapeutische Setting zu integrieren. So habe er mehrfach den

Nutzen der verordneten Therapien in Frage gestellt und wiederholt zur Teilnahme aktiviert werden müssen. Im Verlauf sei deutlich geworden, dass die Aufnahme fremdmotiviert - nämlich auf Anraten der Ehefrau - erfolgt sei und somit eine Behandlungskompliance bei fehlender Zielsetzung fragwürdig erscheine. Am 29. Juni 2015 habe der Kläger plötzlich den Wunsch nach Entlassung geäußert und angegeben, bereits am Folgetag einen Termin bei seinem behandelnden Psychotherapeuten vereinbart zu haben sowie sich regelmäßig in fachpsychiatrischer Behandlung zu befinden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens durch Dr. H., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Chefarzt der Klinik für Suchttherapie am Klinikum am W. W ... Im Gutachten vom 11. Februar 2016 hat Dr. H. ausgeführt, der Kläger habe Sensibilitätsstörungen und zeitweilige Missempfindungen beklagt, die sich auf eine Meralgia parästhetica beidseits beziehen ließen. Überdauernde funktionelle Leistungseinschränkungen ergäben sich hieraus nicht; ansonsten habe sich kein neurologisches Krankheitsbild gezeigt. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei rückblickend davon auszugehen, dass diagnostisch die Kriterien für das Vorliegen einer hyperkinetischen Störung (ICD 10 F 90.0: einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung) erfüllt worden seien. Im derzeit behandelten Zustand sei keine persistierende Symptomatik dieser Störung aufgefallen, insbesondere hätten sich auch keine Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration gezeigt. In der Vergangenheit seien ohne Zweifel die Kriterien für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit erfüllt gewesen, aktuell berichte der Kläger über einen unregelmäßig stattfindenden Alkoholkonsum drei- bis viermal im Monat. Die Kriterien für das Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs würden nicht eindeutig erfüllt, Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Abhängigkeit hätten sich nicht ergeben. Weiter liege eine depressive Erkrankung vor bei aktuell leichter depressiver Episode im Grenzbereich zu einer mittelgradigen depressiven Episode. Die Kriterien für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode seien nicht in vollem Umfang erfüllt, eine schwere depressive Episode liege nicht vor. Ein phasenhafter Krankheitsverlauf im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung habe sich auch auf ausdrückliches Nachfragen nicht herausarbeiten lassen. Eine Erkrankung aus dem Spektrum der somatoformen Störungen habe sich ebenso wenig nachweisen lassen wie eine Angsterkrankung oder eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert. Kognitive Leistungseinschränkungen lägen nicht vor; Auffassung, Konzentration, Durchhaltevermögen und Gedächtnis seien intakt. Zu vermeiden seien Akkordarbeit, Nacharbeit oder Arbeiten unter besonderem Zeitdruck. Gleiches gelte für besonders hohe Ansprüche an Auffassung und Konzentration sowie für besonders hohe Verantwortung und besonders hohe geistige Beanspruchung. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei der Kläger noch in der Lage, die noch möglichen Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Besondere Arbeitsbedingungen wie vermehrte Arbeitspausen oder eine besondere Gestaltung des Arbeitsplatzes seien nicht erforderlich. Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit im Zuge des laufenden Rentenverfahrens sei nicht zu erkennen.

Nachdem der Kläger hiergegen eingewandt hatte, es sei nicht erkennbar, welche Kriterien der Sachverständige hinsichtlich des Problemkreises "schädlicher Gebrauch von Alkohol" angewandt habe und auch die maßgeblichen Kriterien für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode nicht benannt worden seien, so dass nicht nachvollziehbar sei, ob eine vollständige Überprüfung erfolgt sei, hat Dr. H. in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 17. Mai 2016 ausgeführt, die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol erfordere eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Dies habe sich nicht nachweisen lassen. Im Hinblick auf depressive Episoden jedweden Schweregrades werde im ICD 10 zunächst eine gedrückte Stimmung, ein Interessenverlust, eine Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs aufgeführt, wobei die Verminderung der Energie zur erhöhten Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung führe und deutliche Müdigkeit oft nach nur kleinen Anstrengungen aufträten. Des Weiteren seien folgende sieben Symptome aufgeführt: 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit. 2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. 3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden). 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven. 5. Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen. 6. Schlafstörungen. 7. Verminderter Appetit. Die Stellung der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode setze gemäß ICD 10 voraus, dass einige Symptome in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt seien oder dass durchgehend ein besonders weites Spektrum von Symptomen vorhanden sei. Diese Bedingungen seien beim Kläger nicht erfüllt.

Der Senat hat weiter die behandelnden Therapeuten des Klägers als sachverständige Zeugen gehört. Der Psychotherapeut, Familientherapeut E. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 20. Mai 2016 ausgeführt, der Kläger komme seit dem 5. Februar 2014 regelmäßig im Abstand von zwei bis drei Wochen in seine Praxis. Es hätten ausschließlich psychotherapeutische Gespräche stattgefunden. Als Diagnosen hat er eine rezidivierende depressive Störung, ein ADHS sowie Adipositas gestellt. Er habe beim Kläger immer dann Verschlechterungen des Gesundheitszustands feststellen können, wenn deutliche Anforderungen an ihn gestellt worden seien (z.B. Teilnahme an angeordneten Gutachten, Besuche bei Behörden oder Ärzten, Anforderungen seitens des Arbeitsamtes). Zudem habe der Kläger zeitweise einen problematischen Alkoholgebrauch, auch im Zusammenhang mit den an ihn gestellten Anforderungen. Mitte 2015 bis Ende 2015 habe der Kläger leichte Fortschritte bezüglich seiner familiären Situation gemacht. Er habe sich mehr um seine Tochter kümmern und leichte Aufgaben im Haushalt übernehmen können. Seit Anfang des Jahres (mit Beginn einer weiteren Verschärfung seines Rechtsstreits mit der Rentenkasse) seien diese Fortschritte akut wieder in Gefahr. Der Facharzt für Psychiatrie Dr. J. hat in der sachverständigen Zeugenaussage vom 17. Mai 2016 angegeben, der Kläger habe vom 18. Oktober 2012 bis 28. Januar 2016 in seiner Behandlung gestanden, zunächst wegen massiver Arbeitsplatzkonflikte mit dem direkten Vorgesetzten. Beim Erstkontakt habe eine agitiert-depressive Symptomatik bei vermutlich impulsiver Primärpersönlichkeit sowie derzeit zunehmende Alkoholabhängigkeit bestanden ohne Psychose oder Störungen der Kognition. Am 22. Juni 2015 habe ein agitiert-depressives Syndrom mit innerer Unruhe, dem Gefühl der Rastlosigkeit und des Getriebenseins mit ängstlich-sorgenvoller Stimmung, Ein- und Durchschlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen und vielen Alpträumen bestanden. Bei der letzten Konsultation am 28. Januar 2016 sei der Kläger leicht dysphorisch, ratlos und resignativ gewesen. Der psychische Zustand habe sich als fluktuierend und das Befinden subjektiv als sehr schwankend herausgestellt. Eine abschließende Beurteilung über den gesamten Behandlungsverlauf sei nicht möglich, da der Kläger nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung im Krankenhaus M. dort in der Psychiatrischen Institutsambulanz weiterbehandelt worden sei. Beigefügt war der Laborbefund vom 30. Juli 2015.

Die Beklagte hat hierzu vorgetragen, eine adäquate medikamentöse Therapie der psychischen Erkrankungen finde nicht statt, der Kläger schöpfe medikamentöse Behandlungsoptionen nicht aus. Auch könne der im Bericht der N.-O.-Kliniken als Belastungsfaktor in den Vordergrund gerückte Rechtsstreit mit der "Rentenkasse" keinen Rentenanspruch begründen.

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

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Beklagtenakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (§§ 144 Abs. 1 Satz 2, 151 Abs. 1 SGG) der Beklagten, über die der Senat ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 SGG entscheidet, ist begründet.

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist der Bescheid vom 5. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Juni 2014 (§ 95 SGG), mit dem die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 1. Oktober 2013 abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 und 4, 56 SGG) und begehrt die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) macht der Kläger zu Recht nicht geltend, da er am 24. Dezember 1962 geboren ist und deshalb nicht zum Kreis der Anspruchsberechtigten gehört (§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

Die Berufung der Beklagten hat in der Sache Erfolg.

Nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung gemäß Gesetz vom 20. April 2007 [BGBl. I, S. 554] haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI). Versicherte haben nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn neben den oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Der Kläger hat die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sowie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezogen auf den Zeitpunkt der Renten Antragstellung erfüllt, was auch zwischen den Beteiligten unstreitig ist. Der Kläger ist jedoch nicht erwerbsgemindert.

Auf nervenärztlichem Gebiet besteht beim Kläger eine depressive Erkrankung mit phasenweise leichter bis mittelgradiger Ausprägung. Darüber hinaus bestehen eine hyperkinetische Störung in Form eines ADHS (ICD 10 F 90.0: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung), die medikamentös behandelt wird. Eine in der Vergangenheit vorliegende Alkoholabhängigkeit liegt nach Therapie im Jahr 1994 und anschließender 14-jähriger Abstinenz nicht mehr vor. Der Kläger trinkt zwar wieder drei- bis viermal monatlich Alkohol (nach seinen Angaben ein bis zwei Glas Wein oder zwei Gläser Rum mit Cola). Die Kriterien für das Vorliegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs werden hierdurch jedoch nicht erfüllt, wie Dr. H. überzeugend ausgeführt hat. Auf neurologischem Fachgebiet besteht eine Meralgia parästhetica beidseits in Form von Sensibilitätsstörungen und zeitweiligen Missempfindungen; hieraus ergeben sich jedoch keine überdauernden funktionellen Leistungseinschränkungen. Weiter bestehen ein Schlafapnoe-Syndrom, das mit einer nächtlichen Atemmaske behandelt wird, sowie Adipositas. Darüber hinaus liegen belastungsabhängige LWS-Beschwerden vor, die jedoch keine Behandlungsbedürftigkeit begründen.

Der Kläger ist damit noch in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung und ohne besondere Stressbelastung im Umfang von zumindest sechs Stunden arbeitstäglich in Normalschicht auszuüben. Der Senat stützt sich hierbei auf das von Dr. B. im Verwaltungsverfahren erstellte Gutachten vom 4. Dezember 2013, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, sowie das von Dr. H. am 11. Februar 2016 erstellte nervenärztliche Gutachten und dessen ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 17. Mai 2016.

Soweit Dr. Sch. im Gutachten vom 4. Dezember 2014 zu der Beurteilung gelangt ist, das berufliche Leistungsvermögen des Klägers sei derzeit aufgehoben, folgt dem der Senat nicht. Gegen das Gutachten bestehen schon methodische Bedenken, da die Ehefrau des Klägers bei der Anamneseerhebung anwesend war. Soweit der Klägerevertreter hierzu vorgetragen hat, der Kläger habe ein Recht auf Anwesenheit eines Beistandes anlässlich der Untersuchung (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 17. Februar 2010 - L 31 R 1292/09 B; LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 23. Februar 2006 - L 4 B 33/06 SB; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20. Juli 2006 - L 5 KR 39/05), betrifft dies andere Sachverhalte und ist in dieser Allgemeinheit auch nicht zutreffend. Das LSG Berlin-Brandenburg hat in der angeführten Entscheidung vielmehr gerade ausgeführt, es entspreche den Regeln der psychiatrischen Begutachtung, die Anwesenheit Dritter bei der Exploration abzulehnen (LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O. - juris Rdnr. 5). Dies entspricht auch dem Stand der Wissenschaft. Bei der psychiatrischen Begutachtung ist grundsätzlich die Anwesenheit dritter Personen während der Exploration und der Untersuchung kontraproduktiv und kann den Aufbau einer Beziehung zwischen Proband und Gutachter stören. Dabei ist auch zu bedenken, dass bei Anwesenheit von Angehörigen die Mitteilungen des Probanden verfälscht sein können, sodass diese Personen während des gutachtlichen Gesprächs nicht anwesend sein sollten (Ventzlaff/Förster, Psychiatrische Begutachtung, 6. Aufl. 2015, S. 17). Vielmehr kann vor oder nach der Exploration mit den Angehörigen gesprochen werden. Selbst bei der grundsätzlich möglichen Anwesenheit eines Prozessvertreters bei der gutachtlichen Untersuchung ist jedoch vorab eindeutig abzustimmen, dass die Rechtsvertreter bzw. Beistände zuhören, aber keinesfalls in das Gespräch eingreifen (Ventzlaff/Förster, a.a.O.). Diese Kriterien an eine gutachterliche Untersuchung erfüllt das von Dr. Sch. erstattete Gutachten nicht, da dieser im Rahmen der Exploration des Klägers auch dessen Ehefrau miteinbezogen hat.

Gegen das Vorliegen einer durchgehenden schwerwiegenderen Depression, welche der Ausübung einer sechsständigen Tätigkeit

entgegenstehen könnte, spricht zudem, dass eine medikamentöse Therapie insoweit nicht durchgeführt wird. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) werden psychische Erkrankungen erst dann rentenrechtlich relevant, wenn trotz adäquater Behandlung (medikamentös, therapeutisch, ambulant und stationär) davon auszugehen ist, dass ein Versicherter die psychischen Einschränkungen dauerhaft nicht überwinden kann, und zwar weder aus eigener Kraft noch mit ärztlicher oder therapeutischer Hilfe (BSG, Urteil vom 12. September 1990 - [5 RJ 88/89](#); Urteil vom 29. Februar 2006 - [B 13 RJ 31/05](#); Bayerisches LSG, Urteil vom 21. Januar 2015 - [L 19 R 394/10](#) - alle juris). Die möglichen Behandlungsoptionen sind insoweit nicht ausgeschöpft. Insoweit fand bei der Aufnahme in die N.-O.-Kliniken am 23. Juni 2015 lediglich eine Medikation mit ASS 100 und Medikinet statt, jedoch keine Medikation wegen der depressiven Erkrankung.

Auch der von Dr. H. erhobene Tagesablauf hat keine Hinweise auf eine schwerwiegendere Depression ergeben. Wenn seine Frau in Frühschicht arbeitet, steht der Kläger mit ihr um 5.00 Uhr auf. An Tagen mit Spätschicht steht er um 6.30 Uhr auf und richtet die Tochter für die Schule. Sodann versorgt er den Haushalt und ist am PC, um sich zu informieren, zu lesen und Rollenspiele zu spielen, und zwar teilweise mehrere Stunden. Am Mittag kocht er für die Familie. Den Nachmittag verbringt er wieder häufig mit Rollenspielen am PC. Die Wochenenden werden verbracht mit gemeinsamen familiären Aktivitäten, letztlich limitiert durch die finanziellen Verhältnisse. Beim Kläger ist es zwar im Zusammenhang mit dem Verlust des letzten Arbeitsplatzes zu einer krisenhaften Situation gekommen. Auslöser waren die sehr hohe zeitliche Belastung mit langen Schichtzeiten und unregelmäßigen Diensten (Dreischichtdienst), verbunden mit langen Gehstrecken bis zu 15 km während einer Schicht, die Konfliktsituation mit einem Vorgesetzten sowie die Nichtverlängerung des Zeitarbeitsvertrages. Aus der anschließenden Rehabilitationsmaßnahme ist der Kläger jedoch arbeitsfähig und damit mit einem Leistungsvermögen von sechs Stunden arbeitstäglich entlassen worden. Die Berufsfindungsmaßnahme im SRH W. hat der Kläger ausweislich der fachärztlichen Stellungnahme der Dr. M.-W. vom 7. November 2013 wegen somatischer Beschwerden abgebrochen. Bei der nachfolgenden stationären Behandlung in den N.-O.-Kliniken ist erstmals ein ADHS diagnostiziert und die Behandlung mit Medikinet begonnen worden, worauf sich eine zügige deutliche Besserung der Symptomatik gezeigt hat, die auch vom Kläger bestätigt worden ist und die auch der sachverständigen Zeugenaussage des behandelnden Arztes Dr. J. vom 17. Mai 2016 entnommen werden kann. Dieser hat denn auch als Befund bei der letzten Konsultation am 28. Januar 2016 lediglich angegeben, der Kläger sei leicht dysphorisch, ratlos und resignativ, eine schwerwiegendere Depression hat er dagegen nicht bescheinigt. Zur Überzeugung des Senats hat es sich damit um eine einmalige Episode im Zusammenhang mit der Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses gehandelt.

Zusammenfassend sind dem Kläger somit körperlich mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in wechselnder Körperhaltung ohne Akkordarbeit oder Nachtschicht, besonderen Zeitdruck und ohne hohe Ansprüche an Auffassung und Konzentration sowie ohne besonders hohe Verantwortung oder geistige Beanspruchung noch mindestens sechs Stunden täglich möglich. Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - juris) liegen beim Kläger nicht vor. Die genannten qualitativen Einschränkungen sind weder in ihrer Art noch in ihrer Summe geeignet, die Gefahr einer Verschlussenheit des Arbeitsmarktes zu begründen. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass ein Versicherter, der nach seinem verbliebenen Restleistungsvermögen noch körperlich leichte Tätigkeiten (wenn auch mit qualitativen Einschränkungen) mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Denn dem Versicherten ist es mit diesem Leistungsvermögen in der Regel möglich, diejenigen Verrichtungen auszuführen, die in ungelernten Tätigkeiten in der Regel gefordert werden, wie z. B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw. (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 79/09 R](#) - [BSGE 109, 189](#)). Auch die Wegefähigkeit des Klägers ist nicht eingeschränkt. Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist er somit weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 Abs. 1](#) und 2 SGB VI.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-06