S 15 RJ 337/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 RJ 337/97
Datum	22.10.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 RJ 326/99
Datum	21.05.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22.10.1999 aufgehoben und die Klage abgewiesen.
II. Die Beklagte hat dem KlÃ¤ger aus beiden RechtszÃ¼gen keine auÃ□ergerichtlichen Kosten zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, zu welchem Zeitpunkt beim KlÃ¤ger eine Minderung des LeistungsvermÃ¶gens um mindestens 2/3 vorgelegen hat.

Der am â□¦1941 geborene KlÃ¤ger nahm im September 1955 eine Lehre zum Steinmetz auf, welche er im August 1957 abbrach. Hiernach war er bis 1968 als Bauhelfer, bei der Bereitschaftspolizei und als Betonarbeiter tÃ¤tig. Ab Juni 1968 war er Ã¼berwiegend als Berufskraftfahrer tÃ¤tig. Am 28.05.1976 schloss er die Ausbildung zum Berufskraftfahrer erfolgreich ab. Vom 01.12.1991 bis 31.12.1994 war er selbstÃ¤ndig als Kurierdienst tÃ¤tig. Daran anschlieÃ□end war er erneut bis August 1995 als angestellter Kraftfahrer tÃ¤tig. Seitdem ist der KlÃ¤ger ohne BeschÃ¤ftigung. Er war vom 01.09.1995 bis 27.02.1997 und wieder seit dem

26.05.1998 arbeitsunfÃ¤hig krankgeschrieben.

Der KlÃ¤ger, der am 18.05.1990 seinen Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatte, beantragte am 19.03.1996 bei der Beklagten die GewÃ¤hrung einer Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit/BerufsunfÃ¤higkeit sowie nach den Vorschriften des Beitrittsgebietes. Der Beklagten lagen im Verwaltungsverfahren folgende medizinische Unterlagen vor: Befundbericht fÃ¼r Heilbehandlungen der orthopÃ¤dischen Klinik in R â¦ Ã¼ber den Aufenthalt vom 07.02.1996 bis 04.03.1996, Befundbericht des Allgemeinmediziners W â¦ Sch â¦ zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung und der Reha-Entlassungsbericht der Klinik B â¦ vom 15.05.1996. Die DurchfÃ¼hrung einer entsprechenden Reha-MaÃnahme hatte der KlÃ¤ger am 29.11.1995 beantragt. Die Anamnese des Reha-Berichtes enthÃ¤lt ebenso wie der Befundbericht der orthopÃ¤dischen Klinik R â¦ die Angabe, dass der KlÃ¤ger pro Tag zwei Flaschen Bier zu sich nehme. Diagnostiziert wurde ein Zustand nach Bandscheibenoperation L3/L4 links bei ausgeprÃ¤gter Skoliose und globaler Rumpfmuskelinsuffizienz. Nach der dortigen Leistungsbeurteilung waren dem KlÃ¤ger leichte Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen vollschichtig mÃ¶glich. Hierbei sollte hÃ¤ufiges BÃ¼cken, hÃ¤ufiges Heben, Tragen, Bewegen von Lasten und Arbeiten auf Leitern und GerÃ¼sten sowie TÃ¤tigkeiten mit Absturzgefahr vermieden werden.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 15.10.1996 ab. Zwar bestÃ¼nde beim KlÃ¤ger ein Zustand nach Bandscheibenoperation bei augeprÃ¤gter Skoliose und globaler Rumpfmuskelinsuffizienz, doch kÃ¶nne er mit dem vorhandenen LeistungsvermÃ¶gen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Arbeiten vollschichtig ausÃ¼ben. Die erforderliche Wartezeit von fÃ¼nf Jahren anrechenbaren Zeiten sei erfÃ¼llt, die weitere Anspruchsvoraussetzung â drei Jahre Pflichtbeitragszeiten in den letzten fÃ¼nf Jahren im Sinne des Â§ 44 Abs. 1 Ziff. 2 SGB VI bzw. Entrichtung von BeitrÃ¤gen im Sinne des Â§ 241 Abs. 2 SGB VI â seien nicht zum 19.03.1996 erfÃ¼llt. Anspruch auf Invalidenrente nach Ãbergangsrecht fÃ¼r Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebietes bestÃ¼nde ebenfalls nicht, da der KlÃ¤ger nicht Invalide im Sinne des Art. 2 Â§ 7 Abs. 3 RÃG sei.

Hiergegen legte der KlÃ¤ger am 18.11.1996 Widerspruch ein. Er verwies darauf, dass neben der Erkrankung der WirbelsÃ¤ule auch ein chronisches ZwÃ¶lffingerdarmgeschwÃ¼r die ErwerbsfÃ¤higkeit beeintrÃ¤chtige. Die Wiederaufnahme einer TÃ¤tigkeit als Berufskraftfahrer sei in seinem jetzigen Zustand unvorstellbar. Einen ganzen Arbeitstag wÃ¼rde er wegen der stÃ¤ndigen Schmerzen und der kranken WirbelsÃ¤ule nicht durchstehen. Mit Widerspruchsbescheid vom 11.03.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. Nach sozialmedizinischer EinschÃ¤tzung kÃ¶nne der KlÃ¤ger den zuletzt ausgeÃ¼bten Beruf als Berufskraftfahrer nur noch zweistÃ¼ndig bis unter halbschichtig verrichten, jedoch vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tÃ¤tig sein. Dabei kÃ¤men leichte Arbeiten in Betracht, die Ã¼berwiegend im Sitzen mit Wechseln zu Stehen und Gehen ohne Nachtschicht, ohne besonderen Zeitdruck, ohne hÃ¤ufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten, ohne Ã¼berwiegend einseitge KÃ¶rperhaltung, ohne hÃ¤ufiges BÃ¼cken, Klettern oder Steigen sowie ohne Absturzgefahr auszuÃ¼ben sind. Als Facharbeiter kÃ¶nne er auch auf

TÃ¤tigkeiten verwiesen werden, die zu den sonstigen staatlich anerkannten Ausbildungsberufen â mit Ausnahme der Facharbeiterberufe â gehÃ¶ren und die eine betriebliche Ausbildung von wenigstens drei Monaten erfordern oder wegen ihrer QualitÃ¤t tariflich wie sonstige Ausbildungsberufe bewertet werden. Beim KlÃ¤ger kÃ¤men folgende TÃ¤tigkeiten in Betracht: Tourenplaner, Registrator und Hausmeister. Daher bestehe kein Anspruch auf Rente wegen Berufs- oder ErwerbsunfÃ¤higkeit. Auch InvaliditÃ¤t im Sinne des Art. 2 Â§ 7 Abs. 3 und 4 RÃG lÃ¤ge nicht vor. Der KlÃ¤ger sei in der Lage, mehr als 1/3 des Einkommens eines geistig und kÃ¶rperlich gesunden Versicherten zu erzielen.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid richtete sich die am 24.04.1997 beim Sozialgericht Dresden eingegangene Klage. BegrÃ¼ndet wurde das Klagebegehren damit, dass die Ablehnung des Widerspruchs ohne weitere gesundheitliche ÃberprÃ¼fung erfolgte, insbesondere sei die chronische EntzÃ¼ndung der BauchspeicheldrÃ¼se nicht begutachtet worden. Auch die RÃ¼ckenschmerzen hÃ¤tten sich rapide verschlimmert. Durch die stÃ¤ndigen Schmerzen und Sorgen seien nunmehr auch seelische Probleme hinzugekommen. Die von der Beklagten vorgeschlagenen TÃ¤tigkeiten als Tourenplaner, Registrator und Hausmeister seien nicht realisierbar.

Das Sozialgericht hat im Rahmen der Ermittlungen von der Beklagten einen Versicherungsverlauf fÃ¼r den KlÃ¤ger vom 22.09.1997 beigezogen. Ferner wurde das Gutachten des Arbeitsamtes vom 27.08.1997 beigezogen. Neben den bekannten WirbelsÃ¤ulenleiden wurde hier eine kontrollbedÃ¼rftige Hypertonie und Hepatomegalie bei dringendem Verdacht auf Alkoholabusus diagnostiziert. Des Weiteren wurden Befundberichte eingeholt von Dr. G â¦ vom 30.01.1998, Dr. Sch â¦ vom 14.02.1998 und Frau Dipl.-Med. K â¦ vom 27.02.1998. Dipl.-Med. K â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie fÃ¼hrte aus, dass der KlÃ¤ger sie am 26.05.1997 erstmals aufgesucht habe. Sie diagnostizierte eine LeistungsstÃ¶rung, offenbar auf der Basis eines Alkoholabusus, ein psychoreaktives Syndrom, vertebragenes Syndrom mit Zustand nach LWS-Operation 1996, ein organisches Psychosyndrom im Sinne einer PersÃ¶nlichkeitsdepravierung bei Alkoholismus. Dem SG lagen des Weiteren die fÃ¼r die Berufsgenossenschaft fÃ¼r Fahrzeughaltungen in den Jahren 1998 und 1999 erstellten Gutachten sowie eine Arbeitgeberauskunft der Spedition Jenke vom 09.02.1998 vor. Im Auftrag des Sozialgerichts erstellte Frau Dr. S â¦ W â¦, FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, am 31.07.1998 ein nervenfachÃ¤rztliches Gutachten, gestÃ¼tzt auf eine Untersuchung vom 08.07.1998. Die medizinische SachverstÃ¤ndige diagnostizierte seitens ihres Fachgebietes eine organische Hirnkrankheit, computertomographisch objektivierbar im Sinne eines hirnatrophischen Prozesses, d.h. eines Hirnabbauprozesses, bevorzugt die Hirnrindenregionen betreffend, klinisch unter dem Bild eines depressiv getÃ¶nten, diffusen hirnorganischen Psychosyndroms mit psychometrisch belegbarer HirnleistungsschwÃ¤che. UrsÃ¤chlich hierfÃ¼r seien zum Teil HirndurchblutungsstÃ¶rungen im Rahmen des Alterungsprozesses des Gehirnes bzw. bei beschriebener labiler Hypertonie, aber auch zusÃ¤tzlich der durch Laborparameter belegte chronische Alkoholabusus. Daneben bestÃ¼nde ein chronifiziertes lumbosakrales Schmerz- und RadikulÃ¤rsyndrom, das mit neurologischerseits nachweisbaren, sekundÃ¤ren motorischen und sensiblen

Ausfallerscheinungen einhergehe, computertomographisch ursÃ¤chlich durch multiple BandscheibenvorfÃ¤lle in verschiedenen HÃ¶hen belegt. Beim KlÃ¤ger bestÃ¼nde eine GemÃ¼tsstÃ¶rung in Form eines depressiven Syndroms. Die psychisch belastenden Erlebnisse bzw. Konflikte im beruflich-familiÃ¤ren Bereich hÃ¤tten fÃ¼r ihn fortlaufend derartige seelische BeeintrÃ¤chtigungen dargestellt, so dass es Mitte 1997 zur gÃ¤nzlichen psycho-physischen Dekompensation gekommen sei. Daher habe eine nervenÃ¤rztliche Behandlung eingeleitet werden mÃ¼ssen, ohne dass eine Besserung erreicht werden konnte. Der KlÃ¤ger sei nicht in der Lage, durch WillensentschlÃ¼sse die so fixierten psychisch bedingten StÃ¶rungen zu beheben. Es sei annehmbar, dass eine maÃgebliche hirnorganische LeistungsbeeintrÃ¤chtigung und erst recht ein leistungseinschrÃ¤nkendes vertebragenes Schmerzsyndrom mit mÃ¤Ãiggradigen neurologischen Ausfallerscheinungen bereits zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung im MÃ¤rz 1996 vorgelegen haben, auch eine seelische StÃ¶rung durch die vorangegangenen, psychisch belastenden Erlebnisse und Konflikte im beruflich-familiÃ¤ren Bereich. Es sei zweifellos zu einer deutlichen Verschlechterung der Leiden im Laufe des nÃ¤chsten Jahres bis zur unumgÃ¤nglichen nervenÃ¤rztlichen Mitbetreuung ab Mai 1997 gekommen. Ab diesem Zeitpunkt sei dann eine besonders schwergradige psycho-physische BefindensstÃ¶rung annehmbar. Hinsichtlich des LeistungsvermÃ¶gens wurde von Frau Dr. W â¦ votiert, dass leichte Arbeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen in einem Zeitumfang von weniger als zwei Stunden mÃ¶glich seien. In Wertung der Summe der feststellbaren geistigen, kÃ¶rperlichen und seelischen StÃ¶rungen sei der KlÃ¤ger in seinem LeistungsvermÃ¶gen um mindestens 2/3 desjenigen von gesunden Versicherten gemindert.

Auf Grund dieses Gutachtens erkannte die Beklagte am 10.09.1998 einen Leistungsfall zum 01.05.1997 an. Es sei ab diesem Zeitpunkt von einem aufgehobenen LeistungsvermÃ¶gen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen, ebenfalls sei das LeistungsvermÃ¶gen um mindestens 2/3 gemindert. Da die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Leistungsfall nicht erfÃ¼llt seien, bestÃ¼nde ein Anspruch auf Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit jedoch nicht. Das RentenÃ¼berleitungsgesetz fÃ¤nde auf Grund des 1997 gelegenen Leistungsfalles ebenfalls keine Anwendung.

Auf Nachfrage des Gerichts konkretisierte Frau Dr. W â¦ am 06.10.1998 den Zeitpunkt, zu dem die Minderung des LeistungsvermÃ¶gens um mindestens 2/3 eingetreten ist, auf den Zeitpunkt der Rentenantragstellung im MÃ¤rz 1996. Als Beleg hierfÃ¼r kÃ¶nnte das chronische Schmerzsyndrom im Bereich der WirbelsÃ¤ule gelten. Des Weiteren sei auf neuropsychiatrischem Fachgebiet zu diesem Zeitpunkt eine relevante hirnorganische LeistungsbeeintrÃ¤chtigung mit anzunehmen. Der computertomographisch objektivierte hirnathrophische Prozess in Form eines bevorzugt Gehirnrindenregionen betreffenden Abbauprozesses sei in der Regel ein Ã¼ber Jahre progredienter Krankheitsprozess.

Hierzu bezog die Beklagte dahingehend Stellung, dass die Computertomographie des Gehirns, die einen mÃ¤Ãigen Hirnabbau beschreibe, vom 08.07.1997 datiere. Da weder Anamnese, noch die im April 1996 und Juni 1997 erstellten medizinischen

Berichte neuropsychiatrische Befunde erkennen lieÃ□en, lÃ¤gen keine hinweisgebenden Befunde fÃ¼r das die Leistungsminderung wesentlich bedingende psychiatrische Leiden vor Eintritt in die neuropsychiatrische Behandlung vor. Am 29.09.1999 bewilligte die Beklagte dem KlÃ¤ger eine Eingliederungshilfe.

Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Dresden am 22.10.1999 beschrÃ¤nkte der KlÃ¤ger sein Klagebegehren auf die GewÃ¤hrung einer Rente wegen InvaliditÃ¤t. Das Sozialgericht gab diesem Begehren statt und bezog sich nach Darstellung der maÃ□geblichen Vorschriften des RÃ□G auf die Feststellungen der medizinischen SachverstÃ¤ndigen Frau Dr. W â□¦ Das Gutachten sei in vollem Umfange, insbesondere in der Erhebung der Befunde und in der Beantwortung der Fragen des Beweisbeschlusses des Gerichts sorgfÃ¤ltig und sachkundig erstellt worden. Denkfehler oder sonstige WidersprÃ¼che oder MÃ¤ngel in den gutachterlichen AusfÃ¼hrungen seien nicht zu erkennen. Die Stellungnahme des sozialmedizinischen Dienstes der Beklagten kÃ¶nne die Ã□berzeugung der Kammer nicht Ã¤ndern. Die SachverstÃ¤ndige habe den Leistungsfall der ErwerbsunfÃ¤higkeit zur Ã□berzeugung der Kammer zutreffend nach objektiven Kriterien festgestellt. Die hirnorganische LeistungsbeeintrÃ¤chtigung entstehe in der Regel durch einen Ã¼ber Jahre progredienten Krankheitsprozess. Aus der AusprÃ¤gung der Erkrankung folgere die SachverstÃ¤ndige, dass die tatsÃ¤chliche Minderung der LeistungsfÃ¤higkeit um 2/3 bereits zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung eingetreten sei. Insoweit bediene sie sich objektiver Kriterien. Diese Folgerung sei nachvollziehbar und schlÃ¼ssig. DarÃ¼ber hinaus habe auch der behandelnde Hausarzt bereits im Befundbericht vom 24.11.1995 eine psychische Ã□berforderung angegeben. Der KlÃ¤ger erfÃ¼lle auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gem. Art. 2 Â§ 7 Abs. 1 Nr. 2 RÃ□G zum Leistungsfall 19.03.1996. Der KlÃ¤ger habe am 18.05.1990 seinen Wohnsitz im Beitrittsgebiet gehabt und die Invalidenrente beginne darÃ¼ber hinaus in der Zeit vom 01.01.1992 bis 31.12.1996. GemÃ¤Ã□ Â§ 44 Abs. 1 RÃ□G i. V. m. Â§ 99 Abs. 1 SGB VI werde eine Rente aus eigener Versicherung von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen fÃ¼r die Rente erfÃ¼llt seien, wenn die Rente bis zum Ende des 3. Kalendermonates nach Ablauf des Monats beantragt werde, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfÃ¼llt sind. Die Anspruchsvoraussetzungen seien zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung am 19.03.1996 erfÃ¼llt. Die Rente beginne daher am 01.04.1996. Der Antrag auf Leistung zur Rehabilitation gelte entgegen Â§ 116 Abs. 2 SGB VI nicht als Antrag auf Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit. Die gesetzliche Fiktion sei durch die Feststellung des SachverstÃ¤ndigen bezÃ¼glich des Leistungsfalles wiederlegt. Die Rente wegen InvaliditÃ¤t werde auf Grund der RehabilitationsmaÃ□nahme bis zum 30.04.1996 als Ã□bergangsgeld geleistet. Bereits gezahltes Ã□bergangsgeld werde angerechnet.

Gegen das am 16.11.1999 zugestellte Urteil legte die Beklagte am 09.12.1999 Berufung ein. Nach Auffassung der Beklagten lÃ¤gen entgegen den Feststellungen im Urteil die Voraussetzungen zur GewÃ¤hrung einer Rente wegen InvaliditÃ¤t gem. Art. 2 Â§ 7 RÃ□G ab dem 01.04.1996 nicht vor. Der KlÃ¤ger sei nicht bereits ab diesem Zeitpunkt Invalide im Sinne der genannten Vorschrift. Nach Auffassung der Beklagten lÃ¤ge erst ab dem 01.05.1997 ein aufgehobenes LeistungsvermÃ¶gen

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vor. Ebenfalls sei das LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers erst ab diesem Zeitpunkt um mindestens 2/3 gemindert. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien zum Leistungsfall 01.05.1997 nicht erfÃ¼llt; das RentenÃ¼berleitungsgesetz fÃ¤nde auf Grund dieses Leistungsfalles jedoch keine Anwendung. Die Schlussfolgerung des angefochtenen Urteils, wonach eine hirnorganische LeistungseinschrÃ¤nkung in einem lÃ¤ngeren Zeitraum entstehe und folglich auch schon zur Rentenantragstellung vorgelegen haben mÃ¼sse, kÃ¶nne aus medizinischer Sicht nicht als gesichert gelten, zumal im Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik Brandis vom 15.05.1996 keine derartigen Befunde mitgeteilt wurden. Diese Rehabilitationsklinik sei auf HirnleistungsstÃ¶rungen spezialisiert, so dass es sehr wahrscheinlich sei, dass im Falle des Vorliegens einer HirnleistungsstÃ¶rung diese bereits dort aufgefallen wÃ¤re. Des Weiteren begrÃ¼nde das erstinstanzliche Gericht die Festlegung des Leistungsfalles mit dem Befundbericht des Hausarztes vom 24.11.1995. Der Hausarzt habe aber eine psychische Ãberforderung im Zusammenhang mit UnregelmÃ¤Ãigkeiten des Berufslebens, Ãberstunden und unregelmÃ¤Ãigem Essen mitgeteilt. Diese Beschreibung des Sachverhaltes entspreche nicht einem hirnorganischen Psychosyndrom. Diese erwÃ¤hnten medizinischen Befunde und ein Befundbericht zur Anschluss-Heilbehandlung seien die einzigen aktenkundigen Unterlagen vor dem vom PrÃ¼farzt der Beklagten angegebenen Leistungsfall vom 01.05.1997. Diese ergÃ¤ben jedoch keinen Hinweis auf ein hirnorganisches Psychosyndrom mit HirnleistungsschwÃ¤che oder auf ein anhaltendes RadikulÃ¤rsyndrom und motorische AusfÃ¤lle. Erst im Mai 1997 habe sich der KlÃ¤ger in psychiatrische Behandlung begeben. Mit diesem Zeitpunkt lÃ¤gen hinweisgebende Befunde fÃ¼r das die Leistungsminderung wesentlich bedingende psychiatrische Leiden vor. Wie dem Rentenantrag vom 19.03.1996 zu entnehmen sei, stellte der KlÃ¤ger seinen Antrag wegen Beschwerden der WirbelsÃ¤ule. Das nervenfachÃ¤rztliche Gutachten stelle eine HirnleistungsstÃ¶rung fest und lege den Leistungsfall auf die Rentenantragstellung, obwohl diese Erkrankung bis zum Befundbericht der behandelnden NervenÃ¤rztin (BehandlungsÃ¼bernahme am 26.05.1997) nicht aktenkundig gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22.10.1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der KlÃ¤ger beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der KlÃ¤ger hÃ¤lt das Urteil des Sozialgerichts Dresden fÃ¼r zutreffend. Selbst aus der Beurteilung des sozialmedizinischen Dienstes der Beklagten, welche von einem aufgehobenen LeistungsvermÃ¶gen per 01.05.1997 ausgehe, lasse sich schlieÃen, dass bei der Progredienz beider Erkrankungen eine 2/3 Leistungsminderung schon weit vorher vorgelegen haben mÃ¼sse. Dies werde durch die AusfÃ¼hrungen der Gutachterin Frau Dr. W â¦ bestÃ¤tigt. Die vom Hausarzt mitgeteilte psycho-physische Ãberforderung werte er als Anfang des hirnorganischen

Psychosyndroms, wie es auch von Frau Dr. W â¦ beschrieben werde. Zwar verfÃ¼ge die Rehabilitationsklinik Brandis auch Ã¼ber eine neurologische Abteilung, doch habe der KlÃ¤ger in der orthopÃ¤dischen Abteilung geweilt. Es sei auch ausschlieÃlich eine orthopÃ¤dische Diagnostik und Therapie erfolgt.

Der Senat hat zur SachverhaltsaufklÃ¤rung Befundberichte der behandelnden Neurologin Frau Dr. K â¦ und des behandelnden Allgemeinmediziners Dr. Sch â¦ beigezogen. Ferner wurden beide um eine gutachterliche Stellungnahme gebeten, wie sich das gesundheitliche LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers in der Zeit von MÃ¤rz 1996 bis spÃ¤testens 30.11.1996 darstellte. Hierzu teilte der Facharzt fÃ¼r Allgmeinmedizin W â¦ Sch â¦ am 04.03.2000 mit, dass die Angaben des Gutachtens vom 06.10.1998 bestÃ¤tigt werden kÃ¶nnten. Der KlÃ¤ger sei seit August 1995 in seiner Behandlung. Zum angegebenen Zeitpunkt sei der KlÃ¤ger nicht in der Lage gewesen, mehr als vier Stunden leichte berufliche TÃ¤tigkeiten auszuÃ¼ben. Auf Nachfrage teilte er am 04.04.2000 mit, dass bei dem KlÃ¤ger bereits vor dem 30.11.1996 deutliche hirnorganische Abbauprozesse bestanden. Die Genese sei ihm nicht bekannt. Auf Grund der schweren WirbelsÃ¤ulenerkrankung habe nach seiner medizinischen Erkenntnis bereits zu diesem Zeitpunkt ErwerbsunfÃ¤higkeit bestanden. Auf die Anfrage des Gerichts vom 17.05.2000, ob hierfÃ¼r objektive Anhaltspunkte, Daten etc. benannt werden kÃ¶nnten, teilte er mit, dass weitere AuskÃ¼nfte seine MÃ¶glichkeiten Ã¼bersteigen. Frau Dipl.-Med. K â¦ teilte am 20.07.2000 mit, dass retrospektiv fÃ¼r den genannten Zeitraum der KlÃ¤ger weniger als vier Stunden tÃ¤glich in irgendeiner leichten beruflichen TÃ¤tigkeit wegen dauerhafter psychischer Zeichen und/oder Alkoholmissbrauch und/oder Hirnabbau einsetzbar war. Aus der Sicht des neuro-psychiatrischen Fachgebietes seien die Angaben des Gutachtens vom 06.10.1998 zu bestÃ¤tigen. Erfahrungswerte lieÃen diese Aussage zu. Sie basierten auf hÃ¶chster â an Wissenschaftlichkeit grenzender â Wahrscheinlichkeit.

Im Auftrag des Gerichts erstellte Herr Dr. K â¦, Facharzt fÃ¼r Neurologie/Psychiatrie am 17.02.2001 ein nervenÃ¤rztliches Gutachten nach Aktenlage. Der Gutachter fÃ¼hrte aus, dass nicht davon ausgegangen werden kÃ¶nne, dass ein alkoholbedingter Hirnabbau mit dessen LeistungseinschrÃ¤nkungen, die zu einer Leistungsminderung unter vier Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fÃ¼hren, im November 1996 vorlag. Es sei wahrscheinlich, dass der KlÃ¤ger im Rahmen der langfristigen Arbeitslosigkeit, dem sich lange hinziehenden Gerichtsverfahren bezÃ¼glich einer Rente und der dadurch folgenden Angst um die Sicherheit seiner sozialen Existenz zunehmend Alkohol getrunken habe. Der spezifische Leberwert wÃ¤re schon wÃ¤hrend des Klinikaufenthaltes in der OrthopÃ¤die 2/1996 auffÃ¤llig, jedoch fÃ¤nden sich keine weiteren Hinweise auf einen Alkoholabusus bzw. daraus folgende hirnorganische BeeintrÃ¤chtigungen. Der KlÃ¤ger habe erst im Mai 1997 eine NervenÃ¤rztin aufgesucht, so dass man davon ausgehen mÃ¼sse, dass er erst zu diesem Zeitpunkt in seinem psychischem Gesamtbefinden so beeintrÃ¤chtig war, dass er sich in nervenÃ¤rztliche Behandlung begab. Bis November 1996 habe nach Aktenlage keine AlkoholabhÃ¤ngigkeit mit ausgeprÃ¤gten FolgeschÃ¤den bestanden. Wahrscheinlich sei zu diesem Zeitpunkt ein missbrÃ¤ulicher

Alkoholabusus betrieben worden, was die erhÃ¶hten spezifischen Leberparameter nahelegen wÃ¼rden. Bis zu diesem Zeitpunkt sei er jedoch von verschiedenen Untersuchern als psychisch unauffÃ¤llig/adÃ¤quat reagierend beschrieben wurde. Zumindest im Rahmen der vierwÃ¶chigen Rehabilitation mit umfangreichen Therapieprogrammen wÃ¤ren kognitive BeeintrÃ¤chtigungen und eine Leistungsminderung im Rahmen einer alkoholtoxischen Genese aufgefallen und auch beschrieben worden. Vor November 1996 kÃ¶nne nicht davon ausgegangen werden, dass auf Grund alkoholbedingter EinbuÃen eine ErwerbsunfÃ¤higkeit vorgelegen habe. Es sei von einer deutlichen Verschlechterung der psychiatrischen Symptomatik Anfang/Mitte 1997 auszugehen. Der Hausarzt Dr. Sch â¦ habe mit Datum vom 14.02.1998 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit 3/1997 bestÃ¤tigt. Es sei nicht nachvollziehbar, wodurch Dr. Sch â¦ in der Stellungnahme vom 04.04.2000 zu der Auffassung gelangte, dass vor dem 30.11.1996 deutliche hirnorganische Abbauprozesse bestanden. Auch kÃ¶nne nicht die EinschÃ¤tzung von Frau Dr. K â¦ geteilt werden, wonach die 1997 bzw. 1998 erhobenen Befunde eine retrospektive EinschÃ¤tzung im Sinne einer Leistungsminderung zulieÃen. Eine LeistungsstÃ¶rung zum damaligen Zeitpunkt sei weder klinisch noch psychisch-diagnostisch objektiviert worden. Insofern kÃ¶nne auch die EinschÃ¤tzung von Frau Dr. W â¦ nicht geteilt werden. Man kÃ¶nne auch bei einem einmalig erstellten SchÃ¤del-CT von 7/1997 mit nachgewiesener mÃ¤Ãig kortikaler Atrophie nicht generell von einem hirnatrophischen Prozess sprechen, da dazu Verlaufskontrollen erhoben werden mÃ¼ssten. Des Weiteren kÃ¶nne man erfahrungsgemÃ¤Ã keine direkten RÃ¼ckschlÃ¼sse von computertomographisch erhobenen Befunden auf das klinische Bild, also bestehende kognitive EinbuÃen, wie KonzentrationsstÃ¶rungen, StÃ¶rungen von Merk- und GedÃ¤chtnisleistungen sowie alkoholbedingte Ãnderungen von PersÃ¶nlichkeitszÃ¼gen machen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten aus beiden RechtszÃ¼gen und auf die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulÃ¤ssig (Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes â SGG) und erweist sich auch als in der Sache begrÃ¼ndet.

Zu Recht hat die Beklagte den Rentenantrag des KlÃ¤gers zurÃ¼ckgewiesen. Nachdem der KlÃ¤ger im sozialgerichtlichen Verfahren akzeptiert hat, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit nicht vorliegen, war nur noch eine Rente wegen InvaliditÃ¤t gem. Art. 2 Â§ 7 des RentenÃ¼berleitungsgesetzes (RÃG) streitig.

Entgegen den AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts ist jedoch ein Anspruch auf GewÃ¤hrung einer Rente wegen InvaliditÃ¤t nicht gegeben. Das anders lautende Urteil des SG war daher aufzuheben. GemÃ¤Ã Art. 2 Â§ 1 RÃG haben Anspruch auf Rente nach den Vorschriften dieses Artikels Personen, 1. die die in diesem

Artikel geregelten Anspruchsvoraussetzun gen erfÃ¼llen, 2. die am 18.05.1990 ihren Wohnsitz oder ihren gewÃ¶hnlichen Aufenthalt im Beitrittsgebiet (Â§ 18 Abs. 3 SGB IV) hatten und 3. deren Rente in der Zeit vom 01.01.1992 bis zum 31.12.1996 beginnt, solange sie ihren gewÃ¶hnlichen Aufenthalt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland haben.

Unstreitig hatte der KlÃ¤ger am 18.05.1990 seinen Wohnsitz im Beitrittsgebiet. Als Anspruchsvoraussetzung im Sinne des Art. 2 Â§ 1 Abs. 1 Nr. 1 RÃG kommen hier lediglich die Voraussetzungen nach Art. 2 Â§ 7 RÃG fÃ¼r die GewÃ¤hrung von Invalidenrente in Betracht. Nach Art. 2 Â§ 7 Abs. 3 RÃG liegt InvaliditÃ¤t vor, wenn 1. durch Krankheit, Unfall oder eine sonstige geistige oder kÃ¶rperliche SchÃ¤digung a) das LeistungsvermÃ¶gen und das Einkommen um mindestens 2/3 desjenigen von geistig und kÃ¶rperlich gesunden Versi cherten im Beitrittsgebiet gemindert sind und b) die Minderung des LeistungsvermÃ¶gens in absehbarer Zeit durch Heilbehandlung nicht behoben werden kann oder 2. die persÃ¶nlichen Voraussetzungen fÃ¼r den Bezug von Blinden geld oder Sonderpflegegeld nach den am 31.12.1991 geltenden Vorschriften des Beitrittsgebietes vorliegen. Dass der Leistungsfall der InvaliditÃ¤t beim KlÃ¤ger zumindest im Mai 1997 vorlag, ist auch von der Beklagten zugestanden worden. Zu diesem Zeitpunkt waren das LeistungsvermÃ¶gen und das Einkommen des KlÃ¤gers um mindestens 2/3 gemindert.

Nach Auffassung des Senats kann jedoch nicht festgestellt werden, dass eine derartige Leistungsminderung bereits im Jahre 1996 eingetreten ist. Voraussetzung fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Invalidenrente nach Art. 2 Â§ 1 Abs. 1 Nr. 3 RÃG ist jedoch auch, das die Rente in der Zeit vom 01.01.1992 bis zum 31.12.1996 beginnt. GemÃ¤Ã Art. 2 Â§ 44 Abs. 1 RÃG gelten die Vorschriften Ã¼ber Beginn, Ãnderung und Ende von Renten des SGB VI entsprechend. Nach Â§ 99 Abs. 1 SGB VI wird eine Rente aus eigener Versicherung von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen fÃ¼r die Rente erfÃ¼llt sind, wenn die Rente bis zum Ende des dritten Kalendermonates nach Ablauf des Monats beantragt wird, indem die Anspruchsvoraussetzungen erfÃ¼llt sind. Bei spÃ¤terer Antragstellung wird eine Rente aus eigener Versicherung von dem Kalendermonat an geleistet, in dem die Rente beantragt wird.

FÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Rente wegen InvaliditÃ¤t ist daher erforderlich, dass der Leistungsfall der InvaliditÃ¤t bis zum 30.11.1996 eingetreten ist. Nur in diesem Fall kann die Rente spÃ¤testens zum 01.12.1996 gewÃ¤hrt werden und damit im von Â§ 1 Abs. 1 Nr. 3 RÃG vorgegebenen Zeitraum.

Es konnte jedoch nicht erwiesen werden, dass der Leistungsfall der InvaliditÃ¤t vor dem 01.05.1997 eingetreten ist. Dies ergibt sich aus dem in diesem Verfahren eingeholten Gutachten von Dr. K â¦, Facharzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie vom 17.02.2001. In diesem Gutachten nach Aktenlage werden alle relevanten Befunde beachtet und ausfÃ¼hrlich diskutiert. Das Gutachten ist in sich schlÃ¼ssig und nachvollziehbar. Die von Dr. K â¦ gezogenen Schlussfolgerungen werden auch durch den Ã¼brigen Akteninhalt gestÃ¼tzt. Zwar wird von der BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers die Wertigkeit des Gutachtens in Frage gestellt, da es von der

Assistenz-Ãrztin Dr. K â¦ ausgearbeitet wurde, doch hat auch der beauftragte Gutachter Dr. K â¦ als Chefarzt unterzeichnet. Damit Ã¼bernimmt er die volle Verantwortung fÃ¼r den Inhalt des Gutachtens, (vgl. Meyer-Ladewig, SGG Â§ 118 Rn. 11 g). Soweit Frau Dr. W â¦ in ihrem nervenfachÃ¤rztlichen Gutachten vom 31.07.1998 mit ErgÃ¤nzung vom 06.10.1998 zu anderen Ergebnissen gelangt, sind diese nicht ausreichend begrÃ¼ndet. Ausschlaggebend fÃ¼r die eingetretene Leistungsminderung um 2/3 ist nicht das WirbelsÃ¤ulenleiden auf Grund dessen der KlÃ¤ger im September 1995 krank geschrieben wurde. Diese WirbelsÃ¤ulenerkrankung fÃ¼hrte zwar im Februar 1996 zu einer Bandscheibenoperation, doch beeintrÃ¤chtigte sie das LeistungsvermÃ¶gen des KlÃ¤gers nicht in einem derartigen AusmaÃe. Wie dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik B â¦ zu entnehmen ist, wurde der KlÃ¤ger am 30.04.1996 aus der Reha-MaÃnahme entlassen. Bei Entlassung war er in der Lage, leichte TÃ¤tigkeiten ohne Zwangshaltungen vollschichtig auszufÃ¼hren. Die Bandscheibenoperation L3/L4 links bei ausgepÃ¤gter Skoliose und globaler Rumpfmuskelinsuffizienz machte lediglich gewisse qualitative EinschrÃ¤nkungen hinsichtlich des LeistungsvermÃ¶gens erforderlich. GrundsÃ¤tzlich bestand jedoch die MÃ¶glichkeit, vollschichtig tÃ¤tig zu sein.

Gravierender waren vielmehr die LeistungsbeeintrÃ¤chtigungen, die sich auf Grund des hirnorganischen Psychosyndroms mit HirnleistungsschwÃ¤che bei chronischem Alkoholmissbrauch ergaben. Das Vorliegen derartiger LeistungseinschrÃ¤nkungen ist nach Auffassung des Senats jedoch in Ãbereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. K â¦ nicht vor Mai 1997 belegt. Kann eine anspruchsbegrÃ¼ndende Tatsache nicht erwiesen werden, so geht die Nichterweislichkeit nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des KlÃ¤gers. Es ist erwiesen, dass der KlÃ¤ger erst im Mai 1997 eine fachÃ¤rztliche Betreuung durch einen Neurologen/Psychiater in Anspruch genommen hat. Aus den Befunden, die 1996 â wenn auch im Rahmen der WirbelsÃ¤ulenerkrankung â erhoben wurden, ergeben sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines hirnorganischen Psychosyndroms. Bei der Aufnahmeuntersuchung in der Reha-Klinik B â¦ am 02.04.1996 wurde auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet kein Befund erhoben, der auf eine HirnleistungsschwÃ¤che schlieÃen lieÃ. Hier wird beschrieben, dass der KlÃ¤ger psychisch im AufnahmegesprÃ¤ch adÃ¤quat erschien. Auch der mitgeteilte neurologische Befund wies nicht darauf hin, dass abgesehen von den mit der WirbelsÃ¤ulenoperation in Zusammenhang stehenden FunktionsausfÃ¤llen, weitere krankhafte Befunde vorliegen. Ebenso wenig ergaben sich im weiteren Verlauf des Aufenthaltes Hinweise auf das Vorliegen eines hirnorganischen Psychosyndroms. Vielmehr nahm der KlÃ¤ger im Rahmen der psychologischen Betreuung sogar an einer Entspannungstherapie und an einer Verhaltenstherapie (RaucherentwÃ¶hnungstraining) teil. Es ist nicht dokumentiert, dass hierbei dem entsprechenden Fachpersonal irgendwelche Hirnleistungsminderungen aufgefallen wÃ¤ren.

Zwar beschreibt der Hausarzt in dem Befundbericht fÃ¼r die Beantragung der RehabilitationsmaÃnahme eine psychische Ãberforderung, doch lÃ¤sst dies nicht den Schluss darauf zu, dass beim KlÃ¤ger ein gravierendes hirnorganisches Psychosyndrom mit HirnleistungsschwÃ¤che bestand. Um eine Leistungsminderung

von 2/3 unterstellen zu kÃ¶nnen, mÃ¼sste das hirnorganische Psychosyndrom ein AusmaÃ angenommen haben, in dem bereits gravierende StÃ¶rungen der Hirnleistungsfunktion vorliegen. Dies kann sicherlich nicht mit einer "psychischen Ãberforderung" umschrieben werden. Dabei wird nicht verkannt, dass es sich bei der Krankheit des KlÃ¤gers um einen schleichenden Prozess handelt. Nur lassen die 1996 erhobenen Befunde nicht erkennen, dass bereits zu diesem Zeitpunkt das AusmaÃ der FunktionseinschrÃ¤nkung so stark war, dass von einer InvaliditÃ¤t auszugehen ist. Zwar wurden bereits Anfang 1996 krankhafte Leberwerte erhoben (GammaGT), doch lassen diese noch keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf eine Leistungsminderung im neurologisch-psychischen Bereich zu.

Diesen vorliegenden Befunden entsprechen auch die AusfÃ¼hrungen des KlÃ¤gers im Verwaltungsverfahren. Auch bei Rentenantragstellung bezog sich der KlÃ¤ger auf sein WirbelsÃ¤ulenleiden. Bei Widerspruceinlegung im November 1996 fÃ¼hrte er des Weiteren ein chronisches ZwÃ¶lffingerdarmgeschwÃ¼r an sowie eine Schlaflosigkeit, da ihn Schmerzen und Sorgen quÃ¤len wÃ¼rden. Wie der medizinische SachverstÃ¤ndige in zweiter Instanz ausfÃ¼hrte, deutet letzteres am ehesten auf eine depressive Verstimmung multifaktorieller Genese hin. Auch nach Ansicht des Senats kann man hieraus noch nicht den Beginn eines Hirnleistungsabbaues lesen. Schilderungen Ã¼ber MerkstÃ¶rungen, KoordinationsstÃ¶rungen u.Ã¤. liegen zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Auch der KlÃ¤ger beschreibt erstmals im April 1997, dass zu seinen Ã¼brigen Beschwerden seelische StÃ¶rungen/NervenschÃ¤den hinzugekommen seien. Hiermit korreliert auch der erstmalige Besuch bei einem entsprechenden Facharzt.

Sofern Frau Dr. W â¦ in ihrem Gutachten fÃ¼r das Sozialgericht zu einer anderen Schlussfolgerung gelangte, kann dies nicht Ã¼berzeugen. Sie stÃ¼tzt sich hierbei im Wesentlichen auf eine Computertomographie des Gehirns vom Juli 1997. Hier wurde ein hirnatrophischer Prozess erstmals dokumentiert. Zwar handelt es sich bei Hirnabbauprozessen um langsam fortschreitende Prozesse, doch kann, wie auch Dr. K â¦ ausfÃ¼hrte, anhand dieses einmaligen CT-Befundes nicht auf das AusmaÃ einer Hirnathrophie im Jahre 1996 geschlossen werden. AuÃerdem sind maÃgeblich fÃ¼r das Vorliegen einer InvaliditÃ¤t die mit einer Erkrankung einhergehenden LeistungsbeeintrÃ¤chtigungen. Allein aus dem Befund einer Hirnathrophie kann jedoch nicht direkt auf das AusmaÃ von LeistungseinschrÃ¤nkungen (kognitive EinbuÃen wie KonzentrationsstÃ¶rungen, StÃ¶rungen von Merk- und GedÃ¤chtnisleistungen sowie alkoholbedingte Ãnderungen von PersÃ¶nlichkeitszÃ¼gen) geschlossen werden. Auch Frau Dr. W â¦ fÃ¼hrt in ihrer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 06.10.1998 aus, dass der computertomographisch objektivierte hirnathrophische Prozess anfÃ¤nglich zum Teil klinisch wenig auffÃ¤llig bzw. von uncharakteristischen Beschwerden Ã¼ber einen allgemeinen psycho-physischen Leistungsnachlass begleitet wird. SpÃ¤ter werde dann erst eine hirnorganische LeistungsbeeintrÃ¤chtigung von Krankheitswertigkeit offenbar. Dass diese Krankheitswertigkeit von relevantem AusmaÃe aber bereits 1996 manifest wurde, konnte auch sie nicht belegen.

Auch die Stellungnahmen des Hausarztes und der behandelnden Neurologin/Psychiaterin rechtfertigen keine andere EinschÃ¤tzung. Die

NervenÃ¤rztin Frau Dr. K â¦ hat den KlÃ¤ger ihrer Sicht die 1997 bzw. 1998 erhobenen Befunde retrospektiv eine Leistungsminderung um 2/3 fÃ¼r das Jahr 1996 zulieÃen, konnte auch sie nicht geben. Der Hausarzt Dr. Sch â¦ hat den KlÃ¤ger zwar schon bei Rentenantragstellung behandelt, doch wiesen die von ihm erhobenen Befunde nie auf eine Hirnleistungsminderung hin. Sofern er im Verfahren eine anders lautende Stellungnahme abgab, ist dies nicht Ã¼berzeugend. Wie er selbst ausfÃ¼hrte, Ã¼bersteige das Belegen eines hirnorganischen Abbauprozesses seine medizinischen MÃ¶glichkeiten. Im Ãbrigen ist auch zu beachten, dass der Hausarzt in dem Befundbericht vom 14.02.1998 selbst eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit MÃ¤rz 1997 angab.

Da nach alledem nicht erwiesen werden kann, dass beim KlÃ¤ger bereits bei Antragstellung bzw. im November 1996 eine Leistungsminderung, wie sie fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Rente wegen InvaliditÃ¤t nach Art. 2 Â§ 7 RÃG erforderlich ist, vorlag, kann nach Â§ 44 Abs. 1 RÃG i. V. m. Â§ 99 SGB VI auch kein Rentenbeginn fÃ¼r den in Â§ 1 Abs. 1 Nr. 3 RÃG genannten Zeitraum festgestellt werden. Der spÃ¤tere Eintritt der InvaliditÃ¤t kann jedoch keine Leistungen nach dem RÃG mehr begrÃ¼nden.

Die Kostenentscheidung erfolgt aus Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Erstellt am: 14.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024