L 9 R 4595/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 534/04
Datum
24.04.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 4595/08
Datum
15.11.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24. April 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung über den 31. Dezember 2002 hinaus.

Die 1952 geborene Klägerin, eine griechische Staatsangehörige, die von 1972 bis zu ihrer Rückkehr nach Griechenland im Jahr 2000 in Deutschland lebte, hat hier in der Zeit vom 03. Februar 1972 bis 16. Januar 1995 - mit Unterbrechungen - als ungelernte Näherin, Putzhilfe und Monteurin rentenversicherungspflichtig gearbeitet. Danach bezog sie – mit Unterbrechung – bis 31. Dezember 1999 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit. Vom 1. Januar 2000 bis 31. Dezember 2002 gewährte ihr die Beklagte Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Wegen der einzelnen versicherungsrechtlichen Zeiten wird auf den von der Beklagten vorgelegten Versicherungsverlauf vom 23. April 2008 verwiesen.

Nachdem die Beklagte einen Rentenantrag der Klägerin vom 05. Februar 1996 nach medizinischen Ermittlungen mit Bescheid vom 30. April 1996 und Widerspruchsbescheid vom 12. Juli 1996 abgelehnt hatte, erhob die Klägerin am 22. Januar 1997 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (S 6 J 129/97). Nach Anhörung der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen holte das Gericht ein neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten des Dr. K. vom 13. August 1997 (Z. n. Bandscheiben[BS]-Vorfall der LWS, BS-Protrusion der HWS, leichte bis mittelgradige Depression; vollschichtiges Leistungsvermögen für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes) ein. Auf Antrag der Klägerin nach § 109 des Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das Sozialgericht Reutlingen ferner ein Sachverständigengutachten des Internisten Dr. +vom 6. April 1998 (Anämie bei Thalassämia minor, Hypertonie mit rezidivierenden orthostatischen Beschwerden, chronisches LWS-Syndrom bei Z. n. BS-Prolaps, chronisches HWS-Syndrom mit BS-Protrusion mit Nervenwurzelreiz, ständigen Kopfschmerzen und Schwindelattacken, chronisch rezidivierende Ösophagitis und Gastritis, ausgeprägtes "psychiopysisches" Erschöpfungssyndrom, nicht mehr klassifizierbare Depression mit Somatisierungstendenzen; auch bei Beachtung qualitativer Einschränkungen müsse nach zweistündiger Tätigkeit eine Ruhepause von einer halben bis einer Stunde eingelegt werden, danach könnte eventuell noch eine Arbeitsphase mit zwei Stunden angeschlossen werden) ein. Ein weiteres Sachverständigengutachten erstattete der Neurologe und Psychiater Dr. B. am 19. Dezember 1998 (allgemeine Schwäche- und Schmerzzustände im Bereich der WS ohne neurologische Ausfallerscheinungen und ohne Hinweis auf klinisch relevante psychiatrische Störung; leichte Arbeiten seien vollschichtig möglich). Nach Beiziehung des Berichtes vom 14. September 1999 über eine stationäre Behandlung in der Schussentalklinik vom 22. Juni bis 24. August 1999 (u. a. rezidivierende depressive Störung, "gegenwärtig" mittelgradige bis schwere Episode, keine psychotischen Symptome) schlossen die Beteiligten am 03. Februar 2000 einen Vergleich, in welchem sich die Beklagte verpflichtete, der Klägerin auf Grund eines Leistungsfalles vom 22. Juni 1999 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit für zwei Jahre zu gewähren.

Mit Ausführungsbescheid vom 15. März 2000 bewilligte die Beklagte der Klägerin dementsprechend Rente wegen Erwerbsunfähigkeit für die Zeit vom 01. Januar 2000 bis 31. Dezember 2001.

Auf Antrag vom 18. Juni 2001 gewährte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 19. August 2002 die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit weiter bis 31. Dezember 2002.

Grundlage der Entscheidung war ein Gutachten des Orthopäden Dr. G. vom 22. März 2002 (chronische Lumbalgie bei bekanntem kleinem BS-Vorfall L5/S1 ohne neurologische Ausfallerscheinungen an den unteren Extremitäten; leichte Frauenarbeiten seien vollschichtig möglich). Ferner hatte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. C. das Gutachten vom 14. März 2002 erstellt und eine depressive Störung, aktuell mit mittelgradiger bis schwerer Episode ohne psychotische Symptome, sowie eine Thalassämia, eine arterielle Hypertonie und ein degeneratives HWS- und LWS-Syndrom diagnostiziert. Auch leichte berufliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien nicht möglich. Dem hatte sich Dr. G. in der Stellungnahme vom 12. August 2002 insoweit angeschlossen, als er Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bis Dezember 2002 nur für unter halbschichtig möglich erachtete.

Zum Weitergewährungsantrag vom 24. Oktober 2002 legte die Klägerin eine Bescheinigung des Orthopäden M. vom 27. September 2002 (Zervikobrachialsyndrom mit Pharästhesien der oberen Extremitäten, Wurzelreizung C5 insbesondere rechts, Greifschwäche der oberen Extremitäten, abgeschwächte Streckreflexe der oberen und unteren Extremitäten, Diskusprolaps L5/S1 mit degenerativen Veränderungen, Spondylarthrose und Wurzelreizung rechts S1, Minderung der Muskelkraft der Strecker rechts, Episoden von Gangataxie mit Stürzen, Osteoporosezeichen), eine Bescheinigungen des Allgemeinen Krankenhauses (KH) K. vom 20. März 2002 (Aufnahme wegen eines Ohnmachtsanfalles) und vom 25. September 2002, Psychiater T., (chronisch depressives Syndrom mit periodischen Rückfällen) vor.

Der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. K. gelangte nach einer Untersuchung im März 2003 und neuropsychologischen Tests im Gutachten vom 23. April 2003 zum Ergebnis, es bestehe eine leichte depressive Episode. Auf neurologischem Fachgebiet fänden sich keine Krankheiten, Gebrechen oder Schwächen, auch keine Hinweise auf akute oder chronische Wurzelreizerscheinungen oder Wurzelkompressionen. Er ging von einem leichten depressiven Verhalten, verbunden mit Angst und leichten phobischen Störungen, aus, wofür insbesondere die neuropsychologischen Tests sprächen. Medikamentös sei die Klägerin gut eingestellt. Typische Folgen und Nebenwirkungen der Medikation seien nicht vorhanden. Unter Berücksichtigung dessen könne die Klägerin leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig bzw. acht Stunden am Tag bei fünf Tagen in der Woche verrichten. Weiter gingen eine Bescheinigung bzw. ein Bericht der Gesundheitskommission (GK) der IKA vom 10. Januar 2003 (S.e Depression, chronische Lumboischialgie) ein. Dr. W. äußerte in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 04. August 2003, es bestünden eine leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, Schwindel und Kopfschmerzen, ein WS-Verschleiß, ein BS-Vorfall L5/S1 ohne neurologisches Defizit, ein Cervikobrachialsyndrom, eine arterielle Hypertonie und eine Thalassämia minor; leichte Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck, Zwangshaltung, häufiges Bücken, Knien oder Hocken seien vollschichtig möglich.

Hierauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. August 2003 die Weitergewährung der Rente ab, da die Klägerin weder erwerbs- noch berufsunfähig sei.

Den Widerspruch der Klägerin vom 04. November 2003, mit welchem sie geltend machte, ihr Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlechtert, und zu welchem sie Atteste vorlegte (Psychiater T. vom 06. Oktober 2003 [stationäre Behandlung vom 02. bis 06. Oktober 2003 wegen massiver Depression], Allgemeines KH K. 09. und 20. Oktober 2003 [stationäre Behandlung vom 07. bis 09. Oktober 2003, "schwere Depression und Selbstmordgedanken (Selbstmordversuch)", Medikamentenintoxikation]) wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21. Januar 2004 zurück.

Grundlage dieser Entscheidung war eine weitere Stellungnahme von Dr. W. vom 18. November 2003 (depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, Z. n. Suizidversuch [10/03], Schwindel, Kopfschmerzen, WS-Verschleißerscheinungen, Hypotonie, Thalassämia minor; aus den Attesten ergebe sich, dass eine Akutbehandlung wegen eines Suizidversuchs erfolgt sei, jedoch keine dauerhafte quantitative Leistungseinschränkung; leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne häufiges Bücken, Absturzgefahr, Zwangshaltungen, besonderen Zeitdruck sowie Eigen- und Fremdgefährdung - seien vollschichtig möglich).

Wegen des Widerspruchsbescheids hat die Klägerin am 29. Januar 2004 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben.

Das SG hat ein Sachverständigengutachten des Prof. Dr. V. vom 27. November 2004 eingeholt, den Psychiater Dr. T. auf Antrag der Klägerin nach § 109 SGG gehört (ärztliche Äußerung vom 31. Januar 2006) sowie ein Sachverständigengutachten der Ärztin für Neurochirurgie Dr. A. vom 03. Juli 2007 und - auf Einwendungen der Beklagten (mit Vorlage von Stellungnahmen des Dr. G. vom 22. August und 05. November 2007) - deren ergänzende Stellungnahme vom 12. Februar 2008 eingeholt.

Ferner sind im Verfahren vor dem SG ein Bericht des KH K. vom 29. September 2005 (zweitägige Behandlung nachdem die Klägerin "vor zwei Stunden, wie erwähnt 5+b stilnox" eingenommen habe, Behandlung mit Magenentleerung und aktiver Kohle) und von der Klägerin vorgelegte weitere ärztliche Äußerungen (Psychiater L. vom 28. Februar 2007 [schwere rezidivierende Depression (schwer chronisch) mit psychotischen Elementen, Selbsttötungstendenzen und versuchter Selbstmord], Psychiater P. vom 28. Februar 2007 [stationäre Behandlung vom 12. bis 22. Februar 2007 wegen Gallensteinleiden], Bescheinigung vom 07. März 2000 [ambulante Untersuchung in psychiatrischer Klinik wegen schwerer Depression]) eingegangen.

Prof. Dr. V. ist im Gutachten vom 27. November 2004 nach Auswertung der ihm übersandten ärztlichen Äußerungen und einer Untersuchung zum Ergebnis gelangt, die neuropsychologischen Tests hätten keine erheblichen Befunde ergeben. Es bestünden auf neurologischem Gebiet ein Restzustand nach einem Ischiassyndrom bilateral und eine begrenzte Spondylarthritis links. Ferner leide die Klägerin auf psychiatrischem Gebiet unter einer reaktiven Depression, verbunden mit Hypochondrie und Aggravation. Die Klägerin habe die Fragen bestimmt und genau beantwortet, es habe sich kein Anhalt für formale und inhaltliche Denkstörungen gefunden, wie dies im Rahmen des psychotischen Krankheitsgeschehens sonst zu sehen sei. Die Klägerin sei bewusstseinsklar und völlig orientiert, ohne Benommenheitsgefühl bzw. Bewusstseinstrübung. Es bestehe keine illusionäre Verkennung, keine halluzinierte Erlebnisse und keine Merkfähigkeits-, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Die Merkfähigkeit sei normal, der Gedankenablauf regelrecht. Trotz der Angaben über einen Selbstmordversuch fehlten alle anderen Zeichen eines präsuizidalen Syndroms. Unter Berücksichtigung der bestehenden Gesundheitsstörungen sei das Leistungsvermögen nicht wesentlich eingeschränkt. Die Klägerin könne leichte übliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend im Sitzen - ohne Wechsel- und Nachtschicht, besonderen Zeitdruck, häufiges Heben und Tragen oder Bewegen von Lasten über 7 kg ohne mechanische Hilfsmittel, Notwendigkeit der vollen Gebrauchsfähigkeit beider Hände, Eigen- und Fremdgefährdung, häufiges Bücken, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr, Tätigkeiten an gefährdenden Maschinen oder an solchen, die volle körperliche und psychische Gebrauchsfähigkeit, Denkfertigkeit, Initiative, andauernde Aufmerksamkeit, nervöse

Anspannung und besondere Verantwortung erforderten, sowie ohne Gefährdung durch S.e Temperaturunterschiede, Zugluft, Nässe, Lärm und inhalative Reizstoffe - vollschichtig verrichten. Sie sei auch in der Lage, viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 Meter innerhalb von jeweils 20 Minuten zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit zu benutzen.

Der Psychiater Dr. T. hat in seiner schriftlichen (ins Deutsche übersetzten) Äußerung u. a. ausgeführt, es bestünden eine chronische sentimentale Störung depressiven Typs mit Depressionsgefühl, Minderung der psychokinetischen Aktivität, Zurückziehen und Verzicht, Mangel an Lebensfreude, Vermeiden von offenen Räumen, Indifferenz für persönliche Pflege und Aussehen, Gedächtnisstörungen, Selbstmordideen und Selbstmordversuchen, eine chronische Lumbago, eine Mittelmeeranämie, ein cervikales Syndrom und eine Gastritis. Die Klägerin könne keiner beruflichen Tätigkeit über zwei Stunden nachgehen.

Dr. A. ist zum Ergebnis gelangt, auf neurochirurgischem Gebiet bestünden eine mittelschwere chronische Schädigung der lumbalen Nervenwurzeln L5 und S1 links bedingt durch BS-Vorfälle und leichte degenerative Veränderungen der HWS ohne hieraus resultierende objektivierbare Schädigungen zervikaler Nervenwurzeln oder des zervikalen Myelons. Bestehende Myogelosen seien auf diese degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Eine bewusstseinsnahe Simulation oder Aggravation sei nicht erkennbar, auch keine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz. Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes seien bei Beachtung - näher dargelegter - qualitativer Einschränkungen zumutbar, ebenso Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wie Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Kleben, Sortieren, Verpacken und Zusammensetzen von Kleinteilen, wenn ein halbstündiger Wechsel zwischen Tätigkeiten im Sitzen und Stehen möglich sei. Diese Tätigkeiten könne die Klägerin nur noch vier bis unter sechs Stunden verrichten. Die Klägerin könne grundsätzlich viermal täglich eine Wegstrecke von 500 Meter in 20 Minuten zurücklegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel benutzen, sofern ein Sitzplatz verfügbar sei und die Fahrtdauer unter 30 Minuten liege. Die nun festgestellten Einschränkungen seien nach der letzten Begutachtung durch Prof. Dr. V. im November 2004 eingetreten, insofern sei eine Verschlimmerung zweifelsfrei zu belegen. Sie schlage vor, die Leistungseinschränkung ab Juli 2005 anzunehmen. In ihrer ergänzenden Stellungnahme hat die Sachverständige an ihrer Einschätzung festgehalten und ausgeführt, sie habe eine erhebliche depressive Symptomatik bei der Untersuchung festgestellt. Diese sei schwerer als den Beschreibungen der Vorgutachten zu entnehmen. Ob insoweit durch die depressive Störung eine quantitative Leistungseinschränkung bestehe, könne sie aus neurochirurgischer Sicht nicht entscheiden.

Die Klägerin hat vorgetragen, sie sei auf Grund einer schweren Depression zu einer beruflichen Tätigkeit nicht in der Lage. Das Gutachten von Prof. Dr. V. sei objektiv unrichtig. Die psychischen Beeinträchtigungen bestünden nach wie vor und es sei auch keine Besserung gegenüber den Vorbeurteilungen eingetreten. Sie fühle sich fast durchgehend krank und könne in dieser Situation einer Erwerbstätigkeit natürlich nicht nachgehen. Im Übrigen belege das Gutachten von Dr. T. ihre Arbeitsunfähigkeit. Dazu hat die Klägerin ihr Gesundheitsbuch vorgelegt.

Die Beklagte hat zuletzt noch die Auffassung vertreten, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wären nur bei Eintritt eines Leistungsfalles bis spätestens 31. März 2004 erfüllt und hierzu einen Versicherungsverlauf vorgelegt. Ferner hat sie Stellungnahmen von Dr. G. vom 20. März 2006 sowie 10. April, 22. August und 05. November 2007 vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, die angegebene subjektive Beschwerdesymptomatik sei durch die Gutachten von Prof. Dr. K. und Prof. Dr. V. nicht objektiviert bzw. neuropsychiatrisch nicht belegt. Eine reaktive depressive Störung verbunden mit Hypochondrie und Aggravation und ein unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefund bedingten keine quantitative Leistungsminderung. Insofern seien die genannten Gutachten nachvollziehbar und objektiv richtig. Dem gegenüber sei das Gutachten des Dr. T. nicht transparent, nicht kritierienorientiert, sowie sozialmedizinisch nicht schlüssig, nachvollziehbar und insgesamt nicht überzeugend. Er stütze sich im Wesentlichen auf deskriptiv aufgeführte Fremddiagnosen und subjektive Angaben der Klägerin, die nicht objektiviert seien. Die Klägerin habe auch die behaupteten Selbstmordversuche in Art und Auswirkung nicht näher zu erläutern vermocht, zumindest sei dies aus den medizinischen Unterlagen nicht abzuleiten. Im Hinblick auf die Aggravation und Hypochondrie seien sie auch sozialmedizinisch von marginaler Bedeutung. Die Einschätzung des Leistungsvermögens durch Dr. A. sei sozialmedizinisch nicht nachvollziehbar bzw. aus neurologischer Sicht nicht ausreichend und überzeugend begründet. Aktuelle Untersuchungen wie z.B. ein MRT lägen nicht vor. Die Angaben zur Wegefähigkeit und einer Gangstörung seien widersprüchlich und nicht überzeugend. Aus dem Gesundheitsbuch ergäben sich, soweit lesbar, ca. zu 95 % Rezepte für Psychopharmaka (Beruhigungsmittel und Antidepressiva) und osteoporoseprophylaxe Arzneimittel. Ca. 10 % der Eintragungen stünden in Zusammenhang mit der internistischen Erkrankung einer Mittelmeeranämie und deren Behandlung mittels Eisensubstitution. Die von der Klägerin seit 2000 bei fast allen Begutachtungen angegebenen S.en WS-Schmerzen seien im Gesundheitsbuch seit 2004 bis 2007 nur vereinzelt mit analgetischen antiphlogistischen Therapien belegt. Ferner sei eine manifeste Osteoporose seit 2000 bis dato nicht dokumentiert bzw. bewiesen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 24. April 2008 abgewiesen. Zu einem Zeitpunkt, zu dem aus Sicht des SG die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch erfüllt gewesen seien, habe noch ein vollschichtiges Leistungsvermögen bestanden. Ein früherer Leistungsfall sei nicht belegt. Wegen der Einzelheiten wird auf das schriftliche Urteil verwiesen.

Gegen das am 14. August 2008 zugestellte und mit der Rechtsmittelbelehrung, für eine Berufung der Klägerin gelte eine Frist von drei Monaten, versehene Urteil hat die Klägerin am 29. September 2008 Berufung eingelegt.

Die Beklagte hat im Berufungsverfahren erklärt, der Klägerin werde im Rahmen eines Herstellungsanspruches grundsätzlich die Möglichkeit eingeräumt, die Beitragslücke vom 01. August 1998 bis 31. Mai 1999 durch Entrichtung freiwilliger Beiträge zu schließen, wobei die tatsächliche Zahlung der Beiträge, sofern im anhängigen Verfahren eine Leistungsminderung festgestellt werden sollte, nach § 241 Abs. 2 Satz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) nicht erforderlich sei.

Der Senat hat nach Vorlage des am 29. Juni 2009 bei der Beklagten eingegangenen Berichtes der IKA über eine Untersuchung vom 24. April 2009 (derzeit Depression, Isolierung, Schlaflosigkeit, Wehleidigkeit, Selbstzerstörungs-Wahnvorstellungen; S.e Depression, chronische Lumboischialgie; für letzte ausgeübte Tätigkeit bestehe vollständige Invalidität) eine ergänzende Stellungnahme der Dr. A. vom 20. September 2009 und - nach Einholung eines Aktengutachtens des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. S. vom 18. März 2010 - deren weitere Stellungnahme vom 30. Juni 2010 sowie ferner ein weiteres Sachverständigengutachten des Prof. Dr. V. vom 29. März 2011 mit nochmaliger Untersuchung der Klägerin in Griechenland eingeholt.

Dr. A. hat im Wesentlichen an ihrer Beurteilung des Leistungsvermögens festgehalten. Die Klägerin könne aus ihrer Sicht ab Juli 2005 auch

bei Beachtung genannter qualitativer Einschränkungen leichte Tätigkeiten nicht mehr vollschichtig verrichten. Ab diesem Zeitpunkt sei aus neurochirurgischer Sicht das zeitliche Leistungsvermögen auf drei bis unter sechs Stunden abgesunken. Ferner bestehe seit etwa 1994 eine chronisch rezidivierende depressive Erkrankung, deren Schwere im Krankheitsverlauf fluktuieren könne. Es sei nicht auszuschließen, dass die Klägerin bei den Untersuchungen bei Prof. Dr. K. und Prof. V. in einer Phase relativer Symptomremission gewesen sei. Dies rechtfertige jedoch auch nicht die Diagnosen von Prof. Dr. K. und Prof. Dr. V ... Auch wenn sie Neurochirurgin sei, könne sie sich den Schlussfolgerungen der genannten Gutachter nicht anschließen. Hieran hat Dr. A. im Wesentlichen auch nach Kenntnis des Gutachtens von Dr. S. festgehalten.

In seinem nach Aktenlage erstatteten Sachverständigengutachten ist Dr. S. zum Ergebnis gelangt, bei der Klägerin bestünden ein depressives Syndrom und ein somatoformes sowie ein lumbales Schmerzsyndrom. Bei Auswertung des Datenmaterials bis April 2009 ergäben sich die Diagnosen nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, V. a. Kompression von Nervenwurzeln bei BS-Schaden. Der Ausprägungsgrad der depressiven Störung sei nach dem Aktenmaterial nicht eindeutig festzulegen. Zwischen Januar 2003 bis April 2009 hätten wahrscheinlich unterschiedlich S. ausgeprägte depressive Zustände vorgelegen, wobei die Abgrenzung einer anhaltend mittelgradig oder anhaltend schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik auf Basis des Aktenmaterials nicht gelungen sei. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege rückblickend für den ganzen Zeitraum vor. Die von Dr. A. angegebene Nervenwurzelkompression sei lediglich klinisch diagnostiziert. Verifizierende und objektivierende neuroradiologische und elektrophysiologische Untersuchungen für die angenommenen BS-Vorfälle seien nicht erfolgt, weswegen insofern nur von einer Verdachtsdiagnose ausgegangen werden könne. Prof. Dr. K. habe Anfang 2003 eine Nervenwurzelreiz- oder Ausfallsymptomatik ausdrücklich ausgeschlossen und Prof. Dr. V. habe lediglich eine Abschwächung des Achillessehnenreflexes links stärker als rechts feststellen können mit einer BS-Protrusion. Weder eine somatoforme Schmerzstörung, noch ein Nervenwurzelkompression in dem von Dr. A. beschriebenen Ausmaß begründe bei Beachtung qualitativer Einschränkungen die Annahme einer relevanten Minderung der Ausdauerleistungsfähigkeit. Die zeitliche Minderung des Leistungsvermögens sei bei der Klägerin wesentlich abhängig von Verlaufscharakteristik und Ausprägungsgrad der depressiven Störung. Die von Prof. Dr. K. und Prof. Dr. V. 2003 bzw. 2004 erhobenen Befunde ließen weiter ein vollschichtiges Leistungsvermögen zu. Auch die von Dr. A. im Gutachten vom 03. Juli 2007 dargestellte depressive Symptomatik begründe nicht die Annahme einer mittelgradigen oder gar schwergradigen depressiven Störung und rechtfertige nicht die Annahme einer zeitlichen Leistungsminderung. Sollten hingegen eine anhaltende mittelgradige oder schwergradige depressive Störung vorliegen, gar mit psychotischem Symptomen, sei das Leistungsvermögen relevant oder ganz erheblich gemindert. Eine mittelgradige oder schwergradige depressive Störung mit oder ohne psychotische Symptome sei nur in den qualitativ problematisch zu beurteilenden Gutachten von Dr. C. vom 14. März 2002 und Dr. T. vom 31. Januar 2006 sowie dem IKA-Gutachten vom 29. April 2009 zu entnehmen. Es sei für ihn nicht zu klären, ob nur die Gutachten mangelhaft seien und tatsächlich eine anhaltende mittelgradige oder schwere Depression gar mit psychotischen Symptomen vorliege. Die ärztlichen Äußerungen und Stellungnahmen könnten eine quantitative Leistungsminderung jedenfalls nicht stichhaltig begründen. Sollte gegenwärtig eine zeitliche Leistungsminderung vorliegen, ergäben sich klar Optionen für eine Optimierung der Pharmakotherapie. Ob eine psychotherapeutische Behandlung überhaupt stattfinde, sei den Akten nicht zu entnehmen. Er schließe sich der Leistungsbeurteilung von Prof. Dr. K. vom 28. März 2003 und von Prof. Dr. V. vom 27. November 2004 an. Soweit Dr. T. von einer weitergehenden Einschränkung ausgehe, finde sich hierfür keine durchgreifende Begründung. Dr. A. habe explizit ein neurochirurgisches Gutachten erstellt. Alles, was anamnestisch wie diagnostisch für die Beurteilung einer affektiven Erkrankung und die Beurteilung chronischer Schmerzen relevant sei, finde sich im Gutachten von Dr. A. nicht oder nur ansatzweise. Dr. G. schließe er sich im Wesentlichen an. Auch Dr. S. sei zu folgen.

Nach Vorlage einer Bestätigung "nach Angaben im Archiv" des Allgemeinen KH K. (Behandlung 27. September bis 01. Oktober 2010, chronisch starke Depression) und einer Äußerung des Psychiaters M. sowie einer Erklärung der Tochter der Klägerin, diese sei nicht in der Lage, zu reisen, hat der Senat Prof. Dr. V. nochmals mit einer Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt.

Prof. Dr. V. hat im Gutachten vom 23. März 2011 ausgeführt, die Klägerin habe schwermütig mit depressivem Gesichtsausdruck, außerordentlicher Unschlüssigkeit, kraftlosen und trägen Körperbewegungen sowie langsamen, zögernden, aber trotzdem sicheren Schritten das Untersuchungszimmer betreten und sich wie schon 2004 in einen Sessel sinken lassen. Die gestellten Fragen habe sie bestimmt und genau beantwortet. Es habe sich kein Anhalt für formale und inhaltliche Denkstörungen wie dies im Rahmen des depressiven Krankheitsgeschehens zu erwarten wäre, gefunden. Insgesamt sei der Rapport gut gewesen und während der Exploration habe eine gute Kooperation bei der körperlich-neurologischen Untersuchung bestanden. Die Klägerin sei bewusstseinsklar und völlig orientiert gewesen. Benommenheitsgefühl bzw. Bewusstseinstrübung habe sich nicht gefunden, auch kein Anhalt für das Vorliegen eines beginnenden organischen Psychosyndroms. Für Wahrnehmungsstörungen, insbesondere illusionäre Verkennung oder halluzinierte Erlebnisse ergebe sich kein Anhalt. Eine deutliche Merkfähigkeitsschwäche habe nicht vorgelegen. Gedächtnisstörungen sowohl für neuere als auch ältere Ereignisse seien nicht festzustellen. Der Gedankenablauf sei regelrecht gewesen. Die Klägerin habe ihre Angaben zu früheren Angaben bezüglich zweier Selbstmordversuche wiederholt. Bei der Untersuchung hätten alle anderen Zeichen eines präsuizidalen Syndroms gefehlt. Es bestünden ein Restzustand nach einem Ischiassyndrom bilateral und eine begrenzte Spondylarthritis links sowie auf psychiatrischem Gebiet eine leichte rezidivierende reaktive Depression verbunden mit Hypochondrie und Aggravation. Die Leistungsfähigkeit sei durch die beschriebenen gegenwärtigen Gesundheitsstörungen nicht wesentlich eingeschränkt. Für die Erscheinung des Leidens dürften der Tod der Mutter (1990) und des Ehemannes (1998) eine wesentliche Rolle gespielt haben. Für die Erscheinung der Rezidive dürfe die - allem Anschein nach - begrenzte Verabreichung von Medikamenten die wesentlichste Rolle spielen. Das psychische Leiden könne bei aller zumutbaren Willensanstrengung aus eigener Kraft und mit Hilfe einer gezielten medikamentösen Behandlung überwunden werden, da keine überzeugenden Hinweise auf eine affektive Psychose vorhanden seien. Die Leistungsfähigkeit sei durch die gegenwärtigen Gesundheitsstörungen nicht wesentlich eingeschränkt. Aktuell sei die Klägerin aus rein neurologisch-psychiatrischer Sicht in der Lage, leichte übliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend im Sitzen - ohne Wechselschicht, Nachtschicht, besonderen Zeitdruck, häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten über 7 kg, Notwendigkeit voller Gebrauchsfähigkeit beider Hände, Eigen- und Fremdgefährdung, häufiges Bücken, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr, Tätigkeiten an gefährdenden Maschinen oder solchen, die die volle körperliche oder psychische Gebrauchsfähigkeit sowie Denkfertigkeit, Initiative, andauernde Aufmerksamkeit, nervöse Anspannung und besondere Verantwortung erfordern, sowie ohne Gefährdung durch S.e Temperaturunterschiede, Kälte, Hitze, Zugluft, Nässe, Lärm und inhalative Reizstoffe - vollschichtig zu verrichten. Sie könne auch Wegstrecken von 500 Metern in ca. 15 bis 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und zweimal täglich während der Hauptverkehrszeiten öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Bezüglich der Beurteilung des Leistungsvermögens weiche er von Prof. Dr. K., Dr. G., Dr. S., Dr. S. und Dr. G. nicht ab. Dr. T. und Dr. A. stimme er nicht zu, nachdem seine Untersuchungsbefunde vom Dezember 2004 mit denen vom März 2011 absolut identisch seien.

Die Klägerin macht im Wesentlichen geltend, sie sei auch über den 31. Dezember 2002 hinaus wegen einer schweren dauerhaften Depression zu einer Erwerbstätigkeit nicht in der Lage. Wegen der chronisch schweren depressiven Störung sei sie ohne Erfolg in ständiger medikamentöser Behandlung. Sie habe auch zwei Selbstmordversuche mit Medikamenten begangen. Das Gutachten von Dr. V. vom November 2004 leide an fachlichen Mängeln. Die durchgeführten Tests entsprächen nicht den internationalen Standards zur Diagnose einer chronisch schweren Depression. Im Übrigen habe Dr. A. eine erhebliche depressive Symptomatik festgestellt, was als Indiz für das Bestehen einer dauerhaften schweren Depression zu werten sei. Bestätigt sei dies auch durch die Bescheinigung des KH K vom 07. März 2007. Erwerbsunfähigkeit sei auch durch von Dr. A. bestätigte erhebliche Wurzelreizerscheinungen belegt, die indes bereits schon im Januar 2003 vorgelegen hätten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24. April 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11. August 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Januar 2004 zu verurteilen, ihr Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 31. Dezember 2002 hinaus zu gewähren, hilfsweise ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wären zwar bei Eintritt eines Leistungsfalles während des Rechtsstreits erfüllt, doch liege Erwerbsunfähigkeit über den 31. Dezember 2002 nicht vor und auch keine Erwerbsminderung nach den ab 01. Januar 2001 geltenden Bestimmungen.

Hierzu hat die Beklagte u. a. Stellungnahmen von Dr. S. vom 03. November 2008, 20. August 2009, 08. Oktober 2009 und 09. April 2010 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, im Vordergrund stünden Beschwerden überwiegend auf nervenärztlich-psychiatrischem Gebiet. Nach dem Gutachten von Dr. A. bestünden keine gravierenden Funktionsstörungen der unteren Extremitäten. Die Beschwerden seien nicht so gravierend, dass eine quantitative Leistungsminderung anzunehmen wäre, insbesondere sei keine hochgradige Einschränkung der Beinbeweglichkeit bzw. Beinkraft beschrieben und eine ausgiebige Schmerztherapie scheine nicht notwendig zu sein. Die in der Stellungnahme vom 12. Februar 2008 angegebene erhebliche depressive Symptomatik lasse sich aus dem Gutachten nicht herauslesen; die Klägerin könne leichte Tätigkeiten weiter vollschichtig verrichten ohne Zwangshaltung, häufige Überkopfarbeiten, Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck und Nachtschicht.

Weiter hat die Beklagte Stellungnahmen des Nervenarztes Dr. G. vom 19. Juli 2010, 26. November 2010 und 15. Juli 2011 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, aus der ergänzenden weiteren Stellungnahme von Dr. A. ergebe sich im Ergebnis nichts Neues. Strittig sei die sozialmedizinische Einschätzung eines komplexen nervenärztlichen Störungsbildes in Verbindung mit einem depressiven Syndrom. Hinsichtlich des neurologischen Befundes ergebe sich bei Beschreibung eines linksseitigen positiven Nervendehnungszeichens und Ausfalls des Achillessehnenreflexes, segmental zuordenbarer Sensibilitätsstörungen sowie diskreter Muskelschwäche in Fußhebung und -senkung eine leichtgradige Verschlechterung gegenüber Vorbefunden. Aus Merkmalen eines depressiven Syndroms, das anhand der vorliegenden Unterlagen nicht enger eingegrenzt werde könne, ergebe sich keine quantitative Leistungsminderung. Wie Dr. S. zu Recht ausgeführt habe, habe Dr. A. zur Wertung des Leistungsvermögens nicht gängige Leitlinien beigezogen, die zur Grundlage hätten, dass nicht die Diagnose bzw. die Störung an sich für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung maßgeblich sei, sondern die dadurch hervorgerufenen tatsächlichen funktionellen Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltagsleben. Hierzu fänden sich im Gutachten von Dr. A. keine stichhaltigen Aussagen wenn auch im Verlauf der Jahre eine leichtgradige Befundverschlechterung erkennbar sei, die jedoch eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens nicht hinreichend begründen lasse. Auch der in der Bestätigung vom 1. Oktober 2010 bescheinigte fünftägige weitere stationäre Klinikaufenthalt wegen Depression und schwergradiger Ausprägung lasse allenfalls die Vermutung einer Leistungsminderung zu, Rückschlüsse oder gar eine Beweiskraft für die Vergangenheit seien daraus nicht abzuleiten. Insbesondere ergebe sich keine neue Beurteilungsgrundlage für die Zeit nach dem 31. Dezember 2002. Prof. Dr. V. bestätige zuletzt anhand einer sehr ausführlichen Untersuchung nochmals Restbeschwerden infolge degenerativer WS-Veränderungen sowie reaktiv rezidivierende depressive Störungen von leichtgradiger Ausprägung, verbunden mit Hypochondrie und einer Neigung zur Aggravation. Daraus leite er nochmals ein mehr als sechsstündiges Leistungsvermögen ab und bestätige auch, dass sich das psychische Beschwerdebild in den letzten Jahren nicht verschlechtert habe. Zusammengefasst ergebe sich aus dem nervenärztlichen Störungsbild keine dauerhafte Leistungsbeeinträchtigung.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144 SGG statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist zwar nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden, die gilt, weil das Urteil dem Bevollmächtigten der Klägerin in Deutschland zugestellt worden ist, doch ist sie deshalb fristgerecht, weil die Rechtsmittelbelehrung des SG insofern falsch gewesen ist, als dort eine Rechtsmittelfrist von drei Monaten angegeben worden ist, die gilt, wenn das Urteil im Ausland zugestellt wird (§ 153 Abs. 1 i. V. m. § 87 Abs. 1 Satz 2 SGG; vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 151 Rdnr. 6). Die Berufung ist jedoch unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit über den 31. Dezember 2002 hinaus oder auf Rente wegen Erwerbsminderung auf Grund eines nach dem 31. Dezember 2002 eingetretenen neuen Leistungsfalles.

Mit dem angefochtenen ablehnenden Bescheid vom 11. August 2003 und dem Widerspruchsbescheid vom 21. Januar 2004 hat die Beklagte nach dem Wortlaut der Entscheidung nur über das Bestehen eines Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit entschieden und einen solchen Anspruch verneint. Da die Klägerin bis 31. Dezember 2002 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezogen hat, wäre bei fortbestehender Erwerbsunfähigkeit ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit weiter in Betracht gekommen. Allerdings war bei der Sachlage auch zu entscheiden, ob ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung auf Grund eines nach Januar 2003 eingetretenen Leistungsfalles und damit auf Grund des zum 1. Januar 2001 in Kraft getretenen neuen Rentenrechts in Betracht kommt. Mit

der Ablehnung der Rente hat die Beklagte jedweden Anspruch auf Gewährung von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgelehnt, auch wenn sie die Bestimmungen des ab 1. Januar 2001 geltenden Rechts nicht ausdrücklich benannt hat. Das hilfsweise erhobene Begehren auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung nach dem ab 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Recht stellt insofern auch keine Klagänderung im Sinne von § 99 Abs. 3 Nr. 1 SGG dar (vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 2005, B 13 RJ 31/04 R, in SozR 4-2600 § 43 Nr. 3, auch zur Befugnis des Gerichts über einen Anspruch nach Rechtsänderung nach neuem Recht zu entscheiden). Auch das SG hat, wie dem Urteil zu entnehmen, neben einem Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auch einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung geprüft und verneint. Im Ergebnis ist dies auch zutreffend, denn die Klägerin war über den 31. Dezember 2002 hinaus nicht berufs- oder erwerbsunfähig und im Übrigen auch nicht erwerbsgemindert.

Soweit die Weitergewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit im Anschluss an die bis 31. Dezember 2002 bewilligte Rente strittig ist, ist gemäß § 300 Abs. 1 und 2 SGB VI das SGB VI in der bis 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (SGB VI a.F.) heranzuziehen. Soweit ein neuer Leistungsfall nach dem 31. Dezember 2002 und die Gewährung von Rente wegen voller (oder teilweiser) Erwerbsminderung geltend gemacht wird, ist das SGB VI in der ab 01. Januar 2001 geltenden Fassung (SGB VI n.F.) maßgeblich.

Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit hatten nach den bis 31. Dezember 2000 geltenden Bestimmungen Versicherte, die die allgemeine Wartezeit erfüllten, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit nachweisen konnten und darüber hinaus erwerbsunfähig waren (§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB VI a.F.).

Erwerbsunfähig waren nach § 44 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz SGB VI a.F. Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande waren, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das 630 DM überstieg. Erwerbsunfähig war dagegen nicht, wer eine selbstständige Tätigkeit ausübte oder eine Tätigkeit vollschichtig ausüben konnte, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen war (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB VI a.F.).

Nach § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in der ab 01. Januar 2001 geltenden Fassung (SGB VI n.F.) haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie - u. a. - teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind.

Nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI n.F. sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI n.F. sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach § 43 Abs. 3 SGB VI n.F. ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Gemessen an den vorstehenden Voraussetzungen war die Klägerin über den 31. Dezember 2002 hinaus nicht erwerbsunfähig, denn sie konnte ab Januar 2003 ihr zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig verrichten. Damit hat die Klägerin keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, die ihr die Beklagte bis 31. Dezember 2002 gewährt hat.

Ab Anfang 2003 war die Klägerin jedenfalls nicht (mehr) erwerbsunfähig, da sie leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (wieder) vollschichtig verrichten konnte. Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend zunächst aus dem Gutachten des Prof. Dr. K. vom 23. April 2003, wonach jedenfalls zum Zeitpunkt von dessen Untersuchung am 28. März 2003 lediglich eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren war und auch auf neurologischem Fachgebiet keine Krankheiten, Gebrechen oder Schwächen feststellbar waren, insbesondere keine Hinweise auf akute oder chronische Wurzelreizerscheinungen oder Wurzelkompressionen, und die Klägerin bei der Untersuchung auch keine entsprechenden Beschwerden angab. Bei der eingehenden Untersuchung von Prof. Dr. K. vom März 2003 fanden sich mithin keine gravierenden Befunde, die die Annahme eines unter vollschichtigen Leistungsvermögens bei leichten körperlichen Tätigkeiten zu rechtfertigen vermocht hätten. Etwas anderes, insbesondere eine dauerhafte schwerwiegende Erkrankung auf psychiatrischem Gebiet, ergibt sich für die Zeit von Januar bis Oktober 2003 auch nicht dadurch, dass die Klägerin nach in den Akten enthaltenen ärztlichen Äußerungen im Oktober 2003 einen Suizidversuch unternommen hat. Bei einem solchen handelt es sich ggf. um eine Handlung auf Grund einer akuten, nicht notwendig dauerhaften, gesundheitlichen Störung oder auf Grund sonstiger nicht notwendig krankhafter äußerer Umstände. Wesentliche Befunde auf psychiatrischem Fachgebiet sind für den genannten Zeitraum jedenfalls nicht belegt. Dies wurde auch bestätigt durch die – nach Auswertung auch der im Widerspruchsverfahren vorgelegten Arztberichte - ärztlichen Stellungnahmen von Dr. W. vom 04. August 2003 und 18. November 2003. Gemäß diesen Stellungnahmen bestanden eine depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, ein Z. n. Suizidversuch [10/03], Schwindel, Kopfschmerzen, WS-Verschleißerscheinungen, Hypotonie und eine Thalassämia minor und war eine Akutbehandlung wegen eines Suizidversuchs erfolgt. Eine dauerhafte quantitative Leistungseinschränkung auf unter vollschichtig ist damit nicht belegt. Die Klägerin konnte - von eventuellen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit abgesehen - nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. W. leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes - ohne häufiges Bücken, Absturzgefahr, Zwangshaltungen, besonderen Zeitdruck sowie Eigen- und Fremdgefährdung - vollschichtig verrichten. Dies wurde auch bestätigt durch spätere Gutachten des Prof. Dr. V. im Jahr 2004 und zuletzt 2011 sowie das Sachverständigengutachten des Dr. S ... Selbst die Neurochirurgin Dr. A., die die Klägerin im Jahr 2004 untersucht hat, hat diese Leistungsbeurteilung für das Jahr 2003 nicht zu widerlegen vermocht. Damit ist nicht feststellbar, dass die Klägerin über den 31. Dezember 2002 hinaus unter vollschichtig leistungsfähig für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes und damit erwerbsunfähig war.

Soweit ein Anspruch auf Grund eines Leistungsfalles nach Januar 2003 in Betracht kommt, sind hier allein die Bestimmungen des SGB VI n.F. maßgebend mit der Folge, dass darauf abzustellen ist, ob das Leistungsvermögen auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich herabgesunken ist. Auch dies ist für den Senat unter Berücksichtigung aller vorliegender ärztlicher Äußerungen und Gutachten nicht feststellbar. Soweit bei der Klägerin Einschränkungen bestehen, sind diese lediglich qualitativer, nicht jedoch quantitativer Art (weniger als sechs Stunden täglich). Eine quantitative Leistungsminderung dauerhafter Art ist nicht nachgewiesen.

Dies ergibt sich für den Senat neben dem genannten Gutachten von Prof. Dr. K. auch aus dem vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Prof. Dr. V. vom 27. November 2004 und den von der Beklagten hierzu vorgelegten Stellungnahmen von

Dr. G. sowie den vom Senat eingeholten Sachverständigengutachten von Dr. S., der alle in den Akten enthaltenen ärztlichen Befunde berücksichtigt und ausgewertet hat, und des Prof. Dr. V., der die Klägerin im Jahr 2011 nochmals untersucht und begutachtet hat, sowie auch den von der Beklagten vorgelegten und als qualifizierten Beteiligtenvortrag verwertbaren Stellungnahmen von Dr. S. und Dr. G ...

Prof. Dr. V. hat wie schon im Gutachten vom 27. November 2004 auch im Gutachten vom 23 März 2011 die Auffassung vertreten, die Klägerin sei aus rein neurologisch-psychiatrischer Sicht in der Lage, leichte übliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend im Sitzen - ohne Wechselschicht, Nachtschicht, besonderen Zeitdruck, häufiges Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten über 7 kg, Notwendigkeit voller Gebrauchsfähigkeit beider Hände, Eigen- und Fremdgefährdung, häufiges Bücken, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr, Tätigkeiten an gefährdenden Maschinen oder solchen, die die volle körperliche oder psychische Gebrauchsfähigkeit sowie Denkfertigkeit, Initiative, andauernde Aufmerksamkeit, nervöse Anspannung und besondere Verantwortung erfordern, sowie ohne Gefährdung durch starke Temperaturunterschiede, Kälte, Hitze, Zugluft, Nässe, Lärm und inhalative Reizstoffe - vollschichtig zu verrichten. Sie könne auch Wegstrecken von 500 Metern in ca. 15 bis 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und zweimal täglich während der Hauptverkehrszeiten öffentliche Verkehrsmittel benutzen.

Diese Leistungseinschätzung hat Prof. Dr. V. für den Senat schlüssig und nachvollziehbar mit den erhobenen Befunden begründet. Bei der ersten Begutachtung zeigte die Klägerin einen schwermütigen mit depressiven Gesichtsausdruck, kraftlose und träge Körperbewegungen mit langsamen zögernden, aber trotzdem sicheren Schritten. Ein Anhalt für eine psychotische Störung fand sich nicht. Allerdings bestehe eine reaktive Depression im Zusammenhang mit Hypochondrie und Aggravation. Bei der zweiten Untersuchung im Jahr 2011 betrat die Klägerin wiederum schwermütig mit depressivem Gesichtsausdruck, außerordentlicher Unschlüssigkeit, kraftlosen und trägen Körperbewegungen sowie langsamen, zögernden, aber trotzdem sicheren Schritten das Untersuchungszimmer und ließ sich wie schon 2004 in einen Sessel sinken. Die gestellten Fragen beantwortete die Klägerin bei beiden Untersuchungen bestimmt und genau. Es fand sich kein Anhalt für formale und inhaltliche Denkstörungen wie dies im Rahmen des depressiven Krankheitsgeschehens zu erwarten wäre. Insgesamt war der Rapport gut während der Exploration und bestand eine gute Kooperation bei der körperlich-neurologischen Untersuchung. Die Klägerin war bewusstseinsklar und völlig orientiert. Ein Benommenheitsgefühl bzw. eine Bewusstseinstrübung fand sich nicht, auch kein Anhalt für das Vorliegen eines beginnenden organischen Psychosyndroms. Für Wahrnehmungsstörungen, insbesondere illusionäre Verkennung oder halluzinierte Erlebnisse fand sich kein Anhalt. Eine deutliche Merkfähigkeitsschwäche lag nicht vor. Gedächtnisstörungen sowohl für neuere als auch ältere Ereignisse waren nicht festzustellen. Der Gedankenablauf war regelrecht. Die Klägerin wiederholte ihre Angaben zu früheren Angaben bezüglich zweier Selbstmordversuche (2003 und 2005). Bei der Untersuchung fehlten alle anderen Zeichen eines präsuizidalen Syndroms.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Neurochirurgin A. mitgeteilten Befund. Sie beschrieb ein gepflegtes äußeres Erscheinungsbild. Die Klägerin war bewusstseinsklar, autopsychisch, örtlich, zeitlich und zum Zweck der Untersuchung in vollem Umfang orientiert. Im Kontakt war sie zurückhaltend und dabei stets den angemessenen individuellen Abstand wahrend. Derr Rapport war gut und sie beantwortete die gestellten Fragen langsam und vollständig. Die Sprache war deutlich und gut moduliert. Die Konzentrationsfähigkeit war uneingeschränkt erhalten. Während der körperlichen Untersuchung war die Kooperation gut. Die Grundstimmung war depressiv-ängstlich. Die emotionale Schwingungsfähigkeit fehlte, die Mimik war nahezu fehlend. Der Gedankengang war formal und inhaltlich geordnet, dabei vermehrt um das depressive Erleben kreisend. Auch Dr. A. fand keine Hinweise auf produktiv psychotische Phänomene oder paranoides Erleben. Die psychomotorischen Abläufe waren leicht verlangsamt. Es bestanden kein Hinweise auf höhergradige Störungen anderer kognitiver und anamnestischer Leistungen. Eine Suizidalität war nicht fassbar. Daneben sah Dr. A. keinen Anhalt für eine bewusstseinsnahe Simulation oder Aggravation der Beschwerden und Behinderungen sowie keine Verdeutlichungstendenzen.

Unter Berücksichtigung dessen ist die Leistungsbeurteilung von Prof. Dr. V., die in Übereinstimmung steht mit den Stellungnahmen von Dr. G., Dr. S. und Dr. G. sowie dem Sachverständigengutachten des Dr. S., schlüssig.

Soweit der Psychiater Dr. T. bei seiner Anhörung nach § 109 SGG eine Leistungsminderung angenommen hat, sind dessen Ausführungen weder schlüssig noch überzeugend und beruhen nicht auf einem dargestellten, die Schlussfolgerungen tragenden selbst erhobenen psychiatrischen Befund. Seine Angaben erschöpfen sich dabei im Wesentlichen in der narrativen Wiedergabe von Äußerungen der Klägerin bzw. anderer Ärzte.

Soweit Dr. A. in ihrem Gutachten und ihrer Stellungnahme gegenüber dem SG die Auffassung vertreten hat, die Klägerin könne aus neurochirurgischer Sicht zwar viermal täglich Wegstrecken von 500 Meter in 20 Minuten zurücklegen und auch zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel mit einer Fahrzeit von unter 30 Minuten benutzen und von einer täglichen Arbeitszeit von vier bis unter sechs Stunden ausgeht, ist zunächst festzuhalten, dass die Angaben der Sachverständigen insofern ein zeitliches Restleistungsvermögen im Bereich von vier bis unter sechs Stunden zulassen, also nicht deutlich unter dem zu fordernden zeitlichen Leistungsvermögen von sechs Stunden liegen. Allerdings hat Dr. A. keine überzeugenden Befunde genannt, die ihre Einschätzung des Leistungsvermögens aus neuchirurgischer Sicht rechtfertigen. Dies folgt für den Senat schlüssig und überzeugend aus den Einwänden von Dr. G. und auch im Nachhinein nach Auswertung der Befunde und Darstellungen dem vom Senat eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. S. und im zuletzt eingeholten weiteren Gutachten des Prof. Dr. V ... Aus diesem und aus den von der Beklagten vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen von Dr. S. und Dr. G. im Berufungsverfahren ist für den Senat zu schließen, dass bei der Klägerin ein Leistungsvermögen unter sechs Stunden auch auf dem Fachgebiet der Dr. A. nicht nachgewiesen ist.

Soweit Dr. A. auch auf psychische Störungen verweist, ist - wie von ihr eingeräumt - festzustellen, dass das psychiatrische Fachgebiet nicht das ihre ist und im Übrigen die Fachärzte auf psychiatrischem Gebiet, Prof. Dr. V., Dr. S. und Dr. G. übereinstimmend zum Ergebnis gelangt sind, dass eine - von akuten Erkrankungen abgesehen - dauerhafte quantitative Leistungsminderung auf psychiatrischem Fachgebiet auf unter sechs Stunden nicht als nachgewiesen angesehen werden kann. Die Sachverständigen und Gutachter haben hierbei sämtliche objektiven Befunde ausgewertet und Prof. Dr. V. hat die Klägerin selbst nochmals für das Gutachten vom 29. März 2011 untersucht. Dabei hat sich wiederum ergeben, dass eine schwerwiegende Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet bei wiederholten Untersuchungen nunmehr fachärztlich nicht festgestellt worden ist. Andererseits haben die Gutachter durchaus Aggravation und Hypochondrie festgestellt, was gerade ein kritisches Hinterfragen der Angaben der Klägerin selbst erforderlich macht. Dieses kritische Hinterfragen wird allerdings vom Senat im Gutachten der Dr. A. vermisst, so dass er sich diesem nicht anzuschließen vermag.

Auch der Sachverständige Dr. S. ist in seinem nervenärztlichen Gutachten zum Ergebnis gelangt, dass eine rentenrechtlich relevante Minderung des Leistungsvermögens nicht nachgewiesen ist. Er hat die Klägerin zwar nicht selbst untersucht, doch hat er nachvollziehbar dargelegt, dass die nach Aktenlage vorliegenden Befunde eine entsprechende Einschränkung dauerhafter Art nicht belegen. Er geht von einem depressiven Syndrom und einem somatoformen sowie einem lumbalen Schmerzsyndrom aus. Der Ausprägungsgrad der depressiven Störung ist nach dem Aktenmaterial nicht eindeutig festzulegen. Zwischen Januar 2003 bis April 2009 haben wahrscheinlich unterschiedlich S. ausgeprägte depressive Zustände vorgelegen, wobei die Abgrenzung einer anhaltend mittelgradig oder anhaltend schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik auf Basis des Aktenmaterials Dr. S. nicht möglich war. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung lag rückblickend für den ganzen Zeitraum vor. Die von Dr. A. angegebene Nervenwurzelkompression ist lediglich klinisch diagnostiziert. Verifizierende und objektivierende neuroradiologische und elektrophysiologische Untersuchungen für die angenommenen BS-Vorfälle fehlen, weswegen insofern - so Dr. S. - nur von einer Verdachtsdiagnose ausgegangen werden kann. Prof. Dr. K. hat Anfang 2003 eine Nervenwurzelreiz- oder Ausfallsymptomatik ausdrücklich ausgeschlossen und Prof. Dr. V. hat lediglich eine Abschwächung des Achillessehnenreflexes links stärker als rechts feststellen können mit einer BS-Protrusion. Weder eine somatoforme Schmerzstörung, noch ein Nervenwurzelkompression in dem von Dr. A. beschriebenen Ausmaß begründen - so Dr. S. - bei Beachtung qualitativer Einschränkungen die Annahme einer relevanten Minderung der Ausdauerleistungsfähigkeit. Die von Prof. Dr. K. und Prof. Dr. V. 2003 bzw. 2004 erhobenen Befunde ließen - so Dr. S. - weiter ein vollschichtiges Leistungsvermögen zu. Auch die von Dr. A. in ihrem Gutachten dargestellte depressive Symptomatik begründet nicht die Annahme einer mittelgradigen oder gar schwergradigen depressiven Störung und rechtfertigt auch nicht die Annahme einer zeitlichen Leistungsminderung. Eine mittelgradige oder schwergradige depressive Störung mit oder ohne psychotische Symptome ist nur in den qualitativ problematisch zu beurteilenden Gutachten von Dr. C. vom 14. März 2002, das vor dem hier zu beurteilenden Zeitraum erstellt worden ist, und Dr. T. vom 31. Januar 2006 sowie dem IKA-Gutachten vom 29. April 2009 zu entnehmen. Die bis zu seinem Gutachten vorliegenden ärztlichen Äußerungen und Stellungnahmen lassen - so Dr. S. für den Senat überzeugend - eine relevante quantitative Leistungsminderung und eine relevante qualitative Leistungsminderung jedenfalls nicht stichhaltig begründen. Ob eine psychotherapeutische Behandlung bzw. adäquate Therapie überhaupt stattfindet, ist - so der Sachverständige - den Akten nicht zu entnehmen. Alles, was anamnestisch wie diagnostisch relevant für die Beurteilung einer affektiven Erkrankung und die Beurteilung chronischer Schmerzen ist, findet sich im Gutachten von Dr. A. nicht oder nur ansatzweise, wie Dr. S. zutreffend ausgeführt hat.

Im Übrigen ist mit der nochmaligen Begutachtung durch Prof. Dr. V. eine weitere Untersuchung erfolgt, die jedoch - wie schon ausgeführt - auch keine rentenrechtlich relevante Minderung des Leistungsvermögens zu belegen vermochte.

Angesichts dessen, vermag der Senat nicht festzustellen, dass das Leistungsvermögen der Klägerin - wie für einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung erforderlich - auf weniger als sechs Stunden nicht nur vorübergehend abgesunken ist.

Da auch keine außergewöhnlichen qualitativen Einschränkungen und keine Summierung schwerer spezifischer Leistungseinschränkungen vorliegen, die nicht bei leichten Frauenarbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes einfacher Art Beachtung finden können, ist die Klägerin nicht erwerbsgemindert und hat sie auch keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Im Übrigen kommt - unabhängig davon, dass dies auch nicht beantragt wurde - ein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit weder nach den Bestimmungen des SGB VI in der bis 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (§ 43 SGB VI a.F.), noch nach den Bestimmungen des SGB VI in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung (§ 240 SGB VI n.F.) in Betracht, da der Klägerin auf Grund ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumutbar sind und sie solche - wie oben dargelegt - ohne rentenrechtlich relevante zeitliche Einschränkung verrichten konnte und kann.

Da das SG somit zu Recht die Klage im Ergebnis abgewiesen hat, weist der Senat die Berufung zurück. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2011-11-23