

L 3 R 5/10 ZVW

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 31 RJ 242/04
Datum
24.01.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 R 5/10 ZVW
Datum
08.10.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 24. Januar 2007 wird zurückgewiesen. Die Beklagte erstattet 3/8 der außergerichtlichen Kosten der Klägerin für das Berufungsverfahren. Im Übrigen sind Kosten des Rechtsstreites, einschließlich des Nichtzulassungsbeschwerdeverfahrens, nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Die 1946 in der Türkei geborene Klägerin hat keinen Beruf erlernt und war nach der Übersiedelung in die Bundesrepublik unter anderem als Fabrikarbeiterin und zuletzt als Rundhalskettlerin beschäftigt. Das letzte Beschäftigungsverhältnis endete aufgrund der Insolvenz des Arbeitgebers Ende September 2001. Seither ist die Klägerin arbeitslos. Sie verfügt bereits seit dem 29. August 1994 über eine Anerkennung als Schwerbehinderte (Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales vom 07. April 1995), derzeit ist bei ihr ein Grad der Behinderung (GdB) von 80 sowie das Merkzeichen "G" – erhebliche Gehbehinderung – festgestellt (Bescheid vom 18. Januar 2010).

Seit dem 01. August 2007 erhält sie Altersrente für schwerbehinderte Menschen ohne Abschläge unter Zugrundelegung von 28,1021 Entgeltpunkten (EP).

Die Klägerin stellte am 28. Juli 2003 einen Antrag auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente. Dem Antrag wurden unter anderem Atteste des behandelnden Orthopäden Dr. M vom 15. September 2003 sowie der Neurologin und Psychiaterin Dr. P vom selben Tag (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, depressiv-neurasthenisches Syndrom) beigelegt. Die Beklagte ließ die Klägerin durch die Arbeitsmedizinerin Dr. B untersuchen und begutachten. Diese kam in ihrem Gutachten vom 24. September 2003 zu dem Ergebnis, die Klägerin leide an Bluthochdruck, Wirbelsäulensyndrom, Gonarthrose, Acromioclaviculargelenksarthrose rechts, Somatisierungsstörung und Übergewicht. Sie könne täglich sechs Stunden und mehr körperlich leichte Arbeiten unter Beachtung weiterer qualitativer Leistungseinschränkungen ausüben. Daraufhin lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 16. Oktober 2003 ab. Der Widerspruch der Klägerin blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2004).

Ihre dagegen vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhobene Klage hat die Klägerin vorrangig damit begründet, ihre psychischen Beschwerden seien nicht in ausreichender Weise gewürdigt worden. Sie hat zahlreiche Befunde (unter anderem eine Doppler- und Duplex-Sonografie der extrakraniellen Hirngefäße sowie eine transkranielle Dopplersonografie vom 09. Februar 2004 und ein Mehrphasenskelettszintigramm vom 20. Juli 2004), den Reha-Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik L vom 20. September 2004 (Diagnosen: somatoforme Schmerzstörung, depressiv-neurasthenisches Syndrom, chronisches HWS-Syndrom mit muskulären Dysbalancen, CTS links, chronisches LWS-Syndrom bei statisch muskulärer Insuffizienz, sensibles L4- und L5-Syndrom links, essentielle Hypertonie) und Atteste der behandelnden Ärzte Frau Dr. P vom 11. März 2004 und 09. August 2004, der Internistin Dr. F-L vom 18. August 2004 und der Orthopädin Dr. D vom 26. Mai 2004 vorgelegt.

Das SG hat zunächst Gutachten und Berichte des MDK Berlin-Brandenburg vom 07. Juli 2003, 25. Juni 2003, 13. November 2003, 19. Juli 2000, 13. Dezember 2000, 21. Oktober 2003 und 02. Februar 2004 beigelegt sowie Befundberichte von der Internistin Dr. R vom 22. Oktober 2004, Frau Dr. P vom 20. Oktober 2004 (Somatisierungsstörung, rezidivierende depressive Episoden, cerebrovaskuläre Insuffizienz), Dr. M vom 02. November 2004 sowie Frau Dr. F-L vom 27. Oktober 2004 eingeholt.

Anschließend hat das SG Beweis erhoben und die Neurologin und Psychiaterin Dr. P mit der Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt. In ihrem am 30. September 2005 aufgrund einer Untersuchung der Klägerin am 01. September 2005 fertig gestellten Gutachten

hat diese folgende Diagnosen gestellt: • Anhaltende somatoforme Schmerzstörung • Hypertonus • Gonarthrose rechts mehr als links • Arthrose des Acromioclaviculargelenks • Übergewicht • Chronisches HWS-Syndrom mit muskulären Dysbalancen ohne neurologische Ausfälle • CTS links • Chronisches LWS-Syndrom bei muskulärer Insuffizienz ohne neurologische Ausfälle. Es seien Aggravationstendenzen bei der Klägerin zu verzeichnen gewesen. Anfangs sei sie deutlich dysthym gewesen, die Stimmung habe sich jedoch im Laufe des Gesprächs lockern lassen, die Klägerin habe auch lachen können. Das Behandlungspotential sei nicht ausgeschöpft, so werde die Klägerin lediglich unterdosiert mit Johanniskraut behandelt, Antidepressiva würden nicht eingenommen. Trotz der langen Behandlung bei Frau Dr. P sei bisher auch keine Psychotherapie bei einem Muttersprachler erfolgt, zudem seien keine tagesklinischen oder stationären psychosomatischen Behandlungen durchgeführt worden. Die Klägerin könne täglich noch körperlich leichte und einfache geistige Arbeiten in geschlossenen Räumen unter Beachtung weiterer qualitativer Leistungseinschränkungen vollschichtig ausüben.

Die Klägerin hat hiergegen eingewandt, die Sachverständige habe zahlreiche Erkrankungen überhaupt nicht berücksichtigt. Insbesondere sei im Rahmen der Würdigung der psychischen Erkrankung ihr kultureller Hintergrund nicht mit einbezogen worden. Seit September 2005 mache sie eine Verhaltenstherapie bei dem muttersprachlichen Dipl.-Psych. C. Sie habe schon verschiedene Antidepressiva genommen, jedoch ohne Erfolg. Zudem leide sie an ständigem Schwindel. Sie hat sich unter anderem auf Atteste der Frau Dr. P vom 29. Oktober 2005 und vom 16. August 2005, des Dr. M vom 25. Oktober, 29. August und 03. November 2005 sowie 12. April 2006, des Facharztes für Lungenheilkunde Dr. P vom 29. September 2005, der Frau Dr. F-L vom 04. November 2005 sowie der Gynäkologin Dr. K-M vom 20. Februar 2006 bezogen und eine Medikamentenliste vorgelegt.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 21. Januar 2006 ist die Sachverständige Dr. P bei ihrer Beurteilung geblieben.

Das Gericht hat daraufhin ein weiteres neurologisch-psychiatrisches Gutachten von Dr. v H eingeholt. Dieser hat die Klägerin am 31. Juli 2006 untersucht und in seinem Gutachten vom 22. August 2006 daraufhin folgende Diagnosen gestellt: 1. Somatoforme Schmerzstörung, Ausprägungsgrad schwer 2. Panikstörung mit Agoraphobie Dysthymie. Es fänden sich keine Hinweise für Simulation, Dissimulation oder Aggravation. Die Klägerin habe deutliche phobische Ängste mit Vermeidungsverhalten. Sie habe Ängste, alleine aus der Wohnung zu gehen und benötige deswegen häufig Begleitung. Sie fahre auch keine U-Bahn und gehe nicht ins Kaufhaus. Die Ängste bestünden in der Angst zu stürzen, umzukippen oder ein Engegefühl in der Brust zu bekommen. Angstfrei seien nur die nähere Umgebung und die Wohnung, z. B. könne sie den nächst gelegenen Kaisers-Laden erreichen. Sie renne mehrfach zum Herd mit der Frage, ob sie diesen auch ausgeschaltet habe. Zuletzt sei sie im April 2005 in die Türkei gereist. Sie leide unter Schlafstörungen. In der Dunkelheit sehe sie Gesichter, die sich näherten. Alle Körperteile schmerzten – jedoch nicht gleichzeitig. Die Schmerzen verstärkten sich bei körperlichen Aktivitäten, nachts seien sie am stärksten. Ihre Stimmung sei eher schlecht, das Zusammensein mit den Enkelkindern würde sie aber freuen. Auch wenn sie anderen Menschen helfen könne, fühle sie sich besser. Der körperliche Untersuchungsbefund sei völlig unauffällig. Die Klägerin könne auch körperlich leichte Arbeiten nur noch im Umfang von drei Stunden täglich verrichten. Die üblichen Pausen reichten nicht aus, es seien halbstündlich zusätzliche frei wählbare Pausen erforderlich. Außerdem benötige sie zurzeit eine Begleitperson für die Zurücklegung des Wegs zur Arbeit.

In einer daraufhin veranlassten Stellungnahme vom 06. November 2006 ist die Sachverständige Dr. P von ihrer bisherigen Beurteilung nicht abgewichen. Sie hat insbesondere darauf verwiesen, dass bei der von ihr durchgeführten Untersuchung Paniktacken nicht geschildert worden seien. Darüber hinaus lägen zwar phobische Züge bei der Klägerin speziell gegenüber unbekanntem Umfeld vor, die Wegefähigkeit sei jedoch offenbar nicht aufgehoben.

Das SG hat noch einen Befundbericht von dem Dipl. Psych. C vom 17. November 2006 eingeholt, in welchem dieser nach Abschluss der Therapie am 21. September 2006 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Dysthymia diagnostiziert hat. Darüber hinaus hat er eine schwere Depression in Kombination mit psychosomatischen Beschwerden geschildert. Die Beschwerden hätten sich durch die Therapie nicht wesentlich gebessert.

Schließlich hat die Klägerin noch ein Attest der Frau Dr. P vom 14. Dezember 2006 als Reaktion auf die letzte Stellungnahme von Frau Dr. P eingereicht. Darin hat diese eine undifferenzierte Somatisierungsstörung anstelle einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert sowie eine somatisierte oder larvierte Form der Depression. Es bestehe keine generalisierte Angststörung, isolierte Ängste träten nicht auf. Angst und Depression seien gemischt und behinderten die Klägerin in erheblichem Ausmaß in ihrem Alltag.

Das SG hat die Klage durch Urteil vom 24. Januar 2007 abgewiesen. Die Klägerin sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, vielmehr sei sie in der Lage, täglich noch mindestens sechs Stunden erwerbstätig zu sein. Diese Einschätzung ergebe sich vor allem aus dem eingeholten Sachverständigengutachten von Frau Dr. P. Diese habe das Leistungsvermögen der Klägerin nachvollziehbar entwickelt. Nach ihren Feststellungen imponiere bei der Klägerin eine reaktive Dysthymie, aus der die Klägerin aber ablenkbar sei. Hierbei werde die Klägerin nicht adäquat behandelt. Darüber hinaus lägen Aggravationstendenzen vor. Eine tiefer greifende depressive Erkrankung im Sinne einer schweren Depression liege nicht vor. Die von Frau Dr. P abweichende Beurteilung des Dr. v H sei nicht überzeugend. Dieser habe sich insbesondere nicht hinreichend mit der Frage der Aggravation auseinander gesetzt. Der objektive Befund unterscheide sich an sich nicht von dem durch Frau Dr. P erhobenen Befund. Bei der Einstufung der Somatisierungsstörung seien die Angaben der Klägerin zur Schmerzdominanz relativ unkritisch übernommen worden, ohne eine Prüfung auf Konsistenz und Stimmigkeit durchzuführen (z. B. objektive Anzeichen für schmerzbedingte Inaktivität). Auch die neu gestellte Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie sei weitgehend den Angaben der Klägerin unkritisch entnommen worden. So sei die Erfüllung der Kriterien für eine Panikstörung fraglich. Es sei auch nicht diskutiert worden, dass die Klägerin noch im April 2005 in die Türkei gereist sei. Genauso wenig sei ein möglicher psychosozialer Hintergrund der Ängste, die Wohnung nicht ohne den herzkranken Ehemann zu verlassen, erörtert worden.

Hiergegen hat sich die am 26. Februar 2007 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingegangene Berufung gerichtet, mit der vorgetragen worden ist, das Gutachten der Frau Dr. P leide an erheblichen Mängeln. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit von Migranten setze Erfahrungen und Kenntnisse in der Behandlung von Migranten voraus, über die die Sachverständige offensichtlich nicht verfüge. Frau Dr. P berücksichtige auch nicht die Panikstörung. Sie ignoriere die bei ihr – der Klägerin – auftretenden Engegefühle im Brustkorb, den Brustschmerz sowie den stark erhöhten Blutdruck, die ohne körperlich nachweisbare Ursache einträten. Sie habe Angst vor Menschenansammlungen und gehe fast nur noch in Begleitung auf die Straße. Neben den psychischen Erkrankungen leide sie auch an erheblichen orthopädischen Erkrankungen der rechten Hand, der Knie sowie der Wirbelsäule. Sie hat sich unter anderem auf Atteste der

Frau Dr. P vom 20. Mai 2007 und 10. September 2007 sowie des Dr. M vom 20. August 2007 bezogen.

Im Hinblick auf den Altersrentenbescheid vom 26. Oktober 2007 hat die Klägerin den Rechtsstreit für den Zeitraum ab dem 01. August 2007 für erledigt erklärt.

Der Senat hat zunächst eine Auskunft von Frau Dr. P zu den der Klägerin verschriebenen Antidepressiva eingeholt. Außerdem hat der Senat die Schwerbehindertenakte der Klägerin vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (Gz.) beigezogen und Auszüge hieraus in den Rechtsstreit eingeführt.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat sodann nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein psychiatrisch-neurologisch-psychotherapeutisches Gutachten von Frau Dr. S-O eingeholt, welches sie nach Untersuchungen der Klägerin am 30. Juli, 06. August und 08. August 2008 am 18. August 2008 fertig gestellt hat. Hierin ist sie zu folgenden Diagnosen gelangt: • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig schwere Episode mit somatischen Beschwerden • Anhaltende somatoforme Schmerzstörung • Panikstörung mit Agoraphobie • Adipositas • Hypertonus • CTS linksseitig • Bandscheibenvorfall in Höhe L4/5 links mit sensiblen Wurzelreizsyndrom L5 links • Degenerative Wirbelsäulenveränderungen, insbesondere im HWS- und LWS-Bereich • Ausschluss einer demenziellen Erkrankung. Die Klägerin habe berichtet, dass sie seit etwa zwei/drei Jahren, insbesondere aber seit einem Jahr, unter "Sikinti", einem Druckgefühl auf der Brust, einem Kloßgefühl im Hals sowie dem Gefühl zu ersticken, einer depressiven Verstimmung, Schlafstörungen, Interesselosigkeit, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung leide. Außerdem habe sie am ganzen Körper zunehmende Schmerzen. Des Weiteren habe sie eine zunehmende Ängstlichkeit, nicht mehr allein sein zu können, so wie Vergesslichkeit angegeben. Hauptdiagnose sei eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig schwere Episode mit somatischen Beschwerden. Bei der körperlichen Untersuchung seien eine Adipositas, abklärungsbedürftige Schmerzen im Bereich der rechten Flanke, Hypästhesien am linken Unterschenkel sowie ein CTS aufgefallen. Psychopathologisch habe eine mittelgradig depressive Störung imponiert, vor mehr als 20 Jahren sei eine schwere Episode beschrieben worden - möglicherweise im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung ihres Vaters, möglicherweise unterstützt durch massive Konflikte mit dem ältesten Sohn. Es habe ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn ausgemacht werden können. Die Klägerin habe durch ihre Erkrankung eine nahezu ununterbrochene Begleitung, Betreuung und Unterstützung durch ihren Ehemann erreicht. Zudem bestünden deutliche Anhaltspunkte für eine Betonung der vorgebrachten Beschwerden. Vor dem Hintergrund des gescheiterten Lebenskonzepts der Klägerin als Arbeitsmigrantin der 1. Generation (eigene Segregation, keine Rückkehr in die Heimat nach Berentung trotz vorhandener Immobilie, Verwurzelung der Kinder in Deutschland, Ausscheren der Kinder aus dem traditionellen Wertesystem - Heirat des 2. Sohnes mit einer Deutschen -, nicht realisierte wirtschaftliche Hoffnungen für die Kinder - 1. Sohn ohne Arbeit -, Abhängigkeit von der medizinischen Versorgung in Deutschland) und eines andersartigen kulturellen Krankheitskonzepts (Krankheit dringt von außen in den Körper und ganzheitliche Erfassungen des Betroffenen) müsse hier von einem erheblichen Leidensdruck der Klägerin ausgegangen werden. Sie könne daher auch leichte körperliche Arbeiten so wie einfache geistige Arbeiten nur unter drei Stunden täglich verrichten. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei aus dem Zusammenwirken der depressiven Störung mit der anhaltenden somatoforme Schmerzstörung und der Panikstörung mit Agoraphobie zu erklären. Es sei davon auszugehen, dass die depressive Störung bereits seit zwei/drei Jahren wieder aufgetreten und sich seit einem Jahr verstärkt habe. Die Klägerin dürfte bis vor zwei/drei Jahren drei bis sechs Stunden leistungsfähig gewesen sei, seit etwa einem Jahr sei die Leistungsfähigkeit auf unter drei Stunden abgesunken. Insgesamt sei von einer langsamen Abnahme der Leistungsfähigkeit auszugehen, so dass sie bereits bei der Begutachtung durch Dr. v H nicht mehr entsprechend leistungsfähig bewertet worden sei. Zum Untersuchungszeitpunkt bei Frau Dr. P dürfte die Klägerin noch eingeschränkt leistungsfähig gewesen sein.

Auf der Grundlage dieses Gutachtens ist die Beklagte vom Eintritt einer Leistungs-minderung auf unter drei Stunden täglich ab dem Datum der ersten Untersuchung durch Frau Dr. S-O (30. Juli 2008) ausgegangen. Dies beruhe auf der Zunahme der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Vorbegutachtung bei Dr. v H im Sinne einer Verschlechterung, der offenbaren Chronifizierung, der Komorbidität (Panikstörung, Schmerzstörung und depressive Störung) sowie dem erfolglosen Einsatz von Antidepressiva. Sie hat Probeberechnungen für eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01. August 2006 (Leistungsfall am 31. Juli 2006) sowie für eine anschließend gezahlte Altersrente für schwerbehinderte Menschen vorgelegt. Danach würde sich die Altersrente ab dem 01. August 2007 wegen des veränderten Zugangsfaktors von 673,41 Euro auf 662,21 Euro netto mindern.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, aus dem Gutachten von Frau Dr. S-O ergebe sich nachvollziehbar, dass sie bereits bei der Begutachtung durch Dr. v H nur noch drei bis unter sechs Stunden leistungsfähig gewesen sei, so dass vom Eintritt des Leistungsfalls der vollen Erwerbsminderung am 31. Juli 2006 auszugehen und ihr ab dem 01. August 2006 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zu gewähren sei. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 26. März 2009 hat die Klägerin beantragt, die Sachverständige Dr. M S-O zur Frage des Eintritts des Leistungsfalls zu hören.

Der Senat hat die Berufung durch Urteil vom 26. März 2009 zurückgewiesen.

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin hat das Bundessozialgericht (BSG) das Urteil des Senats vom 26. März 2009 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen (Beschluss vom 27. August 2009 - [B 13 R 185/09 B](#) -). Zur Begründung hat das BSG ausgeführt, der Senat habe gegen den Grundsatz der Gewährung rechtlichen Gehörs gemäß [Art. 103 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG), [§ 62 SGG](#) verstoßen, indem er das Fragerecht der Klägerin nach [§§ 116 Abs. 2](#), [118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 397](#), [402](#), [411 Abs. 4](#) Zivilprozessordnung (ZPO) verletzt habe.

Die Klägerin vertritt weiterhin die Auffassung, bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Frau Dr. P nicht mehr über ein vollschichtiges Leistungsvermögen verfügt zu haben. Sie legt den Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales vom 18. Januar 2010 und eine im Rahmen des Schwerbehindertenverfahrens erstellte fachpsychiatrische Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie K vom 05. Januar 2010 vor.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 24. Januar 2007 und den Bescheid vom 16. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Januar 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser

Erwerbsminderung ab dem 01. Juli 2003 bis zum 31. Juli 2007 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat zunächst die Sachverständige Frau Dr. S-O aufgefordert, schriftlich ergänzend zum Zeitpunkt des Leistungsfalls Stellung zu nehmen. In ihrer Stellungnahme vom 29. April 2010 hat sie bestätigt, dass die Leistungsfähigkeit der Klägerin zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung auf unter drei Stunden täglich gemindert gewesen sei. Den anamnestischen Angaben der Klägerin zufolge sei davon auszugehen, dass die entsprechende Leistungsminderung höchstwahrscheinlich schon circa ein Jahr vorher vorgelegen habe. Dabei handele es sich jedoch nicht um objektive Anhaltspunkte. Bezüglich der Begutachtung durch Dr. v H schließe sie sich den Bedenken des Senats zur gutachterlichen Bewertung der Aspekte "zusätzliche halbstündliche frei wählbare Pause und eingeschränkte Wegefähigkeit" an.

Daraufhin hat der Senat auf Antrag der Klägerin die Sachverständige Dr. M S-O im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 08. Oktober 2010 zu der Frage, seit wann die Klägerin als vermindert, d. h. zwischen drei und sechs Stunden täglich, erwerbsfähig anzusehen ist, angehört. Hinsichtlich des Ergebnisses der Anhörung wird auf die Anlage 1 zum Sitzungsprotokoll vom 08. Oktober 2010 Bezug genommen.

Zum übrigen Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten (3 Bände) und die die Klägerin betreffende Rentenakte der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgemäß eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch nicht begründet. Ihr steht, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung bis zum 31. Juli 2007 nicht zu.

Der ab dem 01. Juli 2003 geltend gemachte Rentenanspruch richtet sich nach [§ 43 Abs. 1](#) und 2 SGB VI in der ab dem 01. Januar 2001 geltenden Fassung.

Danach haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#)).

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 ([§ 43 Abs. 2 S. 2 SGB VI](#)).

Nach [§ 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.

Nach Auswertung der im Verwaltungs- und gerichtlichen Verfahren erstellten Sachverständigengutachten, insbesondere der Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. P vom 30. September 2005 nebst ergänzenden Stellungnahmen vom 21. Januar 2006 und 06. November 2006, des Neurologen und Psychiaters Dr. v H vom 22. August 2006 sowie der Neurologin und Psychiaterin Dr. S-O vom 18. August 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 29. April 2010 sowie des Ergebnisses der Befragung der Sachverständigen Dr. S-O am 08. Oktober 2010, ist der Senat nicht davon überzeugt, dass die Klägerin im streitigen Zeitraum voll oder teilweise erwerbsgemindert im oben genannten Sinne war.

Übereinstimmend halten die Sachverständigen die eigentlichen körperlichen Gesundheitsstörungen (u. a. Hypertonus, CTS linksseitig, Bandscheibenvorfall in Höhe L4/5 links mit sensiblen Wurzelreizsyndrom L5 links, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, insbesondere im HWS- und LWS-Bereich) nicht für maßgeblich für die Bestimmung der Leistungsfähigkeit der Klägerin. Den körperlichen Beeinträchtigungen wird ausreichend Rechnung getragen durch die Beschränkung auf leichte körperliche Arbeiten in geschlossenen Räumen im Wechsel der Haltungsarten.

Bereits die Arbeitsmedizinerin Frau Dr. B hatte in ihrem Gutachten vom 24. September 2003 eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Frau Dr. P hat dann in ihrem Gutachten vom 30. September 2005 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gesehen, während Dr. vH am 22. August 2006 eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine Panikstörung mit Agoraphobie und eine Dysthymie diagnostiziert hat. Frau Dr. S-O spricht in ihrem Gutachten vom 18. August 2008 schließlich von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig schwere Episode mit somatischen Beschwerden sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Panikstörung mit Agoraphobie.

Die seit Februar 1994 behandelnde Neurologin und Psychiaterin Dr. P hat in ihrem Attest vom 14. Mai 2001 (in der Schwerbehindertenakte) eine somatisierte Depression diagnostiziert, im Attest vom 15. September 2003 (Verwaltungsakte der Beklagten) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie ein depressiv-neurasthenisches Syndrom, im Befundbericht vom 20. Oktober 2004 eine Somatisierungsstörung und rezidivierende depressive Episoden, im Attest vom 29. Oktober 2005 eine undifferenzierte somatoforme Schmerzstörung, im Attest vom 14. Dezember 2006 eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit somatisierter oder larvierter Depression und im Attest vom 20. Mai 2007 eine undifferenzierte Somatisierungsstörung sowie wiederholte depressive Episoden mit dem Schweregrad einer Major Depression. Im Attest vom 14. Dezember 2006 hat sie außerdem – anders als Dr. v H – ausgeführt, es bestehe keine generalisierte Angststörung, isolierte Ängste träten (auch) nicht auf. Angst und Depression seien gemischt und behinderten die Klägerin in erheblichem Ausmaß in ihrem Alltag. Der Diplompsychologe C, der die Klägerin vom 04. Juli 2005 bis zum 21. September 2006

behandelt hat, hat im Befundbericht vom 17. November 2006 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Dysthymia benannt, im selben Befundbericht aber auch eine "starke Depression in Kombination mit psycho-somatischen Beschwerden". Eine Angsterkrankung – sei es eine Panikstörung, sei es eine generalisierte Angsterkrankung oder Phobien – hat er nicht geschildert.

Unstreitig ist die Klägerin jedenfalls seit dem Datum der ersten Untersuchung durch Frau Dr. S-O am 30. Juli 2008 nurmehr für unter drei Stunden täglich leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies begründet sich – und hier stimmt die Beklagte mit der Sachverständigen überein – vorrangig aus der rezidivierenden depressiven Störung, darüber hinaus aber insbesondere aus einem Zusammenwirken der verschlimmerten Depression mit der Schmerzstörung und einer von der Sachverständigen diagnostizierten Panikstörung mit Agoraphobie. Der Zustand ist nach langjähriger fachärztlicher Behandlung, dem Durchführen einer Psychotherapie sowie der wechselhaften Einnahme verschiedener Antidepressiva chronifiziert.

Soweit die Sachverständige in ihrem Gutachten und auch bei ihrer Anhörung am 08. Oktober 2010 jedoch vom Bestehen einer Leistungsminderung auf drei bis unter sechs Stunden schon zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. v H am 31. Juli 2006 sowie einer weiteren Minderung auf unter drei Stunden ab circa Juli 2007 (Beginn der Altersrente am 01. August 2007) ausgeht, kann dem nicht gefolgt werden. Die Sachverständige stützt sich zur Begründung dieser Einschätzung als "Anhaltspunkte" – wie sie selbst in ihrer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 29. April 2010 und auch bei der Befragung am 08. Oktober 2010 eingeräumt hat – vorrangig auf die anamnestischen Angaben der Klägerin zur Entwicklung ihrer depressiven Erkrankung (seit zwei/drei Jahren, insbesondere seit einem Jahr "sikinti") und daneben auf die Bewertungen der zuvor begutachtenden Ärzte. Nachvollziehbare und objektivierbare medizinische Befunde, die eine allmähliche Verschlechterung der depressiven Erkrankung in der von der Klägerin geschilderten und von der Sachverständigen angenommenen Weise verbunden mit einer allmählichen Minderung des quantitativen Leistungsvermögens zwischen dem 01. September 2005 (Tag der Begutachtung durch Frau Dr. P) und dem 31. Juli 2006 (Tag der Begutachtung durch Dr. v H) von zumindest sechs Stunden auf unter sechs Stunden dokumentieren und plausibel machen könnten, konnte die Sachverständige nicht nennen und liegen nach Aktenlage auch nicht vor.

Insbesondere das Gutachten des Dr. v H enthält keine derartigen Befunde. Wie schon das SG in dem angefochtenen Urteil ausgeführt hat, fehlt es im Gutachten des Dr. v H zunächst an einer kritischen Auseinandersetzung mit den Angaben der Klägerin so wohl was die somatoforme Schmerzstörung angeht als auch die Panikstörung mit Agoraphobie. So wird angegeben, der körperliche Untersuchungsbefund sei völlig unauffällig. Es finden sich keine konkreten Angaben zu objektivierbaren Einschränkungen durch die Schmerzen, z. B. bei den zu beobachtenden Bewegungen, in der Sitzhaltung, in der Muskulatur (Verspannungen, Triggerpunkte, Verschnächtigungen o. ä.) etc. Die Einnahme von Schmerzmitteln wird behauptet, aber weder in Art noch Dosierung oder Anlass konkretisiert. Dr. v H hat sich ganz auf die Wiedergabe der subjektiven Beschwerden und Einschätzungen beschränkt, auch zur behaupteten Panikstörung. Panikanfälle werden aus seinem Gutachten nicht nachvollziehbar. Die Schilderung der Ängste wirkt stereotyp. Panikanfälle müssten eigentlich für den Betroffenen so eindrücklich sein, dass sie markant zu beschreiben wären, worauf auch Frau Dr. P hingewiesen hat. Auch hat Dr. v H keine Nachfragen dazu gestellt, wie und wann doch eventuell öffentliche Verkehrsmittel genutzt werden, wie sie ihre (Enkel)Kinder besucht, wie oft, ob weitere Reisen geplant sind oder ähnliches. Schließlich haben weder die behandelnde Ärztin Dr. P noch der behandelnde Therapeut C eine derartige Angststörung diagnostiziert. Panikanfälle hat die Klägerin gegenüber Frau Dr. P offenbar nie geschildert. Auffallend ist auch, dass der Ehemann der Klägerin bei der Befragung durch Frau Dr. S-O nicht von Panikanfällen der Klägerin berichtet hat. Die Tatsache, dass Dr. v H im Gegensatz sowohl zu Frau Dr. P als auch zu Frau Dr. Sc-O bei der Klägerin keine Verdeutlichungstendenzen wahrzunehmen vermochte, lässt darüber hinaus Zweifel an der Reflektiertheit seines Gutachtens aufkommen. Eine gravierende Depression ergibt sich aus seinem Gutachten ebenfalls nicht, insbesondere hat er keine Hoffnungs- oder Freudlosigkeit geschildert, ein sozialer Rückzug ist auch verneint worden, konsequent also die Diagnose der Dysthymie. Bei der Dysthymie handelt es sich laut der Definition zu F 34.1 des ICD-10 um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Diese Diagnose hat im Übrigen auch der der Klägerin über einen längeren Zeitraum, nämlich vom 04. Juli 2005 bis zum 21. September 2006, behandelnde Psychotherapeut C gestellt. Das bei der Untersuchung durch Dr. v H von der Klägerin geschilderte Befinden stimmt weitgehend mit den von Frau Dr. P in ihrem Gutachten vom 30. September 2005 wiedergegebenen Beschwerden der Klägerin und deren Stimmungsbild überein. Eine Depression oder gar eine Verschlimmerung der Depression im Zeitraum zwischen der Begutachtung durch Frau Dr. P und Dr. v H ist demzufolge nicht nachvollziehbar. Letztlich ist somit die Leistungsbeurteilung durch Dr. v H, sowohl was die Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens als auch was zusätzliche Pausen und die Wegefähigkeit betrifft, nicht nachvollziehbar. Jedenfalls bezüglich des Erfordernisses zusätzlicher Pausen sowie einer Begleitperson stimmt Frau Dr. S-O dieser Beurteilung inzwischen zu (vgl. ihre ergänzende Stellungnahme vom 29. April 2010).

Die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens durch Frau Dr. S-O passt danach nicht mit dem von Dr. v H erhobenen psychischen Befund und seinen Diagnosen zusammen. Denn aus dessen Gutachten ergibt sich gerade kein Fortschreiten einer depressiven Störung im Vergleich zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Frau Dr. P am 01. September 2005.

Auch die zahlreichen Atteste der behandelnden Ärztin Frau Dr. P ergeben keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine Verschlimmerung einer Depression bzw. der Entwicklung von einer Dysthymie zur rezidivierenden depressiven Störung stärkerer Ausprägung. Sie hat eher auf eine Verlagerung der Somatisierungsstörung abgestellt. Noch im Befundbericht vom 20. Oktober 2004 hat sie einen unveränderten Zustand angegeben. Die von Frau Dr. P vorgelegte Auflistung der verschriebenen Medikamente vom 06. August 2007 lässt ebenfalls keinen plausiblen Schluss auf die Schwere sowie die Entwicklung der psychischen Erkrankung, und zwar sowohl der Dysthymie/Depression als auch der somatoformen Schmerzstörung der Klägerin zu. Der Bescheinigung zufolge sind verschrieben worden: • Ab dem 17. Dezember 2003: Sedariston Tropfen 3x20° • Vom 17. Januar bis zum 14. Februar 2005: Amitriptylin 50 mg • Vom 15. Februar bis zum 18. April 2005 Mirtazapin 30 mg • Ab dem 18. April 2005 Opipramol bis 150 mg • Ab dem 12. März 2007 Trimipramin zur Nacht 25 mg. Bei der Begutachtung durch Frau Dr. P am 01. September 2005 hat die Klägerin angegeben, lediglich Sedariston nach Bedarf und Johanniskraut einzunehmen. Bei Dr. v H hat sie am 31. Juli 2006 erklärt, Novalgin 2x1, Sedariston bei Bedarf, Opipramol 50 mg sowie Amitriptylin 75 mg zur Nacht einzunehmen. Frau Dr. S-O gegenüber hat sie die Einnahme von Novaminsulfon 500 mg bei Bedarf, Baldrian Kapseln 500 mg 1-0-1-0 sowie von Sedariston bei Bedarf zur Nacht angegeben, Antidepressiva sind von ihr nicht benannt worden. Zusätzlich hat sie erklärt, es seien so viele Tabletten, dass sie auch von selbst diese absetze bzw. pausiere. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass die Klägerin verlässlich die ihr verschriebenen Antidepressiva in der verordneten Dosierung eingenommen hat, weswegen sich Rückschlüsse aus der Verschreibung auf die Entwicklung und Schwere der Erkrankung nicht ziehen lassen.

Eine gravierende Einschränkung der Lebensgestaltung durch eine somatoforme Schmerzstörung lässt sich aus dem Gutachten des Dr. v H – und auch später bei Frau Dr. S-O - nicht erkennen. Dort gab sie an, es gebe durchaus Dinge, die ihr Spaß machten, nämlich anderen zu helfen und mit den beiden Enkelkindern zusammen zu sein. Sie verlasse das Haus zu Fuß, meist in Begleitung des Ehemannes, wobei sich die Wohnung im 5. Stock eines Mietshauses ohne Aufzug befindet (so die Angabe bei Frau Dr. P). Sie gehe mit ihrem Ehemann zum Arzt, zur Physiotherapie und ggf. zu-sätzlich zum Einkaufen. Sie lese gerne und treffe sich auch mit einer Freundin. Zum Abendessen versuche sie, zu kochen. Einen wesentlichen sozialen Rückzug stellte Dr. v H explizit nicht fest. Laut den Angaben der Klägerin bei Frau Dr. S-O rund zwei Jahre später ging sie auch 2008 noch regelmäßig ihren Hobbies nach, d. h. sie ging mit ihrem Mann in türkische Cafés oder besuchte die Kinder und Enkelkinder. Größere Tätigkeiten im Haushalt wie Fensterputzen machte sie mit ihrem Ehemann. Eine Fremdexploration, z. B. durch Befragung des Ehemannes, hat Dr. v H im Gegensatz zu Frau Dr. S-O nicht vorgenommen. Eine multimodale Schmerztherapie wurde jeden-falls bis einschließlich der Begutachtung durch Frau Dr. S-O nicht durchgeführt. Allein die Tatsache, dass die Klägerin ihre Schmerzen bei Dr. v H auf einer Skala von 0 bis 10 auf 7 bis 10 verortet hat, ist kein zulässiger Anhaltspunkt, um auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, schwer (F 45.4) zu schließen. Die Beschränkungen der Klägerin, die sich vorwiegend in der Forderung nach ständiger Begleitung durch ihren Ehemann oder Nachbarn oder andere Familienmitglieder zeigen, stehen im Zu-sammenhang mit einem auch von Frau Dr. S-O gesehenen starken sekundären Krankheitsgewinn.

Selbst wenn man mit der Sachverständigen Dr. S-O davon ausgeht, dass das Krank-heitsbild der Klägerin typischerweise variiert und sich je nach Begutachtungs- bzw. Behandlungssituation anders darstellen kann, ändert dies nichts daran, dass Dr. v H gerade keine derart veränderten Befunde in seinem Gutachten dokumentiert hat, die ein Absinken der klägerischen Leistungsfähigkeit auf unter sechs Stunden täglich nachvollziehbar machen könnten. Allein die Möglichkeit, dass die Klägerin in den Phasen zwischen den Begutachtungssituationen zeitweise so gravierend psychisch erkrankt war, dass die Leistungsfähigkeit auf unter sechs Stunden abgesunken war, reicht nicht dafür aus, dass sich der Senat die volle richterliche Überzeugung der dau-erhaften Minderung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin auf unter sechs Stunden bilden könnte.

Hinweise dafür, dass eine quantitative Leistungsminderung sogar bereits vor der Be-gutachtung durch Dr. v H eingetreten sein könnte, hat die Sachverständige Frau Dr. S-O nicht gesehen. Die vorliegenden Gutachten der Frau Dr. B vom 24. September 2003 und der Frau Dr. P vom 30. September 2005 beschreiben im Übrigen nachvoll-ziehbar ein noch vollschichtiges (d. h. sechs Stunden und mehr täglich) Leistungsvermögen der Klägerin für körperlich leichte und einfache geistige Tätigkeiten.

Eine quantitative Minderung des Leistungsvermögens der Klägerin ist daher zur Über-zeugung des Senats erst im Zeitpunkt der erstmaligen Begutachtung durch Frau Dr. S-O am 30. Juli 2008, also einem Zeitpunkt bereits nach Gewährung der Altersrente, nachgewiesen.

Die Klägerin konnte bis zum 30. Juli 2008 auch unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbstätig sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Grundsätzlich ist eine Verweisung auf die verbliebene Erwerbsfähigkeit nur dann möglich, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten (vgl. Urteil des BSG vom 30. November 1983 – [5a RKn 28/82](#) –, in [SozR 2200 § 1246 Nr. 110](#)). Kann ein Versicherter vollschichtig körperlich leichte Tätigkeiten, wenn auch nur mit bestimmten Einschränkungen, ausüben, ist zumindest die konkrete Benennung einer Verweisungstätigkeit erforderlich, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt. Als solche schwere Einschränkung ist beispielsweise - in Verbindung mit anderen Einschränkungen - die Erforderlichkeit, zwei zusätzliche Arbeitspausen von je 15 Mi-nuten einzulegen (vgl. BSG in [SozR 2200 § 1246 Nr. 136](#)), angesehen worden. So-weit Dr. v H halbstündlich zusätzliche, frei wählbare Pausen für erforderlich angese-hen hat, erschließt sich aus dem Gutachten kein nachvollziehbarer Grund hierfür. Sei-ne Ausführungen zur Wegefähigkeit sind ebenso wenig überzeugend und stehen im Widerspruch zur Beurteilung sowohl durch Frau Dr. P als auch durch Frau Dr. S-O. Auch Frau Dr. S-O hält die diesbezüglichen Ausführungen des Dr. v H nicht für schlüssig (vgl. die ergänzende Stellungnahme vom 29. April 2010).

Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) besteht bei der Klägerin darüber hinaus ebenfalls nicht. Sie hat keinen Beruf erlernt und in der Bundesrepublik ungelernte Tätigkeiten (zuletzt als Rundhalskettlerin) verrichtet. Sie kann daher keinen Berufschutz geltend machen.

Nach alldem war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass die Beklagte das Vorliegen der vollen Erwerbsminderung seit dem 30. Juli 2008 anerkannt hat (Schriftsatz vom 13. Oktober 2008). Ohne das erledigende Ereignis (Gewährung von Altersrente für schwerbehinderte Menschen ab dem 01. August 2007) hätte die Beru-fung teilweise Aussicht auf Erfolg gehabt. Die Quote ergibt sich aus der Gegenüber-stellung der maximal begehrten Leistungsdauer einer Erwerbsminderungsrente (01. Juli 2003 bis 30. Oktober 2011) mit der hypothetischen Leistungsdauer ohne das erle-digende Ereignis (01. August 2008 bis 30. Oktober 2011).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-12-20