

L 13 R 1591/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 8 R 1878/12
Datum
09.03.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 1591/16
Datum
23.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 9. März 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung im Streit.

Die 1960 geborene Klägerin hat keinen Beruf erlernt. Zuletzt war sie im Jahr 2006 (bis 27. September 2006) als Reinigungskraft versicherungspflichtig beschäftigt. In dem Versicherungsverlauf vom 11. Mai 2017 wurden bis 31. Dezember 2009 mit Unterbrechungen Pflichtbeitragszeiten ausgewiesen. Der Versicherungsverlauf endet am 31. Dezember 2009. Ab dem 1. Januar 2010 sind keinerlei Eintragungen mehr vorhanden. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Versicherungsverlauf verwiesen.

Die Klägerin stellte am 4. September 2006 erstmals einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Vom 19. September 2006 bis 22. September 2006 befand sie sich zur Einstellung des Bluthochdrucks in stationärer Behandlung im Sch.-B. Klinikum V. Dort gelang eine Blutdruckabsenkung am Tag mit einem Mittelwert von 123/84 mmHg und in der Nacht mit 105/72 mmHg. Die Beklagte ließ die Klägerin sodann durch den Internisten Dr. M. begutachten. In seinem Gutachten vom 27. September 2006 diagnostizierte dieser einen Bluthochdruck aufgrund früherer Diagnostik als von der Niere ausgehend eingestuft mit Augenhintergrundveränderungen sowie eine chronische Nierenentzündung (Glomerulonephritis), bisher ohne Einschränkung der Nierenfunktion. Dr. M. gab den zum Zeitpunkt der damaligen Untersuchung am 26. September 2006 bestehenden Blutdruck mit 130/90 mmHg unter einer Dreifachmedikation an. Die Herzgrenzen zeigten sich perkutatorisch unauffällig, die Herztöne waren rein, der Puls regelmäßig (76/Minute). Eine tieferegreifende Nierenschädigung sei derzeit nicht nachzuweisen. Er führte aus, dass die Klägerin eine Tätigkeit als Putzfrau nur noch unter drei Stunden, leichte Tätigkeiten ohne Zeitdruck überwiegend im Stehen, im Gehen und im Sitzen sechs Stunden und mehr ausüben könne. Die Beklagte lehnte sodann den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 5. Oktober 2006 ab, da bei der Klägerin keine Erwerbsminderung vorliege. Der hiergegen erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 16. Mai 2007 zurückgewiesen.

Daraufhin erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG, S 11 R 2326/07). Der die Klägerin behandelnde Nephrologe Dr. W. teilte dem SG in seiner Zeugenauuskunft vom 31. August 2007 mit, dass die Klägerin letztmalig im Mai 2006 dort vorstellig geworden sei. Der Kontakt reiche bis in das Jahr 2000 zurück. Die Klägerin sei immer wieder in unregelmäßigen, zum Teil größeren Abständen bei ihm in Behandlung gewesen. Bei der Klägerin bestehe eine igA-Nephritis (entzündliche Erkrankung der Niere durch autoimmune Prozesse), ein Angiomyolipom der rechten Niere, eine therapeutisch schwer einstellbare Bluthochdruckerkrankung mit Folge der Nierenerkrankung sowie ein – zuletzt im Vordergrund stehender – schwer einstellbarer Bluthochdruck. Bei den durchgeführten Untersuchungen habe der dringende Verdacht auf eine unregelmäßige und nicht ausreichende Einnahme der verordneten Medikation bestanden. Die chronische Nierenerkrankung sei zuletzt hinsichtlich der Nierenfunktion stabil gewesen. Eine leichte Tätigkeit von sechs Stunden täglich erscheine zumutbar. Im Rahmen dieses Verfahrens wurde ein internistisches Sachverständigengutachten bei PD Dr. T. eingeholt. Dieser stellte im Rahmen seiner Untersuchung am 20. November 2008 einen Blutdruck von 145/85 mmHg mit reinen Herztönen und einem Puls von 87/Minute fest und veranlasste eine Langzeit-Blutdruckmessung vom 20. November 2008 bis 21. November 2008 (Blutdruck am Tag: systolisch Minimum 123, Mitte 166, Maximum 195, Durchschnitt 166; diastolisch Minimum 82, Mitte 117, Maximum 145, Durchschnitt 117). Er teilte mit, dass Zeichen einer chronischen Nephropathie bds. ohne Organschrumpfung oder Harnstau vorlägen. Eine signifikante Nierenarterienstenose schloss er aufgrund eines insgesamt unauffälligen Flussmusters aus, ebenso wie eine Nebennierenraumforderung. Sodann diagnostizierte er in seinem Gutachten vom 5. März 2009 eine arterielle Hypertonie, welche nicht optimal eingestellt sei und ggfs.

auch dauerhaft zu Unwohlsein, schneller Ermüdung bei leichter körperlicher Betätigung, Kopfschmerzen, Engegefühl thorakal und Sehstörungen führen könne. PD Dr. T. führte aus, dass die Klägerin nicht in der Lage sei, körperlich belastbar zu arbeiten, solange die arterielle Hypertonie nicht optimal eingestellt sei, dies jedoch eine gute Mitarbeit des Patienten voraussetze. Zur guten Einstellung bedürfe es einer intensivierten, ggfs. stationär durchzuführenden medikamentösen Neueinstellung. Bei guter Blutdruckeinstellung könne sie wahrscheinlich mittelfristig leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten unter Beachtung qualitativer Einschränkungen ausüben. In dem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Befundbericht des PD Dr. G. (S.-B.-Klinikum V.) vom 15. September 2009 wurde ein schwer einstellbarer arterieller Hypertonus bei Nierenarterienstenose rechts beschrieben. Das SG wies die Klage daraufhin mit Urteil vom 10. November 2009 ab.

In dem weiter aktenkundigen Befundbericht über eine CE-Angiographie des Abdomens und Beckens der Gemeinschaftspraxis für Radiologie Dres. L., R. und L. vom 15. Januar 2010 wurden Zeichen einer fibromuskulären Dysplasie der Arteria renalis dextra mit höhergradiger Stenose beschrieben. Einem Befundbericht des Nephrologen Dr. B. vom 16. September 2010 lässt sich aufgrund einer RT-Angiologie eine deutliche Stenosierung der rechten Nierenarterie entnehmen, wobei sich ein signifikanter Unterschied der Nierendurchblutung bei einer duplexsonographischen Untersuchung nicht gezeigt habe. Von Seiten der Nierenfunktion finde sich jedoch ein vollkommen stabiler Verlauf, so dass eine zwingende interventionelle Behandlungsindikation wohl nicht bestehe.

Am 1. Mai 2011 stellte die Klägerin erneut einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Zur Begründung führte sie aus, dass sie aufgrund ihres nicht kontrollierbaren Bluthochdrucks keine Arbeiten mehr verrichten könne und daher erwerbsgemindert sei. Selbst den Haushalt könne sie nur noch mit Zwischenpausen bewältigen. Zum Nachweis legte sie Behandlungs- und Befundberichte der sie behandelnden Ärzte vor. Insofern wird auf die Verwaltungsakte verwiesen.

Die Beklagte ließ die Klägerin daraufhin erneut begutachten. Dr. K.-K. stellte in ihrem Gutachten vom 12. Oktober 2011 die Diagnose eines schwer einstellbaren arteriellen Bluthochdrucks, jetzt mit Nachweis einer Nierenarterienstenose rechts, mit geringen hypertensiven Veränderungen des Augenhintergrundes, einer chronischen Nierenentzündung mit stabilem Verlauf, eines gutartigen Nierentumors rechts, einer rezidivierenden Blasenentzündung mit Dranginkontinenz, einer mäßigen Schultergelenksarthrose rechts ohne Bewegungseinschränkung, einer Wirbelsäulenfehlhaltung ohne Bewegungseinschränkung, eines chronischen Tinnitus und einer Cholesterinämie. Dr. K.-K. stellte einen Blutdruck von 190/130 mmHg fest, wobei die Klägerin erklärt habe, die Blutdruckmedikamente noch nicht eingenommen zu haben. Dr. K.-K. zweifelte in ihrem Gutachten daher die Mitarbeit der Klägerin an. Zur Leistungsfähigkeit teilte Dr. K.-K. mit, die Klägerin könne nur noch unter 3 Stunden täglich als Reinigungskraft arbeiten, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien unter Beachtung qualitativer Einschränkungen 6 Stunden und mehr arbeitstäglich möglich. Die Beklagte lehnte die beantragte Rente daraufhin mangels Vorliegens einer Erwerbsminderung mit Bescheid vom 13. Oktober 2011 ab. Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 26. Oktober 2011 Widerspruch.

Die Beklagte bewilligte der Klägerin im Zeitraum vom 6. März 2012 bis 24. März 2012 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der H.-E. Klinik B. S. ... Im Entlassbericht der Rehaklinik vom 30. März 2012 wurden folgenden Diagnosen gestellt: schwer einstellbarer Hypertonus seit 1984, nachgewiesene fibromuskuläre Dysplasie der rechten A. renalis, IgA-Nephritis (ED 2003), bekanntes Angiomyolipom der rechten Niere und eine posttraumatische Belastungsstörung. Tätigkeiten als Reinigungskraft könne die Klägerin nur noch unter 3 Stunden arbeitstäglich ausüben. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten hingegen 6 Stunden und mehr verrichtet werden. Hierbei sollten Stress, Zwangshaltungen, häufiges Überkopfarbeiten, das Heben und Bewegen von Lasten über 10 kg vermieden werden. Es sei eine Normotonie bzw. eine bessere Blutdruckeinstellung erreicht worden. Grundlage hierfür sei eine Medikamentenumstellung. Unter Ziff. 10.1.2.2 wurde hingegen ausgeführt, dass eine leichte Tätigkeit vorwiegend im Sitzen ohne Heben und Bewegen von Lasten, ohne Stress unter 6 Stunden noch denkbar sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juni 2012 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Unter Berücksichtigung aller Gesundheitsstörungen seien keine Auswirkungen ersichtlich, die das Leistungsvermögen der Klägerin für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt quantitativ einschränkten. Auch habe die Klägerin keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung aufgrund von Berufsunfähigkeit. Die Klägerin sei zuletzt als Reinigungskraft versicherungspflichtig beschäftigt gewesen. Sie gehöre daher zum Kreis der ungelernten Arbeiterinnen und könne deshalb auf alle - gesundheitlich zumutbaren - ungelernten Tätigkeiten verwiesen werden.

Mit Schreiben vom 9. Juli 2012 hat die Klägerin daraufhin erneut Klage zum SG erhoben. Diese hat sie in erster Linie damit begründet, die Beklagte habe keine ausreichende Sachaufklärung betrieben. Ihr sei nicht bekannt, dass ihr Blutdruck jetzt medikamentös einstellbar sei. Die Blutdruckwerte seien weiterhin so wie früher. Die Rehabilitationsmaßnahme habe nichts gebracht. Auch leide sie immer noch an Schmerzen im Schulter-Arm-Bereich. Nach Auffassung der Beklagten sei bei der Klägerin weiterhin von einem vollschichtigen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen. Darüber hinaus hat sie im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 9. März 2016 mitgeteilt, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung letztmals am 31. Januar 2012 erfüllt gewesen seien. Die Klägerin hat daraufhin mitgeteilt, dass sie sich seit ihrer Heirat im Jahr 2009 nicht weiter arbeitsuchend gemeldet habe und seither auch keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sei.

Das SG hat die die Klägerin behandelnden Ärzte Dr. S., H., Dr. R., Dr. K. und Dr. K. als sachverständige Zeugen sowie den Dipl.-Psychologen H. befragt. Der Internist und Kardiologe Dr. S. hat in seiner Stellungnahme vom 7. September 2012 mitgeteilt, die Klägerin anlässlich des stationären Heilverfahrens in der H.-E.-Klinik als beratender kardiologischer Arzt gesehen zu haben. Die Behandlung bezüglich der Hypertonie und der gegebenenfalls zugrunde liegenden Ursachen sei im März nicht abgeschlossen gewesen. Eine sozialmedizinische Stellungnahme könne daher nicht abgegeben werden. Unter der Medikation im März 2012 habe die Klägerin beim Fahrradergometertest maximal 75 Watt bei einem krankhaften Blutdruckanstieg auf 245/120 mmHg leisten können.

Dr. R. hat mitteilt, dass er als Radiologe bei der Klägerin nur konsiliarärztlich tätig geworden sei und keine Aussagen über weitergehende Erkrankungen oder Behandlungen machen könne. Er hat u. a. zwei Befundberichte vom 6. September 2012 über Kernspintomogramme beider Schultergelenke, der BWS sowie der HWS vorgelegt. Danach habe sich im rechten Schultergelenk ein mäßiges subacromiales Impingement mit degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne am musculo-tendinösen Übergang sowie ansatznah ohne Ruptur oder Partialruptur, eine mäßige Peritendinitis der Supraspinatussehne und diskret auch der Infraspinatussehne, eine lange Bizepssehne,

eine minimale Bursitis subcoracoidea sowie eine mäßige AC-Gelenkarthrose ohne signifikante Aktivierung gezeigt. Im Bereich des linken Schultergelenkes habe sich ein deutliches Impingementsyndrom durch umschriebenen Knochensporn am Acromiounterrand und eine mäßige, nicht aktivierte Arthrose im AC-Gelenk, eine geringe chronische Peritendinitis der Supra- und Infraspinatussehne bei nur geringer chronischer kurzs Streckiger Ansatz tendinose sowie eine leichte Bursitis subacromialis gezeigt. Im Bereich der BWS habe sich eine leicht vermehrte Kyphosierung der oberen BWS, eine beginnende Osteochondrosis intervertebralis in Höhe TH 3 bis 6 gezeigt. Ein Bandscheibenvorfall habe nicht vorgelegen. Im Bereich der HWS sei auf dem Kernspintomogramm eine leichte fettige Degeneration im deckplattennahen Abschnitt des HWK 5, eine Osteochondrosis intervertebralis in C5/6 mit leichter medialer Protrusion zu sehen. Auch hier habe sich ein Bandscheibenvorfall nicht gezeigt.

Der Internist Dr. H. hat in seiner Zeugenauskunft vom 13. September 2012 ausgeführt, die Klägerin leide an einer mesangioproliferativen Glomerulonephritis, einer renalen Hypertonie, einem Angiomyolipom der rechten Niere, einer Hypercholesterinämie und einer Hypothyreose. Im Vordergrund der Behandlung stehe die chronische Nierenerkrankung und der schwer einstellbare Bluthochdruck. Der Gesundheitszustand der Klägerin sei bezüglich der Nierenerkrankung über die Jahre stabil gewesen. Im nephrologischen Fachbereich liege derzeit keine Beeinträchtigung der Organfunktion vor. Allerdings erfordere der schwer einstellbare Bluthochdruck eine regelmäßige ärztliche Mitbetreuung. Es lägen keine Bedenken gegen eine leichte Tätigkeit von sechs Stunden täglich vor. Voraussetzung sei allerdings, dass der Bluthochdruck gut eingestellt werde.

Der Dipl.-Psych. H. hat in seiner Auskunft vom 4. März 2013 ausgesagt, die Klägerin leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der allgemeine Gesundheitszustand der Klägerin habe sich im Laufe des letzten Jahres sehr verschlechtert (Hörsturz, Gewichtszunahme, Schmerzen). Nur die panische Reaktion gegenüber dem Angreifer von 2009 habe sich reduziert. In dem Zustand, in dem sich die Klägerin derzeit befinde, könne sie keiner Berufstätigkeit nachgehen. Eine wesentliche Verbesserung des Zustandes sei nicht in Sicht.

Der Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. K. hat mitgeteilt, dass die Klägerin einmalig am 18. September 2012 bei ihm vorstellig geworden sei. Sie habe über ein seit langer Zeit bestehendes bds. Ohrgeräusch sowie neu auftretenden Schwindel geklagt. Ein Hinweis für das Vorliegen einer akut peripher vestibulären Störung bds. habe er nicht gefunden. Da keine Hinweise für eine Ursache der beklagten Schwindelbeschwerden auf dem HNO-Fachgebiet nachweisbar gewesen seien, bestünde aus HNO-ärztlicher Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit hinsichtlich leichter Tätigkeiten.

Der Allgemeinmediziner Dr. K. hat in seiner Zeugenauskunft vom 13. Juni 2013 dargelegt, die Klägerin leide an einer symptomatischen Nierenarterienstenose rechts, einem Angiomyolipom rechts, einer migräneartigen Cephalgie (Frequenz ca. einmal pro Woche), einem subacromialen Impingementsyndrom, einer Osteochondrosis intervertebralis, einer Kyphose und Skoliose der Lenden-, Brust- bzw. Halswirbelsäule, fluktuierenden Empfindungsstörungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte und des rechten Hemicorpus bei kernspintomographischem Verdacht auf disseminierte ZNS Entzündung, meniereartigen Schwindelattacken sowie einer IgA-Nephritis mit Erstdiagnose 2003. Hinsichtlich des Bluthochdrucks werde die Klägerin mit einer Viererkombination (Antihypertensiva) therapiert, worunter sich symptomatische Blutdruckspitzen bis Werte über 200 systolisch nach wie vor zeigten. Außerdem zeige sich im psychologischen/psychosomatischen Bereich eine schwere posttraumatische Belastungsstörung, nachdem die Klägerin im Februar 2009 hinterhältig zusammengeschlagen worden sei. Seiner Auffassung nach bestünden erhebliche Bedenken, dass die Klägerin noch sechs Stunden täglich arbeiten könne. Seines Erachtens sei eine Arbeitszeit von unter zwei Stunden - wenn überhaupt noch - gegeben.

Das SG hat außerdem Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin Dr. St ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 22. November 2013 folgende Diagnosen gestellt: undifferenzierte Somatisierungsstörung, phobische Störung (spezifische Phobie), Tinnitus (Ohrgeräusch), Bluthochdruck (Hypertonie), komplexe Nierenerkrankung sowie kernspintomografisch festgestellte, noch unklare Veränderungen im Gehirn. Die Klägerin sei aus nervenärztlicher Sicht in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Aufgrund des Bluthochdrucks sollten nur leichte Tätigkeiten verrichtet werden. Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung und besonderer geistiger Beanspruchung, Akkord- und Fließbandarbeiten sowie Tätigkeiten in Wechselschicht sollten sowohl aus internistischen wie auch aus nervenärztlichen Gründen vermieden werden.

Des Weiteren hat das SG Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Kardiologen Prof. Dr. G ... Dieser hat in seinem aufgrund ambulanter Untersuchung am 15. August 2014 erstellten Gutachten mitgeteilt, dass die durchgeführten Untersuchungen eine arterielle Hypertonie mit leichten Endorganveränderungen bestätigten. Die Klägerin leide an einer Hypertonie II - III. Grades. Eine arterielle Hypertonie sei grundsätzlich kein Grund für ein aufgehobenes Leistungsvermögen. Das bestehende Angiomyolipom zähle zu den gutartigen Tumoren, die im Bereich der Niere auftreten könnten, habe keinen Krankheitswert und somit keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. Die bestehende IgA-Nephritis sei eine eigenständige Nierenerkrankung mit entzündlichen Veränderungen an den Nierenkörperchen, welche eine arterielle Hypertonie mitverursachen könne. Sie könne im Verlauf von Jahren zur Entwicklung einer terminalen Niereninsuffizienz führen. Zum Zeitpunkt der Vorstellung weise die Klägerin keine Einschränkung der Nierenparameter auf. Sofern das zugrunde liegende Krankheitsbild der arteriellen Hypertonie adäquat behandelt werde und der Blutdruck eingestellt sei, bestehe aus internistischer Sicht keine Notwendigkeit für eine Anpassung der Arbeitspausen. Sofern die Blutdruckwerte weiterhin deutlich erhöht sein sollten, seien mehrere variable Pausen am Tag empfehlenswert. Es sei jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Klägerin - wie von ihr selbst geschildert - überhaupt nicht mehr leistungsfähig sei, da eine arterielle Hypertonie ohne relevante Endorganschäden nicht per se mit einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit einhergehe. Aus der letzten Langzeitblutdruckmessung der Klägerin sei zu entnehmen, dass die Blutdruckwerte im Gesamtdurchschnitt 165/107 mm Hg betragen hätten, so dass ausreichend viele Intervalle mit hypertensiven aber nicht hypertensiv entgleisten Blutdruckwerten bestanden hätten. In diesen Phasen könne eine körperliche Einschränkung nicht nachvollzogen werden. Es sei möglich, dass die Symptome durch die Somatisierungsstörung aggraviert würden. Prinzipiell sei eine Arbeit von über sechs Stunden am Tag möglich. Bei Blutdruckkrisen sei ggfs. eine (vorübergehende) Arbeitsunfähigkeit, nicht jedoch eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit per se gegeben. Aus den Unterlagen und auch der aktuellen Therapie könne entnommen werden, dass die Klägerin zu keinem Zeitpunkt ausreichend medikamentös therapiert worden sei. Eine maximale medikamentöse Therapie sei bislang nicht erfolgt. Es sollte eine deutliche Intensivierung der antihypertensiven Medikation stattfinden. Eine organisch-medizinisch begründete wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei nicht erkennbar. Eine Leistungsminderung durch die arterielle Hypertonie könne erst attestiert werden, wenn nachweislich die maximalen Therapiemaßnahmen ausgeschöpft seien.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG ein weiteres internistisches Gutachten bei Prof. Dr. Z. eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 11. November 2015 die Diagnose einer langjährig bestehenden arteriellen Hypertonie mit moderaten Folgeerkrankungen (Carotis-Plaques, Herzmuskelhypertrophie, Retinopathie, geringe hypertensive Veränderungen 12/2005) bei vorliegenden kardiovaskulären Risikofaktoren (fortgesetzter, aktuell geringer Nikotinabusus, positive Familienanamnese für kardiovaskuläre Erkrankungen [Vater, Großvater, Schwester, Großmutter]) und einer Hypercholesterinämie gestellt. Außerdem bestünden nach Aktenlage eine therapiebedürftige degenerative Erkrankung der rechten Schulter, eine IgA-Glomerulonephritis (in klinischer Remission), eine Wirbelsäulenproblematik mit Wurzelreizsyndrom C 6 links, ein Karpaltunnelsyndrom, ein V. a. disseminierte Entzündung des zentralen Nervensystems, rezidivierende Cephalgien mit Angabe von Sehstörungen, ein Tinnitus aurium beidseits, ein benigner Tumor im Bereich der rechten Niere (am ehesten Angiomyolipom, langjährig größenkonstant), eine vorbeschriebene Somatisierungsstörung und phobische Störung, ein chronischer Harnwegsinfekt und Dranginkontinenz (aktuell nicht beklagt) sowie Allergien und Unverträglichkeiten (Nickellallergie, Unverträglichkeiten von Penicillin, Bisohexal HCT, Benalapril und einmalig von Amlodipin). Die arterielle Hypertonie sei unzureichend eingestellt, wobei die Behandlungsmöglichkeiten - entgegen ihrer eigenen Auffassung - nicht ausgeschöpft seien. Es sei festzustellen, dass die Klägerin über lange Zeiträume ohne erkennbare Gründe nicht leitliniengerecht therapiert worden sei, obwohl zeitweise eine leitliniengerechte Therapie erfolgt sei. Während eines stationären Aufenthaltes in Donaueschingen habe die Klägerin unter einer Dreifachmedikation drei Tage in Folge völlig normale Messwerte gehabt. Diese Medikation sei von ihr auch gut vertragen worden. Auch habe sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes in Bad Säckingen eine leichte Besserung der Blutdruckwerte gezeigt, auch wenn dies von der Klägerin bestritten werde. Der Verlauf der Blutdrucksenkung entspreche dem erwartbaren Tempo bei einer Blutdruckeinstellung mit neuen Medikamenten. Die von der Klägerin beklagten Symptome (Ohrgeräusche, Kopfschmerzen, Probleme beim Gehen, Sehstörungen, Panikgefühl) seien unspezifisch, da bei einer arteriellen Hypertonie, insbesondere bei längerem Bestehen, auch bei dauerhaft sehr hohen Werten keine Symptome bestehen würden. Die von der Klägerin beklagten Beschwerden könnten zum Teil auf eine arterielle Hypertonie zurückzuführen sein, könnten jedoch auch andere Ursachen haben. Hierbei sei auch an Medikamentennebenwirkungen zu denken, die sich ihrerseits als derartige Symptome von Kopfschmerz, Schwindel, Gangunsicherheit, Abgeschlagenheit und eingeschränkter Belastbarkeit äußern könnten. Aufgrund der derzeit noch unzureichenden Einstellung des Bluthochdrucks sollten Tätigkeiten mit Heben von Lasten über 5 kg sowie Tätigkeiten unter Zeitdruck und mit besonderer Verantwortung vermieden werden. Inwiefern die beklagte Symptomatik der Klägerin der arteriellen Hypertonie zuzuordnen sei, ihr eine Medikamentennebenwirkung zugrunde liege oder eine andere Ursache, könne von ihm nicht abschließend geklärt werden. Bei Fortbestehen der aktuellen Symptome sei die Klägerin nicht in der Lage, eine leichte körperliche Tätigkeit über drei Stunden am Tag durchzuführen. Ohne die aktuellen Symptome und mit zufriedenstellender Blutdruckeinstellung sei die Klägerin in der Lage leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten auszuführen. Dann sei auch eine Tätigkeit, die überwiegendes Gehen, Stehen und Sitzen auch in gleichförmiger Körperhaltung beinhalte, möglich. Aufgrund der Schwindelsymptomatik sollte eine überwiegend aufrechte Tätigkeit gewählt werden. Akkord- und Fließbandarbeiten seien auch langfristig für die Klägerin nicht geeignet, ebenso sollte keine Arbeit in Wechsel- und Nachtschicht erfolgen. Auch sollte eine Einwirkung von Hitze, Zugluft, Nässe, Lärm, Staub, Gasen oder Dämpfen und auch solche mit besonderer Verantwortung und geistiger Beanspruchung vermieden werden. Bei zufriedenstellender Blutdruckeinstellung und bei Ausbleiben der beklagten Symptome seien keine zusätzlichen Arbeitspausen erforderlich.

Mit Urteil vom 9. März 2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass bei der Klägerin keine Erwerbsminderung auf absehbare Zeit angenommen werden könne. Hierbei hat sich das SG in erster Linie auf die Gutachten des Dr. St., des Prof. Dr. G. und auch auf dasjenige des Prof. Dr. Z. gestützt. Danach bestehe eine relevante Leistungsminderung weder auf neurologisch-psychiatrischem noch auf internistischem Fachgebiet. Insbesondere seien die Behandlungsmöglichkeiten hinsichtlich des Bluthochdrucks nicht ausgeschöpft, so dass nicht von einer Erwerbsminderung auf nicht absehbare Dauer ausgegangen werden könne. Insbesondere lasse sich eine derartige Einschränkung nicht für einen Zeitpunkt annehmen, an welchem die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch erfüllt gewesen seien. Hier falle der Entlassbericht über die stationäre Behandlung in Bad Säckingen vom 6. bis 14. März 2012 besonders ins Gewicht, nach welchem auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr als zumutbar und möglich bescheinigt worden seien. Auf HNO-ärztlichen und orthopädischem Fachgebiet seien nach den Einlassungen der diesbezüglich als sachverständige Zeugen gehörten Fachärzte keine Einschränkungen ersichtlich, welche für die Frage nach einer möglichen Erwerbsminderung von relevantem Gewicht seien. Über einen Anspruch auf teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit sei nicht zu entscheiden, da die anwaltlich vertretene Klägerin sich in der Antragstellung auf die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung beschränkt habe. Darüber hinaus bestehe ein solcher Anspruch auch nicht, da die Klägerin aufgrund ihres beruflichen Werdeganges auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden könne. Auf diesem sei eine überdauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit jedoch nicht belegt.

Am 28. April 2016 hat die Klägerin gegen das Urteil des SG Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zum einen sei sie in der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung von der Aussage der Beklagten überrascht worden, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente letztmals am 31. Januar 2012 vorgelegen hätten. Insofern habe die Beklagte ihre ihr gegenüber bestehende Hinweispflicht verletzt. Sie habe den Rentenanspruch bereits am 1. Mai 2011 gestellt. Die Beklagte habe sie daher ins offene Messer laufen lassen. Hier greife der sozialrechtliche Herstellungsanspruch, da die Beklagte ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht nicht nachgekommen sei. Gerade während des laufenden Rentenverfahrens sei die Beklagte verpflichtet gewesen, durch entsprechende Hinweise dafür zu sorgen, dass sie während des immerhin fünf Jahre dauernden Prozesses die Voraussetzungen für die Zubilligung einer Rente nicht verliere. Erstmals gehe aus der Rentenmitteilung vom 6. April 2016 hervor, dass nach dem derzeitigen Kontostand die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht erfüllt seien. Dies komme fünf Jahre zu spät. Der letzte Rentenbescheid stamme aus dem Jahre 2011 und habe keinerlei Hinweise diesbezüglich enthalten. Sie sei daher so zu stellen, als lägen die rentenrechtlichen Voraussetzungen vor. Darüber hinaus gehe sie nach wie vor davon aus, dass wegen des aus ihrer Sicht nicht einstellbaren Bluthochdrucks, der bereits 2009 vorgelegen habe, schon damals die Voraussetzungen für die Bewilligung einer Rente vorgelegen hätten, da sie aufgrund dessen nicht mehr dazu in der Lage sei, drei Stunden täglich zu arbeiten. Sie könne nichts dagegen tun, wenn sie von den Ärzten angeblich nicht richtig behandelt werde. Seit sieben Jahren werde jetzt erfolglos versucht, den Bluthochdruck in den Griff zu bekommen. Sowohl Prof. Dr. G. als auch Prof. Dr. Z. hätten viel zu hohe Blutdruckwerte festgestellt und gingen von einer Leistungsfähigkeit nur unter Senkung dieser Werte aus. Sie stehe in ärztlicher Behandlung. Den Ärzten sei es bislang nicht gelungen, sie in einen arbeitsfähigen Zustand zu versetzen, weshalb ihr eine Rente zu gewähren sei. Sie hätte zumindest eine Zeitrente erhalten müssen. Es sei dann Aufgabe der Beklagten gewesen, durch entsprechende Rehaangebote die Blutdruckwerte in den Griff zu bekommen und so zu senken, dass die Rente wieder aufgehoben werden könne. Dr. K. bestätige in dem beigefügten Attest vom 25. April 2016, dass sie so behandelt worden sei, wie dies in den ärztlichen Gutachten empfohlen worden sei. Er bestätige, dass sie eine Dreifachkombination erhalte und zusätzlich Carvedilol, was einer Dauermedikation mit insgesamt vier verschiedenen Substanzgruppen

entspreche. Trotz dieser richtliniengerechten Behandlung sei es zu keiner Besserung gekommen. Darüber hinaus seien zwischenzeitlich im Bereich von Schulter und Nacken einwandfreie Beschwerden festgestellt worden in Form einer Steilstellung der HWS, einer Kompression links C6, einer Bandscheibenprotrusion usw. Bevor der Bandscheibenvorfall operativ behandelt werde, solle zunächst an beiden Armen das Karpaltunnelsyndrom behandelt werden und zwar operativ, weil man einen Zusammenhang mit der Schulter bzw. der HWS vermute. Bereits aufgrund dieser Beschwerden bestehe bei ihr auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr und zwar bereits zu einem Zeitpunkt, als die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch vorgelegen hätten.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 9. März 2016 und den Bescheid der Beklagten vom 13. Oktober 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Juni 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Mai 2011 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Zur Begründung beruft sie sich auf ihren Vortrag im erstinstanzlichen Verfahren sowie auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil. Der Anspruch auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch bezüglich der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (Drei-Fünftel-Belegung) aufgrund unvollständiger Beratung werde zurückgewiesen. Der Herstellungsanspruch sei auf die Vornahme einer Amtshandlung gerichtet, mit der die Rechtsfolgen herbeigeführt würden, die eingetreten wären, wenn die Behörde die ihr obliegenden Pflichten ordnungsgemäß wahrgenommen hätte. Selbst wenn der Rentenbescheid vom 13. November 2011 einen Hinweis enthalten hätte, wären mit diesem Hinweis nicht automatisch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen weiterhin erfüllt gewesen. Hätte sich die Versicherte aufgrund des Hinweises erneut arbeitslos gemeldet, wäre diese Zeit nicht als Anrechnungszeit wegen Arbeitslosigkeit anerkannt worden, da diese Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug keine versicherungspflichtige Beschäftigung unterbrochen hätte. Da auch kein weiterer Verlängerungsstatbestand des 5-Jahreszeitraums vorliege (letzter Pflichtbeitrag im Dezember 2009), hätte diese Zeit keinen Einfluss auf die Erfüllung der Drei-Fünftel-Belegung gehabt. Es könne auch nicht unterstellt werden, dass die Klägerin aufgrund dieses Hinweises eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen hätte.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Befragung des die Klägerin behandelnden Allgemeinmediziners Dr. K. ... Dieser hat mitgeteilt, die Klägerin seit dem 21. September 1996 zu behandeln. Er hat die von ihm gestellten Diagnosen mitgeteilt (Nierenarterienstenose rechts, Osteoporose, Angiomyolipom rechts, Skoliose, subacromiales Impingementsyndrom beidseits, Osteochondrosis intervertebralis, Kyphose, chronisch rezidivierende Migräne, Z. n. Hysterektomie, Foraminaeinengung im HWS-Bereich links [HWK 5/6, weniger ausgeprägt HWK 4/5 links], Unkovertebralarthrose [HWS], Carpaltunnensyndrom beidseits, IgA Nephritis [Biopsie 10/01], renale Hypertonie, Z. n. EPH Gestose, Hypercholesterinämie, Vitamin D-Mangel, Hypothyreose, schwere hypertensive Herzkrankung) und Befundberichte aus den Jahren 2015 und 2016 vorgelegt. Aus dem Befundbericht des Internisten und Kardiologen Dr. Theiss vom 4. Februar 2015 lassen sich weiterhin deutlich erhöhte Blutdruckwerte trotz einer Fünffachmedikation (Dafiro, Carvedilol, Torasemid, Vigantoletten, Pantoprazol) entnehmen. Zusammenfassend hat Dr. Theiss ausgeführt, dass bei der Klägerin eine schwere, derzeit nicht einstellbare arterielle Hypertonie mit echokardiographisch schwerer Myokardhypertrophie bestehe. Er habe eine Mitbeurteilung durch die Nephrologie in Villingen-Schwenningen empfohlen mit der Frage, ob die Nierenarterienstenose rechts relevant sei, ob diese invasiv angegangen werden sollte, ob die rechte Niere noch normal funktionsfähig sei, ob eine Gabe von Spironolacton möglich sei und es sonst Ideen zur besseren Blutdruckeinstellung gebe. Dem vorgelegten Befundbericht des Arztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. K. vom 19. Mai 2015 lässt sich ein Z. n. akuter Vestibulopathie, eine geringgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit sowie eine Hypertonie entnehmen. Die geschilderten Beschwerden seien am ehesten im Zusammenhang mit der bekannten Hypertonie zu sehen. Dem Befundbericht der Neurochirurgin Dr. Herrero y Calle vom 22. März 2016 lässt sich ein Impingement-Syndrom der Schulter beidseits, eine gesicherte Foraminaeinengung im HWS-Bereich links (HWK 5/6, weniger ausgeprägt HWK 4/5 links) eine Unkovertebralarthrose (HWS) sowie ein Karpaltunnelsyndrom beidseits entnehmen.

Die Beklagte hat zu der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. K. sowie zu den von diesem vorgelegten Befundberichten eine sozialmedizinische Stellungnahme vom 5. September 2016 eingeholt. Darin hat die Allgemeinmedizinerin Dr. Klose ausgeführt, dass nach wie vor eine Erwerbsminderung nicht gegeben sei. Bei den sich aus dem neurochirurgischen Bericht der Dr. Herrero y Calle ergebenden Beeinträchtigungen handle es sich um Abnutzungserscheinungen im Bereich des Skelettsystems. Degenerative Veränderungen seien durchaus alterstypisch und bedingten allenfalls qualitative Einschränkungen der Belastbarkeit, nicht aber quantitative. Bezüglich des bekannten Karpaltunnelsyndroms sei bereits 2012 eine Dekompression empfohlen worden. Offensichtlich sei die Beschwerdesymptomatik nicht so ausgeprägt, als dass dies notwendig geworden sei. Dem HNO-ärztlichen Bericht lasse sich ein Zustand nach einem passageren Ausfall des Gleichgewichtorgans entnehmen, ohne dass sich zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Praxis noch ein akuter Handlungsbedarf ergeben habe. Darüber hinaus sei eine geringgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit diagnostiziert worden und der bekannte Bluthochdruck aufgeführt worden. Therapeutische Konsequenzen ergäben sich daraus nicht. Sozialmedizinisch führe dies nicht zu einer quantitativen Beeinträchtigung des Leistungsbildes. Aus dem Befundbericht des Dr. Theiss vom 4. Februar 2015 sei die Pumpfunktion des Herzens mit nahezu Normalbefund diagnostiziert und dokumentiert worden. Außerdem habe er im Hinblick auf den Bluthochdruck den Verdacht auf eine zugrundeliegende rechtsseitige Nierenarterienstenose geäußert und deshalb eine Mitbeurteilung durch die "Nephrologie in Villingen-Schwenningen" empfohlen. Es bleibe offen, ob dies erfolgt sei. Allerdings sei in dem ausführlichen Gutachten von Prof. Dr. Z. vom 11. November 2015 im Rahmen seiner apparativen Diagnostik u. a. ausdrücklich festgestellt worden, dass beidseits keine Nierenarterienstenose vorliege. Somit gelte es, weiterhin konservativ eine befriedigende Blutdruckeinstellung zu erreichen. Es werde weiterhin daran festgehalten, dass im Hinblick auf den Bluthochdruck bislang nicht von einer konsequenten Medikation gesprochen werden könne und daher auch nicht von ausgereizter Bluthochdrucktherapie.

Mit Schreiben vom 20. Oktober 2016 hat Dr. K. auf nochmalige Anfrage des Senats ergänzend mitgeteilt, dass sich seit Mai 2015 trotz des Einsatzes von vier bzw. sechs Substanzen nach wie vor sowie in den letzten Jahren ebenfalls deutlich erhöhte Blutdruckwerte mit Mittelwerten von 190/110 bei einer ermittelten Herzfrequenz von 80/Minute ergäben. Derzeit seien keine neuen Therapieversuche unternommen worden, sobald die Klägerin in den letzten Jahren auf universitärer Ebene mehrfach bei Fachärzten (Kardiologen, Internisten, Hypertensiologen, Nephrologen etc.) diagnostiziert, therapiert und beraten worden sei.

Die Beklagte hat daraufhin eine weitere Stellungnahme ihres sozialmedizinischen Dienstes (Dr. Klose) vom 3. November 2016 vorgelegt. Diese hat darin ausgeführt, dass Dr. K. in seiner Zeugenauskunft eine Nierenarterienstenose rechtsseitig als erste Diagnose aufführe, wobei eine solche vom Gutachter Prof. Dr. Z. ausdrücklich verneint worden sei. Dr. K. beteuere, dass eine adäquate Therapie erfolge und eine

Blutdrucknormalisierung nicht erreicht werden könne. Diese Aussage stehe den Aussagen der Gutachter entgegen. Sowohl Prof. Dr. G. als auch Prof. Dr. Z. hätten für eine adäquate Therapie plädiert durch welche eine Blutdrucknormalisierung erreicht werden könne und damit vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben sei.

Die Klägerin hat daraufhin nochmals auf einen Arztbericht der Gemeinschaftspraxis Dres. L. und R. vom 10. August 2009 und des Dr. H. vom 16. September 2010 hingewiesen, wonach eine Nierenarterienstenose festgestellt worden sei. Diese sei jedoch nicht mit dem Sono-Duplex-Verfahren, welches von den Gutachtern angewandt worden sei, festzustellen.

Mit Schriftsatz vom 16. Februar 2017 hat die Klägerin des Weiteren einen Befundbericht des Radiologischen Zentrums S.-B. vom 3. Februar 2017 sowie einen Bericht des Medizinischen Laborzentrums S. vom 26. Januar 2017 vorgelegt. Laut dem Bericht des Radiologischen Zentrums S.-B. vom 3. Februar 2017 hat sich eine proximale mäßiggradige Hauptstammstenose mit poststenotischer Dilatation der Arteria renalis dextra gezeigt. Die linke Nierenarterie hat sich unauffällig dargestellt. Duplexsonographisch bestehe wohl keine hämodynamische Relevanz der Stenose rechts. Des Weiteren lässt sich diesem Bericht ein bekanntes Angiomyolipom der rechten Niere maximale Größe 4,1 x 3 cm entnehmen. Die parenchymatösen Oberbauchorgane sind als unauffällig beschrieben worden. Die Klägerin hat ausgeführt, dass die Begutachtung des Prof. Dr. Z. vor dem Hintergrund, dass eine von ihm verneinte Nierenarterienstenose tatsächlich bestehe, nicht verwertbar sei. Prof. Dr. Z. sei von falschen Voraussetzungen ausgegangen. Es liege eine organische Schädigung vor, die ein Beleg für die Nichteinstellbarkeit der Bluthochdruckkrankung sei. Außerdem sei die Darstellung in dem Gutachten des Prof. Dr. G., wonach aktuell lediglich eine Monotherapie mit Betablockern durchgeführt worden sei, falsch. Die sie befragende Ärztin habe sie nicht aussprechen lassen, so dass es zu dieser unvollständigen Aussage gekommen sei. Sowohl Prof. Dr. G. als auch Prof. Dr. Z. gingen jedoch übereinstimmend davon aus, dass eine Erwerbsfähigkeit nur dann angenommen werden könne, wenn der Bluthochdruck befriedigend eingestellt worden sei. Dies sei bislang jedoch nicht gelungen, weshalb von ihrer Erwerbsunfähigkeit auszugehen sei.

Mit Schriftsatz vom 4. April 2017 hat die Klägerin überdies einen Befundbericht des Urologen und Andrologen Dr. F. vom 23. März 2017 sowie einen Nuklearmedizin-Befund des Sch.-B.-Klinikums vom 16. März 2017 vorgelegt. Die Klägerin hat behauptet, dem Befund lasse sich eine eingeschränkte Nierenfunktion (rechts 35 %, links 65 %) entnehmen. Dem Nuklearmedizin-Befundbericht lässt sich folgender Befund entnehmen: rechte Niere szintigraphisch etwas kleiner, regelrechter Parenchymtransit und prompte Anreicherung im Nierenbeckenkelchsystem beider Nieren, unauffälliger Abfluss aus den Nieren in die Harnblase, die tubuläre Extraktionsrate (MAG 3) betrage 234 ml/min/1,73 m² bei einem unteren Grenzwert von 181 ml/min/1,73 m², Steintrennung nach Oberhausen: links 65% und rechts 35%, in den Nephrogrammkurven werde das tubulosekretorische Maximum links nach ca. 2,7 Minuten, rechts nach ca. 6 Minuten erreicht, minimal niedrigeres und nach rechts verschobenes Kurvenmaximum auf der rechten Seite, ansonsten unauffälliger Kurvenverlauf, unauffälliger Nephrogrammkurve linksseitig. Als Beurteilung ist eine eingeschränkte Gesamtklearance mit verminderter Partialfunktion der etwas kleineren rechten Niere mitgeteilt worden. Zeichen einer intrarenalen Transportstörung haben sich nicht gefunden. Die Abflussverhältnisse waren beidseits unauffällig. Dem Befundbericht des Dr. F. lässt sich als Diagnose ein Angiomyolipom rechte Niere entnehmen. Es sei zu einer Größenzunahme des Angiomyolipoms rechts auf 4,1 cm (2005 noch 2,7 cm) gekommen. Die Gesamtklearance sei eingeschränkt und die Partialfunktion der kleineren rechten Niere vermindert (35: 65). Eine Abflussstörung bestehe nicht. Dr. F. hat aufgrund der Größe des Angiomyolipoms und der damit verbundenen Blutungsgefahr eine operative Therapie unter Erhalt der Niere als indiziert angesehen. Die Klägerin habe die Entscheidung wegen der zahlreichen anderen gesundheitlichen Problemen und privaten Belastungen derzeit jedoch aufgeschoben. Dr. F. hat eine Verlaufskontrolle in drei Monaten empfohlen.

Die Beklagte hat daraufhin nochmals eine Stellungnahme ihres sozialmedizinischen Dienstes (Dr. Fischer) eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass es sich bei den in den Berichten angegebenen Prozentzahlen nicht um eine Einschränkung der Nierenfunktion handle, sondern um Angaben darüber, in welcher Verteilung der injizierte radioaktive Stoff (100 %) ausgeschieden worden sei. Vielmehr lasse sich dem Bericht des medizinischen Laborzentrum S. (S./H.) vom 26. Januar 2017 ein noch normaler Befund des Kreatinin-Spiegels im Blutserum entnehmen. Die Filtrationsrate der Nierenkörperchen (GFR) sei als noch mild eingeschränkt bezeichnet worden. Von einer bereits hochgradigen Nierenfunktionsstörung bei der Klägerin sei daher nicht auszugehen. Darüber hinaus sei es nicht wesentlich, ob eine Beengung im Bereich der (rechten) Nierenarterie tatsächlich vorliege oder nicht. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. G. sei ausgeführt worden, dass für die Beengung im Bereich der rechten Nierenarterie keine hämodynamische (kreislaufwirksame) Bedeutung habe belegt werden können. Das bedeute, die Beengung im Bereich der rechten Nierenarterie werde für den arteriellen Bluthochdruck bei der Klägerin nicht als ursächlich angesehen. Auch nach dem Befund des radiologischen Zentrums S.-B. vom 1. Februar 2017 sei dopplersonographisch "wohl keine hämodynamische Relevanz der Stenose rechts" angenommen worden. Dr. Fischer hat die Beiziehung eines aktuellen nephrologischen Befundes angeregt.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verwaltungs- sowie der erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat in seinem Urteil vom 9. März 2016 zu Recht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der den Rentenanspruch der Klägerin vom 1. Mai 2011 ablehnende Bescheid vom 13. Oktober 2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juni 2012.

Gem. § 43 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind (Satz 1 Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Satz 1 Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1 Nr. 3). 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 (Satz 2). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben - bei im Übrigen identischen Tatbestandsvoraussetzungen - 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). Gem. § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens

sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Erste Voraussetzung für das Bestehen eines Anspruchs auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung ist, dass in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen. Laut dem Versicherungsverlauf der Klägerin hat diese bis 31. Dezember 2009 Pflichtbeiträge erbracht. Ab dem 1. Januar 2010 wurden keine Pflichtbeiträge mehr abgeführt. Dies führt dazu, dass die gesetzlich geregelte Drei-Fünftel-Belegung nach [§§ 43 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VI](#) letztmals am 31. Januar 2012 erfüllt war. Die Erwerbsminderung der Klägerin müsste also bis spätestens 31. Januar 2012 eingetreten sein. Der Fünfjahreszeitraum wird vorliegend auch nicht durch Anrechnungszeiten verlängert. Gem. [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#) verlängert sich der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:

1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 2. Berücksichtigungszeiten, Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt, 3. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

In Betracht kommt vorliegend eine Verlängerung aufgrund von Anrechnungszeiten gem. [§ 43 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI](#). Nach [§ 58 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VI](#) sind Anrechnungszeiten u. a. Zeiten, in denen Versicherte wegen Arbeitslosigkeit bei einer deutschen Agentur für Arbeit gemeldet waren und eine öffentlich-rechtliche Leistung bezogen oder nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens oder Vermögens nicht bezogen haben. Die Klägerin hat im Rahmen der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung selbst angegeben, seit ihrer Heirat im Jahr 2009 nicht mehr arbeitslos gemeldet gewesen zu sein. Eine Anrechnungszeit wegen Arbeitslosigkeit scheidet daher aus.

Die fehlende Meldung der Klägerin beim Arbeitsamt lässt sich auch nicht mittels eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs wegen falscher bzw. fehlender Beratung durch die Beklagte ersetzen. Tatbestandlich setzt der sozialrechtliche Herstellungsanspruch voraus, dass der Sozialleistungsträger aufgrund Gesetzes oder bestehenden Sozialrechtsverhältnisses eine dem Betroffenen gegenüber obliegende Pflicht, insbesondere zur Auskunft und Beratung ([§§ 14, 15](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]), verletzt und dadurch dem Betroffenen einen rechtlichen Nachteil zufügt (BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 24). Auf seiner Rechtsfolgenseite ist der Herstellungsanspruch auf Vornahme einer Amtshandlung zur Herbeiführung derjenigen Rechtsfolge gerichtet, die eingetreten wäre, wenn der Versicherungsträger die ihm gegenüber dem Versicherten obliegenden Pflichten rechtmäßig erfüllt hätte (BSG Urteil vom 12. Juni 1992 - [11 RAr 65/91](#) - juris Rn 30). Der Herstellungsanspruch kann einen Versicherungsträger somit nur zu einem Tun oder Unterlassen verpflichten, das rechtlich zulässig ist (BSG Urteil vom 23. Juli 1992 - 7 RAr 38/91 - juris Rn 22). Voraussetzung ist also - abgesehen vom Erfordernis der Pflichtverletzung im S.e einer fehlenden oder unvollständigen bzw. unrichtigen Beratung -, dass der dem Versicherten entstandene Nachteil mit verwaltungskonformen Mitteln im Rahmen der gesetzlichen Regelung, also durch eine vom Gesetz vorgesehene zulässige und rechtmäßige Amtshandlung, ausgeglichen werden kann (BSG Urteil vom 15. Mai 1985 - [7 RAr 103/83](#) - juris Rn 29). Umgekehrt bedeutet dies: In Fällen, in denen der durch pflichtwidriges Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil nicht durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden kann, bleibt für die Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kein Raum (BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 24; BSG Urteil vom 29. August 2012 - [B 12 R 7/10 R](#) - juris Rn 28). Hintergrund dieser von der Rechtsprechung angenommenen Differenzierung zwischen "ersetzbaren" und "nicht ersetzbaren" Voraussetzungen ist das Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung ([Art. 20 Abs. 3](#) des Grundgesetzes [GG]). Dieses lässt es nicht zu, dass die Verwaltung gesetzeswidrig handelt, selbst wenn sie zuvor eine falsche Auskunft oder Beratung erteilt hat. Demgemäß lässt sich mit Hilfe des Herstellungsanspruchs der durch ein Fehlverhalten des Leistungsträgers bewirkte Nachteil nur dann ausgleichen, wenn die Korrektur bzw. Ersetzung der fehlenden Anspruchsvoraussetzung mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang steht (BSG Urteil vom 17. Juli 1997 - [7 RAr 106/96](#) - juris Rn 22). Das kann u. a. bei verspäteter Antragstellung, verspäteter Beitragsentrichtung oder verspäteter Vorlage von Unterlagen der Fall sein, falls die Verspätung auf einem pflichtwidrigen Verhalten des Leistungsträgers beruht (BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 25).

Die Meldung wegen Arbeitslosigkeit bei einem deutschen Arbeitsamt als Arbeitsuchender im S.e des [§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) hat durch den Arbeitslosen selbst zu erfolgen. Sie ist nicht der Gestaltung durch Verwaltungshandeln zugänglich (BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 27). Dies folgt aus S. und Zweck der Vorschrift des [§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#), die einem Rentenversicherten Versicherungsschutz auch für die Zeit erhalten will, in der er aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen - trotz Erwerbsfähigkeit und aktiver Arbeitsplatzsuche - keine Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit ausüben kann. Im Wege des sozialen Ausgleichs, d. h. des solidarischen Einstehens der Rentenversicherten untereinander, soll ihm zur Abmilderung rentenversicherungsrechtlicher Nachteile eine Anrechnungszeit gewährt werden, welche nicht nur für die Höhe einer späteren Rente, sondern auch für die Erfüllung versicherungsrechtlicher Voraussetzungen Bedeutung erlangen kann (BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 27). Diese Vergünstigung soll indes nur solchen Versicherten zukommen, die sich selbst solidarisch verhalten, also vorbehaltlos nach Arbeit suchen, die mithin nicht nur arbeitslos und erwerbsfähig, sondern auch bemüht sind, unter Nutzung der Möglichkeiten der Arbeitsvermittlung eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit wieder zu erlangen (Gürtner in KassKomm, SGB VI, § 58 Rn 28; BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 27). Denn es kann nicht ausgeschlossen werden, dass er - auch und gerade im Fall seiner Meldung - nicht auf Dauer arbeitslos bleibt und ggfs. Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet (BSG Urteil vom 11. März 2004 - [B 13 RJ 16/03 R](#) - juris Rn 27).

Vorliegend kommt auch ein Verlängerungstatbestand aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gem. [§ 58 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI](#) nicht in Betracht. Anrechnungszeiten nach [§ 58 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI](#) liegen nämlich nur dann vor, wenn dadurch eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit oder ein versicherter Wehrdienst oder ein versichertes Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach Vollendung des 17. und vor Vollendung des 25. Lebensjahres unterbrochen worden ist. Selbst wenn die Klägerin also im Anschluss an die bis 31. Dezember 2009 erbrachten Pflichtbeitragszeiten - also ab dem 1. Januar 2010 - arbeitsunfähig gewesen ist, so hätte diese Arbeitsunfähigkeit nicht eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit oder einen versicherten Wehr- oder Zivildienst unterbrochen. Denn die letzte versicherte Tätigkeit der Klägerin hat bereits im September 2006 geendet. Im Anschluss hieran war sie nicht arbeitslos gemeldet (vgl. Versicherungsverlauf vom 11. Mai 2017).

Es liegt auch kein Tatbestand vor, der das Erfordernis der Drei-Fünftel-Belegung gänzlich entfallen ließe. Die Ausnahmetatbestände gemäß [§](#)

[43 Abs. 5 und Abs. 6 SGB VI](#) sind nicht erfüllt. Anhaltspunkte hierfür sind nicht gegeben. Nach [§ 241 Abs. 2 S. 1 SGB VI](#) sind Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit mit

1. Beitragszeiten, 2. beitragsfreien Zeiten, 3. Zeiten, die nur deshalb nicht beitragsfreie Zeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag, eine beitragsfreie Zeit oder eine Zeit nach Nummer 4, 5 oder 6 liegt, 4. Berücksichtigungszeiten, 5. Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder 6. Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Beitragsgebiet vor dem 1. Januar 1992

(Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist oder wenn die Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit vor dem 1. Januar 1984 eingetreten ist. Für Kalendermonate, für die eine Beitragszahlung noch zulässig ist, ist eine Belegung mit Anwartschaftserhaltungszeiten nicht erforderlich.

Die allgemeine Wartezeit beträgt gem. [§ 50 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) fünf Jahre. Auf die allgemeine Wartezeit werden Kalendermonate mit Beitragszeiten angerechnet, [§ 51 Abs. 1 SGB VI](#). Die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren war somit zwar bereits vor dem 1. Januar 1984 erfüllt. Der Versicherungsverlauf der Klägerin enthält Beitragszeiten ab 7. Juli 1976.

Mit Unterbrechungen (in der Zeit von Mai 2003 bis Mai 2004 sind keine Anwartschaftserhaltungszeiten belegt - vgl. Versicherungsverlauf vom 11. Mai 2017) sind bis zum 31. Dezember 2009 Pflichtbeitragszeiten ausgewiesen. Nach dem 31. Dezember 2009 sind keine Versicherungszeiten mehr dokumentiert.

Vor dem 1. Januar 1984 ist Erwerbsminderung nicht eingetreten. Aufgrund der bestehenden Beitragslücken ist der weitere Ausnahmetatbestand (Belegung mit Anspruchserhaltungszeiten ab 1. Januar 1984 bis zum Eintritt der Erwerbsminderung) ebenfalls nicht erfüllt. Die Klägerin kann ihre (ab 1. Januar 1984) bestehenden Beitragslücken auch nicht durch die Zahlung freiwilliger Pflichtbeiträge schließen. Gem. [§ 197 Abs. 2 SGB VI](#) sind freiwillige Beiträge wirksam, wenn sie bis zum 31. März des Jahres, das dem Jahr folgt, für das sie gelten sollen, gezahlt werden. Die Frist für die Zahlung freiwilliger Pflichtbeiträge für die Zeit Mai 2003 bis Mai 2004 und für die Zeit ab dem Jahr 2010 ist daher abgelaufen. Vorliegend kommt auch keine ausnahmsweise verspätete Beitragszahlung aufgrund besonderer Härte gem. [§ 198 Abs. 3 S. 1 SGB VI](#) in Betracht. Danach ist in Fällen besonderer Härte, insbesondere bei drohendem Verlust der Anwartschaft auf eine Rente, auf Antrag des Versicherten die Zahlung von Beiträgen auch nach Ablauf der in Absatz 2 genannten Frist zuzulassen, wenn die Versicherten an der rechtzeitigen Beitragszahlung ohne Verschulden gehindert waren. Hierfür sind jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich. Die genannten Beitragslücken Mai 2003 bis 2004 und ab 2010 können nicht mehr durch nachträgliche Beitragszahlung geschlossen werden, weil nach [§ 197 Abs. 3 S. 2 SGB VI](#) der Antrag auf nachträgliche Zahlung von Beiträgen nur innerhalb von drei Monaten nach Wegfall des Hinderungsgrundes gestellt werden kann. Diese Frist ist abgelaufen. Die Klägerin hatte spätestens bereits seit der mündlichen Verhandlung am SG am 9. März 2016 Kenntnis davon, dass ab Januar 2010 keinerlei rentenrechtliche Zeiten mehr in ihrem Versicherungsverlauf vorhanden sind und auch keine Pflichtbeiträge mehr gezahlt worden sind. Die Dreimonatsfrist begann somit spätestens am 9. März 2016 zu laufen ist zwischenzeitlich abgelaufen.

Die Klägerin hätte somit spätestens am 31. Januar 2012 erwerbsgemindert sein müssen, was nach Überzeugung des Senats nicht der Fall war. Ob eine Erwerbsminderung nach dem 31. Januar 2012 eingetreten ist, spielt mangels Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzung folglich keine Rolle.

Der Senat stützt sich bei seiner Einschätzung insbesondere auf das von Dr. K.-K. für die Beklagte erstellte Gutachten sowie den Reha-Entlassbericht vom 30. März 2012 über den stationären Aufenthalt vom 6. März 2012 bis 24. März 2012. Dr. K.-K. diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 12. Oktober 2011 einen schwer einstellbaren arteriellen Bluthochdruck, jetzt mit Nachweis einer Nierenarterienstenose rechts mit geringen hypertensiven Veränderungen des Augenhintergrundes, eine chronische Nierenentzündung (IgA-Nephritis, ED 10/01 mit stabilem Verlauf, einen gutartigen Nierentumor rechts (Angiomyolipom) sowie rezidivierende Blasenentzündungen mit Dranginkontinenz. Eine Einschränkung der Nierenfunktion vermochte Dr. K.-K. nicht festzustellen. Eine solche ergibt sich im Übrigen auch nicht aus dem nephrologischen Befundbericht des Dr. B. vom 16. September 2010. In diesem Bericht wurde eine Nierenarterienstenose rechts zwar bestätigt. Die Duplexsonographie hat jedoch keinen relevanten Unterschied der Nierendurchblutung gezeigt. In diesem Bericht wurde auch ausgeführt, dass sich von Seiten der Nierenfunktion ein vollkommen stabiler Verlauf zeige, so dass eine zwingende interventionelle Behandlungsindikation wohl nicht bestehe. Auch Prof. Dr. G. vermochte in seinem erst am 15. August 2014 erstellten Gutachten keinen Hinweis auf eine hämodynamisch relevante Nierenarterienstenose beidseits festzustellen. Gleiches gilt für den Sachverständigen Prof. Dr. Z. in seinem Gutachten vom 11. November 2015. Dass dieser aus der von ihm durchgeführten unauffälligen Nierenduplexsonographie den falschen Schluss zieht, dass eine Nierenarterienstenose nicht vorliegt, ist letztlich irrelevant. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit kommt es nämlich nicht auf die bestehenden Diagnosen sondern auf die hierdurch hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen an. Eine Funktionsbeeinträchtigung durch die Nierenarterienstenose ergibt sich im Übrigen auch nicht aus dem aktuellen radiologischen Befundbericht vom 3. Februar 2017. Auch dort wurde mitgeteilt, dass duplexsonographisch wohl keine hämodynamische Relevanz der Stenose vorliege. Auch der Nuklearmedizin-Befundbericht des Schwarzwald-Baar-Klinikums Villingen-Schwenningen vom 16. März 2017 beschreibt keine Zeichen einer intrarenalen Transportstörung und unauffällige Abflussverhältnisse beidseits. Auch in dem Reha-Entlassbericht der Klinik Bad Säckingen vom 30. März 2012 findet sich keine Einschränkung der Nierenfunktion. Nach Überzeugung des Senats lag somit am 31. Januar 2012 keine derartige Beeinträchtigung der Nierenfunktion der Klägerin vor, die zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt hat.

Soweit Dr. K.-K. in ihrem Gutachten einen schwer einstellbaren Bluthochdruck beschreibt, so führt auch dieser nach Auffassung des Senats nicht zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf absehbare Zeit. Dr. K.-K. geht - wie im Übrigen sämtliche in den klägerischen Verfahren bislang beauftragten Gutachter (Dr. M., PD Dr. T., Prof. Dr. G., Prof. Dr. Z.) - davon aus, dass noch nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Soweit die Klägerin im Rahmen des Berufungsverfahrens vorträgt, es sei nicht richtig, dass sie zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. G. lediglich mit einem Medikament behandelt worden sei, vielmehr habe sie die Assistenzärztin nicht aussprechen lassen, so wurde dieser Einwand erstmals ca. zwei Jahre nach Gutachtenserstellung vorgebracht und ist für den Senat daher nicht glaubhaft. Der Klägerin war das Gutachten des Prof. Dr. G. vom August 2014 zeitnah übersandt worden. Es ist

nicht nachvollziehbar, weshalb sie evtl. Fehler im Gutachten dann auch nicht zeitnah mitgeteilt hat. Vielmehr hält der Senat diese nach Jahren vorgebrachte Behauptung für eine Schutzbehauptung. Dr. K.-K. stellt außerdem - ebenso wie Dr. W. und PD Dr. T. - die Mitarbeit der Klägerin in Bezug auf die Einstellung des Bluthochdrucks in Frage. Hierzu wird sie veranlasst, da die Klägerin im Rahmen der Untersuchung mitgeteilt hatte, ihre Blutdruckmedikamente nicht eingenommen zu haben. Diese Annahme wird auch dadurch gestützt, dass eine Blutdrucksenkung im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 19. September 2006 bis 22. September 2006 in Donaueschingen und vom 6. März 2012 bis 24. März 2012 in Bad Säckingen sehr wohl möglich war. Die Ansicht der nicht ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeit vertraten auch alle anderen, die Klägerin untersuchenden Gutachter. Prof. Dr. Z. ging sogar in dem jüngsten Gutachten vom 11. November 2015 und nach einer eingeführten Vierfachmedikation durch Dr. K. davon aus, dass die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien und auch eine Sechs- bis Siebenfachmedikation zur Blutdrucksenkung nicht unüblich sei. Er hat auf eine medikamentöse Einstellung im Rahmen einer erneuten stationären Aufnahme hingewiesen, was bis heute jedoch nicht geschehen ist. Dr. K.-K. teilt in ihrem Gutachten jedenfalls keine Befunde in Bezug auf die arterielle Hypertonie mit, die die Leistungsfähigkeit hinsichtlich leichter Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschränken könnte.

Gleiches gilt für den Reha-Entlassbericht vom 30. März 2012. Darin wird sogar ausdrücklich ausgeführt, dass eine Senkung des Bluthochdrucks möglich gewesen ist und die Klägerin die verabreichte Medikation auch gut vertragen habe. Die Leistungsfähigkeit der Klägerin für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird auf Blatt 1a des Berichts mit 6 Stunden und mehr beschrieben. Sofern unter Ziff. 10.1.2.2 des Berichts die Leistungsfähigkeit für leichte Tätigkeiten mit unter 6 Stunden beschrieben worden ist, so handelt es sich hier nach Auffassung des Senats um ein Versehen. In dem Bericht finden sich nämlich - wie bereits ausgeführt - keine Befunde, die eine Leistungseinschränkung auch für leichte Tätigkeiten rechtfertigen würde.

Auch die von der Klägerin geklagten orthopädischen Beschwerden führen zu keiner quantitativen Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit bis zum 31. Januar 2012. Dr. K.-K. hat in ihrem Gutachten eine lotrecht stehende Wirbelsäule sowie einen Schulter- und Beckengeradstand beschrieben. Myogelosen haben sich nicht gefunden, die Beweglichkeit der HWS zeigte sich frei. Sie teilte lediglich eine schwächlig ausgeprägte paravertebrale Muskulatur sowie einen Druckschmerz der unteren HWS und über der mittleren BWS mit. Die Beweglichkeit der oberen Extremitäten zeigte sich frei. Nacken- und Schürzengriff konnten vorgeführt werden, wobei beim Schürzengriff Schmerzen im Bereich der Schultern beklagt worden sind. Die grobe Kraft zeigte sich ohne Befund, das Fingerspiel war frei. Die Hüft- und Kniegelenkbeweglichkeit war frei. Bei Beugung der Kniegelenke konnte ein diskretes Reiben vernommen werden. Zehen- und Fersengang konnten ebenfalls beidseits vorgeführt werden. Auch waren sämtliche Reflexe prompt und seitengleich auslösbar. Aus diesem Befund lässt sich eine Leistungsminderung aufgrund orthopädischer Leiden nicht entnehmen. Gleiches gilt für den im Rahmen der Reha-Maßnahme in Bad Säckingen erhobenen orthopädischen Befund. Zwar ist hier eine erhebliche Reduzierung des Nacken-Kreuz-Griffs und eine Einschränkung der Innen- und Außenrotation der linken Schulter mitgeteilt worden. Diese Beeinträchtigungen führen jedoch gleichfalls nicht zu einer Leistungseinschränkung in Bezug auf leichte Tätigkeiten.

Dem Gutachten der Dr. K.-K. lässt sich auch keine Beeinträchtigung auf psychiatrischem Fachgebiet erkennen, das zu einer Leistungseinschränkung hinsichtlich leichter Tätigkeiten führen könnte. Die Klägerin wurde als freundlich, ohne Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen beschrieben. Sie zeigte sich zu Ort, Zeit und Geschehen voll orientiert. Sofern in dem Reha-Entlassbericht vom 30. März 2012 eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird, so ist dies nicht nachvollziehbar, da keinerlei psychischer Befund in dem Entlassbericht mitgeteilt wird. Überdies hat auch der gerichtlicherseits bestellte Gutachter Dr. St. in seinem nervenärztlichen Gutachten vom 22. November 2013 diese Diagnose nicht bestätigen können. Zwar ist die Klägerin im Rahmen einer Nachbarschaftsstreitigkeit im Februar 2009 von ihrem alkoholisierten Nachbarn zu Boden gestoßen worden und hat sich dieser auf sie geworfen. Dr. St. führt jedoch aus, dass es sich hierbei nicht um ein Ereignis mit Todesangst gehandelt habe. Dies habe die Klägerin zu keinem Zeitpunkt ausgeführt. Vielmehr habe sie sogar das Bedürfnis verspürt, mit ihrem Angreifer zu sprechen, was dieser jedoch abgelehnt habe. Dr. St. beschreibt auch einen weitgehend unauffälligen psychischen Befund. Die Klägerin ist bewusstseinsklar und orientiert gewesen. Antriebsstörungen sind nicht zu fassen gewesen. Sie hat im Rahmen der Begutachtungssituation etwas bedrückt und nachdenklich gewirkt, jedoch nicht tiefer deprimiert. Das affektive Schwingungsvermögen ist nicht aufgehoben gewesen, der Gedankengang zusammenhängend, das Denken geordnet, jedoch auf ihre Beschwerden ausgerichtet. Es haben sich angstbesetzte Denkinhalte bezogen auf den Täter gezeigt, jedoch keine sonstigen phobischen oder zwanghaften Denkinhalte. Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen haben sich nicht gezeigt. Die intellektuelle Leistungsbreite ist ungestört gewesen, Konzentrationsvermögen und Aufmerksamkeit während der Begutachtung gut erhalten. Soziale Störungen hat Dr. St. nicht herauszuarbeiten vermocht. Dieser Befund enthält keine derartigen Einschränkungen, die eine Leistungsminderung hinsichtlich leichter Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt rechtfertigen könnte. Hieran vermag auch die Auskunft des Diplom-Psychologen H. vom 4. März 2013 nichts zu ändern, zumal dieser einen psychischen Befund gar nicht mitteilt. Vielmehr hat er mitgeteilt, dass sich die panische Reaktion der Klägerin gegenüber ihrem Angreifer reduziert habe. Weshalb er dennoch eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, ist nicht nachvollziehbar.

Nach alledem ist eine spätestens am 31. Januar 2012 bestehende rentenrelevante Leistungsminderung hinsichtlich leichter Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht nachgewiesen. Ein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung scheidet daher aus.

Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gem. [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) scheidet mangels Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ebenfalls aus. Überdies besteht ein solcher Anspruch auch deshalb nicht, weil die Klägerin nicht berufsunfähig ist. Sie genießt keinen Berufsschutz. Sie hat weder einen Beruf erlernt hat, noch eine Anlern Tätigkeit (mit einer Anlernzeit von mehr als 3 Monaten) ausgeübt. Insofern kann sie auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden. Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist - auch für die Zeit bis zum 31. Januar 2012 - somit nicht erforderlich.

Da das SG demnach die Klage zu Recht abgewiesen hat, war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass die Klägerin mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lütke, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 193 SGG](#) Rdnr. 8; erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in Juris; a.A. Meyer-

Ladewig/K./Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-06-09