

L 22 R 18/05

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

22

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 16 RJ 625/02

Datum

27.10.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 22 R 18/05

Datum

12.11.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 27. Oktober 2004 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung.

Die im Juli 1963 geborene Klägerin, die nach eigenen Angaben eine abgeschlossene Ausbildung zur Zootechnikerin absolvierte, war bis Dezember 1991 als Melkerin und von Juli 1994 bis Juli 1995 im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) als Waldarbeiterin beschäftigt.

Auf einen im September 1996 gestellten Rentenanspruch erteilte die Landesversicherungsanstalt Brandenburg (nachfolgend ebenfalls Beklagte genannt) den Bescheid vom 11. Juni 1997, mit dem sie Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ablehnte. Trotz eines depressiven Syndroms mit Somatisierung, einer rezidivierenden Hyperlipidämie und rezidivierenden Gastritiden sei die Erwerbsfähigkeit nicht derart gemindert, dass die Ausübung der bisherigen oder einer zumutbaren Tätigkeit nicht möglich wäre. Sie wies aber darauf hin, dass Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bis zum Abschluss der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme am 12. April 1997 vorgelegen habe. Insoweit bestehe dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld, der einen Rentenanspruch ausschließe. Auf den dagegen eingelegten Widerspruch gewährte die Beklagte Rente wegen Erwerbsunfähigkeit vom 13. April 1997 bis 31. Dezember 1998 nach einem am 08. September 1995 eingetretenen Leistungsfall. Der Rentenanspruch sei zeitlich begrenzt, weil nach den medizinischen Untersuchungsbefunden begründete Aussicht bestehe, dass die Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein könne (Bescheid vom 24. Juli 1997).

Einen im September 1998 gestellten Antrag auf Weiterzahlung der Rente lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 12. Januar 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Juni 1999 ab: Mit den festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (neurasthenisches Syndrom, Anämie, Hypotonie, unklare wiederkehrende Hyperbilirubinämie, Cholezystektomie und Hysterektomie) könnten noch vollschichtig leichte Arbeiten uneingeschränkt in allen Haltungsarten mit weiteren Einschränkungen auf dem zumutbaren allgemeinen Arbeitsmarkt verrichtet werden. Das sich anschließende Klageverfahren beim Sozialgericht Potsdam (S 4 RJ 567/99) endete nach Durchführung einer vom 16. April bis 28. Mai 2000 erfolgten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und einer Beweiserhebung durch Einholung des schriftlichen Sachverständigenutachtens des Arztes für Nervenheilkunde und Psychotherapie Dr. S vom 06. April 2001 mit Klagerücknahme am 09. Mai 2001.

Im November 2001 beantragte die Klägerin wegen Kreislaufbeschwerden, einer Gewichtsabnahme, Schwindels und Schwächeanfällen, eines Herzleidens, Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001 über eine dort vom 16. Oktober bis 13. November 2001 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei.

Mit Bescheid vom 05. März 2002 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Trotz einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes, einer Agoraphobie mit Panikstörung, eines Nikotinabhängigkeitssyndroms und einer entzündlichen Leberkrankheit könne die Klägerin noch mindestens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig sein.

Den dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juni 2002 zurück: Mit den gesundheitlichen

Beeinträchtigungen könnten körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten uneingeschränkt in allen Haltungsarten ohne besondere Anforderungen an die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden.

Dagegen hat die Klägerin am 09. Juli 2002 beim Sozialgericht Potsdam Klage erhoben. Sie ist der Ansicht gewesen, wegen der im angefochtenen Bescheid genannten Erkrankungen keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen zu können, da sie an ständigen Kopfschmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche, Krampfanfällen und Kreislaufproblemen leide.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H vom 18. November 2002, des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 23. November 2002 und der Ärztin für Innere Medizin und Diabetologie Dr. W vom 15. Dezember 2002 eingeholt sowie den Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 26. Mai 2003 über eine vom 03. April bis 15. Mai 2003 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme beigezogen.

Die Klägerin hat dazu vorgetragen, sich weiterhin nicht in der Lage zu sehen, zu arbeiten. Der Entlassungsbericht spreche von einer negativen Prognose hinsichtlich einer erfolgreichen Therapie.

Die Beklagte hat den ergänzenden Bericht der S-Klinik L vom 30. Juni 2003 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. K vom 26. Mai 2004.

Die Klägerin hat darauf hingewiesen, die neurotische Störung mache es ihr unmöglich, auch nur allein den Weg zur Arbeit zu bewältigen. Der Sachverständige habe die Therapieprognose als äußerst dubios eingeschätzt.

Mit Urteil vom 27. Oktober 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. K liege zwar eine Somatisierungsstörung mit multiplen funktionellen Beschwerden und überwiegend depressiven und demonstrativen Verhaltensweisen auf der Basis einer akzentuierten Persönlichkeit vor. Auch wenn sich die Klägerin bisher nicht ohne fremde Hilfe von den nicht auf objektive Befunde gestützten Vorstellungen, nicht mehr arbeiten gehen zu können, habe lösen können, sei sie gleichwohl in der Lage, leichte Tätigkeiten auszuüben. Auch sei ihre Wegefähigkeit nicht eingeschränkt. Die Beurteilung des Sachverständigen stehe in Übereinstimmung mit den Entlassungsberichten der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001 und 26. Mai 2003, die gleichfalls ein Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr feststellten.

Gegen das ihrem früheren Prozessbevollmächtigten am 10. Dezember 2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 07. Januar 2005 eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie trägt vor: Sie leide unter ständigem Schwindel, niedrigem Blutdruck, Krampfanfällen, Kreislaufproblemen, Übelkeit, Leber-, Magen- und Darmbeschwerden. Sie verliere häufig das Bewusstsein und sei bereits mit kleinen häuslichen Aufgaben wie Gartenarbeit gesundheitlich überfordert und benötige ständige Hilfe durch Ehemann und die im Haushalt lebende Schwiegermutter. Des Weiteren lägen starke psychische Schäden vor. Aufgrund des laufenden Verfahrens und der Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes sei die Einholung aktueller Befundberichte geboten. Außerdem leide die Klägerin an erheblichen gesundheitlichen Störungen im Bereich des Halswirbels und des Rückens, häufig an starken Kreislaufproblemen und an ständigen Problemen an der Schilddrüse.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 27. Oktober 2004 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 05. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2002 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung vom 15. November 2001 an zu gewähren und die höhere Rente zu leisten, hilfsweise der Klägerin Erwerbsminderungsrente ab 25. August 2009 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat die Befundberichte des Nuklearmediziners Dr. W vom 07. März 2005, des Facharztes für Allgemeinmedizin H vom 07. März 2005, des Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. H vom 11. März 2005, des Facharztes für Orthopädie Dr. Z vom 07. März 2005, des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 20. März 2005 und der Ärztin für Innere Medizin und Diabetologie Dr. W vom 17. April 2005 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. K vom 28. September 2005.

Die Klägerin meint, entgegen der Feststellung des Sachverständigen Prof. Dr. K keine Tätigkeit mehr ausüben zu können. Seit vier Jahren sei sie nicht mehr in der Lage, einen Pkw zu fahren. Sie sei auch nicht in der Lage, weiter als 200 m zu laufen. Sie hat sich deswegen auf das schriftliche Zeugnis des MK vom 04. Januar 2006 bezogen. Sie hat außerdem den Bericht der Krankenhaus B GmbH vom 10. Januar 2006 vorgelegt.

Der Senat hat weiteren Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. Svom 14. Juli 2006 nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Nach Ansicht der Beklagten sei der Leistungseinschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. S nicht zu folgen.

Der Senat hat den Sachverständigen Prof. Dr. K ergänzend gehört (Stellungnahme vom 20. März 2007)

Die Klägerin macht geltend, dass nach dem Sachverständigen ein Einsatz in einem geregelten Arbeitsalltag nicht möglich sei. Sie sei subjektiv nicht in der Lage, den Anforderungen eines geregelten Arbeitsalltages gerecht zu werden. Es gebe keinen Hinweis auf Simulation oder eine generelle Verweigerungshaltung. Es sei zwar richtig, dass sie teilweise die Versorgung ihrer Familie meistere. Dabei erhalte sie jedoch überdurchschnittlich viel Hilfe.

Die Beklagte wendet demgegenüber ein, die Schilderungen gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. Szu einem typischen Tagesablauf stünden dem Vortrag der Klägerin entgegen. Das subjektive Erleben sei nicht ausschlaggebend.

Der Senat hat den Sachverständigen Prof. Dr. S ergänzend gehört (Stellungnahme vom 27. August 2007), von dem Facharzt für Allgemeinmedizin F verschiedene ärztliche Unterlagen, außerdem einen Auszug aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Versandfertigtmacher (BO 522) und Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 01./24. November 2002 und vom 14. Januar 2005 zum Versandfertigtmacher beigezogen sowie dazu die Sachverständigen Prof. Dr. Kund Prof. Dr. S ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 03. Juni 2008 bzw. vom 04. August 2008). Er hat außerdem vom Facharzt für Allgemeinmedizin H und von der Ärztin für Innere Medizin und Diabetologie Dr. W deren eigene Befundaufzeichnungen beigezogen und den Sachverständigen Prof. Dr. S ergänzend gehört (Stellungnahme vom 06. April 2009).

Die Beklagte weist darauf hin, dass bei einem am 21. Juni 2006 eingetretenen Leistungsfall die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Diese seien letztmalig bei einem am 31. Mai 2002 eingetretenen Leistungsfall erfüllt. Die sehr ausführlichen Darlegungen des Sachverständigen Prof. Dr. S seien in sich schlüssig und fachlich fundiert. Die eigene unterschiedliche Beurteilung resultiere aus der unterschiedlichen Interpretation der bekannten Befunde. Der Argumentation des Sachverständigen Dr. K könne allerdings ebenfalls nicht ganz gefolgt werden. Letztlich lägen zwei Gutachten vor, die hinsichtlich der Leistungsbeurteilung divergierten. In diesem Zusammenhang erscheine erwähnenswert, dass das Gutachten des Prof. Dr. K hinsichtlich der Leistungsbeurteilung sich nicht nur am aktuellen Befund, sondern auch an den erhobenen aktuellen Daten (Tagesablauf) orientiere. Prof. Dr. K begründe hierbei eine vollschichtige Leistungsfähigkeit auch mit dem erhobenen Tagesablauf, nach dem die Klägerin die schwierige Versorgungssituation in der Familie im Wesentlichen selbständig meistere. Demgegenüber stelle Prof. Dr. S zwar schlüssig eine neurotische Störung von Krankheitswert fest, wobei sich ein Chronifizierungsgrad nicht absprechen lasse. Gleichwohl gelinge Prof. Dr. S nicht überzeugend der Nachweis von Funktionsstörungen im Alltagsleben angesichts des geschilderten Tagesablaufs. Eine phobische Störung sei von keinem Sachverständigen festgestellt worden, weswegen sich eine Einschränkung der Wegefähigkeit nicht begründen lasse.

Die Klägerin weist darauf hin, dass sie die Symptome seit 1996 habe und dafür bis 1998 eine Rente erhalten habe. Seitdem, insbesondere jedoch im Jahre 2002 und besonders seit 2005 sei der gesundheitliche und psychische Zustand evident schlechter geworden. Die Klägerin hat das unvollständige Arbeitsagenturgutachten des Dr. T vom 26. August 2009 vorgelegt.

Der Senat hat das vollständige Arbeitsagenturgutachten des Dr. T vom 26. August 2009 beigezogen.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 95 bis 105, 184 bis 191, 226 bis 257, 263 bis 264, 274 bis 277, 330 bis 331, 341 bis 346 und 391 bis 394 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten, der weiteren Gerichtsakte des Sozialgerichts Potsdam (S 4 RJ 567/99) und der Verwaltungsakten der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 05. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2002 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung. Sie ist zwar seit wenigstens 21. Juni 2006 voll erwerbsgemindert. Die für die Gewährung einer Rente erforderlichen so genannten besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht erfüllt. Es ist nicht bewiesen, dass teilweise oder volle Erwerbsminderung bereits am 31. Mai 2002 bestanden hat, dem Zeitpunkt, zu dem diese Voraussetzungen letztmalig vorlagen, und seither durchgängig besteht.

Nach [§ 43 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie 1. teilweise erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. 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](#)). Nach [§ 43 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie 1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. 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 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Erwerbsgemindert ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die Klägerin ist hiernach teilweise und voll erwerbsgemindert, denn sie kann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich zwei Stunden täglich tätig sein.

Dies folgt aus dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S Das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. K steht dem nicht entgegen.

Nach Prof. Dr. S liegt eine chronisch verlaufende neurotische Entwicklung mit neurasthenischer, depressiv-ängstlicher und somatoformer Komponente vor. Die Vielzahl der in anderen ärztlichen Berichten und Gutachten gestellten Diagnosen steht dieser diagnostischen Einordnung nicht entgegen. Da viele psychische Leidenszustände und Erkrankungen typischerweise sowohl mit körperlichen als auch psychischen Symptomen einhergehen und insbesondere lange Verläufe mit einer Vielzahl von Einflussfaktoren zu komplexen Krankheitsbildern führen, zeigt sich darin, so dieser Sachverständige, nicht eine Aneinanderreihung verschiedener, voneinander unabhängiger Krankheiten, sondern die komplexe Problematik mit verschiedenen Facetten dieser Erkrankung. Unter Neurasthenie wird die Kombination aus anhaltendem und quälendem Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger und/oder geringer körperlicher Anstrengung in Kombination mit weiteren Symptomen wie Reizbarkeit, Schlafstörungen, Spannungskopfschmerz etc. verstanden. Mit der Bezeichnung somatoforme autonome Funktionsstörung mit Akzentuierung im oberen Gastrointestinaltrakt lassen sich vegetative Beschwerden mit Übelkeit und Erbrechen erfassen. Affektive Symptome in Form wechselnder, leichterer depressiver Verfassungen, durchaus mit lebensmüden Gedanken und unspezifischen Ängsten können diagnostisch unter Angst und depressiver Störung gemischt zusammengefasst werden.

Die diagnostische Bewertung als neurotische Entwicklung ist nach diesem Sachverständigen belegt. Anhaltspunkte für Persönlichkeitsstörungen können ausgeschlossen werden. Neurosen sind psychoreaktive Entwicklungen, bei denen durch aktuelle Konflikte, Versuchs- und Versagungssituationen in der Kindheitsentwicklung wurzelnde, unbewusste Konflikte aktiviert werden. Im Unterschied zu den Persönlichkeitsstörungen, bei denen sich Zeichen der Störung meist schon mit dem früheren Erwachsenenalter zeigen, ist bei den neurotischen Erkrankungen in aller Regel bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eine unauffällige Entwicklung zu erwarten.

Ein Blick auf die Frühentwicklung der Klägerin lässt belastende, gewaltsame häusliche Verhältnisse in einer Umgebung emotionaler Verarmung annehmen. Die Klägerin hat körperliche Züchtigungen durch den leiblichen Vater, den Stiefvater und auch durch einen Großvater geschildert. Sie habe den Auszug aus dieser Situation herbeigesehnt gehabt. Nach Prof. Dr. S ist die Klägerin allein im Zusammenhang mit ihrer Lehre zur Zootechnikerin emotional präsenter und lebhafter gewesen. Trotz harter Arbeitsbedingungen habe sie sich wohl gefühlt und sei mit ihrer Situation sehr zufrieden gewesen. Sie sei derart erfolgreich gewesen, dass sie in eine attraktivere LPG umdelegiert worden sei. Der Verlust des Arbeitsplatzes stellte nach Prof. Dr. S dann einen Bruch für dieses Selbstwertgefühl dar. Den konkreten äußeren Anlass für die Entwicklung einer psychoreaktiven Störung hat dieser Sachverständige in der kurzzeitigen internistischen Erkrankung mit stationärer Behandlung im März 1993 (Cholezystolithiasis, chronische Cholezystitis und Pericholezystitis; vgl. Epikrise des Kreiskrankenhauses B vom 19. März 1993) gesehen. Auch wenn entgegen der Annahme des Prof. Dr. S sich die internistische Erkrankung erst nach Beendigung der Beschäftigung als Melkerin ereignete, ist gleichwohl nachvollziehbar, dass dies die nachfolgende gesundheitliche Entwicklung wesentlich bestimmte, weil zum einen die Herkunft der Klägerin ihr nicht genügend Gelegenheit zur stabilen Selbstwertentwicklung gab und zum anderen die intellektuellen Voraussetzungen zur Kompensation biografischer Krisen nur begrenzt vorhanden sind. Aus der geringen Wendigkeit im sprachlichen Ausdruck, dem begrenzt verfügbaren Vokabular, dem ausgeprägten Dialekt sowie der begrenzten Fähigkeit, komplexe Fragestellungen präzise zu beschreiben, hat Prof. Dr. S auf maximal durchschnittliche Intelligenz- und Bildungsleistungen geschlossen. Inwieweit zusätzliche Belastungsfaktoren eine Rolle spielten, insbesondere eine möglicherweise seinerzeit bereits zerrüttete Ehe oder die Alkoholabhängigkeit des Ehemannes, ist im Rahmen der gutachterlichen Situation nicht hinreichend zu klären gewesen. Sicher ist jedoch nach diesem Sachverständigen darin der Beginn einer zunächst körperlich akzentuierten, später stärker vegetativ psychisch ausgeprägten, inzwischen chronischen psychoreaktiven Entwicklung zu sehen. Dies ist nachvollziehbar.

Demgegenüber bestehen nach dem Sachverständigen Prof. Dr. K neben einem leichten Halswirbelsäulensyndrom, hypotonen Kreislaufschwankungen und einer Hypothyreose eine Somatisierungsstörung mit multiplen funktionellen Beschwerden und überwiegend depressiven und demonstrativen Verhaltensweisen auf der Basis einer akzentuierten Persönlichkeit bzw. Somatisierungsstörungen und psychische Verhaltensweisen, die sich aus der akzentuierten Persönlichkeit und dem ungelösten sozial-psychischen Ambivalenzkonflikt in der Familie ergeben. Eine phobische Neurose hat dieser Sachverständige ausgeschlossen. Es handelt sich danach um eine einfach strukturierte Persönlichkeit mit Akzentuierung in Richtung gehemmt-depressiver Anlage mit demonstrativen Verhaltensweisen. Entgegen Prof. Dr. S hat Prof. Dr. K somit keine Persönlichkeitsstörung angenommen; vielmehr geht er von einer so gekennzeichneten Primärpersönlichkeit aus, wobei auch er die frühkindliche und jugendliche Entwicklung als unauffällig dargestellt hat.

Die beiden Sachverständigen unterscheiden sich bezogen auf die das seelische Leiden bestimmende Symptomatik allein darin, ob diese auf einer so genannten primären psychischen Fehlentwicklung beruht oder ob sie Ausdruck der prägenden Einflüsse der Primärpersönlichkeit sind (so die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. K vom 20. März 2007). Bedeutsam wird dieser Unterschied nach dieser ergänzenden Stellungnahme für den Einsatz von Psychotherapien. Während bei einer primären psychischen Fehlentwicklung (so Prof. Dr. S) Psychotherapien Erfolg versprechend sind, zeitigen solche bei Vorliegen einer entsprechenden Primärpersönlichkeit (so Prof. Dr. K) keinen Erfolg. Zugleich wird aus dieser ergänzenden Stellungnahme aber auch deutlich, dass die Schwere des seelischen Leidens ursachenunabhängig zu bestimmen ist, so dass es auf die unterschiedliche Betrachtung beider Sachverständigen bezüglich der Ursachen nicht ankommt.

Im Übrigen hebt Prof. Dr. Knoch auf den ungelösten sozial-psychischen Ambivalenzkonflikt in der Familie ab. So hat die Klägerin bei der ersten Untersuchung geschildert, die 90jährige Schwiegermutter zu pflegen, wobei es sich um eine außerordentlich schwierige Pflege handle. Diese Situation würde durch den Ehemann sehr erschwert, der Alkoholiker sei. Deshalb habe sie schon öfter ausziehen wollen. Da ihr Sohn aber an beiden Elternteilen hänge, wolle sie die Ehe fortsetzen, obwohl sie zerrüttet sei. Bei der nachfolgenden Untersuchung hat die Klägerin angegeben, ihre Mutter, bei deren Versorgung ihr der Ehemann helfe, sei vollständig bettlägerig. Ihr Ehemann trinke vormittags nur Bier. Sie habe ständige Scheidungsabsichten, könne das aber nicht machen, sie brauche auch Unterstützung.

Die von Prof. Dr. K genannten demonstrativen Verhaltensweisen, die sich in einer deutlichen Diskrepanz zwischen dem klinischen, neurologischen und psychiatrischen Eindruck und der subjektiven Schilderung der Klägerin zeigen, hat auch Prof. Dr. S gesehen und insoweit auf eine ausgeprägte Begehrensvorstellung hingewiesen. Nach beiden Sachverständigen liegen bedeutsame körperliche

Gesundheitsstörungen nämlich nicht vor.

Bei seinen Untersuchungen hat Prof. Dr. K insgesamt folgenden organischen Befund festgestellt: Halswirbelsäule rechts druckdolent, Trömer nicht auslösbar, im Romberg einige grobe Wackelbewegungen, aber keine sicheren Ausfälle. Prof. Dr. S hat einen Blutdruck von 115/80 mmHg und reizlose Narben befundet. Weder hat Dr. K dem leichten Halswirbelsäulensyndrom noch haben die beiden Sachverständigen den internistischen Erkrankungen, insbesondere der kompensierten Schilddrüsenüberfunktion, funktions- oder leistungseinschränkende Bedeutung beigemessen. Dies ist aufgrund der von diesen Sachverständigen erhobenen Befunden und auch unter Berücksichtigung der sonstigen ärztlichen Berichte einleuchtend.

Nach den Berichten der Fachärztin für Radiologie Dr. H vom 05. Februar 2007 über eine Röntgenuntersuchung bzw. eine Computertomografie der Halswirbelsäule bestehen initiale bis geringe Veränderungen. Funktionseinschränkungen werden nicht genannt. Der Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. Z vom 14. Februar 2005 bezeichnet eine insgesamt harmonische gute Funktion der Lendenwirbelsäule. Nach dem Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 26. Mai 2003 waren die Halswirbelsäule klopf- und druckschmerzhaft bei deutlichen Verspannungen und die Brustwirbelsäule leicht druckschmerzhaft bei leichten paravertebralen Verspannungen, woraus im Rahmen einer orthopädischen Konsiliaruntersuchung ein Leistungsvermögen von 6 Stunden täglich für körperlich leichte Arbeiten geschlussfolgert wurde. Ein EKG vor und nach ergometrischer Belastung am 23. Juli 2004 erbrachte keine Auffälligkeiten. Ebenso war die Echokardiografie vom 23. Juli 2004 ohne pathologischen Befund (vgl. Berichte der Kreiskrankenhaus B GmbH des Dr. H vom 25. Juli 2004 und dem 26. Juli 2004). Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. H weist in seinem Befundbericht vom 11. März 2005 neben einer Hypotonie mit Kollapsneigung und funktioneller Sinustachykardie auf einen körperlichen Trainingsmangel hin. Krankhafte Veränderungen wurden auch nach dem Ergebnis einer nachfolgenden Ergometrie mit EKG ausgeschlossen (Bericht der Kreiskrankenhaus B GmbH vom 10. Januar 2006). Nach den Berichten des Nuklearmediziners Dr. W vom 07. März 2005 und 03. Januar 2006 zeigte die Schilddrüse eine normale Aktivitätsspeicherung und ein homogenes Verteilungsmuster. Lediglich die Schilddrüsenparaklinik wies nach letztgenanntem Bericht auf eine beginnende Schilddrüsenunterfunktion hin. Es wurde eine weitere Dosissteigerung der Medikation bis zum Erreichen einer sicheren euthyreoten Stoffwechsellage empfohlen. Hinweise auf Funktionsstörungen sind diesen Berichten nicht zu entnehmen. Weitere nicht nur vorübergehend bestandene Krankheiten lassen sich für den streitigen Zeitraum nicht feststellen. Eine entzündliche Leberkrankheit wird zwar im Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001 als Ergebnis erhöhter Leberwerte genannt. Diese Leberwerte hatten sich danach jedoch bereits bei Entlassung schon wieder gut zurückgebildet. Eine akute Gastroenteritis wurde erfolgreich behandelt (vgl. Epikrise der Kreiskrankenhaus B GmbH vom 20. Januar 2004). Der Befundbericht des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 20. März 2005 benennt eine chronische Obstipation und als Ergebnis einer Rektoskopie eine mäßige Anitis ohne weitere Funktionsstörungen.

Trotz einer ausgeprägten Begehrensvorstellung und trotz des Umstandes, dass die Klägerin über eine gewisse Alltagsfunktionalität verfügt, ist ein Leistungsvermögen von 2 Stunden täglich, wie dies der Sachverständige Prof. Dr. S beurteilt hat, nachvollziehbar.

Der Problematik dieser beiden Gesichtspunkte ist sich dieser Sachverständige bewusst. Es leuchtet nämlich grundsätzlich nicht ein, weswegen bei einem Tagesablauf, der nicht schwerwiegend beeinträchtigt ist, ein zeitlich herabgesunkenes Leistungsvermögen bestehen soll. So hat der Sachverständige Prof. Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03. Juni 2008 diesen Umstand in den Vordergrund gerückt und aus der Meisterung der schwierigen Versorgungssituation in der Familie auf ein Leistungsvermögen von sechs Stunden täglich geschlussfolgert.

Die Klägerin hat gegenüber Prof. Dr. K geschildert, die Hausarbeit zu erledigen, das Frühstück zu bereiten sowie die Schwiegermutter und ihren Ehemann zu versorgen. Bei den Wocheneinkäufen werde sie von ihrem Ehemann unterstützt. Ansonsten versorge die Familie ein Haus mit 2000 m² Grundstück und baue Gemüse an. Das Obst würde man zusammen pflücken, einfrieren oder einkochen. Die Schweine und Kaninchen würden überwiegend vom Ehemann versorgt.

Prof. Dr. K hat als psychischen Status erhoben: Der Initialkontakt ist zögernd, verbal zwar prompt, aber emotional sehr verhalten. Nach längerer Zeit lockert die Klägerin leicht auf, ohne dass jedoch spontane Äußerungen zu verzeichnen sind. Im affektiv-emotionalen Bereich imponiert eine durchgehend leicht subdepressiv geprägte Verhaltenseigenschaft, die sich erst ändert, als die Klägerin bei der Schilderung der familiären Situation zu ihrem Mann befragt wird und sie die zerrüttete Familie mit deutlicher affektiver Beteiligung in Form von depressiven Affekten mit Tränen schildert. Sie ist jedoch affektiv angemessen modulierbar gewesen und hat bei den Angaben zu ihren Kindern adäquat freudige Affekte gezeigt. Die Psychomotorik ist sehr sparsam gewesen. Zum Sachverhalt ihres Rentenverfahrens hat sie sich sehr einsilbig geäußert und sich auf standardisierte Beschwerdeäußerungen beschränkt. Sie hat ausgeführt, nicht mehr arbeiten zu können, da sie schlechte Bilirubinwerte habe, die allgemeinen Blutwerte unzureichend seien und sie dauernd unter Ohnmachtsanfällen leide. Sie habe immer Angst in öffentlichen Verkehrsmitteln, da sie befürchten müsse zu brechen und beim langen Anstehen umkippen würde. Bei der nachfolgenden Untersuchung hat Prof. Dr. K keinen bedeutsamen psychischen Status erheben können. Wie bereits bei der Voruntersuchung hat die Klägerin keinerlei Veränderungsbereitschaft in Bezug auf eine Arbeitsaufnahme gezeigt.

Gegenüber Prof. Dr. S hat die Klägerin geschildert, täglich um 06.15 Uhr aufzustehen, weil der 14jährige Sohn zur Schule gehe. Anschließend lege sie sich noch einmal bis etwa 09.00 Uhr hin. Danach mache sie das Frühstück, die Betten und Räume auf. Es folge die Bereitung des Mittagbrot. Nach 13.30 Uhr lege sie sich manchmal wieder hin. Danach mache sie in der Regel etwas in ihrem Garten und verbringe den Nachmittag mit mindestens einer Stunde Fernsehen. Es folge die Vorbereitung des Abendbrot, wieder eine halbe Stunde im Garten, bevor sie gegen 22.00 Uhr zu Bett gehe. Wenn überhaupt, schaffe sie nur kleine Einkäufe, da sie nicht schwer tragen könne. Die bewirtschaftete Gartenfläche sei inzwischen stark zurückgegangen. Sie habe noch ein kleines Gemüsebeet. Seit letztem Jahr könne sie nicht mehr auf eine Leiter steigen, so dass die Obstbäume nun von ihrem Mann und dessen Freund beerntet werden müssten. In der Erntezeit koche sie Obst ein oder friere es ein. Die Reinigung von Wohnzimmer, Schlafzimmer und Küche würde sie gemeinsam mit ihrer Familie in Angriff nehmen; die sonstigen Räume würden von ihren Kindern gereinigt.

Der Sachverständige Prof. Dr. S hat die Fähigkeit, die genannten Arbeiten im Haushalt und im Garten teilweise mit Hilfe anderer zu verrichten, zwar durchaus als Ausdruck eines körperlichen Restleistungsvermögens gesehen. Er ist jedoch der Ansicht gewesen, aufgrund ihrer Prägung und konstitutionellen Eigenschaften von ihrem geistigen Leistungsvermögen mit deutlich eingeschränkter Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit her nicht mehr in der Lage zu sein, den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu genügen. Als Ausdruck der Schwere der Erkrankung hat er in seinem Gutachten auf vielfältige psychopathologische und vegetative Symptome hingewiesen. Zu den

körperlich-vegetativen Beschwerden hat er einen unsystematischen Schwindel mit Übelkeit und Erbrechen sowie Kopfschmerzen, zu den psychischen Beschwerden Angstzustände, Krankheitsbefürchtungen, Schwäche und Erschöpfungsgefühl und lebensmüde Gedanken gerechnet. Es handelt sich dabei allerdings um subjektive Beschwerden, die für sich betrachtet ohne eine Objektivierung im psychischen Befund nicht als bewiesen gelten können. Prof. Dr. S hat eine solche Objektivierung jedoch vornehmen können. Er hat dies damit begründet, dass alle diese Beschwerden mit erheblicher affektiver Komponente und Leidensdruck erlebt werden und - so seine ergänzende Stellungnahme vom 04. August 2008 - kein Hinweis für eine vorgetäuschte psychische Störung besteht. Er hat bei seiner Untersuchung ein deutlich eingeschränktes affektives Spektrum mit Wechsel zwischen affektiver Normallage und depressiv verstimmter Verfassung, häufigem Weinen sowie affektive Labilität und auch eine wohl reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit erheben können. Die Klägerin ist in ihrer Persönlichkeit wenig flexibel, affektiv und kognitiv verarmt, woraus eine kognitiv-affektive Einengung resultiert, die es der Klägerin unmöglich macht, sich von dem erlebten Druck fast ständig vorhandener Beschwerden freizumachen. Insofern folgen aus den subjektiven Beschwerden auch Funktionsstörungen, die nach Prof. Dr. S, wie in der ergänzenden Stellungnahme vom 04. August 2008 dargelegt, auch zu erheblichen Fähigkeitsstörungen führen, insbesondere die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität, Kompetenz, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Motivierbarkeit, die anhaltend sind. Da es sich bei diesen Fähigkeitsstörungen um Einschränkungen des gesamten Denken und Handelns einer Person bestimmender Aktivitäten handelt, wird nachvollziehbar, dass sich die Klägerin auch nicht durch eine besondere Willensanstrengung von der Vorstellung, nicht mehr arbeiten zu können, lösen kann. Liegt nunmehr nach einem mehr als 10jährigen Verlauf eine nicht mehr umkehrbare Fixierung des Krankheitsbildes vor, ist schlüssig, dass selbst ohne eine ausgeprägte Begehrensvorstellung das Leistungsvermögen sich nicht anders darstellen wird, so dass diese vorliegend nicht ins Gewicht fällt. Nach Prof. Dr. S fügt sich der von der Klägerin geschilderte Tagesablauf in dieses Krankheitsbild ein, denn die Einbindung weiterer Personen in der Gestaltung des Tages trägt den eigenen Bedürfnissen der Klägerin nach Vermeidung darüber hinausgehender Arbeitstätigkeit Rechnung.

Der Sachverständige Prof. Dr. K hat bei seiner Untersuchung einen vergleichbaren psychischen Status nicht erhoben.

Ungeachtet dessen ist er sowohl in seinen Gutachten als auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03. Juni 2008 zu der Beurteilung gelangt, dass sich die Klägerin nicht von den nicht durch objektive Befunde gestützten Vorstellungen, nicht mehr arbeiten gehen zu können, lösen kann. Sie ist in ihrer Fehlvorstellung, nicht arbeiten zu können, so verhaftet, dass sie einer Tätigkeit von sechs Stunden täglich nicht standhalten wird. Er hat dies damit begründet, dass insoweit eine Vermeidungshaltung vorliegt, die bisher nicht beseitigt werden konnte. Wenn diese Fehlhaltung jedoch nicht zu überwinden ist, erscheint es nicht schlüssig, dass die Klägerin gleichwohl, wie von Prof. Dr. K angenommen, wenigstens sechs Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann. Mithin sind die Ausführungen dieses Sachverständigen nicht geeignet, die Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. S zu erschüttern.

Bei Eintritt des Leistungsfalles der vollen und teilweisen Erwerbsminderung am 21. Juni 2006, dem Zeitpunkt der Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. S sind jedoch die so genannten besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Diese Voraussetzungen wären bei einem am 31. Mai 2002 eingetretenen Leistungsfall (letztmalig) gegeben. Es ist jedoch nicht bewiesen, dass bereits zu diesem Zeitpunkt teilweise oder volle Erwerbsminderung vorlag.

Ausgehend von einem am 21. Juni 2006 eingetretenen Leistungsfall bestimmt sich der maßgebende Zeitraum der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung, in dem drei Jahre Pflichtbeiträge vorhanden sein müssen, vom 21. Juni 2001 bis 20. Juni 2006.

In diesem Zeitraum sind nach dem Versicherungsverlauf vom 04. März 2008 Pflichtbeiträge vom 01. März 2004 bis 20. Juni 2006, also 28 Kalendermonate, ausgewiesen. Bei den Pflichtbeiträgen für Pflügetätigkeit und wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II handelt es sich nach [§ 55 Abs. 2 Nr. 2](#), [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a](#) und Nr. 3 a SGB VI um Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung. Erforderlich sind jedoch drei Jahre (36 Kalendermonate).

Ausgehend von einem am 31. Mai 2002 eingetretenen Leistungsfall bestimmt sich der maßgebende Zeitraum der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung, in dem drei Jahre Pflichtbeiträge vorhanden sein müssen, vom 31. Mai 1997 bis 30. Mai 2002.

In diesem Zeitraum sind nach dem Versicherungsverlauf vom 04. März 2008 Pflichtbeiträge für die Zeit vom 31. Mai 1997 bis 18. Juli 1997 und vom 01. Januar 1999 bis 26. Dezember 1999, also 15 Kalendermonate, vorhanden. Es handelt sich um Pflichtbeiträge wegen des Bezuges von Krankengeld und Arbeitslosengeld, die nach [§ 55 Abs. 2 Nr. 2](#), [§ 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) ebenfalls Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung sind.

Mit diesen Pflichtbeiträgen wird zwar die erforderliche Anzahl nicht erreicht. Der o. g. Zeitraum ist jedoch zu verlängern.

Nach [§ 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 Bezuges einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 2. Berücksichtigungszeiten, 3. 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 Nr. 1 oder 2 liegt, 4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu 7 Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

Im o. g. Zeitraum liegen nach dem Versicherungsverlauf vom 04. März 2008 eine Zeit des Bezuges einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 01. August 1998 bis 31. Dezember 1998 und eine Anrechnungszeit wegen Arbeitslosigkeit vom 01. Januar 2000 bis 15. April 2000, die nicht zugleich mit Pflichtbeiträgen belegt sind.

Um diese insgesamt 21 Kalendermonate verlängert sich somit der Zeitraum um die Zeit vom 01. August 1995 bis 30. April 1997. In diesem Zeitraum sind nach dem Versicherungsverlauf vom 04. März 2008 21 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen, nämlich wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld und des Bezuges von Krankengeld, vorhanden.

Damit ist bei einem Leistungsfall am 31. Mai 2002 die Voraussetzung von drei Jahren (36 Kalendermonate) Pflichtbeiträgen im maßgebenden Zeitraum erfüllt.

Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. S ist aber nicht bewiesen, dass zu diesem Zeitpunkt der Leistungsfall der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung eingetreten ist und seither ununterbrochen vorliegt.

Prof. Dr. S hat in seinem Gutachten zusammenfassend dargestellt, dass angesichts des langjährigen Verlaufes, der Vielfalt und Schwere sowie der kontinuierlichen Zunahme der Symptomatik von einer weitgehenden und schwerwiegenden Leistungsminderung der Klägerin auszugehen ist. Er hat als Ausdruck der Schwere der Erkrankung auf die vielfältigen psychopathologischen und vegetativen Symptome und deren in den letzten Jahren sich kontinuierlich ausweitenden Verlauf verwiesen. Er hat betont, dass es durch den mehr als 10jährigen Verlauf inzwischen zu einer nicht mehr umkehrbaren Fixierung des Krankheitsbildes gekommen ist. Daraus wird deutlich, dass der von ihm bei seiner Untersuchung vorgefundene Gesundheitszustand im selben Ausmaß nicht auch schon zu einem früheren Zeitpunkt bestanden hat. Nach seinem Eindruck hat zumindest seit dem Zeitpunkt der Antragstellung 2001 eine schwere Leistungseinbuße vorgelegen. Allerdings lassen sowohl Aktenlage als auch die eigene Untersuchung nicht zu, den Zeitpunkt genauer zu bestimmen, an dem sich der Charakter der Erkrankung hin zu einer vermutlich unumkehrbaren Entwicklung gewandelt hat. Gleiches gilt für eine differenzielle Abwägung verschiedener Schweregrade der Leistungseinbuße bezogen auf einzelne Zeitpunkte innerhalb des fraglichen Zeitraumes (seit September 2001). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. August 2008 hat er darauf hingewiesen, dass ab dem Jahr 2001, beginnend mit dem Gutachten des Arztes für Nervenheilkunde und Psychotherapie Dr. S vom 06. April 2001 gleichlautende psychopathologische Befunde und Diagnosen wiederholt festgestellt und gleichlautende Bewertungen vorgenommen worden sind. Er hat dazu auf dieses Gutachten und den Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001 Bezug genommen. Ab diesem Zeitpunkt ist, so dieser Sachverständige, die von ihm angenommene Leistungsminderung wahrscheinlich. Eine Wahrscheinlichkeit genügt jedoch nicht. Erforderlich ist vielmehr eine mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit. Es muss eine derartige Gewissheit vorhanden sein, dass vernünftige Zweifel insoweit nicht bestehen.

Es mögen zwar gleichlautende Diagnosen gestellt worden sein (nach dem Gutachten des Dr. S vom 06. April 2001: Neurasthenisches Syndrom, Angst und depressive Störung gemischt, Somatisierungsstörung mit multiplen funktionellen Beschwerden, dissoziative Störung der Empfindung und Bewegung bei überwiegend hysterischer Neurose, Halswirbelsäulensyndrom, hypotone Kreislaufschwankungen; nach dem Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001: Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes, Agoraphobie mit Panikstörung, Nikotinabhängigkeitssyndrom, entzündliche Leberkrankheit). Ein Panikerkrankung und eine Agoraphobie haben der Sachverständige Prof. Dr. K in seinen beiden Gutachten, eine phobische Angsterkrankung hat der Sachverständige Prof. Dr. S in seinem Gutachten und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. August 2007 allerdings ausgeschlossen. Gleichlautende Bewertungen liegen jedoch nicht vor. Sowohl nach dem Gutachten des Arztes für Nervenheilkunde und Psychotherapie Dr. S vom 06. April 2001 als auch nach dem Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001 wird ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten im Wechsel der Haltungsarten bzw. für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten in allen Haltungsarten ohne Nachtschicht und höhere Anforderungen an die intellektuelle Leistungsfähigkeit bei eingeschränktem Anpassungs- und Umstellungsvermögen beurteilt. Es ist außerdem nicht ersichtlich, dass gleichlautende psychopathologische Befunde erhoben wurden. Im Gutachten des Arztes für Nervenheilkunde und Psychotherapie Dr. S vom 06. April 2001 ist folgender psychischer Befund dargestellt: Die Stimmungslage erscheint depressiv getönt. Der Gedankengang ist inhaltlich um die subjektiv erheblichen Beschwerden, insbesondere die rasche Erschöpfbarkeit in Verbindung mit einem Schwindel- und Übelkeitsgefühl und der Angst umzukippen, kreisend. Auffassungs- und Konzentrationsvermögen erscheinen etwas vermindert. Im Kontakt ist die Klägerin anfangs schüchtern und gehemmt wirkend. Im Verlauf zunehmend aufgeschlossener. Bei der neurologischen Untersuchung treten demonstrative, hysterieform anmutende Persönlichkeitszüge zutage. Bei der Schilderung der Beschwerden klagsam. Die Klägerin toleriert die zweistündige Befragung ohne größere Probleme bezüglich Konzentration und Durchhaltevermögen. Der psychische Befund im Entlassungsbericht der S-Klinik L vom 14. Dezember 2001 lautet: Es bestehen leichte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Im Kontaktverhalten unsicher. Die Grundstimmung ist angespannt, klagsam und ratlos. Triebverhalten reduziert. Ein Vergleich dieser Befunde mit denen, die der Sachverständige Prof. Dr. S bei seiner Untersuchung erhoben hat, verdeutlicht, dass lediglich teilweise und im geringeren Umfang psychopathologische Befunde festzustellen gewesen sind. Dies erklärt folgerichtig das seinerzeit bewertete vollschichtige Leistungsvermögen. Nach dem Gutachten des Arztes für Nervenheilkunde und Psychotherapie Dr. S vom 06. April 2001 wurde die Klägerin allerdings nicht für fähig gehalten, seinerzeit öffentliche Verkehrsmittel allein zu benutzen. Zur Begründung wurde angegeben, öffentliche Verkehrsmittel seien für die Klägerin stark angstbesetzt. Nach dem von diesem Arzt erhobenen psychischen Befund ist dies jedoch nicht nachvollziehbar, denn die von ihr geschilderte Angst bezog sich darauf, umzukippen bzw. ohnmächtig zu werden. Wenn der Arzt für Nervenheilkunde und Psychotherapie Dr. S jedoch gleichwohl einen Fußweg allein bis maximal 1000 m für zumutbar gehalten hat, ist nicht einleuchtend, dass öffentliche Verkehrsmittel seinerzeit nicht benutzt werden konnten. Eine Erkrankung im Sinne einer Agoraphobie wurde auch von diesem Arzt nicht festgestellt. Der Sachverständige Prof. Dr. S hat in seinem Gutachten dazu ausgeführt, dass auch er die bereits von Dr. S geäußerten Zweifel an der Wegefähigkeit hat, womit er zum Ausdruck bringt, dass das Gutachten dieses Arztes dafür keine schlüssigen Befunde enthält. Die nunmehr von diesem Sachverständigen angenommene Unfähigkeit, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, rührt nämlich nach dessen Bewertung aus dem inzwischen fest gefügten Vermeidungsverhalten, das insgesamt das jetzige Leistungsvermögen der Klägerin bestimmt. Lassen sich jedoch zu diesem Leistungsvermögen bezogen auf einen Zeitraum in der Vergangenheit keine sicheren Feststellungen treffen, gilt dies notwendigerweise zugleich für die Frage einer eingeschränkten Wegefähigkeit für einen solchen Zeitpunkt.

Schließlich sind auch die Patientenunterlagen der die Klägerin seinerzeit behandelnden Ärzte, des Facharztes für Allgemeinmedizin H und der Ärztin für Innere Medizin und Diabetologie Dr. W, nicht weiter aufschlussreich. Nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. S vom 06. April 2009 beschränken sich diese Aufzeichnungen durchweg auf die Wiedergabe von Stichworten. Voraussetzung für die Verwertbarkeit wären aber Darstellungen von subjektiven Beschwerden und Einschränkungen, besser noch von objektiven Befundtatsachen (psychopathologische Befunde) in einer gewissen Dichte über den zeitlichen Verlauf der Behandlung. An verwertbaren Befundtatsachen fehlt es jedoch, so dass der Sachverständige retrospektiv keinen Krankheitsverlauf für die seelische Störung hat konstruieren können. Dieser Mangel betrifft insbesondere die Phasen zwischen den stationären Behandlungen und verschiedenen gutachtlichen Untersuchungen, was, so Prof. Dr. S sich in den Unsicherheiten und unterschiedlichen gutachtlichen Perspektiven sich widerspiegelt. Angesichts dieser Ausführungen ist nicht nachvollziehbar, dass statt mit Wahrscheinlichkeit jetzt mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass das von Prof. Dr. S beurteilte Leistungsvermögen bereits im September 2001 (durchgehend) vorgelegen haben könnte, ungeachtet dessen, wie er eingeräumt hat, eine insoweit mit an Sicherheit grenzende

Wahrscheinlichkeit weiterhin nicht zu bejahen ist.

Bei einem Eintritt des Leistungsfalls der vollen und teilweisen Erwerbsminderung am 21. Juni 2006 scheidet auch die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ab dem 25. August 2009 aus. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass volle oder teilweise Erwerbsminderung zwischenzeitlich behoben worden und zudem anschließend ein neuer Leistungsfall der vollen und teilweisen Erwerbsminderung eingetreten wäre. Dies behauptet nicht einmal die Klägerin. Dem Arbeitsagenturgutachten des Dr. T vom 26. August 2009 ist dazu gleichfalls nichts zu entnehmen. Es wird vielmehr auf ein ausführliches psychiatrisches Gutachten mit mehreren ergänzenden Stellungnahmen, zuletzt aus 2009, Bezug genommen, wonach mangelnde Leistungsfähigkeit bestehe und auch durch therapeutische Maßnahmen die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit nicht zu erwarten sei. Damit wird an der entsprechenden Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. S und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. August 2008 angeknüpft. Nach diesem Sachverständigen ist aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Erfahrung am ehesten von einem Dauerzustand auszugehen. Dafür sprechen der bisher mehrjährige Verlauf, die weitgehende Therapieresistenz und nicht zuletzt die geringen persönlichen Ressourcen der Klägerin. Insbesondere hat dieser Sachverständige eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit nicht mehr gesehen.

Die Berufung muss somit erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-01-14