

L 13 R 2966/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 467/16
Datum
05.07.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 2966/16
Datum
24.01.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 5. Juli 2016 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung auch über die Kosten des Verfahrens an das Sozialgericht Ulm zurückverwiesen.

Tatbestand:

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der am 3. November 1969 geborene Kläger war nach einer Fachschul- und Berufsausbildung im Zeitraum von Oktober 1989 bis Oktober 2012 - mit Unterbrechungen (u.a. Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit) - versicherungspflichtig beschäftigt, zuletzt als Altenpfleger. Seither bezieht er Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit. Wegen der Einzelheiten der versicherungsrechtlichen Zeiten wird auf den Gesamtkontospiegel vom 2. März 2015 verwiesen.

Der Kläger, der 1984 ein Schädelhirntrauma (SHT) erlitten hat und bei dem ein Grad der Behinderung von 70 festgestellt ist (Funktionseinschränkungen: u.a. Hirnschädigung, symptomatisches Anfallsleiden), leidet neben anderen Erkrankungen u.a. unter Epilepsie (erster Krampfanfall 2008) und sonstigen Leiden auf psychiatrischem Gebiet (u.a. Depressionen).

Neben Erkrankungen auf HNO-ärztlichem und internistischem Gebiet sind beim Kläger seit 2013 Erkrankungen des psychiatrischen Bereichs mit im Verlauf unterschiedlicher Ausprägung dokumentiert, Hinweise für eine mittelgradige Depression und kognitive Defizite, möglicherweise im Kontext des im Jahr 1984 erlittenen SHT und akzentuiert durch die vorliegende Depression im Bericht der Hochschulambulanz für Neurologie des Universitätsklinikums U., Prof. Dr. U., vom 20. Februar 2013, eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Episode und akzentuierte Persönlichkeitszüge im Bericht der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums U., Prof. Dr. G., vom 22. März 2013 (nach tagesklinischer Behandlung vom 12. Dezember 2012 bis 6. Februar 2013), eine rezidivierende depressive Störung mit (aktuell) mittelgradiger Depression im Bericht der Neurologischen Universitätsklinik U., Prof. Dr. L./Prof. Dr. R., vom 23. April 2013 und ebenso wieder im Bericht der C. Fachklinik F. vom 29. Juli 2013 (Behandlung vom 11. Juni bis 13. Juli 2013), eine depressive Störung, Agoraphobie und generalisierte Angststörung im Bericht der Internistin Dr. G. vom 3. September 2013, eine rezidivierende depressive Störung, Agoraphobie und Angststörung im arbeitsamtsärztlichen Gutachten der Dr. W., eine Angststörung im Bericht des Internisten Dr. S.-K. vom 18. Februar 2014, eine depressive Episode, ein V.a. Somatisierungsstörung und eine Angststörung im Bericht P.-Klinik für Neurologie, Epilepsiesprechstunde, Oberärztin PD Dr. F., vom 27. März 2014, Angst und Depression gemischt und V.a. kombinierte Persönlichkeitsstörung im Bericht der Klinik a. s. M. vom 8. September 2014 (stationäre Behandlung vom 13. August bis 10. September 2014) sowie eine depressive Episode bei posttraumatischer Belastungsstörung [PTBS], eine somatoforme autonome Funktionsstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung in den Berichten der PD Dr. F. vom 30. Oktober und 10. Dezember 2015.

Neben diesen psychiatrischen Leiden sind u.a. auf neurologischem Gebiet seit 2013 im Bericht des Prof. Dr. U. vom 20. Februar 2013 Einschränkungen des verbalen episodischen Neugebüchtnisses und Beeinträchtigungen der phonologischen Wortflüssigkeit, im Bericht des Prof. Dr. G. vom 22. März 2013 (über die tagesklinische Behandlung vom 12. Dezember 2012 bis 6. Februar 2013) eine Epilepsie, im Bericht von Prof. Dr. L./Prof. Dr. R. vom 23. April 2013 eine symptomatische Epilepsie mit komplex-fokalen und generalisierten epileptischen Anfällen bei Z. n. SHT 1984 und eine Migräne ohne Aura, im Bericht der C. Fachklinik F. vom 29. Juli 2013 (Behandlung vom 11. Juni bis 13. Juli 2013) eine Migräne mit Aura, im arbeitsamtsärztlichen Gutachten der Dr. W. vom 4. September 2013 eine Migräne mit Aura und eine symptomatische Epilepsie, im Bericht des Bundeswehrkrankenhauses U. von PD Dr. W. vom 13. Januar 2014 (stationäre neurologische Behandlung vom 3. bis 13. Januar 2014 nach Zuweisung durch den Rettungsdienst nach generalisiertem Krampfanfall) eine Anfallsreihe bei bekanntem Anfallsleiden mit fokal eingeleitetem sekundär generalisiertem Anfall, Kopfplatzwunde parietal am 2. Januar 2014 chirurgisch

mit Naht versorgt, und eine Hippocampus-Sklerose links, im Bericht des Dr. S.-K. vom 18. Februar 2014 ein cerebrales Anfallsleiden mit fokale eingeleitetem und an sekundär generalisiertem Anfall im Januar 2014 sowie ein Z. n. SHT, im Bericht der P.-Klinik für Neurologie, Epilepsiesprechstunde, Oberärztin PD Dr. F., vom 27. März 2014 eine bislang kryptogene Epilepsie mit aphasischen und automotorischen komplex-fokalen Anfällen sowie sekundär generalisierten Anfällen bislang ungeklärter Ätiologie, im Bericht der Klinik a. s. M. vom 8. September 2014 (stationäre Behandlung vom 13. August bis 10. September 2014) eine Migräne und Epilepsie, sowie in den Berichten der PD Dr. F., vom 30. Oktober und 10. Dezember 2015 eine kryptogene Epilepsie mit aphasischen und automotorischen komplex-fokalen Anfällen sowie sekundär generalisierten Anfällen bislang ungeklärter Ätiologie diagnostiziert.

Ferner liegen Gutachten des Facharztes für Nervenheilkunde S. vom 18. November 2013 (Diagnosen [D]: V.a. schizoide Persönlichkeitsstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig symptomfrei, Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung, Epilepsie derzeit anfallsfrei; bei Beachtung qualitativer Einschränkungen sechs Stunden arbeitsfähig) und der Ärztin für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. B. am 14. Mai 2014 wegen der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt (D: Cerebrales Krampfleiden mit fokale eingeleiteten, sekundär generalisierten Krampfanfällen bei Hippocampus-Sklerosen links, letzte Anfälle im Januar 2014, Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Beatmung nachts in derzeit nicht optimaler Führung und Tagesmüdigkeit, Thyroxin-substituierte Hypothyreose, Migräne ohne Aura, Steatosis hepatis Grad II, Cholezystolithiasis, Hypakusis beidseits, depressive Anpassungsstörung an familiäre und berufliche Probleme sowie Leistungsdefizite, chronisch abdominelles Schmerzsyndrom, DD Porphyrie; medizinische Rehabilitation sehr anzuraten; leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen über sechsstündig möglich) vor.

Den Rentenantrag des Klägers vom 25. Februar 2015, den dieser u.a. auch mit einer PTBS und weiteren Erkrankungen begründete und zu dem er auf die Erforderlichkeit einer Psychotherapie verwies, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27. März 2015 und Widerspruchsbescheid vom 3. Februar 2016 ab, da der Kläger leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit qualitativen Einschränkungen sechs Stunden und mehr verrichten könne.

Grundlage der ablehnenden Entscheidung war neben den oben genannten Berichten ein Befundbericht der neurologischen Abteilung des Universitäts-P.-Klinikums U. vom 17. März 2015 (D: Kryptogene Epilepsie mit aphasischen und autonomen komplex-fokalen Anfällen sowie sekundär generalisierten Anfällen, Schlafapnoe-Syndrom, Hypothyreose, depressive Episode bei PTBS, somatoforme autonome Funktionsstörung, kombinierte Persönlichkeitsstörung, Z. n. SHT 1984; von Januar 2014 bis 27. November 2014 anfallsfrei, nun Behandlung wegen der Epilepsie), ein Befundbericht der Internistin Dr. G. vom 20. März 2015 (D: Cerebrales Anfallsleiden, Schlafapnoe-Syndrom, Angststörung, Hypothyreose) sowie eine sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. B. mit Dr. G. vom 24. März 2015 (eine abweichende Leistungseinschätzung gegenüber dem eigenen Gutachten [Dr. B., sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bei Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben] und dem Heilverfahren-Entlassungsbericht [HV-EB] der Klinik a. s. M. in B. S. vom 8. September 2014 lasse sich nicht begründen). Auf den Widerspruch des Klägers, mit welchem dieser auf die seines Erachtens bestehende Notwendigkeit einer Begutachtung verwiesen hat, hatte die Beklagte noch einen Befundbericht des HNO-Arztes Dr. B. vom 16. Juni 2015 (D: Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits mit Hörgerät beidseits, Schlafapnoe-Syndrom, Epilepsie) eingeholt und Dr. B. und Dr. G. hatten in einer weiteren Stellungnahme vom 16. Juni 2015 an ihrer bisherigen Einschätzung des Leistungsvermögens (leichte bis mittelschwere Arbeiten über sechs Stunden möglich) festgehalten.

Deswegen hat der Kläger am 11. Februar 2016 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben und Angaben über weitere Behandlungen im März 2016 bei Dr. B., Dr. R. und Dr. B. (Pneumologe) gemacht. Wegen einer PTBS und Depressionen sei er auch regelmäßig wöchentlich in Behandlung bei der Psychotherapeutin Dr. G. ... Ferner sei er in Behandlung bei der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. und auch bis Februar 2015 in psychologisch-psychiatrischer Behandlung bei Dr. W. im RKU, die eine PTBS diagnostiziert habe, gewesen. Wegen ständiger HWS-Beschwerden sei er vom Radiologen Prof. G. untersucht worden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien derart schwerwiegend, dass selbst leichteste Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur deutlich unter sechs Stunden täglich möglich seien. Er leide insbesondere unter einem Anfallsleiden, Dauerschmerzen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, HWS-Problemen, Schilddrüsen- und Schlafstörungen und einer Hörschädigung. Die behandelnden Ärzte könnten dies bestätigen.

Das SG hat die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Sie hat am 22. April 2016 angegeben, der Kläger sei seit 14. Februar 2012 in Behandlung. Die letzte Vorstellung sei am 4. April 2016 gewesen. Beim Kläger bestünden ein cerebrales Anfallsleiden und eine PTBS. Seit Mai 2014 sei keine wesentliche Verschlechterung eingetreten, aber auch keine Verbesserung. Auf die Frage nach zu beachtenden qualitativen Einschränkungen hat Dr. A. diese genannt. Zur zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens hat das SG die Zeugin nicht gehört. Die letzte Arbeitsunfähigkeit dauere seit 1. Juni 2015 bis jetzt 17. Juni 2016.

Auf den Hinweis des SG, es sei beabsichtigt, durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, hat der Kläger nochmals persönlich umfassend vorgetragen, auf weitere Untersuchungen hingewiesen und eine Äußerung der Dipl.-Psych. und psychologischen Psychotherapeutin Dr. G. vom 28. April 2016 vorgelegt (D: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet; Komplextraumatisierung, V.a. kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen; eine Langzeitpsychotherapie sei beantragt worden, inzwischen seien 26 Therapiestunden erfolgt; eine genauere Diagnostik im Behandlungsverlauf anhand des Inventars zur komplexen PTBS habe eine komplexe Traumafolgestörung [mit allen Kriterien] ergeben; eine körperliche Misshandlung des Klägers ab dem zweiten Lebensmonat stütze die Diagnose einer komplexen PTBS; prognostisch lange Behandlungsdauer mit eng gefassten Therapiezielen, vor allem eine psychische Stabilisierung und Aufbau von Selbstfürsorge).

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 5. Juli 2016 abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung seien nicht erfüllt, da der Kläger leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bei Beachtung qualitativer Einschränkungen vollschichtig verrichten könne. Dies folge aus den Gutachten der Dr. B. und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie/Nervenarztes S. sowie der Aussage der Dr. A., gemäß der sich eine relevante Veränderung gegenüber dem Gutachten der Dr. B. nicht ergeben habe. Der Einholung weiterer Befundanfragen habe es nicht bedurft, da der Kläger nach seinen Angaben die Ärzte über einen längeren Zeitraum nicht aufgesucht habe, sodass von einem durchgehenden Behandlungsbedarf nicht ausgegangen werden könne. Auf Grund erstmal im März 2016 "wohl wieder erfolgter Vorstellungen" und einzelner Behandlungstermine könne nicht auf eine Beeinträchtigung geschlossen werden, die mindestens sechs Monate andauere und zu einer dauernden Leistungsminderung führe und keiner Therapie zugänglich sei.

Gegen den am 7. Juli 2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 8. August 2016 Berufung eingelegt. In der Berufungsbegründung vom 21. November 2016 rügt er, dass die Psychologin Dr. G. aus den von ihm am 20. Mai 2016 dargelegten Gründen und die Dr. W. zu hören gewesen wären, ebenso die neu behandelnden Ärzte Dr. W. (Allgemeinmediziner), die Ärzte der P.-Klinik für Neurologie in der Epilepsiesprechstunde im RKU U. und der Neurologe und Psychiater Dr. K. ... Auf die Abweichungen in der Diagnostik zwischen der Auskunft der Dr. A. vom 22. April 2016 und der Dipl.-Psych. Dr. G. vom 28. April 2016 sei das SG auch nicht eingegangen. Ferner hat der Kläger in einem von seinem Bevollmächtigten vorgelegten Schreiben - zum Teil wiederholend - gesundheitliche Einschränkungen und seine Lebenssituation dargelegt sowie Angaben über fortdauernde Behandlungen gemacht. Weitere Ermittlungen seien erforderlich.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 5. Juli 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27. März 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. Februar 2016 zu verurteilen, ihm ab 1. Februar 2015 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheidet, ist insoweit begründet, als der angefochtene Gerichtsbescheid aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das SG zurückzuverweisen ist.

Gemäß § 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG kann das Landessozialgericht durch Urteil eine mit der Berufung angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an das Sozialgericht zurückverweisen, wenn das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet und auf Grund dieses Mangels eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig ist.

Die tatbestandlichen Voraussetzungen dieser Bestimmung sind erfüllt. Ein Mangel des Verfahrens liegt vor, wenn gegen eine das gerichtliche Verfahren regelnde Vorschrift verstoßen wird. Wesentlich ist dieser Mangel, wenn die Entscheidung darauf beruhen kann (vgl. z.a. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 159 Rdnr. 3, 3a).

Ein zur Zurückverweisung berechtigender wesentlicher Verfahrensmangel liegt insoweit vor, als das SG den entscheidungserheblichen Sachverhalt entgegen der Verpflichtung zur Amtsermittlung (§ 103 SGG) nicht hinreichend aufgeklärt hat. Zu ermitteln sind alle Tatsachen, die, ausgehend von der Rechtsauffassung des SG, für die Entscheidungsfindung in prozessualer und materieller Hinsicht wesentlich sind.

Rechtsgrundlage für die vom Kläger geltend gemachten Ansprüche ist der § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI), der im angefochtenen Gerichtsbescheid wiedergegeben ist. Für einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung ist danach klärungsbedürftig, ob der Kläger aus medizinischen Gründen voll oder teilweise erwerbsgemindert ist (§ 43 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Sätze 2 und 3, Abs. 3 SGB VI) und ob er die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt (§ 43 Abs. 1 Nr. 2 und 3, Abs. 2 Nr. 2 und 3 und Abs. 4 bis 6 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind hier erfüllt, sodass es maßgeblich darauf ankommt, ob die medizinischen Voraussetzungen für eine volle Erwerbsminderung oder teilweise Erwerbsminderung feststellbar sind. Das SG war angesichts dessen gehalten, Ermittlungen zur Aufklärung des Leistungsvermögens des Klägers anzustellen. Hierzu reicht es in diesem Falle nicht, allein die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. zu hören.

Beim Kläger sind seit 2013 Erkrankungen des psychiatrischen Bereichs mit im Verlauf unterschiedlicher Ausprägung dokumentiert. So ergaben sich Hinweise für eine mittelgradige Depression und kognitive Defizite, möglicherweise im Kontext des im Jahr 1984 erlittenen SHT und akzentuiert durch die vorliegende Depression schon aus dem Bericht Prof. Dr. U. vom 20. Februar 2013, eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Episode und akzentuierte Persönlichkeitszüge aus dem Bericht des Prof. Dr. G., vom 22. März 2013 (nach tagesklinischer Behandlung vom 12. Dezember 2012 bis 6. Februar 2013), eine rezidivierende depressive Störung mit (aktuell) mittelgradiger Depression aus dem Bericht von Prof. Dr. L./Prof. Dr. R., vom 23. April 2013 und ebenso wiederum aus dem Bericht der C. Fachklinik F. vom 29. Juli 2013 (Behandlung vom 11. Juni bis 13. Juli 2013) sowie eine depressive Störung, Agoraphobie und generalisierte Angststörung gemäß dem Bericht der Dr. G. vom 3. September 2013. Schließlich sind im Jahr 2014 eine rezidivierende depressive Störung, Agoraphobie und Angststörung im arbeitsamtsärztlichen Gutachten der Dr. W., eine Angststörung im Bericht des Dr. S.-K. vom 18. Februar 2014, eine depressive Episode, ein V.a. Somatisierungsstörung und eine Angststörung im Bericht der Oberärztin PD Dr. F. vom 27. März 2014, Angst und Depression gemischt und V.a. kombinierte Persönlichkeitsstörung im Bericht der Klinik a. s. M. vom 8. September 2014 (stationäre Behandlung vom 13. August bis 10. September 2014) beschrieben. Eine depressive Episode bei PTBS, eine somatoforme autonome Funktionsstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung hat PD Dr. F. gemäß ihren Berichten vom 30. Oktober und 10. Dezember 2015 festgestellt. Auf neurologischem Gebiet bestehen in der Zeit seit 2013 gemäß dem Bericht des Prof. Dr. U., vom 20. Februar 2013 eine Einschränkung des verbalen episodischen Neugeächtnisses Beeinträchtigungen der phonologischen Wortflüssigkeit, nach dem Bericht des Prof. Dr. G. vom 22. März 2013 (über die tagesklinische Behandlung vom 12. Dezember 2012 bis 6. Februar 2013) eine Epilepsie, gemäß dem Bericht von Prof. Dr. L./Prof. Dr. R. vom 23. April 2013 eine symptomatische Epilepsie mit komplex-fokalen und

generalisierten epileptischen Anfällen bei Z. n. SHT 1984 und eine Migräne ohne Aura, laut Bericht der C. Fachklinik F. vom 29. Juli 2013 (Behandlung vom 11. Juni bis 13. Juli 2013) eine Migräne mit Aura sowie gemäß dem arbeitsamtsärztlichen Gutachten der Dr. W. vom 4. September 2013 eine Migräne mit Aura und eine symptomatische Epilepsie. Im Bericht des Bundeswehrkrankenhauses U. von PD Dr. W. vom 13. Januar 2014 (stationäre neurologische Behandlung vom 3. bis 13. Januar 2014 nach Zuweisung durch den Rettungsdienst nach generalisiertem Krampfanfall) ist eine Anfallsreihe bei bekanntem Anfallsleiden mit fokal eingeleitetem sekundär generalisiertem Anfall, Kopfplatzwunde parietal, am 2. Januar 2014 chirurgisch mit Naht versorgt, und eine Hippocampus-Sklerose links beschrieben. Im Bericht des Dr. S.-K. vom 18. Februar 2014 wird ein Cerebrales Anfallsleiden mit fokal eingeleitetem und an sekundär generalisiertem Anfall im Januar 2014 sowie ein Z. n. SHT, im Bericht der Oberärztin PD Dr. F. vom 27. März 2014 eine bislang kryptogene Epilepsie mit aphasischen und automotorischen komplex-fokalen Anfällen sowie sekundär generalisierten Anfällen bislang ungeklärter Ätiologie sowie im Bericht der Klinik a. s. M. vom 8. September 2014 (stationäre Behandlung vom 13. August bis 10. September 2014) eine Migräne und Epilepsie bestätigt. In den Berichten der PD Dr. F., vom 30. Oktober und 10. Dezember 2015 wird wiederum eine kryptogene Epilepsie mit aphasischen und automotorischen komplex-fokalen Anfällen sowie sekundär generalisierten Anfällen bislang ungeklärter Ätiologie diagnostiziert. Daneben liegen sowohl Erkrankungen auf HNO-ärztlichem und internistischem Gebiet vor

Ferner liegen Gutachten des Facharztes für Nervenheilkunde S. vom 18. November 2013 (Diagnosen [D]: V.a. schizoide Persönlichkeitsstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig symptomfrei, Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung, Epilepsie derzeit anfallsfrei; bei Beachtung qualitativer Einschränkungen sechs Stunden arbeitsfähig) und der Ärztin für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. B. am 14. Mai 2014 wegen der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt (D: Cerebrales Krampfleiden mit fokal eingeleiteten, sekundär generalisierten Krampfanfällen bei Hippocampus-Sklerosen links, letzte Anfälle im Januar 2014, Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Beatmung nachts in derzeit nicht optimaler Führung und Tagesmüdigkeit, Thyroxin-substituierte Hypothyreose, Migräne ohne Aura, Steatosis hepatis Grad II, Cholezystolithiasis, Hypakusis beidseits, depressive Anpassungsstörung an familiäre und berufliche Probleme sowie Leistungsdefizite, chronisch abdominelles Schmerzsyndrom, DD Porphyrie; medizinische Rehabilitation sehr anzuraten; leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen über sechsstündig möglich) vor.

Angesichts der vorliegenden Berichte und ärztlichen Äußerungen sowie der Angaben des Klägers wäre es bereits für die Beklagte angezeigt gewesen auf den Rentenanspruch vom 25. Februar 2015 eine Begutachtung mit einer neuen Untersuchung zu veranlassen und nicht - gestützt auf Gutachten aus dem Jahr 2013 und 2014 (Gutachten wegen Leistungen zur Teilhabe) und ergänzende Stellungnahmen der Vorgutachterin Dr. B. mit Dr. G., in denen nach Aktenlage an früheren den früheren Einschätzungen festgehalten wurde - zu entscheiden.

Im Klageverfahren reicht es in diesem Falle angesichts dessen, dass auch die Beklagte im Wesentlichen lediglich ärztliche Gutachten aus dem Jahr 2013 und 2014 herangezogen hat, nicht allein die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. zu hören. Das SG hat diese auch nur zu qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens und nicht zu ihrer Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens befragt, sondern sich allein darauf beschränkt, dass Dr. A. keine wesentlichen qualitativen Einschränkungen beschrieben und eine wesentliche Änderung seit 2014 verneint habe. Der Kläger hat insofern umfassend vorgetragen, dass er weiterhin in ärztlicher Behandlung ist und auch auf weitere anstehende Behandlungstermine im März 2016 hingewiesen. Angesichts dessen wäre das SG gehalten gewesen, zumindest Berichte über die dort angegebenen Behandlung vor seiner Entscheidung durch Gerichtsbescheid am 5. Juli 2016 einzuholen und gegebenenfalls auch ein Sachverständigengutachten einzuholen. Insbesondere ergibt sich hierzu Anlass auch auf Grund der vorgelegten Äußerung der Dr. G. vom 28. April 2016, die aktuell wiederum eine mittelgradige Episode einer depressiven Störung, eine Reaktion auf schwere Belastung, eine Komplextraumatisierung (Erfüllung aller Kriterien einer komplexen Traumafolgestörung) diagnostiziert und den V.a. kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen geäußert hat sowie von einer langen Behandlungsdauer (mit eng gefassten Therapiezielen, vor allem einer psychischen Stabilisierung und Aufbau von Selbstfürsorge) ausgegangen ist.

Da insofern noch weitere umfangreiche Ermittlungen durchzuführen sind, insbesondere vorab die behandelnden Ärzte zu hören sind und naheliegend auch ein neurologisches und psychiatrisches Sachverständigengutachten einzuholen sein wird, fehlt es in weitem Umfang an Ermittlungen, zu denen sich das SG im Rahmen des [§ 103 SGG](#) in diesem Fall hätte gedrängt fühlen müssen. Die angefochtene Entscheidung kann auch auf dieser Unterlassung beruhen. Es sind Ermittlungen zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts noch in weitem Umfang erforderlich, was zwangsläufig einen derartigen Einsatz von personellen und sachlichen Mitteln nach sich zieht.

Im Rahmen des im bei der Entscheidung über die Zurückverweisung auszuübenden Ermessen hat der Senat das Interesse des Klägers an einer möglichst zeitnahen Erledigung des Rechtsstreits gegenüber den Nachteilen durch den Verlust einer Tatsacheninstanz abgehoben und sich angesichts der erheblichen Mängel der Sachaufklärung durch das SG für eine Zurückverweisung entschieden. Hierbei hat er berücksichtigt, dass der Rechtsstreit noch weit von einer Entscheidungsreife entfernt ist, weshalb der Verlust einer Tatsacheninstanz, der wegen der vom SG unterlassenen Aufklärung praktisch eingetreten ist, besonders ins Gewicht fällt. Die Zurückverweisung stellt die dem gesetzlichen Modell entsprechenden zwei Tatsacheninstanzen wieder her. Auch der Grundsatz der Prozessökonomie führt nicht dazu, den Rechtsstreit bereits jetzt abschließend in der Berufungsinstanz durch Nachholung der unterlassenen Ermittlungen und Verlagerung der wesentlichen Ermittlungen in die zweite Instanz zu behandeln wäre. Denn das gesamte Verfahren vor dem Senat hat vom Eingang der Berufung bis zum Tag der Verkündung des Urteils (allein wegen verzögerter Begründung der Berufung) auch nur annähernd ein halbes Jahr in Anspruch genommen. Es erscheint deshalb prozessökonomischer, dem SG zunächst Gelegenheit zur Aufklärung des Sachverhalts in rechtskonformer Weise zu geben, zumal die Beteiligten auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind und keine Einwände erhoben haben.

Soweit der Kläger Zweifel an der Unvoreingenommenheit des Richters erster Instanz geäußert hat, hat der Senat - unabhängig davon, ob von einem Befangenheitsantrag ausgegangen werden kann - darüber nicht zu entscheiden, weil für die Entscheidung über einen Befangenheitsantrag gegen einen Richter erster Instanz das SG zuständig ist ([§ 60 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 45 Abs. 2 Satz 1](#) Zivilprozessordnung [ZPO]). Allerdings dürfte sich weder aus dem Erfordernis weiterer Ermittlungen noch der Zurückverweisung an das SG ein Grund für die Annahme einer Befangenheit des Richters ergeben.

Das SG wird in seiner künftigen Kostenentscheidung auch über die Kosten des Berufungsverfahrens zu befinden haben.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2017-01-27