
S 15 RJ 511/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	(
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 RJ 511/00
Datum	26.02.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 R 133/02
Datum	29.03.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen vom 26. Februar 2002 wird zurÄckgewiesen.
II. AuÄgergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig die GewÄhrung einer Rente wegen verminderter ErwerbsfÄhigkeit.

Die 1947 geborene KlÄgerin ist tÄrkische StaatsangehÄrige mit Wohnsitz in MÄnchen. Nach ihren Angaben war sie von 1985 bis zum November 1991 als Reinigungskraft und Packerin versicherungspflichtig beschÄftigt und danach bis zum 01.05.1995 arbeitslos. Ab diesem Zeitpunkt arbeitete sie als Haushaltshilfe und Reinigungskraft im Krankenhaus NÄrnberg. Das BeschÄftigungsverhÄltnis besteht formell fort. Arbeitsleistungen hatte sie bis Anfang 1996 erbracht. Bis September 1998 bezog sie Krankengeld. Seither beziehe sie Sozialhilfe.

Der Versicherungsverlauf vom 11.01.2006 enthÄlt BeitrÄge aufgrund AusÄbung

einer Beschäftigung bis zum 29.11.1991, gefolgt von Pflichtbeiträgen aufgrund von der Bundesagentur für Arbeit gemeldeter Zeiten bis zum 01.05.1995. Es schließen sich Pflichtbeiträge vom 04.05.1995 bis zum 28.02.1996, gefolgt von Beiträgen aufgrund des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld oder sonstiger von der Bundesagentur für Arbeit gemeldeter Zeiten an. Das Versicherungskonto enthält letztmals im Oktober 1998 eine Pflichtbeitragsentrichtung. Beitragslücken bestehen im Jahr 1987.

Bereits am 16.07.1996 hatte die Klägerin einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt, der mit Bescheid vom 05.11.1996 und Widerspruchsbescheid vom 13.03.1997 abgelehnt worden war. Die dagegen gerichtete Klage wurde am 17.06.1998 zurückgenommen (SG München S 30 RJ 922/97).

Der hier streitgegenständliche Antrag wurde am 26.07.1999 gestellt. Diesen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22.12.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.02.2000 ab.

Entscheidungsgrundlage waren Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.B. vom 27.09.1999, der Orthopädin Dr.C. vom 08.12.1999 und der Internistin Dr.U. vom 13.12.1999. Während Dr.B. die Klägerin für fähig erachtete, vollschichtig mittelschwere Arbeiten sowohl als Reinigungskraft als auch bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten, hielten die weiteren Sachverständigen ein vollschichtiges Leistungsvermögen nur bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt für gegeben.

Dagegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht München und wies auf bestehende Depressionen, ein HWS-LWS-Syndrom sowie eine Herzerkrankung hin. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich ständig.

Das Sozialgericht holte einen Befundbericht der behandelnden Neurologin und Psychiaterin Dr. A. vom 17.10.2000 ein. Dort steht die Klägerin seit August 1993 mit Unterbrechungen in Behandlung. Dr.A. beschreibt eine rezidivierende Depression mit psychotischen Beschwerden und Aggressionsverhalten bei Rezidiv seit Januar 2000.

Sodann veranlasste das Sozialgericht ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.M. vom 10.04.2001, des Internisten Dr.S. vom 13.07.2001 sowie des Chirurgen Dr.L. vom 26.09.2001.

Dr.M. diagnostizierte auf nervenärztlichem Fachgebiet seit Juli 1999 eine Neurasthenie mit einem ausgeprägten Rentenbegehren, eine einfache Migräne sowie ein HWS- und LWS-Syndrom ohne neurologisch bedeutsame Ausfälle. Psychopathologisch imponiere ein sehr buntes Syndrom mit Kopfschmerzen, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen, Schwindelgefühl, vermehrter Reizbarkeit, gesteigerter Ermüdbarkeit nach geringsten Anstrengungen sowie leichte Grade von Depression und Angst. Diese Symptome seien nach ICD 10 F 8.0 einer Neurasthenie zuzuordnen. Hinzuweisen sei darauf, dass ein nicht unerheblicher Teil

dieser Diagnose auf den subjektiven klägerischen Angaben beruhe, die vor dem Hintergrund des ausgeprägten Rentenbegehrens gesehen werden müssten. Der Gesundheitszustand habe sich insoweit seit der Untersuchung im Rentenverfahren nicht verschlechtert. Die Klägerin könne noch leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig verrichten.

Das Gutachten des Dr.S. stützte sich neben einer Laboruntersuchung auf ein Ruhe-EKG, ein Belastungs-EKG, eine Echokardiographie, eine sonographische Untersuchung sowie eine Lungenfunktionsprüfung. Der Sachverständige führte aus, dass seit Juli 1999 aus internistischer Sicht folgende Gesundheitsstörungen beständen: I. Schlecht eingestellter arterieller Hypertonus mit leichter hypertensiver Herzerkrankung, II. chronisch-obstruktive Bronchitis bei Nikotinabusus mit zentraler und peripherer Obstruktion sowie Lungenüberblähung, III. Verdacht auf latenten Diabetes mellitus bei normalem Nüchternblutzucker, IV. Fettleber bei leichtgradiger Adipositas, V. latente Hypothyreose.

Seit der letzten Untersuchung im Rentenverfahren habe sich der Gesundheitszustand insoweit verschlechtert, als erstmals eine relevante Lungenfunktionseinschränkung dokumentiert werden haben könnten.

Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere Arbeiten im Wechsel der Arbeitsposition zwischen Gehen, Stehen und Sitzen vollschichtig mit den üblichen Unterbrechungen eines Arbeitsverhältnisses ausführen. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie häufiges Bücken und ausschließliches Arbeiten an Maschinen und am Fließband sollten vermieden werden. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit bestehe nicht. Allerdings sollte zum Ausschluss einer zusätzlich vorliegenden coronaren Herzerkrankung eine stationäre Abklärung erfolgen.

Der Sachverständige Dr.L. beschreibt ein leichtgradigstes HWS- und leichtgradiges LWS-Syndrom ohne Zeichen eines peripher-neurogenen Defektes und eine allenfalls anamnestisch nachvollziehbare Periarthropathie beider Schultergelenke bei freier Funktion sowie eine Chondropathia patellae bei Senk-Spreizfüßen und Hallux valgus ohne gravierende Geh- und Stehminderung. Die Gesundheitsstörungen der Klägerin seit Juli 1999 seien bereits in dem Gutachten Dr.C. vom Dezember 1999 festgehalten. Eine sozialmedizinisch relevante Befundverschlimmerung sei nicht eingetreten. Die Klägerin aufgrund der Gesundheitsstörungen leichte, durchaus intermittierend mittelschwere Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen bei gelegentlichem Wechsel der Körperposition ausüben. Die Arbeiten könnten in geschlossenen Räumen, intermittierend auch im Freien, stattfinden. Die Arbeiten könnten achtstündig durchgeführt werden. Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, häufiges Bücken sowie ausschließliche Arbeit an Maschinen und am Fließband verbieten sich aufgrund der damit verbundenen Zwangshaltung des Achsenorgans. Eine relevante Einschränkung des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestünde nicht.

Daraufhin wies das Sozialgericht die Klage durch Urteil vom 26.02.2002 ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass der Klägerin vollschichtig leichte Arbeiten

mÄ¶glich seien. Da sie bisher als Reinigungskraft arbeitete, kÄ¶nne sie auf den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden.

Dagegen hat die KlÄ¶gerin Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Hingewiesen wird auf den schlechten psychischen Zustand sowie eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung. Auch erscheine die Herzerkrankung nicht ausreichend gewÄ¶rdigt.

Die KlÄ¶gerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts MÄ¶nchen vom 26.02.2002 und den Bescheid der Beklagten vom 22.12.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.02.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der KlÄ¶gerin ab Antragstellung Rente wegen ErwerbsunfÄ¶higkeit, hilfsweise wegen BerufsunfÄ¶higkeit zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÄ¶ckzuweisen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung aktueller Befundberichte der behandelnden Neurologin und Psychiaterin Dr.A. sowie des behandelnden Hausarztes Dr.E. Der Hausarzt Ä¶bersandte auch einen Arztbrief des Kardiologen Dr.A. vom 22.02.2002, der davon berichtete, dass im Krankenhaus N. mittlerweile eine signifikante coronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden konnte. Der beigefÄ¶gte Arztbrief der 2. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses N. vom 11.03.2002 berichtet von einer coronaren Herzerkrankung ohne signifikante Stenose.

Der Senat hat zunÄ¶chst Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen SachverstÄ¶ndigengutachtens der Internistin und Kardiologin Dr.L. vom 23.01.2003. Dr.L. stellt auf internistischem Gebiet eine chronisch-obstruktive Bronchitis mit LungenÄ¶berblÄ¶hung bei chronischem Nikotinkonsum, einen essentiellen arteriellen Bluthochdruck im Mittel gut eingestellt bei Hinweisen auf rezidivierende hypertensive Entgleisungen und vorbeschriebener beginnender hypertensiver HerzschrÄ¶digung, die zum Untersuchungszeitpunkt echokardiographisch jedoch nicht nachweisbar seien, fest. Daneben bestehe eine Coronarsklerose ohne relevante Stenosierung bei eher atypischen thorakalen Beschwerden. Diese sei nachgewiesen aufgrund der Herzkatheteruntersuchung im Dezember 2001 und im Dezember 2002. Daneben bestehe eine supraventrikulÄ¶re Ektopienerregung mit rezidivierenden supraventrikulierenden Salven und Verdacht auf bisher zweimalige selbstlimitierende Tachycardie im November 2002 und ein Zustand nach Strumaresektion bei vorbeschriebener latenter Hypothyreose.

Die eigenen und durch die Vorgutachter erhobenen Befunde sprÄ¶chen fÄ¶r eine insgesamt mÄ¶Ä¶lige Verschlechterung der Lungensituation seit der LVA-Begutachtung durch Entwicklung eines Lungenemphysems mit ausgeprÄ¶gter peripherer, auf Broncholyse nicht ansprechender und leichter bis mÄ¶Ä¶iggradiger, auf Broncholyse weitgehend reversibler zentraler Atemwegsobstruktion sowie geringfÄ¶giger Pseudorestriktion. Beruflich seien KÄ¶lte, NÄ¶sse, Zugluft, Rauch, Staub und Reizgasexposition zu vermeiden. Eine generelle EinschrÄ¶nkung auf kÄ¶rperlich leichte TÄ¶tigkeiten lasse sich aber auch durch die jetzt erhobenen,

gegenüber den durch Dr.S. erhobenen wieder günstigeren Werte nicht begründen. Echokardiographisch hätten sich keine Zeichen einer Rechtsherzschädigung gefunden. Seit 1995 sei ein Bluthochdruck bekannt. Trotz zeitweilig erheblich erhöhter Blutdruckwerte sei von einer essentiellen arteriellen Hypertonie bei leichtem Übergewicht auszugehen, wofür auch das nächtliche Absinken der Blutdruckwerte spreche. Für eine endokrine oder venale Genese ergebe sich kein sicherer Anhalt. Beide Nieren seien sonographisch unauffällig zur Darstellung gekommen. Die durchgeführte 24-Stunden-Blutdruckmessung belege eine gute Blutdruckeinstellung. Dr.S. habe bei seiner Begutachtung eine beginnende hypertensive Herzschädigung festgestellt. Jetzt seien die Echokardiografiebefunde diesbezüglich unauffällig gewesen. Die Beschwerden seien eher atypisch für eine Angina pectoris infolge einer organisch fixierten Coronarstenosierung. Im Dezember 2001 und noch einmal im Dezember 2002 sei eine invasive Abklärung des Coronarstatus durchgeführt worden. Hierbei hätten keine hämodynamisch relevanten fixierten Coronarstenosierungen nachgewiesen werden können. Bei nicht sicher auszuschließender umschriebener apikaler Hypokinesie ventrikulographisch sei auch keine regionale Kontraktionsstörung nachgewiesen.

Tätigkeiten mit besonderen physischen und psychischen Belastungen seien aufgrund des Bluthochdruckes und den thorakalen Beschwerden nicht zumutbar. Eine generelle Einschränkung auch für körperlich leichte Tätigkeiten ohne besondere Herz-Kreislaufbelastung ließen sich aber mit den objektiven Befunden nicht begründen. Eine andere Beurteilung ergebe sich auch nicht aufgrund der nun festgestellten Neigung zu supraventrikulären Herzrhythmusstörungen mit kurzdauernden supraventrikulären Salven. Insgesamt sei es auf internistischem Gebiet teils zu einer Besserung, teils zu einer Befundverschlechterung gekommen. Die Lungenfunktionsparameter seien jetzt wieder günstiger als bei Dr.S. gewesen, was auch mit arbeitsabhängig sein könne. Während bei der Untersuchung durch Dr.S. erheblich erhöhte Blutdruckwerte gemessen worden seien, habe jetzt durch die 24-Stunden-Blutdruckmessung entgegen den Eigenangaben doch im Mittel eine sehr gute Blutdruckeinstellung nachgewiesen werden können. Die beginnende hypertensive Herzschädigung sei nicht mehr nachweisbar. Eine Verschlechterung sei insofern eingetreten, als nun eine supraventrikuläre Ektopienerregung nachgewiesen sei. Bei Herrn Dr.S. sei keine 24-Stunden-EKG-Registrierung erfolgt.

Unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet seien der Klägerin noch körperlich leichte Arbeiten aus wechselnder Körperhaltung ausschließlich in geschlossenen Räumen, vollschichtig acht Stunden am Tag, mit den üblichen Unterbrechungen, unter Vermeidung von Heben und Tragen schwerer Lasten, häufigem Bücken, häufigem Über-Kopf-Arbeiten, Zwangshaltungen und unter Vermeidung von Kälte, Nässe, Zugluft, Rauch, Staub und Reizgasexpositionen, besonderen psychischen Belastungen, wie erhöhtem Zeitdruck, Nacht- und Wechselschicht zumutbar. Die Klägerin sei in der Lage, einen Anmarschweg von über 500 m viermal am Tag zurückzulegen. Als Reinigungskraft sei sie nicht mehr einsetzbar. Leichte Sortier- oder Verpackungsarbeiten könne sie noch ganztags ausüben. Falls sich trotz Gabe eines kardioselektiven Betablockers die

Supraventrikulär-tachykardien häufigen sollten, sei eine weitere Abklärung erforderlich.

Der Senat hat sodann ein psychiatrisches Sachverständigengutachten durch Dr.C. V. , Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin angefordert. Der Sachverständige berichtet in seinem Gutachten vom 27.07.2003, dass bei der Klägerin eine Neurasthenie bestehe. Darunter verstehe man eine Gesundheitsstörung, deren Hauptcharakterisierung die beklagte Mäßigkeit nach geistigen Anstrengungen bei abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben sei. Die geistige Ermüdbarkeit werde typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziation oder eindringender Erinnerung als Konzentrationsschwäche oder allgemein ineffektiven Denkens beschrieben. Bei anderen Formen der Neurasthenie liege das Schwergewicht auf dem Gefühl körperlicher Schwäche und Erschöpfung begleitet von muskulärem und anderem Schmerz und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Differenzialdiagnostisch lasse sich eine rezidivierende depressive Störung oder auch eine chronifizierte Depression nicht feststellen. Im Befinden werde weder ein Schweregrad depressiver Symptomatik beschrieben, der diese Einschränkung rechtfertigen könne, noch ein phasentypischer Verlauf. Vielmehr stehe Reizbarkeit, zum Teil auch histrionisches Agieren wie auch bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenzen deutlich erkennbar im Vordergrund. Eine schwere Persönlichkeitsstörung oder Neurose lasse sich ebenfalls nicht feststellen. Auch für eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems finden sich keine Anhaltspunkte. Die beschriebenen Verdeutlichungstendenzen seien eindeutig bewusstseinsnah.

Der Klägerin seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten acht Stunden vollschichtig möglich, die qualitativen Einschränkungen seien durch die Vorgutachter bereits beschrieben.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) wurde der Arzt für Neurologie Dr.B. mit der Erstellung eines medizinischen Sachverständigengutachtens beauftragt. Dr.B. führt in seinem Gutachten vom 06.12.2004 aus, dass bei der Klägerin eine blande Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis im Sinne eines Basisstadiums vorliege. Dies ergebe sich aus einer Auswertung der anamnestischen Schilderungen der Klägerin. Es lägen aggressive Tendenzen mit mangelnder Impulskontrolle sowie akustische Halluzinationen im Sinne sogenannter Akusmen vor. Ebenso lägen Wahnstimmungen und Wahnwahrnehmungen vor. Die geschilderte erhöhte Erschöpfbarkeit bereits bei einfachen Wahrnehmungen seien als dynamische Defizienzen einzuordnen. Kennzeichen der blanden Psychose als Basisstadium einer schizophrenen Psychose seien aber gerade affektive Störungen mit Verflachung und dynamischer Defizienz mit gebrochener Biographie und fehlendem intensionalen Bogen bei Auftreten von Wahnstimmung und Wahrnehmung, verändertem Bleibempfinden und Halluzinationen. Alle Krankheitszeichen seien ausnahmslos in dem Vorgutachten bereits erwähnt worden. Jedoch seien die Schlussfolgerungen nicht zutreffend getroffen. Aufgrund der geschilderten Gesundheitsstörungen könne die Klägerin auch leichte Arbeiten nur noch unter drei Stunden täglich ausüben.

Gestützt auf eine sozialmedizinische Stellungnahme des Leitenden Arztes Dr.K. sowie des Nervenarztes Dr.G. hielt die Beklagte an ihrem Berufungsurteil fest. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien letztmals im November 2000 erfüllt. Der Eintritt eines Leistungsfalles bereits zu diesem Zeitpunkt könne nicht anerkannt werden. Dr.G. weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass der Sachverständige die Schwierigkeit einer Diagnosenstellung der blenden Psychose selbst einräume. Insbesondere gebe es Überschneidungen mit dem Bereich des Nichtpsychotischen. Den Feststellungen des Dr.B. sei aus zwei Gründen nicht zu folgen. Zum einen widerspreche er der Auffassung, dass bei Vorliegen einer endogenen Psychose die Leistungsfähigkeit von mehr als drei Stunden nicht möglich sei. Davon abgesehen könne eine schizophrene Psychose hier nicht sicher diagnostiziert werden. Die Feststellungen des Sachverständigen zum seelischen Befund in der Untersuchungssituation zeigten, dass hinsichtlich eines psychotischen Geschehens kein unauffälliges Bild vorliege. Die abweichende Diagnose werde allein mit der Anamnese begründet. Hierzu füge er eine Reihe von Symptomen zusammen und belege sie mit der typischen Symptombeschreibung bei Schizophrenie. Dies erscheine als ein Umdefinieren von früheren Beschreibungen. Den früheren Gutachtern sei nie der Eindruck entstanden, dass es sich bei den Beschwerden um psychotische Symptome gehandelt habe. Das prozesshafte dieser psychischen Störung werde somit nicht greifbar. Die sichere Diagnose Schizophrenie lasse sich nur aus der längerfristigen und wiederholten ärztlichen Beobachtung und Beschreibung eines Patienten stellen. Diese Vorsicht lasse der Sachverständige vermissen. Der Sachverständige gebe auch keinen Grund, allenfalls einen Streit psychiatrischer Schulen über die richtige Diagnosenstellung dafür an, warum er jetzt zu einer anderen diagnostischen Einschätzung als die bisherigen behandelnden Nervenärzte sowie auch die zahlreichen Sachverständigen gekommen sei. Auch die langjährig behandelnde Nervenärztin habe eine solche Diagnose niemals gestellt.

Der Senat hat daraufhin ein weiteres psychisches Sachverständigengutachten des Prof.Dr.N. , Direktor der Forensischen Psychiatrie des Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Universität M. angefordert. Auf Anregung des Sachverständigen wurde dieses zum Ausschluss einer Schizophrenia simplex aufgrund eines stationären Aufenthaltes mit testpsychologischer Untersuchung sowie Liquorpunktion, EEG und MRT des Schädels nebst Laboruntersuchung durchgeführt. Der Sachverständige berichtet in seinem Gutachten vom 21.11.2005, dass im Längsschnitt bei der Klägerin Schmerzen vorliegen, die noch ausreichend durch eine körperliche Störung erklärt werden könnten. Neben diffusen Schmerzen beständen Körperempfindungen, vegetative Symptome assoziiert mit depressiven und teils ängstlichen Syndromen. Es bestehe auch ein Aufmerksamkeit suchendes histrionisches Verhalten.

Aus psychiatrischer Sicht liegen prinzipiell die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung zumindest formal vor (ICD 10 F 45.4). Geradezu typisch schienen hier die Schmerzsymptome an den Extremitäten und Gelenken. Chronifizierungen nahmen häufig mit dem Grad der Aufmerksamkeit zu, die der Patient dem Schmerz und dem sekundären Krankheitsgewinn hinzukommen lasse. Daneben sei

eine Neurasthenie diskutiert worden. Auffällig sei jedoch, dass die Symptome einer somatoformen Schmerzstörung und einer Neurasthenie erst auf Nachfragen berichtet werden. Im Gespräch wirke die Klientin unbeeinträchtigt. Während des stationären Aufenthaltes haben sich auch keine vermehrte Selbstbeobachtung, Versagens- oder Erschöpfungseigenschaft und keine Schmerzsymptomatik, keine chronische Müdigkeit, Leistungsschwäche, Missempfindungen gezeigt. Vielmehr erschien die Klientin kontaktfreudig und freundlich. Die Symptome haben sich daher weder ärztlicherseits noch durch das Pflegepersonal objektivieren lassen.

Nach eigener Einschätzung zeigten die Persönlichkeitszüge der Probandin am ehesten histrionische Züge mit Konversionsneigungen (ICD 10 F 60.4). Bei Konversionsstörungen würden gleichsam unverarbeitete innerseelische Konflikte in äußerlich erkennbare Funktionsstörungen umgesetzt. Histrionische Persönlichkeiten zeigten meist ein aufsehenerregendes Auftreten, wie es sich vor allem bei der testpsychometrischen Untersuchung und in der neurologischen Untersuchungssituation gezeigt habe. Die in den Vorgutachten gestellte Diagnose einer Depression liege nach international gültigen Leitlinien nicht vor. Die berichteten akustischen Halluzinationen seien im übrigen nicht typisch für eine Schizophrenie oder eine wahnhafte Störung. Die durch Dr. B. gestellte Diagnose halte man für unwahrscheinlich. Die Schizophrenie beginne meist zwischen Pubertät und 30. Lebensjahr und ende in Zerrissenheit, Maniertheit, Versprochenheit, Autismus, oberflächlichem Interesse und bizarren Gewohnheiten. Nach viertägiger Beobachtung auf einer Schizophreniefachstation der hiesigen Klinik lägen nach Zusammenschau aller Ergebnisse keine Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises vor. Zwar berichte die Patientin vom Besuch von Dorfzauberern. Auch berichte sie von Angst vor bösen Geistern, vor denen sie sich durch Einhaltung bestimmter Riten und dem Ablegen des Korans am Bettende schütze. Sie berichte, nur bei brennendem Licht schlafen zu können. Dagegen schien die Schlafqualität auf der Station nicht gemindert gewesen zu sein. Die Klientin habe ohne Licht, Fernseher oder dergleichen vier Nächte auf der Station tief und ohne Nachtmedikation geschlafen.

Insgesamt erschiene die Probandin während ihres Aufenthaltes psychopathologisch unauffällig. Es habe sich kein Symptomenkomplex einer Neurasthenie gezeigt. Eine psychogene Körperstörung als Ausdruck von Rentenbegehren könne nicht ausgeschlossen werden. Die Klientin könne vollschichtig leichte bis mittelschwere Arbeiten unter den von den Vorgutachtern genannten qualitativen Einschränkungen erbringen. Die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit auf andere Tätigkeiten erscheine fraglich.

Im durch Dr. N. eingeholten neuropsychologischen Gutachten des Prof. Dr. E., Klinischer Psychologe und Psychophysiologe der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität M. vom 14.11.2005 wird davon berichtet, dass ein kognitives Leistungsprofil am unteren Rand der Durchschnittsnorm objektiviert werden können. Selektive Leistungsdefizite haben sich ausschließlich in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Visiokonstruktionen und im Erinnern einer Wortliste gefunden. Sie können durch einen Mangel an Motivation erklärt

werden. Eine Aggravation von Defiziten erscheine ebenfalls möglich. In einem Test zum Aggravationsverhalten habe die Klägerin etwa gleich viele Items wie hirngeschädigte Patienten wiedergeben können. Auffälligkeiten haben sich im MMPE-Profil gefunden. Das erhobene Profil weise darauf hin, dass es sich um eine launische, eigensinnige und schwierige Person handle, bei der Ängste und Spannungen selbst einfache Alltagsaufgaben unmöglich machen könnten. Danach könnte die Klägerin unzureichende Abwehrmechanismen für die Bewältigung ihrer gegenwärtigen Probleme besitzen.

Der Senat hat Prof.Dr.N. zur Abgabe einer ergänzenden Stellungnahme zur Frage des Vorhandenseins bzw. Nichtvorhandenseins einer Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit auf eine andere gesundheitlich zumutbare Tätigkeit innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten gefordert.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23.01.2006 stellt der Sachverständige nochmals die qualitativen Einschränkungen dar. Er betont, dass keine besonderen überdurchschnittlichen oder auch nur durchschnittlichen Anforderungen an das Auffassungsvermögen oder an die geistige Beweglichkeit und auch keine überdurchschnittlichen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Zuverlässigkeit und das Verantwortungsprofil sowie Anforderungen an das Konzentrationsvermögen oder an die Merkfähigkeit sowie keine überdurchschnittlichen oder auch nur durchschnittlichen Anforderungen an das Durchsetzungsvermögen gestellt werden dürfen. Des Weiteren dürfen keine überdurchschnittlichen oder auch nur durchschnittlichen nervlichen Belastungen mit der Tätigkeit verbunden sein und auch keine Schicht-, Nacht- und Akkordarbeit sowie kein besonderer überdurchschnittlicher Zeitdruck. Auf solche Tätigkeiten könne sich die Klägerin nicht mehr umstellen. Im übrigen besitze die Klägerin die erforderliche Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit innerhalb von drei Monaten in eine neue Berufstätigkeit. Denkbar wären auch unter Berücksichtigung der orthopädischen und internistischen Gesundheitsstörungen leichtere Sortier- und Verpackungsarbeiten aus wechselnder Arbeitsposition. Auch Pförtner Tätigkeiten seien ebenfalls denkbar.

Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Beklagtenakte, der Akte des Sozialgerichts München sowie der Verfahrensakte des Bayer. Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage erweist sich als nicht begründet. Zutreffend hat das Sozialgericht München einen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit verneint, weil die auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbare Klägerin dort vollschichtig leichte Tätigkeiten ausüben vermag.

Weder gemäß [§§ 43, 44](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI – in der bis zum 31.12.2000 geltenden Fassung (a.F.) noch gemäß [§§ 43, 240 SGB VI](#) in der ab dem 01.01.2001 anwendbaren Fassung besitzt die Klägerin einen Anspruch auf Gewährung einer Erwerbsunfähigkeits- bzw. Berufsunfähigkeitsrente oder

einer Erwerbsminderungsrente, weil in medizinischer Hinsicht weder Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit noch eine volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegen. Daher muss nicht mehr erörtert werden, wann die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen letztmals vorlagen.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach den Vorschriften des SGB VI in der bis zum 31.12.2000 geltenden alten Fassung, da sie ihren Rentenantrag vor dem 03.04.2001 gestellt hat und Rente auch für Zeiten vor dem 31.12.2000 begehrt ([Â§ 300 Abs.2 SGB VI](#) i.V.m. [Â§ 26 Abs.3](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch â SGB X -). Soweit erstmals ein Anspruch der Versicherten für die Zeit nach dem 31.12.2000 in Betracht kommt, richtet sich der Anspruch nach den Vorschriften des SGB VI in der ab dem 01.01.2001 geltenden neuen Fassung.

Nach den genannten Vorschriften der [Â§Â§ 43, 44 SGB VI](#) a.F. haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres unter anderem dann Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit, wenn sie in medizinischer Hinsicht berufsunfähig oder erwerbsunfähig sind.

Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufes und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([Â§ 43 Abs.2 SGB VI](#) a.F.).

Dagegen besteht Erwerbsunfähigkeit bei solchen Versicherten, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder -einkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt ([Â§ 44 Abs.2 Satz 1 SGB VI](#) a.F.). Da der Leistungsfall der Erwerbsunfähigkeit an strengere Voraussetzungen geknüpft ist als derjenige der Berufsunfähigkeit, folgt aus der Verneinung von Berufsunfähigkeit ohne weiteres das Fehlen von Erwerbsunfähigkeit (vgl. Bundessozialgericht â BSG â Urteil vom 05.04.2001 â [B 13 RJ 61/00 R](#) -).

Ausgangspunkt für die Prüfung von Berufsunfähigkeit ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG der bisherige Beruf, den der Versicherte ausgeübt hat. In der Regel ist dies die letzte nicht nur vorübergehende versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit, von der auch bei nur kurzfristiger Ausübung auszugehen ist, wenn sie zugleich die qualitativ höchste Beschäftigung im Berufsleben des Versicherten gewesen ist (vgl. BSG SozR 2200 Â§ 1246 Nrn.130,

164). Kann ein Versicherter seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben, liegt Berufsunfähigkeit aber nur dann vor, wenn es nicht zumindest eine andere berufliche Tätigkeit gibt, die sozial zumutbar und für ihn sowohl gesundheitlich als auch fachlich geeignet ist. Die soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit richtet sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufes. Zur Erleichterung dieser Beurteilung hat die Rechtsprechung des BSG die Berufe der Versicherten, ausgehend von der Bedeutung, die Dauer und Umfang der Ausbildung für die Qualität eines Berufes haben, in Gruppen eingeteilt, die durch die Leitberufe des Vorarbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hoch qualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters (anerkannter Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren), des angelernten Arbeiters (sonstiger Ausbildungsberuf mit einer Regelausbildungszeit von drei Monaten bis zu zwei Jahren) und des ungelernten Arbeiters charakterisiert werden (vgl. BSG SozR 2200 Â§ 1246 Nrn.132, 138, 140).

Die Einordnung eines Berufes in dieses Mehrstufenschema erfolgt nicht ausschließlich nach der Dauer der absolvierten, fürmlichen Berufsausbildung. Ausschlaggebend ist vielmehr allein die Qualität der verrichteten Arbeit, das heißt der aus einer Mehrheit von Faktoren zu ermittelnde Wert der Arbeit für den Betrieb. Es kommt auf das Gesamtbild an, wie es durch die in [Â§ 43 Abs.2 Satz 2 SGB VI](#) a.F. am Ende genannten Merkmale (Dauer und Umfang der Ausbildung sowie des bisherigen Berufs und besondere Anforderungen in der bisherigen Berufstätigkeit) umschrieben wird (vgl. BSG SozR 3-2200 Â§ 1246 Nrn.27, 33).

Grundsätzlich darf der Versicherte im Vergleich zu seinem bisherigen Beruf auf die nächstniedrigere Gruppe verwiesen werden (vgl. BSG [SozR 3-2200 Â§ 1246 Nr.5](#)).

Unter Anwendung dieser Grundsätze besteht kein Nachweis für das Vorliegen der Voraussetzungen der Einschränkung der sozialen Zumutbarkeit hinsichtlich einer Verweisbarkeit. Vielmehr ist die Klägerin nicht höher als in die Gruppe der Angelernten im unteren Bereich einzustufen. Nach der eingeholten Arbeitgeberauskunft war die Klägerin als Haushaltsgehilfin beschäftigt und mit Reinigungsarbeiten auf einer Krankenstation betraut. Sie wurde entsprechend tarifvertraglich entlohnt.

Unter Zugrundelegung eines Bezugsmaßstabes der Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist der Nachweis einer Einschränkung des Leistungsvermögens unter ein vollschichtiges Niveau nicht erbracht. Zwar kann die Klägerin ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben. Bezogen auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ist jedoch eine vollschichtige Ausübung leichter Tätigkeiten möglich.

Die Überzeugung des Senates stützt sich hinsichtlich der Leistungseinschränkungen, die aufgrund der nichtpsychiatrischen Gesundheitsstörungen resultieren, auf die Beurteilungen der gerichtlichen Sachverständigen Dr.L. sowie des durch die Vorinstanz gehörten Sachverständigen Dr.S. für das internistische Fachgebiet sowie auf die Beurteilung des Dr.L. für das orthopädische Fachgebiet. Der durch die

Vorinstanz gehörrte Sachverständige Dr.L. hat in seinem Gutachten vom 26.09.2001 überzeugend und nachvollziehbar dargelegt, dass bei der Klägerin nur ein leichtgradigstes HWS- und ein leichtgradiges LWS-Syndrom ohne Zeichen eines peripher-neurogenen Defektes vorliegt. Daneben lässt sich bei Übernahme der anamnestischen Angaben eine Periarthropathie der Schultergelenke bei freier Funktion feststellen. Diese gesundheitlichen Einschränkungen lassen vorbehaltlos eine achtstündige Tätigkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt als zumutbar erscheinen, sofern es sich um leichte Tätigkeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen bei gelegentlich möglichem Wechsel der Körperposition und in geschlossenen Räumen unter Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, häufigem Bücken und ausschließlichem Arbeiten an Maschinen und am Fließband handelt.

Der Senat ist auch von der Richtigkeit der Beurteilung der Internistin und Kardiologin Dr.L. überzeugt, wie sie diese in ihrem Gutachten vom 23.01.2003 niedergelegt hat. Danach liegt bei der Klägerin eine chronisch-obstruktive Bronchitis mit Lungenüberblähung und ein essentieller arterieller Bluthochdruck sowie eine Coronarsklerose ohne relevante Stenosierung vor. Insbesondere konnte durch die außerhalb der Begutachtung durchgeführte Herzkatheteruntersuchung aufgrund der atypischen thorakalen Beschwerden eine signifikante Stenosierung ausgeschlossen werden. Daneben liegen an leistungseinschränkenden Gesundheitsstörungen eine supraventrikuläre Ektopienergie mit rezidivierenden supraventrikulären Salven vor. Der Senat sieht auch keine Veranlassung zu einer weiteren Abklärung. Die Gutachterin hatte dies nur unter dem Vorbehalt vorgeschlagen, dass es zu einer Häufung der supraventrikulären Tachykardien kommt. Die Klägerin selbst hat vorgetragen, dass es dazu zweimalig im November und Dezember 2002 gekommen war. Seither ist diese Störung nicht mehr aufgetreten. Abgesehen von der zwischenzeitlich aufgetretenen supraventrikulären Ektopienergie und dem zwischenzeitlich erfolgten Ausschluss einer Stenosierung bei coronarer Herzerkrankung stimmt die Beurteilung von Dr.L. sowohl hinsichtlich der Diagnosestellung als auch der Leistungsbeurteilung mit dem Vorgutachten des Dr.S. überein. Aufgrund der internistischen Gesundheitsstörungen verbieten Leistungseinschränkungen hinaus Arbeiten in Kälte, Nässe, Zugluft, Rauch, Staub und Reizgasexposition. In Übereinstimmung mit der ärztlichen Sachverständigen schlägt der Senat eine Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit aufgrund der internistischen und orthopädischen Störungen aus.

Hinsichtlich der psychiatrischen Gesundheitsstörungen folgt der Senat den überzeugenden und nachvollziehbaren Darlegungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof.Dr.N. , wie sie dieser in seinem Gutachten vom 21.11.2005 nebst seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23.01.2006 niedergelegt hat. Der Gutachter hat nach Auswertung sämtlicher vorliegender medizinischer Unterlagen, nach apparativer Untersuchung und testpsychologischer Zusatzbegutachtung im Rahmen eines mehrwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes der Klägerin und unter Heranziehung erfahrener Dolmetscher überzeugend dargelegt, dass anamnestisch zwar die Diagnose einer Neurasthenie und einer somatoformen Schmerzstörung formell begründbar sei, jedoch aufgrund der mehrwöchigen

psychiatrischen Beobachtung, die Widersprüchlichkeiten zu der anamnestischen Beschwerdeschilderung der Klägerin offenbarten, die Diagnose einer Konversionsstörung auf der Basis einer histrionischen Persönlichkeit vorliege (ICD 10 F 60.4). Der Diagnose einer Schizophrenie vermochte sich der Sachverständige nach Beobachtung in einer Spezialstation für Schizophrenieerkrankungen nicht anzuschließen. Dies wurde nachvollziehbar mit dem während des stationären Aufenthaltes erhobenen Befund sowie auch den fehlenden typischen Symptomen einer schizophrenen Erkrankung begründet. Der Senat schließt sich dem sowie der Verneinung einer Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt an.

Die Klägerin, die ihren bisherigen Beruf einer Hausgehilfin/ Reinigungskraft gesundheitlich nicht mehr ausüben vermag, besitzt auch ein ausreichendes Anpassungs- und Umstellungsvermögen für leichte Tätigkeiten. Insoweit ist mit dem Sachverständigen Dr.N. zwar davon auszugehen, dass nur unterdurchschnittliche Anforderungen an die geistige Beweglichkeit, das Verantwortungsbewusstsein, die Aufmerksamkeit, Zuverlässigkeit, Konzentrationsvermögen und Merkfähigkeit zu stellen sind. Die verbleibenden Tätigkeiten, die auch bei Zusammenschau der bereits genannten qualitativen Leistungseinschränkungen das Leistungsbild über die Einschränkung auf leichte Tätigkeiten hinaus nicht weiter einschränken, lassen aber im übrigen auf eine Fähigkeit schließen, sich binnen drei Monaten in eine solche neue Berufstätigkeit einzuarbeiten.

Das Vorliegen einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen ist nicht erkennbar. Die Klägerin kann zweifelsohne noch die typischen Arbeitsbereiche leichter Sortiertätigkeiten oder Pförtnerarbeiten verrichten.

Der Senat folgt aus den dargestellten Gründen der Einschätzung des Neurologen Dr.B. hinsichtlich Diagnose und Leistungsbeurteilung nicht. Der Neurologe hat insoweit die Grenzen seines Weiterbildungsgebiets verlassen. Mit der Beklagten ist darauf hinzuweisen, dass diese Diagnose sich allein auf die anamnestischen Angaben der Klägerin stützt, die im Rahmen des stationären Aufenthaltes nicht verifiziert werden konnten. Darüber hinaus bedarf der Stellung einer entsprechenden Diagnose einer längerfristigen und wiederholten ärztlichen Beurteilung. Der Sachverständige Dr.B. lässt eine entsprechende Diskussion vermissen, zumal die langjährig behandelnde Nervenärztin Dr.A. eine solche Diagnose niemals, auch nicht als Verdachtsdiagnose diskutiert hatte.

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

Gründe dafür, die Revision zuzulassen ([Â§ 160 Abs.2 Nr.1](#) und [2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Zuletzt verändert am: 22.12.2024