

L 13 R 49/08

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 30 R 3549/05

Datum

20.09.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 49/08

Datum

22.10.2008

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. September 2007 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Klägerin einen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung hat.

Die Klägerin, 1950 in der Republik Bosnien-Herzegowina geboren, besaß nach ihren Angaben die Staatsangehörigkeit der früheren Staatengemeinschaft Serbien und Montenegro und hat ab dem 10. November 1972 ihren Wohnsitz (B.) in die Bundesrepublik Deutschland verlegt. Sie arbeitete in der Bundesrepublik Deutschland vom 15. November 1972 bis 28. Februar 2003 als Hilfsarbeiterin bzw. als Büglerin. Nach ihren Angaben war sie zuletzt im Jahre 2002 erwerbstätig. Nachdem ihr nach siebenmonatiger Krankmeldung nach Operation wegen eines Karpaltunnelsyndroms zum 31. Dezember 2002 gekündigt wurde, erhält sie seit November 2005 keine Leistungen mehr (Krankengeldanspruch bis 31. Juli 2005; Arbeitslosengeldanspruch bis 20. November) und lebt vom Einkommen des Ehemannes. Nach dem Versicherungsverlauf vom 29. September 2005 hat die Klägerin im Zeitraum vom 15. November 1972 bis 31. Juli 2005 Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt. Auf den Antrag vom 8. Dezember 2003 wurde bei der Klägerin ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgestellt (Bescheid vom 5. Juli 2004), der aufgrund des Neufeststellungsantrags vom 29. März 2007 auf 60 angehoben wurde (Bescheid vom 19. November 2007). Die Beklagte gewährte eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation vom 19. Mai 2005 bis 16. Juni 2005. Der Entlassungsbericht vom 4. Juli 2005 enthält die Diagnosen mittelgradige depressive Episode, arterielle Hypertonie, Übergewicht, chronische Epicondylitis ulnaris rechts und Schulterarmsyndrom. Insgesamt habe die Klägerin eine mäßig gute physische und psychische Stabilisierung erreicht. Sie wurde für drei Wochen als arbeitsunfähig entlassen. Danach bestünde Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten ohne besondere Belastung des rechten Arms. Die Klinik empfahl die Intensivierung der orthopädischen Therapie, die Fortführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung, eine weitere Gewichtsreduktion, physikalische Therapie, Krankengymnastik sowie die Arbeitsvermittlung über das Arbeitsamt. Am 21. Juni 2005 stellte sich die Klägerin bei dem Arzt für Psychiatrie Dr. R. vor, der eine somatische Depression diagnostizierte. Der gesundheitliche Zustand der Klägerin sei unverändert (Befundbericht vom 21. Juli 2005).

Am 7. Juli 2005 stellte die Klägerin einen Antrag auf eine Rente wegen Erwerbsminderung und gab an, sie halte sich seit ca. August 2004 für erwerbsgemindert. Der Beklagten lagen die Befundberichte der A.-Fachklinik, A-Stadt, vom 17. August 2004, das Attest des Arztes für Orthopädie P. vom 11. Mai 2005, Befundberichte der HNO-Ärztin Dr. N. vom 24. Januar 2005, des Arztes für Neurologie Dr. C. vom 12. April 2005 und 14. September 2005, des Internisten Dr. M. vom 4. August 2004, des HNO-Arztes Dr. S. vom 23. September 2004, des Arztes für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. T., der Kurzbefund der Radiologie im E. zum MRT der Halswirbelsäule vom 29. August 2005 sowie der Befundbericht des Dr. R. vom 14. April 2005 vor. Sie veranlasste die Begutachtung der Klägerin durch die Ärztin für Orthopädie Dr. W. (Gutachten vom 5. September 2005), den Arzt für Innere Medizin Dr. G. (Gutachten vom 17. August 2005) sowie die Ärztin für Psychiatrie und Sozialmedizin D. (Gutachten vom 21. September 2005) und holte eine sozialmedizinische Stellungnahme des Internisten und Kardiologen Dr. B. vom

27. September 2005 ein. Dr. W. stellte ein HWS-Syndrom bei Foraminostenosen C4/C5 beidseits und C6/7 rechts, Spinalstenose, BWS-

Syndrom bei Spondylosis deformans, LWS-Syndrom bei Spondylarthrosen, Innenmeniskopathien beidseits sowie Übergewicht mit ungünstiger Auswirkung auf die Wirbelsäule und die lasttragenden Körpergelenke fest. Die Klägerin sei in der Belastbarkeit ihres Achsenskelettes und beider Kniegelenke eingeschränkt. Die orthopädischen Befunde seien aber für sich gesehen nicht so gravierend. Als Büglerin könne die Klägerin nur mehr drei bis unter sechs Stunden arbeiten, körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, vorzugsweise in Wechselbelastung, seien aber vollschichtig möglich. Zu vermeiden seien Überkopfarbeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen und im Knien. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit liege nicht vor. Dr. G. diagnostizierte Bluthochdruck, Übergewicht, ein fragliches Asthma bronchiale, ein derzeit blandes Wirbelsäulensyndrom, Meniskopathie bei Gelenküberlastung, bekannte Somatisierungsneigung, einen Normdruckhydrozephalus, Restbeschwerden nach Karpaltunnelsyndrom-OP rechts 2000 sowie eine chronisch venöse Insuffizienz. Der Bluthochdruck werde behandelt. Erschwerend wirke das Übergewicht. Bei der Lungenfunktionsprüfung habe eine mangelnde Mitarbeit bestanden. Der bekannte Normdruckhydrozephalus sei mental unauffällig. Die Klägerin könne als Büglerin nur noch drei bis unter sechs Stunden arbeiten, im Übrigen sei sie in der Lage, körperlich leichte Arbeiten sechs Stunden und mehr bei bestimmten Einschränkungen zu verrichten. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit liege nicht vor. Nach dem Gutachten der Sachverständigen D. lag eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom vor. Belastende Lebensereignisse würden zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen. Die Klägerin könne bei einer leichten Tätigkeit ohne Früh- und Spätschicht, ohne Verantwortung für Personen und Maschinen und ohne vermehrte emotionale Belastung arbeiten. Als Büglerin könne sie nur mehr unter drei Stunden täglich erwerbstätig sein, leichte körperliche Arbeiten könne sie vollschichtig verrichten. Dr. B. führte zusammenfassend aus, die Klägerin könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büglerin nur mehr unter drei Stunden arbeiten, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten leichte Arbeiten zu ebener Erde, ohne Nacht- und Wechselschicht, ohne viel Bücken, ohne Zwangshaltung, ohne Überkopfarbeit und ohne Knien sechs Stunden und mehr täglich verrichten.

Mit Bescheid vom 29. September 2005 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf eine Rente wegen Erwerbsminderung ab. Mit dem vorhandenen Leistungsvermögen könne diese auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausüben. Im Widerspruchsverfahren führte die Klägerin aus, nicht berücksichtigt worden sei der ausgeprägte Schwindel mit fast täglich vorhandenen Gleichgewichtstörungen, der unkontrolliert und gehäuft auftrete. Sie leide an einer ausgeprägten Migräne mit Attacken, zusätzlich liege fast täglich ein Spannungskopfschmerz vor. Es bestünden Funktionsbehinderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule mit ständig anhaltenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, Schädigungen an beiden Ellenbogengelenken mit Kraftminderung in beiden Armen sowie ein Tinnitus beidseits. Zusätzlich werde das Leistungsvermögen durch eine ausgeprägte Depression mit Ein- und Durchschlafstörungen, Erschöpfungszuständen, deutlicher Minderung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, Vergesslichkeit sowie sozialem Rückzug eingeschränkt. Die behandelnden Ärzte würden die Auffassung vertreten, dass Tätigkeiten von wirtschaftlichem Wert nicht mehr zumutbar seien. Hingewiesen wurde auf die Befundberichte der Dr. N. (Befundbericht vom 24. Januar 2005), des Dr. R. vom 8. März 2004 und 16. September 2005, des Dr. T. vom 21. Juli 2005, das ärztliche Attest des Orthopäden P. vom 11. Mai 2005, das ärztliche Attest des Dr. C. vom 14. September 2005 sowie dessen Befundbericht vom 7. September 2005. Mit Widerspruchsbescheid vom 8. November 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Klägerin könne noch leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ebener Erde, ohne Nachtschicht, ohne viel Bücken, ohne Zwangshaltung, ohne Überkopfarbeit und ohne Knien verrichten.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben und ausgeführt, das Leistungsvermögen werde durch eine ausgeprägte Migräne mit Attacken, die mehrmals monatlich für ein bis drei Tage anhaltend und begleitet von Übelkeit und Erbrechen auftreten würden, beeinträchtigt. Es bestehe ein fast täglicher Spannungskopfschmerz. Darüber hinaus werde das Leistungsvermögen durch degenerative Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule mit ständig anhaltenden Schmerzen sowie ausgeprägten Bewegungseinschränkungen verringert. Hinzu kämen Schädigungen an beiden Ellenbogengelenken mit Kraftminderung in den Armen. Sie sei zu keiner Zeit schmerzfrei. Es habe sich eine ausgeprägte Depression mit Ein- und Durchschlafstörungen, Erschöpfungszuständen, sozialem Rückzug sowie Minderung der Konzentrations- und Merkfähigkeit entwickelt. Trotz intensiver psychotherapeutischer Behandlung habe bisher keine Beschwerdebesserung erzielt werden können. Darüber hinaus liege ein fast täglich vorhandener Schwindel mit ausgeprägten Gleichgewichtstörungen vor. Die Klägerin hat auf die medizinischen Befundberichte und Atteste Bezug genommen, auf die bereits im Verwaltungsverfahren hingewiesen worden ist, und eine ärztliche Bescheinigung der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie G. über den stationären Aufenthalt vom 9. November 2005 bis 2. Dezember 2005 vorgelegt, außerdem das Attest des Dr. R. vom 26. Oktober 2006. In psychopathologischer Hinsicht imponiere aktuell wieder ein depressives Zustandsbild mit depressiver Grundstimmung, affektiver Einengung, Hypomimie, Teilnahmslosigkeit, Wortkargheit und deutlichem Antriebsverlust. Aus der vorgelegten Mitteilung der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie G. vom 4. April 2007 ergibt sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung. Übermittelt wurde auch der Entlassungsbrief des Städtischen Krankenhauses A-Stadt- vom 16. April 2007. Das SG hat weitere Befundberichte des Dr. M. (Befundbericht vom 19. Januar 2006) und des Orthopäden P. (Befundbericht vom 25. Januar 2006) beigezogen und die Begutachtung der Klägerin durch den Internisten und Angiologen Dr. H. (Gutachten vom 12. September 2006), den Arzt für Orthopädie Dr. T. (Gutachten vom 16. Oktober 2006) sowie den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. (Gutachten vom 8. Mai 2007) veranlasst.

Dr. H. stellte eine medikamentös gut eingestellte arterielle Hypertonie, Hypolipoproteinämie, Adipositas, Aortenklappeninsuffizienz Grad I, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung bei Asthma bronchiale und hyperreagiblen Bronchialsystem mit Hypoxie, Cholelithiasis, Stammvarikose IV der Magna links bei Perforatorinsuffizienz, inkomplette Magnavarikose rechts, Paravarikose rechts sowie lavierte Depression fest. Die Klägerin sei in der Lage, leichte Arbeiten sowohl im Gehen, Stehen und Sitzen sechs bis unter acht Stunden täglich durchzuführen. Zu vermeiden seien extreme Witterungseinflüsse wie Hitze, Nachtschicht sowie Tag-Nachtwechsel- schicht, das Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm, Arbeiten unter Stress wie Akkordarbeiten, Arbeiten mit allergisierenden Stoffen wie Staub sowie Arbeiten im Gefahrenbereich wie auf Leitern und Gerüsten. Beschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestünden nicht.

Dr. T. diagnostizierte ein leichtgradiges chronisches HWS- und LWS- Syndrom bei geringer Fehlstatik (Hohlrundrücken, geringfügige S-Skoliose, relative Bauchmuskelinsuffizienz), Ischiolumbalgie mit Tendiose des rechten Ligamentum iliolumbale und pseudoradikuläres Syndrom S1 rechts mit Trochanter-Ansatzentendiose rechts, chronische radiale Epikondylopathie rechts, Arthralgie des rechten Handgelenks bei beginnender Arthrose des Daumensattelgelenkes, reizlose Narbe nach Karpaltunneloperation 2002 rechts, Verdacht auf Meniskopathie rechtes Kniegelenk, ausgeprägte Übergewichtigkeit, Senkspreißeßdeformität ohne Dekompensationshinweise und Status varicosus beider Beine. Die orthopädisch relevanten Gesundheitsstörungen würden von einer deutlich psychogenen Komponente im Sinne einer depressiven Stimmungslage überlagert und ungünstig beeinflusst. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule würden insgesamt im Altersnormbereich liegen. Im Bereich der oberen Extremitäten seien beide Schultergelenke normal funktionstüchtig. Die Gelenke und

Funktionen der linken oberen Extremität seien ohne pathologische Auffälligkeiten. Die Greiffähigkeit der Hände erscheine beidseits ausreichend gut. Die Funktion der Hüftgelenke sei altersentsprechend normal. Auch beide Kniegelenke seien normal beweglich. Die Klägerin sei fähig, unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens leichte Tätigkeiten ohne länger dauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule, in geschlossenen Räumen, ohne Arbeitern auf Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, ohne besondere Halteanforderungen an die rechte Hand und mit betriebsüblichen Pausen sechs bis acht Stunden täglich zu verrichten. Beschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestünden nicht. Dr. M. gab an, bei der Klägerin liege eine Anpassungsstörung mit deutlichen Somatisierungstendenzen, ein HWS- und LWS-Syndrom ohne funktionell bedeutsame neurologische Ausfälle sowie ein seit langem bestehender Hydrocephalus e vacuo vor. In Übereinstimmung mit allen vorliegenden Untersuchungsbefunden finde sich kein verwertbarer pathologisch neurologischer Befund, der eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit auf Dauer begründen könnte. Die geschilderten Wirbelsäulebeschwerden seien vor dem Hintergrund der degenerativen Veränderungen gut nachzuvollziehen und würden qualitative Einschränkungen für schwere und mittelschwere Arbeiten begründen, wie sie in den entsprechenden Vorgutachten beschrieben würden. Auf nervenärztlichem Fachgebiet sei die geschilderte Symptomatik, wie sie sich bei der Untersuchung, bei der Vorbegutachtung im Verwaltungsverfahren und den Befunden des behandelnden Nervenarztes ergebe, als eine reaktiv depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung zu sehen, wobei deutliche Somatisierungstendenzen zusätzlich vorliegen würden. Der angegebene Leidensdruck und das Ausmaß der depressiven Symptomatik seien bei fehlender Medikamenteneinnahme zu relativieren. Der erhobene psychopathologische Befund könne eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit auf Dauer sicherlich nicht begründen. Die Klägerin sei in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Arbeiten, wechselschichtig, im Gehen, Stehen und Sitzen, im Freien und in geschlossenen Räumen, sechs Stunden täglich mit den arbeitszeitüblichen Unterbrechungen zu verrichten. Zu vermeiden seien das Heben und Tragen von schweren Lasten, häufiges Bücken, Arbeiten über Kopf unter Zwangshaltungen, Arbeiten im Akkord und in besonders stressgeneigten Situationen. Einschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte bestünden nicht. Mit Urteil vom 20. September 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Die ausführliche gerichtliche Begutachtung habe die von der Beklagten gewonnene Einschätzung bestätigt.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin Berufung eingelegt. Die eingeholten Gutachten hätten die Gesundheitsstörungen nicht ausreichend berücksichtigt. Insbesondere die Diagnose Hydrocephalus e vacuo mit kognitiver Verlangsamung, demenzielles Syndrom, sei nicht berücksichtigt worden. Hingewiesen wird auf den Entlassungsbefund des Krankenhauses A-Stadt- vom 16. April 2007 und auf den GdB von 60. Die seelische Störung sei mit einem Einzel-GdB von 40 festgestellt worden. Die Erkrankungen und Defizite der Klägerin auf psychiatrisch-neurologischem Gebiet seien im Gutachten des Dr. M. nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Die Beklagte übersandte die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. K. vom 5. Februar 2008. Die nachgereichten Befunde seien Dr. M. bei der Begutachtung bekannt gewesen. Die festgestellten Gesundheitsstörungen seien analysiert und voll berücksichtigt worden. In der Klinik G. sei eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden und im Anschluss daran sei die Behandlung in der neurologischen Abteilung des Krankenhauses A-Stadt- erfolgt. Hierbei seien ein Verdacht auf ein Dandy-Walker-Syndrom mit einem Hydrocephalus e vacuo mit kognitiver Verlangsamung und ein demenzielles Syndrom diagnostiziert worden. Dr. M. sei auch hierauf eingegangen und der Ansicht gewesen, aus nervenärztlicher Sicht handle es sich weniger um ein demenzielles Syndrom als ein eher unterdurchschnittliches intellektuelles Ausgangsniveau. Auch sei die antidementive Medikation (Axura) bei der Entlassung abgesetzt worden. Während der dreistündigen Begutachtung sei eine hirnorganische Symptomatik nicht festgestellt worden. Eine gravierende depressive Symptomatik sei ebenso ausgeschlossen worden. Es hätten zusätzlich eine reaktiv-depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung und deutliche Somatisierungstendenzen vorgelegen. Das Ausmaß der depressiven Symptomatik sei bei fehlender Medikamenteneinnahme zu relativieren. Auch die Begutachtungen auf orthopädischem und internistischem Gebiet hätten keine Auffälligkeiten sich im Sinne einer Demenz gezeigt. Die mehrfach beschriebene dysphorische depressive Stimmungslage begründe keine quantitative Leistungsminderung. Es sei eine sorgfältige medizinische Sachaufklärung erfolgt.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte der Senat ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. ein (Gutachten vom 30. Mai 2008). Dr. S. stellte bei der Klägerin (nach psychologischer Untersuchung) einen Hydrocephalus e vacuo mit kognitiver Verlangsamung und demenzielles Syndrom bei Verdacht auf Dandy-Walker-Syndrom in der Zisterna magna, Angststörung, gegenwärtig wohl mittelschwere Episode, Angst und depressive Störung gemischt, einen Verdacht auf vertebrobasiläre Insuffizienz rechts mit anfallsweiser Bedrängung der rechten Arteria vertebralis, einen Zustand danach CTS-Operation rechts, sensomotorische und vegetative Polyneuropathie der Beine bei Diabetes mellitus sowie arterielle Hypertonie mit entsprechenden Gefäßveränderungen am Augenhintergrund fest. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Untersuchung im Rentenverfahren erheblich verschlechtert. Der Klägerin sei unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses nicht in der Lage, Arbeiten von wirtschaftlichem Wert auf dem allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten. 2003 sei ein Hydrocephalus internus mit erheblicher Erweiterung aller Hirnventrikel und der Zysten am Magna diagnostiziert worden, weitere Kontrollaufnahmen hätten keine Größenzunahme ergeben, so dass von einem angeborenen Dandy-Walker-Syndrom ausgegangen worden sei. Die kognitiven Störungen dürften als Folge des Hydrozephalus interpretiert werden. Aufbauend auf der organischen Vorschädigung habe sich ein depressives Syndrom entwickelt, jetzt wohl eher mittelgradiger Ausgestaltung mit Angstsymptomatik. Zusätzlich bestünden Beschwerden von Seiten der Karpaltunnelsyndrom-Operation mit immer noch vorhandener neurologischer Symptomatik. Als Folge eines Diabetes mellitus bestehe eine sensomotorische Polyneuropathie der Beine, das sensible Niveau werde für die Mitte des Unterschenkels angegeben, objektiv finde sich eine vegetative Polyneuropathie. Aufgrund der Vielzahl der Beschwerden und auch aufgrund der nicht bestehenden Besserungsmöglichkeit des Hydrozephalus sei die sozialmedizinische Prognose äußerst ungünstig.

Die Beklagte legte Stellungnahmen des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. (Stellungnahme vom 25. Juli 2008) und des Internisten und Kardiologen Dr. M. (Stellungnahme vom 23. Juni 2008) vor. Dr. S. hat ausgeführt, selbst die Annahme einer rezidivierenden depressiven Störung führe in der Regel nicht zu einer quantitativen Leistungsminderung, sondern nur zur Arbeitsunfähigkeit zu jenen Zeitpunkten, an denen eine schwere depressive Episode stehe. Dr. M. habe bereits die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung in Frage gestellt. Bei völlig unauffälligem Tagesablauf mit einer nur leichten depressiven Verstimmung bei unbeeinträchtigter Konzentration, Auffassung und Gedächtnisleistung ergebe sich die schlüssige Diagnose einer lediglich reaktiven Depression vom Schweregrad einer Anpassungsstörung. Der angeborenen Erweiterung der Liquorräume komme keine Bedeutung zu. Dr. M. hat insbesondere auf das Gutachten des Dr. M. und die Stellungnahme der Dr. K. hingewiesen.

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. September 2007 und den Bescheid vom 29. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbeschrides vom 8. November 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin aufgrund ihres Antrags vom 7. Juli 2005 Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren, hilfsweise Dr. S. zu den Stellungnahmen des Dr. S. und Dr. M. zu hören.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen und zur Ergänzung des Tatbestands wird im Übrigen auf den Inhalt der Akten der Beklagten, der Behindertenakte, der Akte des SG und des Bayer. Landessozialgerichts sowie der vorbereitenden Schriftsätze Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 144, 151 SGG), jedoch nicht begründet

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 29. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbeschrides vom 8. November 2005, mit dem die Beklagte es abgelehnt hat, der Klägerin eine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren. Das SG hat die hiergegen erhobene Klage mit Urteil vom 20. September 2007 zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung.

Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, eine volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte nicht in der Lage sind, unter den sonst gleichen Voraussetzungen mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein

(§ 43 Abs. 1, Abs. 2 Sätze 1, 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI -). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist (§ 43 Abs. 2 SGB VI). Einen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit haben Versicherte bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind (§ 240 SGB VI).

Der Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung, denn es scheidet bereits ein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGB VI aus. Die Klägerin ist nicht berufsunfähig im Sinne des § 240 Abs. 2 SGB VI. Hiernach sind Versicherte berufsunfähig, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist (§ 240 Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, sind fast alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können (§ 240 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist (§ 240 Abs. 2 Satz 4 SGB VI). Das gemäß § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB VI zunächst festzustellende berufliche Leistungsvermögen der Klägerin ist zwar eingeschränkt. Sie ist aber noch in der Lage, bei Beachtung bestimmter Einschränkungen wenigstens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Beschränkungen des Anmarschweges zur Arbeitsstätte liegen nicht vor, weil die Klägerin die durchschnittlich erforderlichen Fußwege zurücklegen kann (vgl. BSG SozR -2200 § 1247 Nr.10).

Das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin ergibt sich aus den im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Gutachten des Dr. H., des Dr. T. sowie des Dr. M. ... Der Senat schließt sich den Aussagen dieser schlüssigen und überzeugenden Gutachten an. Diese Gutachten bestätigen im Übrigen die im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten in den wesentlichen Ergebnissen.

Für die sozialmedizinische Beurteilung wesentlich sind bei der Klägerin eine mäßige Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule bei einem HWS- und LWS-Syndrom, jedoch ohne funktionell bedeutsame neurologische Ausfälle, eine Funktionsbehinderung der rechten oberen Extremität bei Epicondylitis humeri radialis und beginnenden Degenerationen des rechten Daumensattelgelenks, bezüglich des rechten Kniegelenks ein Verdacht auf eine Meniskopathie, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung bei Asthma bronchiale und hyperreagiblen Bronchialsystem mit Hypoxie, eine Stammvarikose Grad IV der Magna links bei Perforatorinsuffizienz, eine inkomplette Magnavarikose rechts und eine Paravarikose rechts, eine Adipositas sowie eine Anpassungsstörung mit deutlichen Somatisierungstendenzen.

Die Klägerin gab bei Dr. T. an, im Vordergrund stünden die Schmerzen am rechten Ellenbogengelenk und der rechten Hand sowie im gesamten Bereich der Wirbelsäule, wobei vorwiegend die rechte Körperseite betroffen sei. Auch sei eine gewisse Kraftlosigkeit der rechten Hand festgestellt worden. Die Wirbelsäulenschmerzen würden sich zur rechten Hüfte und in das gesamte rechte Bein ziehen. Zeitweise käme es nach ca. zehn Minuten Stehen zu Schmerzen und einem Schwächegefühl des rechten Beines, so dass sie sich hinsetzen müsse.

Im Zuge der Untersuchung waren während des Aus- und Ankleidens keine wesentlichen Ausweichbewegungen oder Schonhaltungen festzustellen. Der Reflexe der oberen und unteren Extremitäten waren seitengleich und normal auslösbar. Auch im Übrigen war der neurologische Befund unauffällig. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergab keine wesentlichen Verspannungen der Trapeziusmuskulaturen. Die paravertebrale Muskulatur zeigte sich in allen Wirbelsäulenabschnitten mittelkräftig ausgebildet und jeweils einen normalen Tonus ohne Kontrakturen oder sonstige Muskeldruckschmerzhaftigkeiten. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule entsprechen der

Altersnorm. Es besteht kein Hinweis auf einen Bandscheibenprolaps, sondern auf eine nur relative knöcherne Enge des Spinalkanals bzw. der Neuroforamen. Es bestanden Hinweise auf eine lediglich beginnende Osteoporose. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule bei der Inklination war altersnormgerecht, nur bei der Seitneigung bestanden Blockierungen der Brustwirbelsäule und der kaudalen Lendenwirbelsäule. Wohl durch länger andauernde Fehlbelastung bestand ein pseudoradikuläres Syndrom im Bereich S1 rechtsseitig. Die Untersuchung der oberen und unteren Extremitäten ergab keine neurologisch sensiblen oder motorischen Defizite. Die geschilderte Schmerzhaftigkeit und das Schwächegefühl des rechten Beines nach längerem Stehen sind vereinbar mit dem pseudoradikulären Syndrom. Funktionseinschränkungen im Bereich beider Schultergelenke bestanden nicht. Der Klägerin leidet an einer chronischen Epikondylopathie radial. Die Greiffähigkeit der Hände beidseits zeigte sich aber ausreichend gut, trotz einer beginnenden Arthrose im Daumensattelgelenke rechts. Ein Karpaltunnelerzidiv nach erfolgter Karpaltunneloperation fand sich nicht. Die vergleichenden Umfangmesswerte der oberen Extremitäten wiesen zwar auf eine Minderbelastbarkeit des betroffenen Ellenbogengelenks und der Unterarmstreckmuskulatur hin. Gemessen wurde allerdings lediglich eine Abweichung um einen Zentimeter. Die Funktion der Hüftgelenke war altersentsprechend normal, ebenso die Beweglichkeit beider Kniegelenke. Hinsichtlich einer möglichen Meniskopathie empfahl Dr. T. bei freier Beweglichkeit der Kniegelenke lediglich eine weitere Diagnostik. Eine wesentliche zeitliche Leistungseinschränkung kann hieraus nicht abgeleitet werden. Die bestehenden Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet können qualitativ berücksichtigt werden. Wegen der Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und der Funktionsbehinderung im Bereich der rechten oberen Extremität sowie der Kniegelenkssymptomatik sind der Klägerin lediglich schwere und mittelschwere Tätigkeiten, Arbeiten mit dauernden Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm und Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die rechte Hand nicht möglich.

Bei Dr. H. gab die Klägerin an, sie habe immer wieder Ödeme und trage seit mehreren Jahren Kompressionsstrümpfe bis zur Kniekehle. Bei den Belastungen des täglichen Lebens würde keine höhergradige Atemnot bestehen, nur bei größeren körperlichen Belastungen. Gelegentlich habe sie Husten und Auswurf. Sie müsse mit erhöhtem Oberkörper schlafen und nachts dreimal zur Toilette zum Wasserlassen.

Die röntgenologische Untersuchung ergab einen unauffälligen Herz-Lungenbefund und das EKG keinen Hinweis auf eine koronare Herzerkrankung sowie ein normales Blutdruck- und Herzfrequenzverhalten. Es bestand eine Aortenklappeninsuffizienz Grad I, ansonsten zeigte sich die linksventrikuläre Funktion unauffällig. Die Lungenfunktionsprüfung ergab eine ausgeprägte Obstruktion der kleinen Atemwege. Festgestellt wurden auch eine nur geringgradige Hypoxie in Ruhe, die sich unter Belastung normalisierte, eine Stammvarikose Grad IV der Magna links bei Perforatorinsuffizienz, eine inkomplette Magnavarikose rechts bei Perforatorinsuffizienz sowie eine Paravarikose rechts. Auch diese Gesundheitsstörungen führen nicht zu einer rentenrelevanten zeitlichen Leistungseinschränkung. Wegen der (gut eingestellten) arteriellen Hypertonie sind lediglich schwere und ausschließlich mittelschwere körperliche Arbeiten zu vermeiden, auch das Heben und Tragen von Lasten über siebeneinhalb Kilogramm und Arbeiten unter Stress wie Akkordarbeiten. Aufgrund der Adipositas verbieten sich Arbeiten im Gefahrenbereich wie auf Leitern und Gerüsten, wegen der Aortenklappeninsuffizienz sind nur schwere körperliche Arbeiten sowie das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm nicht zumutbar. Auch wegen der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung bei Asthma bronchiale und hyperreagiblen Bronchialsystems mit Hypoxie verbieten sich schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten sowie Arbeiten mit allergisierenden Stoffen wie Staub. Die Stammvarikose IV der Magna links bei Perforatorinsuffizienz, die inkomplette Magnavarikose rechts sowie Paravarikose rechts haben lediglich zur Folge, dass die Klägerin Arbeiten unter extremen Witterungseinflüssen wie Hitze vermeiden soll. Die festgestellte Hyperlipoproteinämie hat sozialmedizinisch keine wesentliche Bedeutung.

Bei Dr. M. gab die Klägerin an, sie habe ständige Kopfschmerzen. Jetzt, nachdem man ihr gesagt habe, dass da irgendwas im Kopf defekt sei und operiert werden müsse, sei sie völlig erledigt. Es sei wie ein Vulkan über dem Auge. Seit sie die Kopfschmerzen in dieser Form habe, sei ihre ganze rechte Seite schwach und sie könne mit dem rechten Arm und dem rechten Bein nichts mehr. Wenn sie Schwindel bekäme, müsse sie sich irgendwo anlehnen oder hinsetzen. Man habe ihr gesagt, dass ihre Bauchschmerzen von einem Gallenstein kommen würden, sie habe aber Angst vor der Operation. Das Knie schmerze und sie habe Wirbelsäulenbeschwerden, die in den Hinterkopf ziehen würden. Wenn das komme, müsse sie einen dunklen Raum aufsuchen. Sie sei sehr vergesslich und unkonzentriert. Zum Tagesablauf gab sie an, sie stehe zwischen 5:30 Uhr und 6:00 Uhr auf. Dies hänge davon ab, ob der Ehemann zur Arbeit gehe. Sie bereite ihm das Frühstück, später mache sie sich Kaffee und bereite sich auf die Termine vor. Bei schlechtem Wetter lege sie sich auch nochmals kurz hin. Sonst mache sie Hausarbeiten am Vormittag wie Wäsche waschen und Bügeln. Sie müsse aber eine Pause wegen des Armes und der Lendenwirbelsäule einlegen. Das Mittagessen falle meistens aus. Der Mann komme gegen 17:00 Uhr nach Hause. Dann würden sie zu Abend essen. Später räume sie auf, sticke oder häkele etwas, soweit sie das könne. Zu Bett gehe sie nie vor 23:00 Uhr. Sie würde gerne arbeiten, sie könne aber nicht mehr bügeln, weil ihr Arm nicht mehr mitmache. Sie habe einmal versucht, eine Nachbarin beim Putzen zu vertreten, da habe sie den Putzlappen auf dem Schreibtisch vergessen. Sie habe Probleme, weil sie selber ohne eigene finanzielle Mittel sei und den Ehemann angehen müsse, um Geld zu bekommen. Sie habe immer über eigenes Geld verfügt. Es treffe sie tief, wenn sie etwas kaufe und ihr Mann dies in Frage stelle.

Die Untersuchung ergab, dass die Beweglichkeit der Klägerin beim Gehen und Stehen sowie beim An- und Ausziehen nicht wesentlich gestört war. Nach Ablegen der Unterarmschiene rechts konnte der rechte Unterarm und die rechte Hand völlig schmerzfrei und flüssig bewegt werden. Dr. M. wies daraufhin, dass das Anlegen der Schiene nicht sinnvoll sei, da dies zu Muskelatrophien führen könne. Die Klägerin trug ein Kreuzstützmieder sowie eine Bandage am rechten Ellenbogengelenk. Ein verwertbarer pathologisch-neurologischer Befund konnte bei der Untersuchung nicht erhoben werden. Auch die angegebene Schwindelsymptomatik war bei Provokation unter der Frenzelbrille nicht zu objektivieren. Abweichend vom Ergebnis der Begutachtung durch die Psychiaterin D., die eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostizierte, ist entsprechend der Einschätzung des Dr. M. von einer reaktiv depressiven Symptomatik auszugehen. Dr. M. wies darauf hin, dass ein nicht unwesentlicher Teil der gesamten dargestellten Symptomatik vor dem Hintergrund des laufenden Rentenverfahrens gesehen werden müsse. Eine hirnorganische Symptomatik konnte Dr. M. nicht feststellen. Den vorliegenden radiologischen Befunden sind keine Hirndruckzeichen zu entnehmen. Somit konnte auch Dr. M. keinen Befund erheben, der eine rentenrelevante Beeinträchtigung des beruflichen Leistungsvermögens der Klägerin rechtfertigen könnte. Das Ausmaß der depressiven Symptomatik ist im Übrigen zu relativieren, weil, wie Dr. M. feststellen konnte, die Klägerin die von ihr angegebene antidepressive Medikation nicht einnahm. Der geschilderte unauffällige Tagesablauf lässt nicht auf eine wesentliche Leistungseinschränkung durch Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet schließen. Darüber hinaus betonte Dr. M. auch, dass die im Gutachten des Dr. T. beschriebenen degenerativen Veränderungen lediglich qualitative Einschränkungen für schwere und mittelschwere Arbeiten begründen. Neben den von Dr. T. und Dr. H. genannten Einschränkungen sind auch aus nervenärztlicher Sicht bei im Übrigen täglich sechsstündigem beruflichem Leistungsvermögen Arbeiten im Akkord und in besonders Stress geneigten Situationen zu vermeiden.

Dagegen kann der Senat der Leistungseinschätzung im Gutachten des Dr. S. nicht folgen, denn dessen Ausführungen sind nicht geeignet, eine rentenrelevante berufliche Leistungseinschränkung der Klägerin zu begründen. Der Sachverständige diagnostizierte eine Angststörung, wobei er von einer gegenwärtig wohl mittelschweren Episode ausging, eine Angst und depressive Störung gemischt, einem Verdacht auf vertebrobasiläre Insuffizienz rechts mit anfallsweiser Bedrängung der rechten Arteria vertebralis, einen Zustand nach CTS-Operation rechts, eine sensomotorische und vegetative Polyneuropathie der Beine bei vordiagnostizierten Diabetes mellitus sowie eine arterielle Hypertonie mit entsprechenden Gefäßveränderungen am Augenhintergrund. Die Aussage des Dr. S., der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Untersuchung im Rentenverfahren erheblich verschlechtert, leitet er jedoch nicht von medizinischen Befunden ab, sondern begründet diese ausschließlich unter Hinweis auf die von der Klägerin geäußerten Beschwerden. Hierbei ist festzuhalten, dass für den Zeitraum zwischen der Begutachtung durch Dr. M. und der durch Dr. S. keine neuen Befunde vorliegen. Insbesondere berücksichtigte Dr. M. auch den Entlassungsbrief der neurologischen Abteilung des Krankenhauses A-Stadt- vom 16. April 2007 nach stationärem Aufenthalt vom 11. April bis 16. April 2007, auf den Dr. S. einging. Ein Hydrocephalus internus, den Dr. S. im Rahmen der ätiologischen Diskussion erwähnte, liegt bei der Klägerin nicht vor. Bei einem Hydrocephalus internus kommt es im Gegensatz zu einem bei der Klägerin vorliegenden Hydrocephalus e vacuo zu keiner Hirndrucksteigerung (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch). Eine Vergleichs-MRT-Aufnahme zu einem Vorbefund aus dem Jahre 2005 erbrachte keine Zunahme des Hydrozephalus oder Hirndruckzeichen, eine MRT-Aufnahme vom 2. August 2006 lediglich sehr weite Liquorräume, wie dies bei einem Normaldruckhydrozephalus typisch ist, keine Mittellinienverlagerung und keine Hirndruckzeichen. Einen entsprechenden Befund erhob Dr. C. (Attest vom 31. August 2006). Auch weist Dr. S. selbst darauf hin, dass die Untersuchungen keine Größenzunahme des Hydrozephalus ergaben. Nicht nachvollziehbar ist deshalb seine sozialmedizinische Schlussfolgerung, wobei er ohnehin lediglich unverbindlich formulierte, kognitive Störungen dürften als Folge des Hydrozephalus interpretiert werden. Nicht zutreffend ist die Aussage des Dr. S., das Klinikum H. gehe von einem langsam progredienten Fortschreiten des Hydrozephalus aus. Ein entsprechender Hinweis findet sich im Entlassungsbrief vom 16. April 2007 gerade nicht. Hingewiesen wird auf konstante MRT-Befunde und keine Zeichen eines erhöhten Hirndrucks. Deshalb und "in Anbetracht eines langsamen Prozesses der Symptomatik" wurde nur der Verdacht auf ein angeborenes Dandy-Walker-Syndrom geäußert. Ausreichende objektive Befunde, die diesen Verdacht erhärten könnten, liegen aber nicht vor. Im Übrigen äußerte auch

Dr. S. nur den Verdacht auf das Vorliegen dieser Krankheit. Postpunktionelle Kopfschmerzen der Klägerin bedurften nur einer vorübergehenden Behandlung mit Koffeintabletten und Paracetamol. Im Übrigen wies die neurologische Abteilung des Krankenhauses A-Stadt-H. darauf hin, im Vordergrund stünde ein depressives Syndrom. Ein demenzielles Syndrom, wie es im Entlassungsbrief vom 16. April 2007 heißt, bestand bei Dr. M. nicht. Auffällig ist außerdem, dass abweichend von dieser Diagnose, die noch bei der Aufnahme im Krankenhaus A-Stadt-H. gegebene antidementive Medikation, nämlich das Medikament Axura (10 mg), bei der Entlassung nicht mehr verordnet wurde. Somit folgt der Senat Dr. M., der vielmehr ein eher unterdurchschnittliches intellektuelles Ausgangsniveau beschrieb. Während der dreistündigen Begutachtung konnte Dr. M. eine hirnorganische Symptomatik gerade nicht feststellen. Im Übrigen ergibt sich aus dem Entlassungsbericht der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie G. vom 17. April 2007 bezüglich beschriebener Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet, dass bislang keine ambulante Psychotherapie durchgeführt wurde. Dem psychopathologischen Untersuchungsbefund ist zu entnehmen, dass die Klägerin wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert war. Es bestand eine nur leichtgradig verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit. Ein demenzielles Syndrom, wie dies Dr. S. seiner Beurteilung zu Grunde legt, kann somit auch hieraus nicht abgeleitet werden. Die Klägerin wurde als affektiv depressiv herabgestimmt und kaum schwingungsfähig bei vermindertem Antrieb beschrieben. Die Psychomotorik war jedoch unauffällig. Wahninhalte bestanden nicht, auch keine Ich-Störungen, Zwänge oder Phobien. Von einer akuten Suizidrealität habe sich die Klägerin glaubhaft distanziert. Die Klägerin wurde antidepressiv behandelt, was gut toleriert wurde. Im Verlauf konnte sie zunehmend gelockerten Ausgang erhalten und nahm im Verlauf ein Belastungswochenende im häuslichen Umfeld wahr, was problemlos gemeistert werden konnte. Bei stabilerem Affekt und nachlassender Antriebslosigkeit konnte sie in die ambulant-nervenärztliche Behandlung ohne Anhalt für eine Fremd- oder Selbstgefährdung entlassen werden. Die neurologische Untersuchung war, bis auf ein breitbeiniges Gangbild, unauffällig.

Auch den Ausführungen des Dr. S. zum psychiatrischen Untersuchungsbefund können keine rentenrelevante Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens entnommen werden. Die Klägerin war pünktlich zur Begutachtung erschienen, das Erscheinungsbild war deutlich vorgealtert, hat aber gepflegt gewirkt. Sie war bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Stimmung war depressiv, im Affekt verlangsamt, desinteressiert und klagsam wirkend, wobei die Beschwerden mit deutlichem Vorwurf an den Gutachter vorgebracht wurden. Es fanden sich aber keine Wahrnehmungsstörungen. Im formalen Denken beschrieb Dr. S. eine deutliche Verlangsamung der kognitiven Leistungsgeschwindigkeit, teilweise im Sinne einer Demenz. Inhaltliche Denkstörungen konnte aber Dr. S. nicht feststellen. Es bestand auch kein objektivierbarer auffälliger neurologischer Befund. Dieser Untersuchungsbefund ist somit nicht mit der von dem Gutachter vorgenommenen Leistungseinschätzung in Übereinstimmung zu bringen. Eine Demenz ist, wie oben bereits erwähnt, nicht objektivierbar. Die testpsychologischen Untersuchungsbefunde sind nicht verwertbar. Teilweise wurden Fragen nicht verstanden bzw. nicht beantwortet. Nicht nachvollziehbar ist, dass Dr. S. aus einem Test, aus dem sich die quantitative Ausgestaltung eines depressiven Syndroms ergeben soll (Beck Questionnaire), eine schwere Depression ableitete, obwohl Fragen nicht verstanden und deshalb nicht beantwortet wurden.

Obwohl Dr. S. eine kognitive Verlangsamung und ein demenzielles Syndrom diagnostizierte, fehlt im Gutachten eine exakte Beschreibung oder Erläuterung von Ausfällen. Der Tagesablauf der Klägerin wurde nicht erfragt. Dagegen findet sich im Gutachten des Dr. M. ein unauffälliger Tagesablauf, der mit der Einschätzung des Dr. M. einer nur leichtgradigen depressiven Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung in Übereinstimmung gebracht werden kann. Eine Diskussion im Hinblick auf die abweichenden Feststellungen in den Vorgutachten oder eine Auseinandersetzung mit den erhobenen medizinischen Befunden, insbesondere mit denen des Dr. M., findet sich nicht. Aus dem nur knappen psychiatrischen Untersuchungsbefund können nicht die von ihm vorgenommenen sozialmedizinischen Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Ausreichende Hinweise bzw. eine Beschreibung des Verhaltens der Klägerin, woraus sich das Funktionsniveau ergeben könnte, finden sich in dem Gutachten des Dr. S. nicht. Das Gutachten des Dr. S. enthält auch keine nachvollziehbare Begründung, warum die Klägerin derzeit Arbeiten von wirtschaftlichem Wert auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verrichten können soll. Inwiefern eine behauptete rentenrelevante Verschlechterung im Vergleich zur letzten Untersuchung im Zuge der Begutachtung im Rentenverfahren vorliegen soll, ergibt sich aus dem Gutachten nicht. Im Übrigen würde selbst, entgegen den Feststellungen des Dr. M., die Annahme einer rezidivierenden depressiven Störung, wie diese im Behandlungsverlauf beschrieben wurde, nicht zu einer quantitativen Leistungsminderung führen, sondern in der betreffenden Zeit einer schweren depressiven Episode lediglich zu einer Arbeitsunfähigkeit.

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin übersandte im Berufungsverfahren den Entlassungsbrief des Krankenhauses A-Stadt-H. zur stationären Behandlung vom 11. April 2007 bis 16. April 2007 sowie den Bericht der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie G. vom 4.

April 2007. Diese medizinischen Unterlagen hat jedoch bereits Dr. M. in seine Beurteilung miteinbezogen.

Somit bestehen insgesamt keine ausreichenden Hinweise, dass die Klägerin nicht in der Lage wäre, wenigstens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Den gutachterlichen Feststellungen kann zwar entnommen werden, dass die Klägerin ihren vorher ausgeübten Beruf als Büglerin nicht weiter verrichten kann. Trotzdem liegt keine Berufsunfähigkeit im Sinne des [§§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) vor. Für die Annahme von Berufsunfähigkeit reicht es gerade nicht aus, wenn Versicherte ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können, vielmehr sind diese nur dann berufsunfähig, wenn ihnen auch die Verweisung auf andere Berufstätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen oder sozial nicht zumutbar ist ([§ 240 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#); BSG SozR 2200 § 1246

Nr. 138). Die Klägerin genießt keinen Berufsschutz, so dass sie auf alle Berufstätigkeiten auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verwiesen werden kann, denen sie körperlich, geistig und seelisch gewachsen ist. Der Benennung eines konkreten Verweisungsberufs bedarf es hierbei grundsätzlich nicht. Auch liegt bei der Klägerin weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor, die ausnahmsweise die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich machen würde. Die Antwort auf die Frage, ob der Klägerin ein Arbeitsplatz auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland tatsächlich vermittelt werden könnte, ist rechtlich unerheblich, weil bei einem täglichen beruflichen Leistungsvermögen von sechs Stunden der Arbeitsmarkt als offen anzusehen ist und das Risiko der Arbeitsvermittlung von der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung und nicht von der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen ist. Dementsprechend bestimmt [§ 240 Abs. 2 Satz 4 SGB VI](#), dass nicht berufsunfähig ist, wer zumutbare Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist. Die Klägerin, die gemäß [§ 240 SGB VI](#) keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit hat, hat erst recht keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#).

Schließlich ist festzuhalten, dass als schwerbehinderte Menschen anerkannte Versicherte nicht gleichermaßen als erwerbsgemindert im Sinne der [§§ 43, 240 SGB VI](#) gelten, denn der GdB nach dem SGB IX bezieht sich auf die Auswirkungen einer Behinderung in allen Lebensbereichen, nicht nur auf die Einschränkungen des beruflichen Leistungsvermögens. Unmittelbare Schlussfolgerungen aus dem GdB der Klägerin von 60 auf die Erwerbsminderung sind deshalb nicht möglich (KassKomm-Niesel [§ 43 SGB VI](#) Rdnr. 5). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Erhöhung des GdB von 50 auf 60 (Bescheid vom 29. März 2007) ohne eine Begutachtung erfolgte. Hierzu ist auch festzuhalten, dass die Untersuchung durch Dr. M. am 8. Mai 2007, also erst nach dem Aufenthalt in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie G. vom 7. März 2007 bis 4. April 2007, durchgeführt wurde.

Auch dem hilfsweise gestellten Berufungsantrag der Klägerin, Dr. S. zu den von der Beklagten zu dessen Gutachten übersandten Stellungnahmen zu hören, war nicht statt zu geben, denn der Senat stützt seine Entscheidung gerade nicht auf die Ausführungen des Dr. S. oder des Dr. M. ... Maßgebend für die gewonnene Überzeugung des Senats im Sinne des [§ 128 Abs. 1 SGG](#) waren im Ergebnis die Ausführungen in den vom SG eingeholten Gutachten, insbesondere die des Sachverständigen Dr. M. ... Eine weitere Sachaufklärung war insofern nicht mehr erforderlich. Im Übrigen weist der Senat darauf hin, dass das Gericht gemäß [§ 103 Satz 2 SGG](#) nicht an das Vorbringen und die Beweisanträge der Beteiligten gebunden ist.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. September 2007 war somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung gemäß [§ 193 SGG](#) beruht auf der Erwägung, dass die Klägerin mit ihrer Klage auch im Berufungsverfahren erfolglos geblieben ist.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-12-18