

L 11 R 221/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 4135/07
Datum
27.11.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 221/09
Datum
01.02.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts F. Vom 27. November 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Die 1978 geborene Klägerin erlernte von April 1997 bis März 2000 den Beruf einer Kinderkrankenschwester und übte diesen Beruf - mit Unterbrechung durch Erziehungsurlaub - seitdem aus. Am 13. Oktober 2002 erlitt sie einen paramedialen Ponsinfarkt (Schlaganfall) mit linksseitiger Halbseitensymptomatik, die jedoch bereits kurz nach diesem Ereignis vollständig rückläufig war. Die Klägerin, die deswegen im Neurozentrum der Universitätsklinik F. behandelt wurde, ist seither dort einmal pro Jahr vorstellig. Nach Beendigung des Erziehungsurlaubes arbeitete sie zunächst 25 Stunden pro Monat als Kinderkrankenschwester. Seit März 2004 arbeitet sie als Altenpflegerin, wobei sie zunächst eine 80 %-Stelle inne hatte und dann ihre Tätigkeit auf 65 % und aktuell auf 50 % (vier Stunden am Vormittag) reduziert hat. Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 seit dem 28. September 2005 anerkannt (Schwerbehindertenausweis des Landratsamtes Lörrach vom 27. Februar 2006).

Am 19. Oktober 2006 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog zunächst das Gutachten von Dr. Sch.-R. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 9. Juni 2006 bei, wonach die Klägerin alle üblichen grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten ausübe, zum Teil mit schweren Hebe- und Tragebelastungen, wodurch auf Dauer das Leistungsvermögen überschritten werde. Die Beklagte ließ die Klägerin daraufhin fachärztlich begutachten. Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. gelangte in seinem Gutachten vom 22. November 2006 für die Klägerin zu folgenden Diagnosen: Rezidivierende Kopfschmerzen und Zustand nach cerebralem Insult 2002. Die geklagten Beschwerden seien nicht auf das Ereignis von 2002 zurückzuführen, eine relevante Minderung der Erwerbsfähigkeit lasse sich hiermit auch zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend begründen. Nachvollziehbar sei, dass die Belastung als Altenpflegerin über sechs Stunden täglich für die Klägerin mit gleichzeitigem Führen des Haushalts und der Betreuung des fünfjährigen Kindes eine grenzwertige Belastung darstelle. Sie könne daher als Altenpflegerin nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich arbeiten. Gleiches gelte für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Nach Stellungnahme des beratungsärztlichen Dienstes und einer Arbeitgeberanfrage (Auskunft des Pflegeheimes St. Fridolin vom 6. Dezember 2006) lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 8. Januar 2007 mit der Begründung ab, die Klägerin sei weder teilweise noch voll erwerbsgemindert. Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen könnten Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden.

Mit ihrem Widerspruch vom 11. Januar 2007 machte die Klägerin geltend, sie arbeite derzeit vier Stunden pro Tag an etwa vier bis fünf Tagen in der Woche, da es ihr gesundheitlich nicht gut gehe. Nach ihrer Arbeit benötige sie Schmerzmedikamente, damit sie den Rest des Tages einigermaßen bewältigen könne. Sie könne nicht mal eine Stunde konzentriert vor dem Computer sitzen, da sie dann Kopfschmerzen bekomme und das Bild auf dem Monitor verschwimme. Die Beklagte zog daraufhin Befundberichte des behandelnden Internisten H. und der Universitätsklinik F. bei. Nach Auswertung dieser Befundberichte durch den sozialmedizinischen Dienst wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 10. Juli 2007). Auch die im Widerspruchsverfahren zusätzlich eingeholten Befundberichte hätten keine weitere Einschränkung des festgestellten Leistungsvermögens ergeben. Eine Erwerbsminderung liege daher nicht vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 30. Juli 2007 Klage beim Sozialgericht F. (SG) erhoben und vorgetragen, der MDK habe die Frage einer Minderung der Erwerbsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt als nicht sicher beurteilbar angesehen. Dr. D. habe bestätigt, dass sie maximal drei bis unter sechs Stunden arbeiten könne. Die Beklagte habe übersehen, dass dies nur unter erheblicher Medikamentierung möglich sei. Internist H. habe zudem ausführlich dargelegt, dass sie allenfalls für drei Stunden täglich in der Lage sei, leichte körperliche Tätigkeiten zu verrichten. Sie müsse zudem lebenslang Marcumar einnehmen. Die Beklagte habe zudem übersehen, dass sie an persistierenden Kopfschmerzen sowie an heftigen Schwindelanfällen leide, sodass sie auch betriebsunübliche Pausen benötige.

Zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts hat das SG zunächst den behandelnden Arzt der Klägerin als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen.

Internist H. hat mitgeteilt (Auskunft vom 4. Oktober 2007), die Klägerin klage über rezidivierende Kopfschmerzen, über einen Druck hinter den Augen und Verschwommensehen sowie über Konzentrationsstörungen. Der Zustand sei zwar als stabil zu bezeichnen, aber auf niedrigem Niveau. Sie könne auch leichte Tätigkeiten nur noch unter drei Stunden täglich ausüben. Bei Überlastung der Arbeit komme es regelmäßig zu Kopfschmerzen und Verschwommensehen.

Das SG hat im Anschluss daran das Gutachten des Facharztes für Neurologie Dr. C. vom 21. Dezember 2007 eingeholt. Zum Tagesablauf der Kläger hat dieser festgehalten, sie erledige den Haushalt, lese und bastle gern. Sie habe auch ausreichend Freunde und fahre mit dem PKW. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien im Rahmen der längeren Exploration nicht beeinträchtigt gewesen. Das Stimmungsbild sei ausgeglichen, der Antrieb und die Schwingungsfähigkeit seien nicht vermindert. Es bestünden keine Ängste, Phobien oder Zwänge sowie keine sozialen Rückzugstendenzen. Psychomotorisch sei die Klägerin unauffällig. Sie leide an einem Zustand nach ischämischem Ponsinfarkt rechts 2002, der folgenlos ausgeheilt sei, an Spannungskopfschmerzen und an intermittierendem Schwindel. Die neurologische Untersuchung habe einen vollständig unauffälligen Befund ergeben, insbesondere bestünden keine Residuen des ischämischen Insultes. Die geschilderten Kopfschmerzen seien im Sinne von Spannungskopfschmerzen zu werten, wobei die diagnostischen Kriterien einer Migräne nicht erfüllt seien. Es gebe keinen Anhalt für einen anderweitigen symptomatischen intrakraniellen Prozess. Besondere nervliche Beanspruchung im Beruf könne zu einer Zunahme der Spannungskopfschmerzen führen. Ansonsten seien die geistigen Funktionen nicht beeinträchtigt. Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise stehend oder gehend ausüben. Häufiges Bücken sei zu vermeiden. Gleiches gelte für Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr (insbesondere auf Leitern und Gerüsten) und für Tätigkeiten mit übermäßiger nervlicher Beanspruchung, sodass auch Tätigkeiten mit Nachtschicht und unter Zeitdruck nicht geeignet seien. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sei die Klägerin noch in der Lage, mindestens sechs Stunden pro Tag leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten zu verrichten. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich. Grundsätzlich sei eine Besserung des Gesundheitszustandes möglich. Voraussetzung hierfür sei jedoch eine adäquate Therapie, welche bislang nicht durchgeführt werde. Spannungskopfschmerzen seien beispielsweise durch entspannende Therapieverfahren oder medikamentös gut zu behandeln. Auch zur Behandlung des Schwindels seien die therapeutischen Möglichkeiten bislang nicht ausgeschöpft.

Die Klägerin hat daraufhin die Stellungnahme des Internisten H. vom 18. Februar 2008 vorgelegt, in der er bei seiner Ansicht verblieb, dass sie nur noch in der Lage sei, Tätigkeiten unter drei Stunden täglich zu verrichten.

Mit Urteil vom 27. November 2008, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 22. Dezember 2008, hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Voraussetzungen für die Gewährung einer vollen oder teilweisen Rente wegen Erwerbsminderung seien nicht erfüllt. Die Verlaufskontrollen nach dem Ponsinfarkt im Jahr 2002 hätten einen unauffälligen neurologischen Befund ergeben. Zwar sei die Klägerin durch die Schwindelattacken und die Kopfschmerzen beeinträchtigt. Dies führe jedoch nur zu qualitativen Leistungseinschränkungen. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sei sie noch in der Lage, Tätigkeiten in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Der Einschätzung des Internisten H. sei nicht zu folgen, da er diese auf eine "schwere Hirnerkrankung" der Klägerin zurückführe, die jedoch nach den Angaben des Sachverständigen nicht vorliege.

Hiergegen richtet sich die am 14. Januar 2009 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung der Klägerin, mit der sie - gestützt auf die Stellungnahme des Internisten H. vom 18. Februar 2008 - geltend macht, Dr. C. habe mehrere falsche Annahmen bei seinem Gutachten zugrunde gelegt. So habe bei ihr nicht nur eine halbseitige Schwäche vorgelegen, sondern eine halbseitige Lähmung. Darüber hinaus habe sie erst ab 2004 wieder in der Altenpflege gearbeitet. Soweit er keine Beeinträchtigungen der Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und des Gedächtnisses festgestellt habe, sei darauf hinzuweisen, dass sie sich nach besten Kräften angestrengt habe, um bei der Begutachtung bestmöglichst mitzuarbeiten. Des Weiteren leide sie an massiven Kopfschmerzen, die nichts mit Verspannungen zu tun hätten, sondern eine Folge des Infarktes seien. Zur weiteren Begründung hat die Klägerin den Arztbrief der Neurologin Dr. G. von der Universitätsklinik F. vom 16. Dezember 2009 (klinisch und neurosonografisch habe sich ein unveränderter Befund gezeigt; kurzstreckiger Verschluss/DD höchstgradige Stenose der A. basilaris; nächste Verlaufskontrolle in einem Jahr), die Arztbriefe des Radiologen Dr. Hi. über eine MR-Angiografie vom 26. Januar 2010 (Verschluss des mittleren Drittels der A. basilaris) und vom 15. Februar 2010 über eine MR-Angiografie vom 10. Februar 2010 (Basilarverschluss im mittleren und distalen Drittel), das ärztliche Attest des Internisten H. vom 8. März 2010, wonach es eine Rolle spiele, ob die A. basilaris offen sei oder nicht, sowie dessen Schreiben vom 27. September 2010, wonach die klinischen Symptome sehr wohl von dem Ponsinfarkt stammen könnten, vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 27. November 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 8. Januar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Juli 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 1. Oktober 2006 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts den Ärztlichen Direktor der Universitätsklinik F. (Neurozentrum) Prof. Dr. W ... als sachverständigen Zeugen vernommen. Dieser hat mitgeteilt (Auskunft vom 22. April 2009), die Klägerin habe sich zuletzt im August 2007 vorgestellt. Die Halbseitenschwäche links als Folge des paramedianen Ponsinfarktes rechts sei bereits kurz nach dem Ereignis vollständig rückläufig gewesen. Auch ein allgemeines Unwohlsein und Schwindelgefühl hätten sich im Verlauf residuenfrei zurückgebildet. Nach jahrelangem beschwerdefreiem Intervall habe die Klägerin erneut über vorübergehende Sehstörungen, Schwindelepisoden und Tinnitus berichtet. Im Rahmen der letzten ambulanten Vorstellung sei von ihr subjektives Wohlbefinden angegeben worden. Dementsprechend sei ein unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefund erhoben worden, welcher dem Gutachten des Dr. C. entspreche. Aus ihren Unterlagen gehe nicht hervor, dass die Klägerin hinsichtlich des Leistungsvermögens eingeschränkt sei.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zunächst den Neurologen Prof. Dr. Hacke mit der Erstattung eines neurologischen Gutachtens beauftragt. Nachdem dieser mitgeteilt hatte, dass "aus Verwaltungsgründen" der Gutachtensauftrag an den Neurologen Prof. Dr. Meinck gerichtet werden müsse und er selbst eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung durchführen werde, hat der Senat Prof. Dr. Meinck mit der Erstellung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) beauftragt. Mit diesem Vorgehen hat sich die Klägerin im Nachhinein einverstanden erklärt (Schriftsatz vom 18. September 2009). Neurologe Prof. Dr. Meinck hat den klinisch-neurophysiologischen Befundbericht vom 12. November 2009 erhoben und hierbei ausgeführt, dass mit den elektrophysiologischen Methoden keine Beschwerdekorrrelate und auch keine Residuen des Hirnstamminfarktes der Klägerin feststellbar seien. Im neuropsychologischen Zusatzgutachten vom 18. November 2009 hat Prof. Dr. Hacke ausgeführt, die Klägerin habe in der neuropsychologischen Untersuchung eine leichte Beeinträchtigung von Leistungen im Bereich der Konzentration und der semantischen Wortflüssigkeit gezeigt. Ein Fragebogen zum psychischen Befinden habe einen hohen Angstwert ergeben. Im fachneurologischen Gutachten des Prof. Dr. Meinck vom 7. Dezember 2009, welches ebenfalls der "Assistent der Klinik L. Kellert" unterschrieben hat, wird ua auf das Gutachten des Neurologen Prof. Dr. Thömke vom 26. Juni 2008 Bezug genommen, das dieser auf Veranlassung des Landgerichts F. (Az [14 O 109/07](#)) bezüglich der Gewährung einer privaten Berufsunfähigkeitsrente erstellt hat. Darin wird ua ausgeführt, dass die Klägerin in keiner regelmäßigen therapeutischen Behandlung sei. Es werde weder eine krankengymnastische Übungstherapie noch eine neuropsychologische Behandlung durchgeführt. Sie stelle sich nur einmal pro Jahr in der neurologischen Ambulanz der F.er Universitätsklinik zur Verlaufskontrolle der Gefäßerkrankung vor. Als Ursache der geschilderten Kopfschmerzen gehe man von einem bisher nicht systematisch behandelten Spannungskopfschmerz aus. Ein entsprechender multimodaler Therapieansatz sei dringend einzuleiten. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht sei eine reduzierte Arbeitszeit wünschenswert, um auch entsprechende Erholungszeiten einhalten zu können. Als Kinderkrankenschwester auf einer Intensivstation mit 25 Stunden pro Woche sei die Klägerin nicht einsatzfähig. Prof. Dr. Meinck hielt in seinem Gutachten fest, die Klägerin sei affektiv gut schwingungsfähig gewesen, die Gedanken seien in formaler Hinsicht geordnet gewesen und es bestünden keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen. Bei der Klägerin bestehe ein Zustand nach paramedianem Ponsinfarkt rechts bei beidseitiger spontaner A. vertebralis - Dissektion mit thrombotischem Verschluss der A. basilaris, eine orale Antikoagulation mit Phenprocoumon, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, episodischer Schwindel und anamnestisch arterielle Hypotonie. Des Weiteren leide sie nur an leichten Beeinträchtigungen der Konzentrationsleistung und der semantischen Wortflüssigkeit. Eine neurologische Ursache hierfür ließe sich jedoch nicht finden. Erfreulicherweise sei der erlittene paramediane Ponsinfarkt folgenlos ausgeheilt. Ob der hohe Angstwert krankheitsrelevant sei, obliege nicht seiner Beurteilung. Gegebenenfalls müsse eine fachpsychiatrische oder psychosomatische Bewertung erfolgen. Aus neurologischer Sicht bestehe auch kein Korrelat für den beklagten Schwindel. Zu vermeiden seien alle Tätigkeiten, die auf Gerüsten oder Leitern ausgeübt würden oder solche, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr aufgrund plötzlich einsetzenden Schwindels bestehe. Des Weiteren müssten schweres Heben, rasche Kopfdrehungen und schnelles Aufrichten aus der Hocke vermieden werden. Tätigkeiten, deren Ausübung in einem hohen Maß von anhaltender überdurchschnittlich hoher Konzentrationsfähigkeit abhängig seien, sollten ebenfalls vermieden werden. Die Tätigkeit in einem Wechselschichtsystem wirke sich ungünstig auf den Verlauf der chronischen Kopfschmerzen von Spannungstyp aus. Es sollten tagsüber geregelte Arbeitszeiten mit der Möglichkeit von Erholungsphasen angestrebt werden. Tätigkeiten, die ein erhöhtes Risiko von Verletzungen beinhalteten (insbesondere auch schwere körperliche Tätigkeiten) sollten wegen der Einnahme einer oralen Antikoagulation ebenfalls vermieden werden. Unter Beachtung dieser Einschränkungen könne die Klägerin noch leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche verrichten. Besondere Arbeitsbedingungen seien darüber hinaus nicht erforderlich. Hinzuweisen sei, dass sich die A. basilaris in der Ultraschalluntersuchung jetzt erstmals komplett unauffällig dargestellt habe. Eine spontane Rekanalisierung eines hirnversorgenden Gefäßes sei allerdings eine Seltenheit. Die leichten Beeinträchtigungen der Konzentration und der semantischen Wortflüssigkeit stünden allerdings nicht im kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Ponsinfarkt. Die für die höheren kognitiven Leistungen im Wesentlichen verantwortlichen Hirnareale würden nicht von der A. basilaris versorgt.

Nachdem die Klägerin die bereits genannten Arztbriefe der Dr. G., des Dr. Hi. und des Dr. H. vorgelegt hatte, hat der Senat bei Prof. Dr. Meinck die ergänzende Stellungnahme vom 27. Juli 2010 eingeholt. Dieser hat - zusammen mit dem Assistenten der Klinik L. Kellert - ausgeführt, seine Einschätzung ändere sich durch den MR-angiografischen Befund nicht. Die MR-Angiografie und Doppler-Sonografie seien unterschiedliche Verfahren der Blutflussdarstellung. Es sei durchaus möglich, dass in der MR-Angiografie aufgrund einer sehr langsamen Flussgeschwindigkeit ein hirnversorgendes Blutgefäß verschlossen erscheine, obwohl es in Wirklichkeit offen sei. Auf der anderen Seite ließen sich in der Doppler-Sonografie hirnversorgende Gefäße nur akustisch detektieren, sodass auch hier eine mögliche Fehlerquelle darin bestehe, ein unauffälliges Flusssignal von einem falschen Gefäß abzuleiten. Selbst wenn die A. basilaris tatsächlich verschlossen sein sollte, sei aus seiner Sicht nicht überzeugend erkennbar, dass dieser Verschluss für die Symptome der Klägerin verantwortlich sei. Es komme nämlich nach einem derartigen Gefäßverschluss regelhaft zu einer kompensatorischen Erweiterung der anderen Gefäße, die im Endeffekt eine ausreichende Hirnperfusion gewährleisten. Weder die Kopfschmerzsymptome noch die geringe Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit sei durch einen fortbestehenden Verschluss der A. basilaris zu erklären.

Die Klägerin hat daraufhin schriftsätzlich beantragt, den Neurologen Prof. Dr. Faßbender mit der Erstellung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) zu beauftragen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet.

Denn das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 8. Januar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Juli 2007 ([§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat weder ab dem 1. Oktober 2006 noch ab einem späteren Zeitpunkt Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich für die Zeit bis 31. Dezember 2007 nach [§ 43 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung und für die anschließende Zeit nach [§ 43 SGB VI](#) in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung des Art 1 Nr 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007 ([BGBl I, 554](#)). Dies folgt aus [§ 300 Abs 1 SGB VI](#). Danach sind die Vorschriften des SGB VI von dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens an auf einen Sachverhalt oder Anspruch auch dann anzuwenden, wenn bereits vor diesem Zeitpunkt der Sachverhalt oder Anspruch bestanden hat. Die (aufgehobenen) Bestimmungen der [§§ 43, 44 SGB VI](#) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung finden keine Anwendung, da im vorliegenden Fall ein Rentenbeginn vor dem 1. Januar 2001 nicht in Betracht kommt ([§ 302b Abs 1 SGB VI](#)).

Versicherte haben nach [§ 43 Abs 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs 1 und Abs 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs 3 SGB VI](#)).

Nach diesen Maßstäben ist die Klägerin unter Berücksichtigung der vom SG und der Beklagten vorgenommenen Ermittlungen weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, weil sie noch in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, auf den sie verweisbar ist, unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Dies hat auch die im Berufungsverfahren durchgeführte Beweiserhebung bestätigt.

Im Vordergrund stehen bei der Klägerin Beschwerden auf neurologischem Fachgebiet. Sie leidet insbesondere an einem Zustand nach ischämischem Ponsinfarkt rechts 2002, an Spannungskopfschmerzen und an intermittierendem Schwindel. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. C ... Entsprechende Diagnosen hat auch Prof. Dr. Meinck erhoben, wobei sich aus diesem Gutachten auch ergibt, dass die Klägerin angegeben hat, an einer arteriellen Hypotonie zu leiden. Die genannten Gesundheitsstörungen auf neurologischem Fachgebiet werden im Übrigen auch von den behandelnden Ärzten der Klägerin bestätigt, was sich insbesondere aus der Auskunft des Internisten H. gegenüber des SG vom 4. Oktober 2007 und aus der Auskunft des Prof. Dr. W ... gegenüber dem Senat vom 22. April 2009 ergibt. Aus dem neuropsychologischen Zusatzgutachten des Prof. Dr. Hacke folgt zudem, dass sie eine leichte Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und der semantischen Wortflüssigkeit leidet. Der Senat konnte jedoch nicht feststellen, dass die Klägerin an einer krankheitsrelevanten Angststörung leidet. Zwar hat Prof. Dr. Hacke in seinem neuropsychologischen Zusatzgutachten darauf hingewiesen, dass ein Fragebogen zum psychischen Befinden einen hohen Angstwert aufgezeigt habe. Hierbei handelt es sich jedoch zum einen nur um subjektive Angaben der Klägerin und zum anderen ist nicht erkennbar, dass die Klägerin wegen einer Angststörung ärztlich behandelt wird. Dies entnimmt der Senat zum einen dem Gutachten des Dr. C., wonach die Klägerin über keine Ängste geklagt hat, und zum anderen der Auskunft des Internisten H. vom 4. Oktober 2007 und seinen zahlreichen Stellungnahmen und Attesten, in denen er eine entsprechende Diagnosestellung oder gar Behandlung nicht beschreibt.

Ob die Klägerin an einer verschlossenen A. basilaris leidet (so Dr. G. in ihrem Arztbrief vom 16. Dezember 2009, Dr. Hi. in seinen Arztbriefen vom 26. Januar und 15. Februar 2010 und Internist H. in seinem Attest vom 8. März 2010) oder ob die A. basilaris spontan rekanalisiert wurde (so Prof. Dr. Meinck) kann der Senat offen lassen. Denn die von der Klägerin geschilderten Beschwerden (Kopfschmerzen und Schwindel), die unstrittig vorliegen, führen - selbst wenn sie auf eine etwaige Verschlussenheit der A. basilaris zurückführbar wären - nicht zu einer Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens. Denn trotz der im Vordergrund stehenden genannten Gesundheitsstörungen ist die Klägerin noch in der Lage, leichte und zuweilen mittelschwere Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat schließt sich insofern den Leistungseinschätzungen des Dr. C. und des Prof. Dr. W ... an. Beide haben nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die vorhandenen Gesundheitsstörungen nicht zu einer zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens der Klägerin führen. Prof. Dr. Meinck hat diese Leistungseinschätzung bestätigt. Untermauert wird dieses Ergebnis auch durch den Umstand, dass die Klägerin aktuell mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als Altenpflegerin vier Stunden täglich verrichtet. Dass es sich hierbei um mittelschwere bis schwere Tätigkeiten handelt, entnimmt der Senat dem MDK-Gutachten von Dr. Sch.-R. vom 9. Juni 2006. Danach steht fest, dass die Klägerin - wenn auch nur vier Stunden am Tag - alle üblichen grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten ausführt und es dabei auch zu schweren Hebe- und Tragebelastungen kommt. Vor diesem Hintergrund sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Klägerin nicht in der Lage ist, leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen (hierzu sogleich) auszuüben.

Des Weiteren haben sowohl Dr. C. als auch Prof. Dr. Meinck überzeugend darauf hingewiesen, dass eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes der Klägerin möglich wäre, wenn sie eine adäquate Therapie im Hinblick auf die Spannungskopfschmerzen und des Schwindels durchführen würde. Anhaltspunkte dafür, dass sie an einer entsprechenden Therapie teilnimmt, sind bislang nicht ersichtlich (die Klägerin hat trotz ausdrücklicher Nachfrage des Senats eine fachärztliche Behandlung auf psychosomatischem oder psychischem Fachgebiet nicht angegeben), sodass davon auszugehen ist, dass die Therapieoptionen bislang nicht ausgeschöpft sind (zur fehlenden Ausschöpfung der Therapieoptionen vgl Urteil des Senats vom 14. Dezember 2010 - [L 11 R 3243/09](#)).

Die genannten Gesundheitsstörungen führen jedoch zu qualitativen Leistungseinschränkungen. Zu vermeiden sind alle Tätigkeiten die auf Gerüsten oder Leitern ausgeübt werden oder solche, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr aufgrund plötzlich einsetzenden Schwindels besteht. Gleiches gilt für Tätigkeiten mit übermäßiger nervlicher Beanspruchung, insbesondere durch Nachtschicht und Tätigkeiten unter Zeitdruck, mit häufigem Bücken und mit erhöhter Unfallgefahr. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. C. ... Prof. Dr. Meinck hat ergänzend darauf hingewiesen, dass auch schweres Heben, rasche Kopfdrehungen und schnelles Aufrichten aus der Hocke vermieden werden müssen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der sachverständigen Zeugenauskunft des Internisten H. vom 4. Oktober 2007. Zwar geht er - ebenso wie in seinem Schreiben vom 18. Februar 2008 - davon aus, dass die Klägerin nur noch in der Lage sei, leichte Tätigkeiten unter drei Stunden täglich zu verrichten. Er hat diese zeitliche Leistungseinschränkung jedoch nicht hinreichend begründet und nur allgemein ausgeführt, dass die "Labilität in der Persönlichkeit" und die Konzentrationsstörungen für die Klägerin "sehr störend" seien (Schreiben vom 18. Februar 2008). Diese Leistungseinschätzung ist auch deshalb nicht überzeugend, weil er gravierende Unterschiede hinsichtlich der von Dr. C. oder Prof. Dr. Meinck erhobenen Befunde nicht angeben hat.

Weitere Ermittlungen von Amts wegen waren nicht erforderlich. Deshalb wird der mit Schriftsatz vom 13. Oktober 2010 gestellte Beweisantrag des Klägers abgelehnt. Der Senat musste insbesondere kein internistisches, HNO-ärztliches, fachpsychiatrisches oder psychosomatisches Gutachten einholen. Zum einen wurde die Klägerin bereits durch Dr. C. auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet begutachtet und es ist nicht ersichtlich, dass sich auf psychiatrischem Fachgebiet der Gesundheitszustand der Klägerin wesentlich verändert hat. Entsprechende Befunde sind nämlich weder dem Gutachten des Prof. Dr. Meinck noch den Ausführungen des Internisten H. zu entnehmen. Nach der von Dr. C. erhobenen Anamnese haben sich bei der Klägerin keine Defizite im Hinblick auf die Tagesstrukturierung, das allgemeine Interessenspektrum und die soziale Interaktionsfähigkeit ergeben, was nach der ständigen Rechtsprechung des Senats gegen eine zeitliche Limitierung des Leistungsvermögens spricht (vgl Urteil des Senats vom 28. September 2010 - [L 11 R 2840/09](#) mwN). Danach erledigt sie in der Freizeit den Haushalt, liest und bastelt gerne und hat auch ausreichend Freunde. Zum anderen war auch kein internistisches oder HNO-ärztliches Gutachten einzuholen. Zwar hat Prof. Dr. Meinck dargelegt, dass die geklagten Gesundheitsbeschwerden (Schwankschwindel und leichte Beeinträchtigung der Leistungen im Bereich der Konzentration und der semantischen Wortflüssigkeit) nicht neurologisch erklärbar seien, weshalb er entsprechende Abklärung auf internistischem und HNO-ärztlichem Gebiet anregte. Nachdem aber die bereits genannten Gesundheitsstörungen unstrittig feststehen, ist die Ursache hierfür letztlich unerheblich, denn es kommt im Hinblick auf die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung allein darauf an, ob aufgrund der Gesundheitsstörungen das Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht eingeschränkt ist. Hiervon konnte sich der Senat - wie bereits dargelegt - jedoch nicht überzeugen.

Gegen die Verwertung des Gutachtens des Prof. Dr. Meinck bestehen im Hinblick auf [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGG](#) keine Bedenken, obwohl die Klägerin ursprünglich Prof. Dr. Hacke als Hauptgutachter benannt hat. Zwar hat der Versicherte nach [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGG](#) das Recht, dass auf seinen Antrag hin ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört wird. Nachdem aber Prof. Dr. Hacke darauf hingewiesen hatte, dass er nur ein neurologisches Zusatzgutachten erstellen könne und aus Verwaltungsgründen Prof. Dr. Meinck mit der (Haupt-)Begutachtung beauftragt werden müsse und die Klägerin - wenn auch erst im Nachhinein - ihr ausdrückliches Einverständnis mit dieser Vorgehensweise erklärt hat (vgl Schriftsatz der Klägerin vom 8. September 2009), bestehen gegen die Verwertung des Gutachtens des Prof. Dr. Meinck keine Bedenken. Auch gegen die Mitwirkung des "Assistenten der Klinik L. Kellert" bestehen keine durchgreifenden Bedenken. Denn der Senat hat keine Zweifel daran, dass der Sachverständige Prof. Dr. Meinck die volle Verantwortung für das Gutachten trägt. Dies ergibt sich zum einen bereits daraus, dass er den klinisch-neurophysiologischen Befundbericht vom 12. November 2009 selbst erhoben und sich für das Hauptgutachten persönlich verantwortlich gezeichnet hat (vgl die Formulierung: "Einverstanden aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung"; vgl hierzu auch BSG SozR 1500 § 128 Nr 24; BSG, Urteil vom 15. Juli 2004 - [B 9 V 24/03 B](#) = NZS 05, 444). Gleiches gilt für die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. Meinck vom 27. Juli 2010, da er auch hier durch die Formulierung "Einverstanden aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung" hinreichend zum Ausdruck gebracht hat, dass er die persönliche Verantwortung für die ergänzende Stellungnahme trägt.

Soweit die Klägerin mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 28. Oktober 2010 einen Antrag auf gutachtliche Anhörung von Prof. Dr. Faßbender nach [§ 109 SGG](#) gestellt hat, so war dieser Antrag abzulehnen. Das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) ist verbraucht, nachdem der Senat bereits das Sachverständigengutachten des Prof. Dr. Meinck eingeholt hat. Denn das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) steht grundsätzlich nur einmal in beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung (so bereits LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 6. Februar 2006 - [L 1 U 2572/05](#) = veröffentlicht in Juris). Es entspricht dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG SozR 3-1500 § 109 Nr 1). Eine wiederholte Antragstellung nach [§ 109 SGG](#) rechtfertigt sich daher nur bei Vorliegen besonderer Umstände (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 9. Auflage 2008, § 109 Rdnr 10b). Diese liegen im Fall der Klägerin nicht vor, da es - wie bereits dargelegt - im Hinblick auf das zeitliche Leistungsvermögen der Klägerin nicht darauf ankommt, ob die A. basilaris verschlossen ist.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Nach [§ 240 Abs 1 SGB VI](#) haben Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zum Erreichen der Regelaltersrente auch Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind. Da die Klägerin jedoch erst am 24. Dezember 1978 geboren ist, scheidet eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit aus.

Die Berufung war daher zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-02-07