L 1 R 245/07

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Stendal (SAN)
Aktenzeichen
S 6 R 61/06
Datum
08.05.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 1 R 245/07
Datum
10.10.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 1. September 2008.

Die Klägerin ist am geboren. Sie erlernte von 1970 bis 1972 die Tätigkeit einer Krippenerzieherin und ist seither in einer Kinderkrippe bzw. einem Kindergarten tätig (zuletzt sechs Stunden arbeitstäglich; vgl. Bl. 155 Gerichtsakte).

Unter dem 2. Dezember 2003 berichtete die Lungenklinik L. , man habe bei der Klägerin Narbenbeschwerden (Intercostalneuralgie bei Zustand nach Thorakotomie und Teilresektion der Lunge), arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II b sowie eine Hyperlipoproteinämie festgestellt. Die Klägerin gebe ständig auftretende Schmerzen im Bereich der äußerlich völlig reizlosen Thorakotomienarbe an. Diese Beschwerden seien unabhängig von Belastung bzw. vom Wetterwechsel und träten gelegentlich auch nachts auf. Im Rahmen einer Ergometrie am 20. März 2004 war eine Belastung bis 125 Watt möglich. Im Weiteren nahm die Klägerin an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Reha-Zentrum B. D. in der Zeit vom 8. Juli bis 5. August 2004 teil. Die dortigen Diagnosen lauteten auf ein Meningeom im Bereich des linken Kleinhirnbrückenwinkels, Zustand nach Exstirpation am 28. Juni 2004, Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hyperthyreose und Zustand nach Strumektomie 2001. Nach der sozialmedizinischen Beurteilung war nach einer weiteren Rekonvaleszenzzeit von drei Wochen eine Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit als Kindererzieherin wieder zu erwarten. Generell könne die Klägerin noch eine leichte bis mittelschwere Arbeit zeitweise im Gehen und Stehen und überwiegend im Sitzen ausführen. Auch eine Arbeit in Früh-/Spätschichten sei möglich. Arbeit mit erhöhter Unfallgefahr (Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Nachtschicht) sollte unterbleiben.

Am 10. Mai 2005 beantragte die Klägerin die hier streitige Rente. Auf Bitten der Beklagten erstattete Dipl.-Med. M. - Fachärztin für Innere Medizin - ein Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung am 10. Juni 2005. Bei ihrer Untersuchung wurde die Ergometrie bei 50 Watt wegen Schmerzen in den Beinen abgebrochen. Im EKG fanden sich keine Zeichen einer Ischämie oder Herzrhythmusstörungen. Die Diagnosen der Gutachterin lauteten auf einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II b, arterielle Hypertonie, Zustand nach Entfernung eines Kleinhirnbrückenwinkel-Tumors, Hyperlipoproteinämie, Zustand nach Strumektomie 2001, chronisch rezidivierendes, cervikales Radikulärsyndrom bei verengtem Spinalkanal und Bandscheibenvorfall rechts im Segment C 5/6. Nach Einschätzung der Ärztin war die Klägerin für ihre Tätigkeit als Kindererzieherin aus Sicht des internistischen Fachgebiets einsatzfähig. Grundsätzlich sei sie noch in der Lage, eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen auszuüben. Wesentliche Einschränkungen lägen nicht vor.

Mit Bescheid vom 6. Juli 2005 lehnte die Beklagte die Gewährung der hier streitigen Rente ab und stützte sich im Wesentlichen auf das eingeholte Gutachten. Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein führte zur Begründung aus, als Erzieherin müsse sie voll physisch und psychisch belastbar sein. Dies sei nicht mehr gewährleistet. Sie leide an starken neuralgischen Beschwerden sowie an einer sensomotorischen, peripheren Polyneuropathie sowie Beschwerden der Wirbelsäule aufgrund eines Bandscheibenvorfalls im Segment C 5/6. In einem eingeholten Befundbericht von Dipl.-Med. W. - Fachärztin für Allgemeinmedizin - bestätigte diese die bisherigen Diagnosen und auch das Vorliegen einer Polyneuropathie. Die Motorik sei eingeschränkt. Die Klägerin sei auch arbeitsunfähig.

Auf Bitten der Beklagten erstattete Dr. F. - Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie - nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am

7. Dezember 2005 ein Gutachten. Ihr gegenüber gab die Klägerin an, sie leide unter großen Konzentrationsstörungen. Sie könne leichte Arbeiten nur bis maximal zwei Stunden hintereinander durchführen und müsse sich immer wieder hinlegen. Nach zehn Minuten könne sie sich in einem Gespräch nicht mehr auf das Thema konzentrieren. In einem Kurztest zur Erfassung und Verlaufsdokumentation von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörung erreichte die Klägerin elf Punkte, was dem Beginn einer dementiellen Symptomatik mit leichten kognitiven Störungen bzw. einem beginnenden (hirn-)organischem Psychosyndrom entsprach. Die Diagnosen der Gutachterin lauteten auf einen Zustand nach KHBW-Tumor (Meningeom), Zustand nach Diskektomie C5/C6 mit Titanimplantaten bei zervikaler Radikulopathie, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II b mit autonomer Neuropathie sowie arterielle Hypertonie. Die psychophysische Leistungsfähigkeit der Klägerin sei deutlich eingeschränkt. Das Ergebnis der Reha-Kur solle abgewartet werden. Zurzeit sei die Klägerin nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich einsatzfähig.

In der Zeit vom 4. November bis 25. November 2005 nahm die Klägerin an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Reha-Zentrum Bad Düben teil. Die dortigen Diagnosen lauteten auf einen Bandscheibenvorfall C5/6, myostatisches HWS-Syndrom und Muskelinsuffizienz nach Diskektomie C5/6 und Implantation eines Titancages, arterielle Hypertonie sowie insulinpflichtiger Diabetes mellitus. Nach Einschätzung der dortigen Ärzte war die Klägerin noch drei bis unter sechs Stunden als Erzieherin in einer Kindertagesstätte einsetzbar. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei sie noch sechs Stunden und mehr für eine leichte Arbeit im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen einsatzfähig. Rumpfzwangshaltungen, Heben, Bewegen und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm müssten vermieden werden.

Unter dem 13. Februar 2006 erstellte der medizinische Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt nach einer ambulanten Untersuchung am 9. Februar 2006 ein Gutachten. Danach gab die Klägerin eine schnelle Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen an. Gelegentlich habe sie auch Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den Hinterkopf. Seit einem Jahr beständen noch Schmerzen in der rechten Hüftkopfgegend mit Ziehen in das rechte Bein. Die Diagnosen lauteten auf einen Bandscheibenvorfall C5/6 mit Zustand nach Diskektomie C5/6 und Implantation eines Titancages. Nach Einschätzung des Gutachters bestand eine dauerhafte Leistungseinschränkung und weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Das Leistungsvermögen sei sowohl qualitativ als auch quantitativ eingeschränkt. Schweres Heben und Tragen müsse vermieden werden. Die Tätigkeit als Erzieherin sei nur noch weniger als sechs Stunden täglich ausführbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. März 2006 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück und stützte sich zur Begründung auf die eingeholten medizinischen Unterlagen. Der Klägerin sei danach eine Tätigkeit als Erzieherin in einem Hort möglich.

Hiergegen hat die Klägerin am 7. April 2006 Klage erhoben. Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung verschiedener Befundberichte. Unter dem 24. Mai 2006 hat Dr. J. - Facharzt für Orthopädie/Rheumatologie - mitgeteilt, er habe einen Hallux valgus rechts, muskuläre Dysbalancen, einen Reizzustand im rechten Daumensattelgelenk, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, eine Bursitis trochanterica rechts sowie ein lumbales Pseudoradikulärsyndrom festgestellt. Weiter hat er die fachfremden Diagnosen bestätigt. Aus orthopädischer Sicht könne die Klägerin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Sitzen und Stehen verrichten. Die Tumorerkrankung würde er insoweit nicht berücksichtigen. In einem weiteren Befundbericht vom 19. Juni 2006 hat Dr. Fr. - Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie - die bisherigen Diagnosen bestätigt. In einem beigelegten Bericht dieser Ärztin wird ausgeführt, dass die Klägerin nach längerem Abstand im März 2006 wieder in ihrer Praxis erschienen sei und Konzentrationsstörungen angeben habe. Sie könne einer Dienstbesprechung nicht richtig folgen und komme auch bei anderen Gesprächen nicht richtig mit. Sie habe Gedächtnislücken und könne sich auch nicht mehr an frühere Ereignisse erinnern. Das Kurzzeitgedächtnis sei noch in Ordnung. Weiterhin beständen zunehmende Beschwerden in beiden Händen. Diese würden kribbeln und einschlafen. Aufgrund einer Hirnleistungsdiagnostik äußerte diese Ärztin den Verdacht auf das Vorliegen eines hirnorganischen Psychosyndroms mittleren Grades bei Zustand nach Operation eines Meningeoms. Nach einem weiteren Bericht dieser Ärztin vom 28. Juli 2005 war bei der Untersuchung der Achillessehnenreflex beidseits nicht auslösbar und der Patellasehnenreflex nur sehr schwach. Das Zeichen nach Laségue war rechts bei 70 bis 80 Grad positiv.

In einem Bericht vom 2. Mai 2006 an Dr. F. teilte Dr. Me. - Dipl.-Psychologin - mit, die Klägerin gebe Vergesslichkeit an. Aufgrund der vorliegenden Testergebnisse und des Leistungsverhaltens bestehe der Verdacht auf das Vorliegen eines hirnorganisches Psychosyndroms mittleren Grades (Bl. 184 Gerichtsakte). Nach ca. 60 Minuten hätte die Untersuchung abgebrochen werden müssen, weil die Klägerin zu erschöpft gewesen sei. Das kognitive Tempo und die kognitive Umstellungsfähigkeit seien psychopathologisch gestört.

Mit Gerichtsbescheid vom 8. Mai 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin könne noch eine Tätigkeit als Horterzieherin 6 Stunden und mehr ausführen.

Gegen den ihr am 21. Mai 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 12. Juni 2007 Berufung eingelegt und zur Begründung ihre diversen Erkrankungen dargelegt. Weiter bestehe ein Restless-Legs-Syndrom. Zudem könne sie sich im Schlaf nicht erholen, da die Tiefschlafphase fehle. Auch eine Tätigkeit als Horterzieherin sei ihr nicht mehr zuzumuten. Hierfür sei äußerste psychische Belastbarkeit erforderlich, die sie nicht mehr aufbringen könne. In einem beigefügten Bericht vom 20. Dezember 2006 des Fachkrankenhauses für Psychiatrie/Psychotherapie Uchtspringe werden unter anderem die Diagnosen Hypersomnie bei komplexer Schlafregulationsstörung mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom und PLM/RLS-Symptomatik gestellt. Weiterhin wurden die bisherigen Diagnosen bestätigt. In einem weiteren Bericht derselben Klinik vom 30. März 2007 heißt es, im Rahmen der Therapie habe sich die Atmung im Schlaf normalisiert. Apnoen und Hypopnoen seien kaum noch nachweisbar. Ein REM-Schlafanteil habe aber nicht diagnostiziert werden können. In einem weiteren von der Klägerin vorgelegten Bericht von Dr. F. vom 16. August 2007 werden die Diagnose einer zunehmenden sensomotorischen peripheren Polyneuropathie gestellt und die bisherigen Diagnosen bestätigt. Ergänzend hat sich die Klägerin auf ein Schreiben des Fachklinikums U. vom 18. Juli 2008 nebst Anlagen sowie ein Schreiben des Universitätsklinikums M ... vom 14. Juli 2008 sowie ein weiteres Schreiben des Universitätsklinikums M ..., Klinik für Neurologie II, vom 6. Mai 2008 gestützt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Bescheid der Beklagten vom 6. Juli 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2006 sowie den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 8. Mai 2007 abzuändern und die Beklagten zu verurteilen, ihr ab dem 1. September 2008 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung und hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab dem 1. September 2008 zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend, was die eingeholten Befundberichte und Gutachten bestätigen würden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten. In einem Bericht von Dr. F. vom 23. November 2007 hat diese Ärztin u.a. auf ihren beigelegten Bericht vom 15. Mai 2007 verwiesen. Danach hat sich bezüglich des Karpaltunnelsyndroms eine Besserung des sensiblen und motorischen Bereiches rechts nach Operation im Januar 2007 ergeben. Die Klägerin habe angegeben, dass das Einschlafen der rechten Hand nach der Operation verschwunden sei. Sie habe Schmerzen im Handgelenk und manchmal auch im Bereich des rechten Daumens. Dies resultierte nach Ansicht der Ärztin nicht aus dem Karpaltunnelsyndrom. In einem weiteren Befundbericht von Herrn Schrader - Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie - hat dieser die Diagnosen Schlafapnoesyndrom und Restless-Legs-Syndrom bestätigt. Diese Befunde standen seiner Einschätzung nach nicht einer leichten Arbeitstätigkeit bis zu sechs Stunden täglich im Wechsel der Haltungsarten entgegen.

In der Zeit vom 15. Januar bis 12. Februar 2008 hat die Klägerin an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik B. in Saalfeld teilgenommen. Die bisherigen Diagnosen wurden dort bestätigt, wobei zusätzlich ein Übergewicht sowie ein vertebragenes Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule diagnostiziert wurden. Nach Ansicht der dortigen Ärzte war die Klägerin damit als Erzieherin noch sechs Stunden und mehr einsatzfähig. Generell seien ihr noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen und zeitweise auch im Gehen und überwiegend im Sitzen zumutbar. Nachtschichten seien zu vermeiden. Generell sollten keine Arbeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung oder in Zwangshaltung bzw. verbunden mit Heben und Tragen von Lasten durchgeführt werden. In der Fahrradergometrie gelang eine Belastung bis 100 Watt. Die Entlassung erfolgte als sofort arbeitsfähig. Im sozialgerichtlichen Verfahren sollten nach Ansicht der Ärzte Stellungnahmen von Orthopäden und Neurologen zur Abschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes eingeholt werden.

In einem Befundbericht vom 19. März 2008 hat Dr. H. - Facharzt für Chirurgie/Phlebologie - mitgeteilt, er habe bei der Klägerin eine chronische venöse Insuffizienz, eine diabetische Angiopathie, eine diabetische Neuropathie, Hammerzehe 2. Strahl rechts sowie eine Abgangsstenose der Arteria carotis interna rechts festgestellt (Bl. 189 Gerichtsakte). Für eine sechsstündige Tätigkeit sehe er ein Problem für die Klägerin. Eine neurologische Sensibilitätsmessung von Januar 2007 habe ein Sensibilitätsverlust von 40 Prozent bestätigt. In einem weiteren Befundbericht vom 20. März 2008 hat Dr. J. mitgeteilt, die Klägerin habe sich zuletzt im Oktober 2006 bei ihm vorgestellt. Insgesamt hat er die bisherigen Feststellungen wiederholt. Aus orthopädischer Sicht sei die Durchführung einer leichten Tätigkeit in Sitzen und Stehen möglich. In einem weiteren Befundbericht vom 21. März 2008 hat Dr. W. - Facharzt für Chirurgie - angegeben, die Klägerin habe sich zuletzt im Januar 2007 bei ihm vorgestellt. Er habe ein Karpaltunnelsyndrom rechts und links festgestellt. In einem Befundbericht vom März 2008 hat eine Gemeinschaftspraxis für Chirurgie/Handchirurgie/Innere Medizin die bisherigen Diagnosen bestätigt. Aus einem beigefügten Bericht über ein MRT am 21. August 2007 geht hervor, dass bei der Klägerin eine Meniskopathie Grad 1 bis 2 des Innenmeniskushinterhornes und ersten Grades des Außenmeniskushinterhornes vorlag. Weiter bestand eine leichte Tendinitis und Peritendinitis der Patellasehne im Bereich der Patellaspitze. In einem weiteren Befundbericht vom 15. April 2008 bestätigte Dr. H. weitgehend seine bisherigen Angaben.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Fachgutachtens von Dr. B ... Dem Gutachter gegenüber gab die Klägerin an, sie lege jeden Tag einen ca. vier Kilometer langen Arbeitsweg zurück, wofür sie eine halbe bis dreiviertel Stunde benötige. Die sechsstündige Tätigkeit mit der Kindergruppe habe sie im vergangenen Jahr bewältigen können, auch wenn ihr das zeitweilig sehr schwer falle. Mittags lege sie sich eine halbe Stunde mit den kleinen Kindern hin und versuche sich unter Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit für die Kinder zu entspannen. Sie betreue derzeit Kinder im Alter von acht Wochen bis eineinhalb Jahren. Dies habe sie gelernt und hiermit komme sie deutlich besser zurecht als bei einer Tätigkeit mit älteren Kindern; diese sei für sie deutlich stressiger. Nach ihrer Arbeit sei sie regelrecht "ausgepowert" und immer "fix und fertig". Dr. B. hat die bisherigen Diagnosen bestätigt und zusätzlich eine leichtgradige, depressive Episode und eine leichte kognitive Störung und Spannungskopfschmerzen festgestellt. Die Klägerin sei noch für eine körperlich gelegentlich mittelschwere, überwiegend jedoch leichte Tätigkeit unter bestimmten weiter genannten Einschränkungen 6 Stunden täglich einsatzfähig. Wegen der Einzelheiten wird auf dieses Gutachten Bezug genommen.

In einem Erörterungstermin am 18. September 2008 haben sich die Beteiligten übereinstimmend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch den Berichterstatter einverstanden erklärt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben bei der Entscheidungsfindung vorgelegen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und im Übrigen zulässige Berufung hat keinen Erfolg.

Die formalen Voraussetzungen für eine Entscheidung durch den Berichterstatter als Einzelrichter nach § 155 Abs. 3 und 4 des Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegen vor, da die Beteiligten einer solchen Entscheidung zugestimmt haben. Außerdem ist die Sache in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht als einfach anzusehen (zu dieser Voraussetzung siehe BSG, Urteil vom 8. November 2007, Az: 9/9a SB 3/06, Rdnr. 20 ff.).

Der Bescheid der Beklagten vom 6. Juli 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2006 beschwert die Klägerin nicht im Sinne von §§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG, weil er rechtmäßig ist. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Nach § 240 Abs. 1 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung haben Anspruch auf eine solche Rente bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig

sind. Nach § 240 Abs. 2 SGB VI 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. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und Ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit zu untersuchen, ob der Versicherte seinen bisherigen Beruf ohne wesentliche Einschränkungen weiterhin ausüben kann. Ist er hierzu im Wesentlichen aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, ist der qualitative Wert des bisherigen Berufs dafür maßgebend, auf welche Tätigkeiten der Versicherte verwiesen werden kann (vgl. etwa Urt. v. 24.1.1994 - B 4 RA 35/93 - SozR 3-¬2200 § 1246 Nr. 41 S. 169; Urt. v. 16.11.2000 - B 13 RJ 79/99 R - SozR 3-¬2600 § 43 Nr. 23, S. 78, jeweils m. w. N.). Bisheriger Beruf ist in der Regel die letzte nicht nur vorübergehende versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit (vgl. BSG, Urt. v. 16.11.2000, a.a.O., m. w. N.).

Der für den Berufsschutz maßgebliche bisherige Beruf der Klägerin ist die von ihr zuletzt und weiterhin ausgeübte Tätigkeit als Erzieherin. Diese Tätigkeit kann die Klägerin gesundheitlich weiter in diesem Umfang ausüben. Dies belegt bereits der Umstand, dass die Klägerin während des gesamten Verfahrens 6 Stunden und mehr in ihrer bisherigen Tätigkeit gearbeitet hat. Vorübergehende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit treten bei nahezu allen Beschäftigten mehr oder weniger auf und begründen regelmäßig keine Erwerbsminderung.

Die Tatsache der Ausübung einer Tätigkeit hat in der Regel einen stärkeren Beweiswert als die scheinbar dies ausschließenden medizinischen Befunde (BSG, Urteile vom 28. Februar 1963 - 12 RJ 24/58 - SozR Nr. 24 zu § 1246 RVO und vom 26. September 1975 - 12 RJ 208/74 - SozR 2200 § 1247 Nr. 12). Diese Vermutung, dass die Klägerin eine Tätigkeit, die sie täglich ausübt, auch noch tatsächlich ausüben kann, ist vorliegend auch deshalb besonders berechtigt, weil die Klägerin selbst gegenüber dem Gutachter Dr. B. ausgeführt hat, die 6 Stunden – Tätigkeit mit der Kindergruppe habe sie im vergangenen Jahr bewältigen können, auch wenn ihr das zeitweilig sehr schwer falle. Es gibt nicht das geringste Indiz dafür, dass die Klägerin durch ihre jahrelang ausgeübte Tätigkeit in irgendeiner Weise gesundheitliche Schäden davon trägt bzw. auf Kosten der eigenen Gesundheit arbeitet.

Im vorliegenden Fall ergibt sich allerdings auch isoliert aus den medizinischen Befunden keine Erwerbsminderung im Sinne des § 240 SGB VI.

Für diese Arbeit ist die Klägerin einsatzfähig, da sie nach den Einschätzungen der Ärzte noch unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eine leichte bis mittelschwere Arbeit zeitweise im Gehen und Stehen und überwiegend im Sitzen ausführen kann. Auch eine Arbeit in Früh-/Spätschichten ist möglich. Arbeit mit erhöhter Unfallgefahr (Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Nachtschicht) und Rumpfzwangshaltungen sollte unterbleiben.

Insoweit stimmen fast alle ärztlichen Gutachten und Stellungnahmen zur Leistungsfähigkeit der Klägerin überein (Dipl.-Med. M. , Dr. J. , Klinik B. in S. Reha-Zentrum und insbesondere Dr. B.).

Die entgegenstehende Beurteilung von Dr. F. - Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie -, wonach die Klägerin nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich einsatzfähig ist, sieht der Senat nur als Hinweis auf eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, da diese Ärztin selbst darauf verweist, dass die medizinische Rehabilitation abgewartet werden solle. Es liegt sogar nahe, dass der Gesundheitszustand der Klägerin in der Vergangenheit schlechter war als im Jahre 2008. Allerdings hat die Klägerin ihren Antrag (aus nachvollziehbaren finanziellen Erwägungen) auf eine Rentengewährung ab dem 1. September 2008 beschränkt. Damit kann der Gesundheitszustand der Klägerin vor diesem Zeitpunkt offen bleiben.

Zweifellos leidet die Klägerin an verschiedenen Krankheiten. Am schwerwiegensten erscheint der Zustand nach Entfernung eines Kleinhirnbrückenwinkeltumors und nachfolgenden leichten kognitiven Störungen bzw. einem beginnenden (hirn-)organischen Psychosyndrom. In einem Bericht vom 2. Mai 2006 an Dr. F. hat Dr. M. - Dipl.-Psychologin - mitgeteilt, die Klägerin gebe Vergesslichkeit an. Auch in Dienstberatungen habe sie das Gefühl, nicht alle Informationen zu erfassen. Aufgrund der vorliegenden Testergebnisse und des Leistungsverhalten bestehe der Verdacht auf das Vorliegen eines hirnorganisches Psychosyndroms mittleren Grades (Bl. 184 Gerichtsakte). Nach ca. 60 Minuten hätte die Untersuchung abgebrochen werden müssen, weil die Klägerin zu erschöpft gewesen sei. Das kognitive Tempo und die kognitive Umstellungsfähigkeit seien psychopathologisch gestört. Dies bestätigt auch der Kurztest bei Dr. F. zur Erfassung und Verlaufsdokumentation von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörung. Dabei erreichte die Klägerin elf Punkte, was dem Beginn einer dementiellen Symptomatik mit leichten kognitiven Störungen bzw. einem beginnenden (hirn-)organischem Psychosyndrom entsprach. Nach der Einschätzung des Reha-Zentrums Bad Düben im November 2005 war die Klägerin noch drei bis unter sechs Stunden als Erzieherin in einer Kindertagesstätte einsetzbar.

Insoweit hat sich der Gesundheitszustand aber auch nach den Angaben der Klägerin selbst verbessert. Während sie bei Dr. F. angab, sie könne leichte Arbeiten nur bis maximal zwei Stunden hintereinander durchführen und müsse sich immer wieder hinlegen, so gelingt es ihr nunmehr, ihre Tätigkeit ohne solche Pausen durchzuführen. Dr. F. hatte eine solche Besserungsmöglichkeit auch ausdrücklich bejaht und empfohlen, die Ergebnisse der Rehabilitation abzuwarten; die Einschätzung des Gutachters im Berufungsverfahren Dr. B. bezüglich einer Besserung ist damit überzeugend. In der testpsychologischen Diagnostik im Rahmen der Begutachtung bei Dr. B. zeigte sich zwar noch eine mittelschwere Gedächtnisstörung; diese steht aber auch nach den Beschreibungen der Klägerin ihrer Tätigkeit nicht mehr entgegen. Eine ebenfalls von Dr. B. festgestellte leichte Aufmerksamkeitsstörung ist für die Tätigkeit im Hort unerheblich; etwas anderes behauptet auch die Klägerin nicht. Die durchschnittliche Konzentrationsleistung und auch die Tempoleistung waren bei der Begutachtung durch Dr. B. durchschnittlich; Ermüdungserscheinungen waren nicht sichtbar. Zudem zeigte sich das intellektuelle Leistungsniveau im deutlich überdurchschnittlichen Intelligenzbereich (IQ zwischen 117 bis 121). Nach Auffassung von Dr. B. sprachen die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen und die Beobachtung während der Untersuchung dafür, dass die derzeitigen kognitiven Funktionen für die verantwortungsvolle Tätigkeit einer Erzieherin ausreichend seien. Allgemein könne die Klägerin aus neurologisch-psychiatrischer Sicht eine gelegentlich körperlich mittelschwere, jedoch überwiegend leichte Tätigkeit ausüben. Arbeiten mit hohem Zeitdruck, im Akkord oder

Fließbandarbeiten und ähnliches sei zu vermeiden. Dies ist überzeugend.

Zusätzlich wird die Leistungseinschätzung von Dr. B. von den Ärzten der Klinik B. gestützt, wo die Klägerin vom 15. Januar bis 12. Februar 2008 an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnahm. Auch dort schätzte man die Klägerin als Erzieherin noch sechs Stunden und mehr als einsatzfähig ein.

Zu dem Spannungskopfschmerz hat Dr. B. ausgeführt, dieser habe bereits zum Untersuchungszeitpunkt eine deutliche Besserung gezeigt. Nach seiner Erfahrung könne hier mit einem weiteren Rückgang gerechnet werden, so dass die Klägerin in einem kürzeren Zeitraum wieder ihre Arbeit aufnehmen könne. Auch dies ist schlüssig und nachvollziehbar.

Auch das Restless-Legs-Syndrom verursacht nach den insoweit nachvollziehbaren Feststellungen von Dr. B. keine Einschränkung der Wegefähigkeit. Auch eine Übermüdung aufgrund von Schlafstörungen wegen dieser Erkrankung ist nicht erkennbar oder vorgetragen.

Die Klägerin leidet weiter unter einem chronisch-rezidivierenden, cervikalen Radikulärsyndrom bei verengtem Spinalkanal und Zustand nach Diskektomie C5/C6 mit Titanimplantaten. Während früher (vgl. die Untersuchung durch den MDK) aber hieraus noch ein Druckschmerz von C5 bis C7 resultierte, gab die Klägerin bei der Untersuchung durch Dr. B. weder Beschwerden an der HWS an noch konnte Dr. B. Funktionseinschränkungen feststellen. Solche werden auch in dem Bericht der Reha-Klinik B. nicht beschrieben. Soweit ersichtlich ist die Klägerin im Mai 2008 erstmalig auf Grund eines zervikalen Bandscheibenschadens arbeitsunfähig geschrieben worden. Diese Diagnose wird allerdings bereits im August 2005 als Nebendiagnose genannt. Zwar geht aus dem vorgelegten Schreiben des Universitätsklinikums M ... auf Grund der Untersuchung vom 10. September 2008 hervor, dass die Klägerin wegen eines Zervikobrachialsyndroms seit einer Woche arbeitsunfähig ist. Es ist jedoch nicht der geringste Hinweis dafür erkennbar, dass es sich hierbei um den Beginn einer chronischen Erkrankung handeln könnte und insoweit eine Verschlimmerung gegenüber den bereits vorher bestehenden, rezidivierenden (wiederkehrenden) Beschwerden an der Halswirbelsäule vorliegt. Die vorgeschlagene konservative Therapie sowie die angeregte Wiedervorstellung zum 8. Dezember 2008 belegen dies hinreichend.

Vergleichbares gilt für das lumbale Pseudoradikulärsyndrom bzw. das vertebragenes Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule. Nach einem Bericht von Dr. F. - Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie - vom 28. Juli 2005 war bei der Untersuchung der Achillessehnenreflex beidseits nicht auslösbar und der Patellasehnenreflex nur sehr schwach. Das Zeichen nach Laségue war rechts bei 70 bis 80 Grad positiv.

Bei der Untersuchung durch Dr. B. konnte trotz der Diagnose eines vertebragenen Schmerzsyndroms bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (M 54.5) keine Funktionseinschränkung der Wirbelsäule festgestellt werden. Die Muskelkraftprüfung im Bereich der Arme und Beine zeigten keine krankhaften Befunde; das Zeichen nach Laségue war beidseits negativ. Neurologische Funktionsstörungen hat dieser Facharzt für Neurologie ausdrücklich verneint. Der Achillessehnenreflex war beidseits schwach auslösbar und der Patellasehnenreflex beidseits normal bis lebhaft auslösbar. Identisch waren die Befunde in dem Bericht der Reha-Klinik B. , wobei die Klägerin dort noch BWS-Beschwerden und Parästhesien in den Füßen meistens abends angab. Ein Klopfschmerz bestand nicht; auch ein Bewegungsschmerz wird nicht beschrieben. Bei der Untersuchung bei Dr. B. gab die Klägerin nicht einmal Beschwerden an der LWS an.

Weiter bestehen bei der Klägerin eine Meniskopathie Grad 1 bis 2 des Innenmeniskushinterhornes und ersten Grades des Außenmeniskushinterhornes, ein Hallux valgus rechts, eine leichte Tendinitis und Peritendinitis der Patellasehne im Bereich der Patellaspitze. Gegen eine chronische Meniskusschädigung spricht aber bereits der Umstand, dass die Klägerin in dem Zeitraum 2006 bis 2008 lediglich nur ein einziges Mal (am 21. August 2007) wegen Meniskusschädigungen arbeitsunfähig war. Wesentlich ist, dass die Klägerin gegenüber Dr. B. angegeben hat, sie lege jeden Tag einen ca. vier Kilometer langen Arbeitsweg zurück, wofür sie eine halbe bis dreiviertel Stunde benötige. Dies belegt, dass bei der Klägerin bezüglich der Beine keine wesentlichen Funktionseinschränkungen vorliegen. Das Gangbild hat sich bei der Untersuchung durch Dr. B. unauffällig gezeigt.

Einschränkungen für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit wie der einer Krippenerzieherin folgen auch nicht aus dem zeitweise festgestellten Reizzustand im rechten Daumensattelgelenk sowie der Bursitis trochanterica rechts. Weder wird dies von einem Arzt festgestellt noch von der Klägerin behauptet.

Bezüglich des Karpaltunnelsyndroms hat sich eine Besserung des sensiblen und motorischen Bereiches rechts nach Operation im Januar 2007 ergeben. Die Klägerin hat angegeben, dass das Einschlafen der rechten Hand nach der Operation verschwunden sei. Die Besserung bestätigt auch der Umstand, dass eine Krankschreibung in den letzten zwei Jahren vor dem beantragten Beginn der Rente auch nur ein einziges Mal in der Zeit vom 16. Januar 2007 bis 2. Februar 2007 erfolgte. Dies spricht deutlich für eine vorübergehende, akute Erkrankung und gegen ein chronisches Leiden.

Einschneidende Leiden bezüglich des Bewegungsapparates können bei der Klägerin auch schon deshalb ausgeschlossen werden, weil sie nach eigenen Angaben jeden Tag zu Fuß den ca. 4 Kilometer langen Arbeitsweg zu ihrer Beschäftigungsstelle zurücklegt. Dafür benötigt sie nach eigenen Angaben eine halbe / dreiviertel Stunde. Teilweise legt sie diese Strecke abends ein zweites Mal zurück. Der Senat kann sich damit der Ansicht von Dr. B. und auch der Klinik B. nicht anschließen, wonach noch eine orthopädische Beurteilung erforderlich sein sollte. Selbst die Klägerin gibt im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit überhaupt keine orthopädischen Probleme an, sondern stützt sich in erster Linie darauf, dass sie nach ihrer Tätigkeit " ausgepowert" sei und dann abends auch rasch einschlafe, nachdem sie die nötigsten Hausarbeiten erledigt habe. Daher geht der Senat davon aus, dass auch unter Berücksichtigung der orthopädischen Leiden der Klägerin auch noch eine mittelschwere Tätigkeit, wie sie die Klägerin zurzeit ausübt, zumutbar ist. Ausdrücklich hat der behandelnde Orthopäde der Klägerin Dr. J. in seinem Befundbericht vom 24. Mai 2006 angegeben, die Klägerin sei auch noch zu einer mittelschweren Tätigkeit in der Lage. Zwar ist dieser Befundbericht zum Zeitpunkt der Entscheidung bereits rund 2 ½ Jahre alt. Für eine entsprechende Verschlechterung des Gesundheitszustandes gibt es jedoch keinen Hinweis; dafür spricht insbesondere nicht der Befundbericht desselben Arztes vom 20. März 2008. Zwar hat Dr. J. darin eine Einsatzfähigkeit für eine leichte Arbeit bejaht; dies beruht aber darauf, dass nur hiernach gefragt worden war. Eine Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse gibt er nicht an; zudem war die Klägerin selbst auch seit 2 Jahren nicht mehr bei ihm in Behandlung. Im Gegenteil gibt es wie dargelegt - zuletzt im Gutachten Dr. B. - deutliche Belege für eine Besserung des Gesundheitszustandes der Klägerin.

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin folgert auch nicht aus dem Schreiben des Universitätsklinikums M. – Klinik für Neurologie II – vom 06. Mai 2008. Zum einen ist diesem Schreiben keinesfalls zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand gegenüber der kurze Zeit vorher stattgefundenen Untersuchung durch den vom Gericht bestellten neurologischen Gutachter verändert hätte. Im Übrigen werden in diesem Schreiben auch nur weitere Untersuchungen angeregt. Neue Gesundheitseinschränkungen bei der Klägerin werden in diesem Schreiben nicht einmal angedeutet.

Aus der diabetischen Polyneuropathie folgt entsprechend der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. B. keine weitere Leistungseinschränkung der Klägerin. Hier liegt nach seinem Gutachten eine Empfindungsstörung im Bereich der Beine vor; motorische Funktionsdefizite bestehen jedoch nicht. Diese Schlussfolgerung ist für den Senat angesichts der von der Klägerin angegebenen Wegstrecke zu ihrer Arbeit sowie dem unauffälligen Gangbild bei der Untersuchung durch Dr. B. nachvollziehbar. Bei der durchgeführten ENG-Untersuchung wurde eine normale Nervenleitgeschwindigkeit festgestellt.

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom ist nach der Einschätzung von Dr. B. derzeit unter der Therapie gut eingestellt. Dies deckt sich mit dem Bericht des Fachkrankenhauses für Psychiatrie/Psychotherapie Uchtspringe vom 30. März 2007. Darin heißt es, im Rahmen der Therapie habe sich die Atmung im Schlaf normalisiert. Apnoen und Hypopnoen seien kaum noch nachweisbar. Ein REM-Schlafanteil habe aber nicht diagnostiziert werden können. In dem von der Klägerin vorgelegten jüngsten Schreiben dieses Klinikums vom 18. Juli 2008 wird zwar über eine zunehmende Tagesmüdigkeit der Klägerin berichtet. Allerdings hat man in der Klinik nach dem vorgelegten Schreiben deutliche Gebrauchsspuren in der Maske festgestellt, die zu Undichtigkeiten führten. Aus diesem Grunde hat man dort eine neue Maske verordnet. Im Weiteren zeigte sich die Atmung nach diesem Bericht stabil. Es traten kaum Apnoen und Hypopnoen auf. Es wurde ein sehr lang gestreckter Schlafzyklus mit wannenförmigem Tiefschlaf registriert. Auch die Klägerin gab nunmehr Wohlbefinden an. Dies spricht gegen eine einschneidende, die Erwerbsfähigkeit herabsetzende Gesundheitsstörung. Offensichtlich war die wieder kurzfristig aufgetretene Tagesmüdigkeit der Klägerin in erster Linie eine Folge der undichten Maske. Dies rechtfertigt zweifellos keine Rentengewährung durch die Beklagte. Das Schlafapnoesyndrom ist einer Behandlung gut zugänglich, wie auch der Umstand dokumentiert, dass die Klägerin in den Jahren 2006 bis 2008 nur zweimalig für relativ kurze Zeit arbeitsunfähig auf Grund eines Schlafapnoesyndroms geschrieben wurde. Soweit in dem Schreiben dieses Klinikums vom 18. Juli 2008 auf eine mögliche Antriebsstörung im Sinne eines depressiven Syndroms hingewiesen wird, so ist dieser Sachverhalt durch das vom Gericht eingeholte jüngste Gutachten von Dr. B. hinreichend geklärt.

Aus dem Zustand nach Strumektomie 2001, der arteriellen Hypertonie, der Diabetes mellitus Typ II b, der Hyperlipoproteinämie, der chronischen venösen Insuffizienz, der diabetische Angiopathie und der Abgangsstenose der Arteria carotis interna rechts folgen ebenfalls nur eine Beschränkung auf leichte bis mittelschwere Arbeiten im Gehen und Stehen und überwiegend im Sitzen ohne Rumpfzwangshaltungen und keine Einschränkung für die Arbeit als Erzieherin. Dies zeigt unter anderem das Ergebnis der Ergometrie am 20. März 2004; danach war eine Belastung bis 125 Watt möglich. Für eine entsprechende Leistungsfähigkeit der Klägerin spricht gleichfalls, dass sie in der Ergometrie am 1. Februar 2008 (im Rahmen der Behandlung in der Klinik B.) eine Belastung bis 100 Watt tolerierte ohne Erreichen der Ausbelastungsfrequenz. Der Senat schließt sich daher der Klinik B. an, wonach auch auf internistischem Gebiet keine Einschränkung für eine Tätigkeit als Erzieherin vorliegt.

Zwar hat man in der Klinik B. eine Arbeit mit Eigen- oder Fremdgefährdung ausgeschlossen; um eine solche handelt es sich bei der Arbeit in einer Kinderkrippe aber nicht. Dass diese Einschränkung nicht so verstanden wird, belegt die Einschätzung der Klinik B. , die ausdrücklich eine Einsatzfähigkeit der Klägerin als Erzieherin bestätigt. Gemeint sind hiermit Arbeiten an laufenden Maschinen. Es wäre auch schlechthin nicht nachvollziehbar, wenn wegen eines insulinpflichtigen Typ II - Diabetes Mellitus eine Tätigkeit in der Kinderkrippe bereits ausgeschlossen wäre. Einschneidende Leiden bezüglich der unteren Extremitäten können bei der Klägerin auch schon deshalb ausgeschlossen werden, weil sie nach eigenen Angaben jeden Tag zu Fuß den ca. 4 Kilometer langen Arbeitsweg zu ihrer Beschäftigungsstelle zurücklegt. Dafür benötigt sie nach eigenen Angaben eine halbe / dreiviertel Stunde. Teilweise legt sie diese Strecke abends ein zweites Mal zurück. Das Gangbild hat sich bei der Untersuchung durch Dr. B. auch unauffällig gezeigt.

Aus diesen Gründen kann sich der Senat den Bedenken von Dr. H. - Facharzt für Chirurgie/Phlebologie - gegen eine 6-stündige Tätigkeit wegen der chronisch-venösen Insuffizienz, der diabetischen Angiopathie sowie der Lendenwirbelsäulenbeschwerden nicht anschließen.

Zu den Narbenbeschwerden (Intercostalneuralgie bei Zustand nach Thorakotomie und Keilresektion der Lunge) hat die Klägerin angegeben, diese Beschwerden seien unabhängig von Belastung bzw. vom Wetterwechsel und träten gelegentlich auch nachts auf. Insoweit ist nicht erkennbar, inwieweit sie einer Berufstätigkeit entgegenstehen. Es ist weder erkennbar noch vorgetragen, dass diese Beschwerden die Klägerin bei ihrer Arbeit behinderten oder ihr diese erschwerten.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach dem seit dem 1. Januar 2001 geltenden Recht. Gemäß § 43 Abs. 1, 2 SGB VI können Versicherte bis Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung haben, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind. Erwerbsgemindert ist nach § 43 Abs. 3 SGB VI nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Da die Klägerin wie dargelegt in der Lage ist, ihre jetzige Tätigkeit sechs Stunden täglich zu verrichten, ist sie weder teilweise noch voll erwerbsgemindert.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nach § 160 Abs. 2 Nrn. 1, 2 SGG nicht, weil die Entscheidung auf der Würdigung des Tatsachenstoffs vor dem Hintergrund einer geklärten Rechtsgrundlage beruht.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-02