

L 3 RJ 40/04

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 32 RJ 1693/02
Datum
27.02.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 RJ 40/04
Datum
30.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. Februar 2004 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1949 in der Türkei geborene und seit 1969 in der Bundesrepublik lebende Klägerin hat bis zum Jahr 2000 ungelernte Arbeiten als Hilfsarbeiterin und Küchenhelferin verrichtet. Aus ihrem letzten Arbeitsverhältnis schied sie im gegenseitigen Einvernehmen zum 30. Juni 2000 mit einer Abfindung von 60.000 DM aus. Die Neurologen und Psychiater Dr. K und Dr. v H bestätigten in Attesten vom 26. Juni und 19. Juli 2000, dass die Klägerin wegen einer Panikerkrankung mit Agoraphobie nicht mehr in der Lage sei, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Die Aufgabe des Arbeitsplatzes sei aus psychiatrischer Sicht krankheitsbedingt. Seit diesem Zeitpunkt ist sie arbeitslos. Seit Dezember 2000 ist bei der Klägerin die Schwerbehinderteneigenschaft insbesondere wegen eines depressiven Syndroms und orthostatischer Kreislaufdysregulation (Einzel-Grad der Behinderung - GdB - 40) sowie eines Zervikal- und Lumbalsyndroms bei degenerativen Veränderungen und Fehlhaltungen der Wirbelsäule (Einzel-GdB 20) anerkannt. Mit Bescheid vom 15. November 2004 stellte das Versorgungsamt B einen GdB von 70 fest und berücksichtigte dabei ein Anfallsleiden, das intern mit einem Einzel-GdB von 50, sowie ein depressives Syndrom, das mit einem Einzel-GdB von 40 bewertet wurde. Grundlage der Entscheidung waren ein ärztlicher Befundbericht von dem Arzt für Nervenheilkunde R vom 02. März 2004 und ein elektroenzephalographischer Befund des Arztes vom 06. Mai 2004, wonach sich zwar keine Zeichen für eine erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft oder eine Herdstörung gefunden hätten, jedoch die Anamnese trotz des unauffälligen EEG eindeutig für cerebrale Krampfanfälle (Grand maux mit Einnässen) spreche. Außerdem lag ein Erste-Hilfe-Bericht des V Klinikum A U vom 10. März 2004 vor, in dem der Verdacht auf einen Krampfanfall, differenzialdiagnostisch psychogener Anfall geäußert wurde.

Am 07. Februar 2002 stellte die Klägerin bei der Beklagten einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung. Dem Antrag beigelegt waren u.a. Atteste des Dr. K vom 22. Februar 2000 mit der Diagnose einer primär generalisierten Epilepsie mit weiterhin bestehenden Anfällen und des Orthopäden Dr. M vom 24. Februar 2000, der Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde Dres. S u.a. vom 25. Oktober 2000 nebst Schlafscreening-Befund vom 12. März 2002, der Entlassungsbericht der Lungenklinik H vom 15. Februar 2001 mit einem Schlafmedizinischen Bericht vom 09. Februar 2001 sowie ein Bericht der Dres. S u.a. über die Kontrolluntersuchung der Schilddrüse vom 04. Januar 2002. Die Beklagte ließ die Klägerin durch die Internistin und Sozialmedizinerin Dr. W untersuchen und begutachten. In ihrem Gutachten vom 15. März 2002 diagnostizierte die Ärztin ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, Schilddrüsenunterfunktion unter Hormontherapie Euthyreose, Schulter-Arm-Syndrom beiderseits, HWS- und LWS-Syndrom, Nierensteinleiden, Hörminderung beidseits, Diabetes mellitus, Epilepsie und Panikerkrankung. Als Küchenhelferin bestehe nur noch ein Leistungsvermögen von unter 3 Stunden. Ansonsten könne die Klägerin noch leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung, ohne Zwangshaltung, Zeitdruck und Nachtschicht sowie ohne inhalative Belastungen und ohne Kälte und Nässe 6 Stunden und mehr täglich verrichten. Der Neurologe und Psychiater Dr. H kam in seinem Gutachten vom 12. April 2002 zu dem Ergebnis, die Klägerin leide auf seinem Fachgebiet an einer Anpassungsstörung mit ängstlich-regressiver Tendenz. Die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung seien in allen Bereichen als nicht ausgeschöpft anzusehen. Eine antikonvulsiv-medikamentöse Behandlung erfolge nicht. Die Klägerin erhalte eine antidepressiv-anxiolytische Medikation mittelgradiger Ausprägung. Eine psychotherapeutische Behandlung sei in der Vergangenheit nicht erfolgt und werde auch jetzt nicht angestrebt. Aus neuropsychiatrischer Sicht sei die Klägerin weiterhin für körperlich leichte Arbeiten ohne besondere Stressbelastungen und ohne besondere Erwartungen hinsichtlich Flexibilität und Anpassungsfähigkeit vollschichtig als hinreichend leistungsfähig und belastbar einzustufen.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 30. April 2002 ab. Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem die Klägerin geltend machte, sie sei krankheitsbedingt außerstande, selbst leichte Frauenarbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen unter betriebsüblichen Bedingungen mindestens 6 Stunden täglich ausüben zu können, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 08. Juli 2002 zurück.

Dagegen hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Berlin erhoben. Sie hat geltend gemacht, wegen der vielfältigen zusätzlichen qualitativen Einschränkungen ihres Leistungsvermögens fehle ihr die Fähigkeit, eine Arbeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsfeldes auszuüben. Sie gehöre deshalb zum Personenkreis derjenigen Versicherten, bei denen bereits eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkung zur vollen Erwerbsminderung führe.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat das Sozialgericht Befundberichte der die Klägerin behandelnden Internistin Dr. v J vom 24. September 2002, der Neurologen und Psychiater Dr. v H und Dr. B-B vom 26. September 2002 und der Orthopäden Dres. M u.a. vom 09. Oktober 2002 eingeholt. Der beigelegte Bericht des Arztes für Nervenheilkunde R vom 27. November 1999 über ein wegen Panikstörung und Migräne veranlassendes EEG hat einen Normalbefund ohne Zeichen für erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft und für eine Herzstörung ergeben. Unter Hyperventilation fanden sich keine Zeichen für Krampfbereitschaft und allgemeine Störungen.

Dann hat das Sozialgericht den Praktischen Arzt, Chirurgen und Arbeitsmediziner Dr. R mit der Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt. In seinem Gutachten vom 08. Januar 2003 hat der Sachverständige festgestellt, die Klägerin leide an Panikzuständen, Angst unter Leute zu kommen, Schwindelzuständen, einem Cervikobrachial-Syndrom rechtsbetont und einer Lumboischialgie linksbetont ohne Bewegungseinschränkung oder neurologische Ausfälle, einer chronischen Gastritis, einem leichten obstruktiven Schlafapnoesyndrom, einer chronischen Bronchitis bei Nikotinabusus, Adipositas (BMI 32), einem metabolischen Syndrom, euthyreote Struma bei regelmäßiger Hormonsubstitution, einer klinisch nicht relevanten Aortenklappeninsuffizienz ohne Zeichen einer koronaren Herzkrankheit und einer angegebenen Epilepsie seit der Kindheit, neurologisch nicht bestätigt und ohne anti-epileptische Therapie. Die Klägerin könne noch leichte körperliche Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten mit weiteren qualitativen Einschränkungen vollschichtig verrichten. Für den Weg zur Arbeitsstelle seien keine Besonderheiten zu berücksichtigen.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat die Neurologin und Psychiaterin Dr. S-O am 20. Oktober 2003 ein weiteres Gutachten über die Klägerin erstattet, in dem sie zu dem Ergebnis gekommen ist, die Klägerin leide an einer Anpassungsstörung. Es bestehe außerdem der Verdacht auf dissoziative Störung, dissoziative Krampfanfälle. Es lägen eine somatoforme anhaltende Schmerzstörung, degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkveränderungen sowie ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, chronische Gastritis, Adipositas, euthyreote Struma bei regelmäßiger Hormonsubstitution und ein medikamentös behandelter Diabetes mellitus vor. Die Klägerin könne, ohne auf Kosten der Gesundheit zu arbeiten, täglich regelmäßig noch 8 Stunden körperlich leichte Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen verrichten. Besonderheiten für den Weg zur Arbeitsstelle seien nicht zu berücksichtigen. Die von der Klägerin angegebenen Panikattacken bzw. Ohnmachtsanfälle und der Wunsch nach Begleitung stellten sekundäre Krankheitsgewinne dar, die in der seit einem Jahr durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung durchgearbeitet werden sollten. In der Aktenlage sei zwar mehrfach von mitgeteilter Epilepsie berichtet worden, eine organische Diagnostik habe aber keinen pathologischen Befund ergeben. Die mitgeteilten EEG-Befunde seien regelrecht. Zudem sei eine antikonvulsive Medikation nicht eingeleitet worden. Anamnestisch sei von der Klägerin selbst zu erfahren gewesen, dass sie diese dissoziativen Anfälle nur dann bekomme, wenn es ihr nicht gut gehe, sie in Stresssituationen sei. Dissoziative Krampfanfälle seien vom Anfallsmuster her manchmal von echten epileptischen Anfällen schwer zu unterscheiden. Statt eines Bewusstseinsverlusts fände sich oft ein stuporöses (= Zustand ohne erkennbare psychische und körperliche Aktivität bei wachem Bewusstsein und u.U. extremer innerer Anspannung) oder tranceähnliches Bild. Typisch sei auch, dass beim Anfall keine epileptischen EEG-Potenziale nachweisbar seien. Die Klägerin selbst berichte, dass diese Ereignisse wohl psychogen seien.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 27. Februar 2004 hat die Klägerin ein Attest des sie behandelnden Diplom-Psychologen H vom 10. Februar 2004 vorgelegt.

Durch Urteil vom 27. Februar 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen sei die Klägerin noch in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mehr als 6 Stunden täglich zu arbeiten. Sie sei deshalb nicht erwerbsgemindert. Die Klägerin sei auch nicht berufsunfähig gemäß § 240 Abs. 2 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI), denn sie habe keinen Beruf erlernt und immer nur ungelernete Tätigkeiten ausgeübt. Sie sei somit als ungelernete Arbeiterin anzusehen und könne nach der Rechtssprechung des Bundessozialgerichts auf jede andere nicht qualifizierte Tätigkeit verwiesen werden.

Gegen das am 14. April 2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 23. April 2004 eingelegte Berufung, mit der die Klägerin geltend macht, das Gutachten von Frau Dr. S-O sei nicht so überzeugend, dass hiermit die Ablehnung der Rente beweiskräftig zu begründen wäre. Die Sachverständige habe es z.B. versäumt, ergänzend eine notwendige spezielle Schmerzbeurteilung vorzunehmen. Insbesondere vor dem Hintergrund des sich als deutlich progredient darstellenden Krankheitsverlaufs könne dem Gutachten der Sachverständigen am Tag der Verkündung des erstinstanzlichen Urteils auch keine ausreichende Aktualität mehr beigemessen werden. Im Übrigen bezieht sich die Klägerin auf Atteste des Arztes für Nervenheilkunde R vom 11. Mai 2004, der nunmehr von wöchentlichen epileptischen Anfällen mit Bewusstseinsverlust berichtet, und des Diplom-Psychologen H vom 20. Mai 2004, der die Diagnosen generalisierte Angststörung, epileptische Trancezustände sowie multiple psychosomatische Störungen gestellt hat.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat der Senat einen Befundbericht von R vom 12. Oktober 2004 nebst Ergänzung vom 10. November 2004 eingeholt. In einem weiteren Bericht vom 04. Februar 2005 hat Herr R über die Klägerin anhand der Krankenblattaufzeichnungen berichtet. Er hat ausgeführt, psychiatrisch-psychisch bestehe eine chronische Angststörung mit Panikattacken, phobischen Befürchtungen, ferner liege eine chronische Depression vor. Die bisherigen Behandlungsmaßnahmen hätten die psychogenen Störungen teilweise gelindert, die Anfalls-symptomatik habe sich unter Einstellung auf ein Anti-Epileptikum nicht wesentlich verändert. Er habe der Klägerin einen Anfallskalender mitgegeben, um die Anfallsereignisse besser zu dokumentieren. Aus einem beigezogenen Befundbericht der Internistin Dr. v J vom 01. April 2005 ergibt sich eine Verschlechterung der Depression.

Der Senat hat dann eine ergänzende Stellungnahme von Frau Dr. S-O vom 27. Juli 2005 veranlasst. Sie hat sich nach Auswertung der nach

ihrem Gutachten eingegangen medizinischen Be-richte nicht veranlasst gesehen, von ihrer bisherigen Beurteilung abzuweichen.

Auf erneuten Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#), die eine weitere Verschlechterung ihrer neurologisch-psychiatrischen Krankheiten geltend macht, ist ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. F vom 20. Februar 2006 eingeholt worden. Dr. F hat ein depressiv-ängstliches Syndrom mit zahlreichen Somatisierungen, generalisierte Angsterkrankung, disso-ziative Störungen, somatoforme Schmerzstörung im Stadium III, chronisches Kopfschmerz-syndrom, Epilepsie, Carpal-tunnel- und Tarsaltunnelsyndrom sowie Neuropathie diagnostiziert. Das Gutachten sei unter dem Aspekt des biopsycho-sozialen Krankheitsmodells durchgeführt worden. Die festgestellten Leiden bewirkten, dass die Leistungsfähigkeit der Klägerin hochgradig durch den chronischen komplexen Prozess von Depression, Angst und Schmerz gesunken sei. Das verbliebene Leistungsvermögen reiche nur noch für Tätigkeiten unter 3 Stunden. Auch die üblichen Pausen seien nicht ausreichend. Bei der entsprechenden Komplexität des Krankheitssyndroms seien zwei zusätzliche Pausen von ca. 20 Minuten zu empfehlen.

Dazu hat die Beklagte eine sozialmedizinische Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie G vom 08. März 2006 vorgelegt, der dem Ergebnis der Begutachtung durch Dr. F nicht zu folgen vermocht hat. Einem aufgehobenen Leistungsvermögen stehe bereits entgegen, dass die Klä-gerin, wie sie Dr. F berichtet habe, sehr wohl in der Lage sei, ihre in der Türkei lebende Mutter zu pflegen, was sie auch weiterhin tue.

Auf Veranlassung des Senats hat Dr. S-O am 18. August 2006 aufgrund gutachterlicher Nachuntersuchung der Klägerin eine weitere Stellungnahme abgegeben, in der sie an ihrer bisherigen Beurteilung festgehalten hat.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. Februar 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 30. April 2002 in der Gestalt des Widerspruchs-bescheides vom 08. Juli 2002 zu verurteilen, ihr ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Schwerbehindertenakte der Klägerin beim Versorgungsamt B Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Mit Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig aber unbegründet. Der Klägerin steht, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, kein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung zu.

Der ab 01. Februar 2002 geltend gemachte Rentenanspruch richtet sich nach [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) in der ab 01. Januar 2001 geltenden Fassung. Danach haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeits-marktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind 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 ([§ 43 Abs. 2, S. 2 SGB VI](#)). Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) 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.

Nach Auswertung der im Verwaltungs- und sozialgerichtlichen Verfahren erstellten Gutachten, insbesondere der Neurologin und Psychiaterin Dr. S-O vom 20. Oktober 2003, 27. Juli 2005 und 18. August 2006 sowie des Praktischen Arztes, Chirurgen und Arbeitsmediziners Dr. R vom 08. Januar 2003 ist der Senat davon überzeugt, dass die Klägerin, die wegen fehlender Berufsausbildung und der Ausübung ausschließlich ungelernter Tätigkeiten keinen Berufsschutz genießt, nicht voll oder teilweise erwerbsgemindert ist. Mangels Berufsschutz steht ihr außerdem keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) zu.

Der Schwerpunkt der Gesundheitsstörungen liegt bei der Klägerin auf psychiatrischem Gebiet. Es bestehen auch Gesundheitsstörungen auf orthopädischem und internistischem Gebiet, die allerdings nach den gutachterlichen Feststellungen, die die Klägerin nicht in Frage stellt, nur qualitative Einschränkungen des Leistungsvermögens bedingen.

Die Begutachtung durch Dr. R hat ergeben, dass die Klägerin zwar an einem rechtsbetonten Cerviko-Brachialsyndrom und degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule leidet, dass daraus jedoch keine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule und der Schulter bis auf eine geringe Einschränkung der Abduktion des rechten Arms resultiert. Im Bereich der Lendenwirbelsäule sind eine linksbetonte Lumboischialgie sowie degenerative Veränderungen ohne Bewegungseinschränkung bei der Untersuchung durch den Sachverständigen festgestellt worden. Neurologische Ausfälle konnte er für den gesamten Bereich der Wirbelsäule nicht finden. Es ist nicht ersichtlich, dass sich diese Gesundheitsstörungen im Laufe des Verfahrens verschlimmert haben. Entsprechende Nachweise hat die Klägerin nicht erbracht und Ver-schlechterungen sind von den Sachverständigen Dr. S-O und Dr. F auch nicht festgestellt worden.

Es ist nachvollziehbar, dass die Klägerin wegen der orthopädischen Leiden nur noch körperlich leichte Arbeiten überwiegend in geschlossenen Räumen und ohne übermäßige Hitze, Kälte, Staub, Feuchtigkeit und Zugluft im Wechsel der Haltungsarten verrichten kann. Auszuschließen sind Zwangshaltungen der Wirbelsäule, eine einseitige Körperbelastung, sowie das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und Überkopfarbeit. Arbeiten, die Fingergeschicklichkeit voraussetzen, sind der Klägerin noch möglich, die Belastbarkeit der Beine ist

sogar für mittelschwere Lasten erhalten. Aus orthopädischen Gründen sind Besonderheiten für den Weg zur Arbeitsstelle nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für eine besondere Pausenregelung.

Die internistischen Gesundheitsstörungen sind ebenfalls durch Dr. Römhild umfassend begutachtet worden. Seine Feststellungen stehen in Übereinstimmung mit denen der im Verwaltungsverfahren tätig gewordenen Internistin Dr. W in ihrem Gutachten vom 15. März 2002. Danach leidet die Klägerin an einer chronischen Gastritis, einem leichten obstruktiven Schlafapnoesyndrom, einer chronischen Bronchitis bei Nikotinabusus, Adipositas (BMI 32), einem metabolischen Syndrom, euthyreoter Struma bei regelmäßiger Hormonsubstitution, einer klinisch nicht relevanten Aortenklappeninsuffizienz ohne Zeichen einer koronaren Herzkrankheit und einem medikamentös behandelten Diabetes mellitus. Diese Leiden rechtfertigen nur qualitative Einschränkungen des Leistungsvermögens, die über die aus orthopädischen Gründen festgestellten Einschränkungen nicht hinausgehen. Der eingeholte Befundbericht der die Klägerin behandelnden Internistin Dr. v J vom 01. April 2005 schließt eine Verschlechterung dieser Leiden aus.

Die neurologische Untersuchung durch Dr. S-O hat ebenfalls keine schwerwiegenden pathologischen Befunde ergeben. Die Klägerin hat bei der Untersuchung Taubheitsgefühle in den Fingerringen der Hände angegeben, darüber hinaus ein Schweregefühl im Armhalteversuch und Beinhalteversuch linksseitig ohne Fallneigung und ohne Pronationsneigung. Es sind darüber hinaus Myogelosen im Schulter-Nacken-Bereich beidseits festgestellt worden. Bei der Untersuchung durch Dr. F am 20. Februar 2006 haben sich Hinweise für ein Carpal-tunnelsyndrom und ein Tarsal-tunnelsyndrom beidseits gezeigt. Die verlängerten Latenzen der evozierten Potenziale deuteten auf eine Neuropathie hin. Er hält deshalb Arbeiten, die die Fingerschicklichkeit und Belastbarkeit der Arme und Beine notwendig machten, nicht für möglich.

Auf psychiatrischem Gebiet leidet die Klägerin nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. S-O an einer Anpassungsstörung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Außerdem besteht der Verdacht auf eine dissoziative Störung (dissoziative Krampfanfälle). Eine Depression hat die Sachverständige sicher ausgeschlossen. Die Klägerin habe weder bei der ersten Begutachtung im Oktober 2003 wesentlich depressiv gewirkt noch sei bei der Nachuntersuchung im August 2006 eine klinisch relevante Depression zu eruieren gewesen. Dagegen habe ein ängstliches Syndrom bestanden, das bislang jedoch nicht behandelt werde. Die ohne nähere Begründung von der Internistin Dr. v J in ihrem Befundbericht vom 01. April 2005 festgestellte Depression, die sich verschlechtert habe, hat die Sachverständige nicht bestätigen können.

Dr. S-O hat ausführlich dargelegt, dass es sich bei der Anpassungsstörung um eine abnorme Erlebnisreaktion handelt, mit der die Klägerin auf belastende Ereignisse in ihrem Leben reagiert. Sie versuche durch den Erwerb der Erwerbsunfähigkeitsrente dem chronischen Partnerkonflikt sowie den finanziellen Sorgen auszuweichen. Dissoziative Krampfanfälle stellten eine Unterform der dissoziativen Störung, früher Hysterie oder Konversionsneurose genannt, dar. Hierbei handele es sich um psychogene Störungen, denen gemeinsam sei, dass sie eine neurologische Erkrankung vortäuschten, ohne dass ein entsprechendes organisches Korrelat zu finden sei. Zwar sei nach Aktenlage mehrfach von einer mitgeteilten Epilepsie berichtet worden, eine organische Diagnostik habe jedoch keinen pathologischen Befund ergeben. Die EEG-Befunde seien regelrecht, es sei aber zu beachten, dass auch ein pathologisches EEG, wie es Dr. F bei seiner Untersuchung erstmals festgestellt habe, ein Anfallsleiden nicht beweise. Gegen eine Epilepsie spreche außerdem, dass die Klägerin keine antikonvulsive Medikation erhalten habe. Soweit diese Medikation später durchgeführt worden sei und die Klägerin angebe, sie nehme einmal täglich eine Tablette Valproinsäure, gegebenenfalls auch zwei pro Tag, sei festzustellen, dass die Laboruntersuchung einen Valproinsäurespiegel deutlich unter den Nachweisgrenze ergebe habe. Auch die Schilderung der Klägerin, dass die Anfälle bei Bedarf durch Einnahme einer Tablette Valproinsäure abzufangen seien, trage dazu bei, dass sie nach wie vor nicht von einer epileptischen Erkrankung der Klägerin überzeugt sei.

Diese Schlussfolgerung hält der Senat für überzeugend. Er sieht sich in seiner Auffassung dadurch bestätigt, dass die Diagnose einer Epilepsie von den behandelnden Ärzten nicht durchgängig gestellt worden ist. Zwar hat Dr. K in seinem Attest vom 22. Februar 2000 eine primär generalisierte Epilepsie mit weiterhin bestehenden Anfällen diagnostiziert, in den Befundberichten der Internistin Dr. v J vom 24. September 2002, der Neurologen und Psychiater Dr. v H und Dr. B-B vom 26. September 2002 und der Orthopäden Dres. M u.a. vom 09. Oktober 2002 ist jedoch von einer Epilepsie nicht mehr die Rede. Insbesondere die Neurologen und Psychiater haben "nur" den Befund einer Panikstörung mit Agoraphobie erhoben, der von der gerichtlichen Sachverständigen nicht bestätigt worden ist. Der Bericht des Arztes für Nervenheilkunde R vom 27. November 1999 über ein wegen Panikstörung und Migräne veranlasstes EEG hat außerdem einen Normalbefund ohne Zeichen für erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft und für eine Herzstörung ergeben. Unter Hyperventilation fanden sich keine Zeichen für Krampfbereitschaft und allgemeinen Störungen. Erst in dem Bericht über das EEG vom 06. Mai 2004 hat Herr Rehbein, obwohl sich auch hier keine Zeichen für eine erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft oder eine Herdstörung fanden, allein aufgrund der anamnestischen Angaben der Klägerin eine Epilepsie diagnostiziert. Aus dem Erste-Hilfe-Bericht des V Klinikum A U vom 10. März 2004 geht in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Sachverständigen der Verdacht auf einen Krampfanfall, differenzialdiagnostisch psychogener Anfall hervor. Der Diplom-Psychologe H umschreibt die Anfälle der Klägerin in seinem Attest vom 20. Mai 2004 ebenfalls als epilepsieartige Trancezustände. Darüber hinaus hat die Gutachterin davon berichtet, dass die Klägerin nach ihrer eigenen Schilderung die Anfälle nur dann bekomme, wenn ihr nicht gut gehe, sie in einer Stresssituation sei, während in Situationen, in denen ihr gut gehe, diese Ereignisse nicht aufträten. Bei der Begutachtung im Verwaltungsverfahren durch den Neurologen und Psychiater Dr. H am 12. April 2002 ist ebenfalls eine Anpassungsstörung mit ängstlich regressiver Tendenz diagnostiziert worden, nicht jedoch ein epileptisches Leiden.

Soweit die Sachverständige empfiehlt, die Anfallsbereitschaft durch einen stationären Aufenthalt der Klägerin abklären zu lassen, vermag der Senat diese Anregung nicht zu folgen. Maßgebend für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit eines Rentenantragstellers sind nämlich nicht die Diagnosen, sondern die festgestellten Funktionseinschränkungen. Die Sachverständige hat selbst hervorgehoben, dass, auch wenn ein Anfallsleiden vorhanden sein sollte, dies zwar die Leistungsfähigkeit einschränke, nicht jedoch aufheben würde. Außerdem sei die Behandlung eines solchen Anfallsleidens nicht ausgeschöpft.

Bei der somatoformen Schmerzstörung, an der die Klägerin leidet, handelt es sich nach Auffassung von Dr. S-O um Störungen mit wiederholter Darbietung oder Erleben körperlicher Symptome, die keine ausreichende organpathogenetische Grundlagen hätten. Bei der Klägerin bestünden degenerative Veränderungen in der Wirbelsäule sowie in den Gelenken, die durchaus Schmerzen verursachen könnten, die jedoch von ihr wesentlich intensiver wahrgenommen würden. Die somatoforme Schmerzstörung verlaufe chronisch mit wechselnden Symptomen und unterschiedlicher Intensität. Die Chronifizierung nehme mit dem Grad der Aufmerksamkeit zu, die der Betroffene dem

Schmerz bzw. den Symptomen zukommen lasse. Die Sachverständige weist auch darauf hin, dass die Klägerin durch die Anfälle einen erheblichen Krankheitsgewinn habe, denn sie erfahre dadurch mehr Aufmerksamkeit, Zuwendung und Wert-schätzung von der Familie. Die Sachverständige erklärt dies überzeugend und nachdrücklich mit migrationspezifischen, kulturellen und biographischen Aspekten, die zu berücksichtigen seien. Zu den soziokulturellen Besonderheiten mediterraner Probanden, wie der Klägerin, sei zu erwähnen, dass die körperliche Krankheit ein mit Toleranz begegnetes Leiden darstelle. Der körperlich kranke Mensch werde als schutzbedürftig gesehen und für sein "Versagen" nicht persönlich verantwortlich gemacht. Die volksmedizinische Betrachtungsweise gehe dabei da-von aus, dass die Krankheit von außen in den Körper eindringe und ihn zumeist ganzheitlich be falle. So würden deshalb Ganzheitsschmerzen, Ganzheitsgefühle oder auch Halbseitenstö-rungen angegeben. Bei einem ganzheitlichen Krankheitsgefühl ließen sich in der Regel Symptome nicht eindeutig beschreiben. Sie ließen sich höchstens mit einem allgemeinen Schmerzsyndrom, Erschöpfungs- oder Insuffizienzgefühl wiedergeben. Dieses soziokulturelle ganzheit-liche Krankheitsverständnis zeige sich in fast allen Krankheitsfällen durch leibnahe Symptome, eben durch körperliche Beschwerden wie Schmerzen oder Schwindelgefühle, wie auch bei der Klägerin.

Gleichwohl ist das Leistungsvermögen der Klägerin nicht aufgehoben. Die Gutachterin hat in ihrer Beurteilung nachvollziehbar das noch bestehende Leistungsvermögen der Klägerin abgeleitet. Danach kann die Klägerin trotz ihrer psychischen Erkrankung noch, ohne auf Kosten der Gesundheit zu arbeiten, täglich regelmäßig körperlich leichte Arbeiten in geschlossenen Räumen im Wechsel der Haltungsarten ohne einseitige Belastung, ohne Zeitdruck und nicht an einem festgelegten Arbeitsrhythmus arbeiten. An laufenden, insbesondere gefährlichen Maschinen, sowie auf Leitern und Gerüsten soll sie aufgrund der dissoziativen Störungen nicht tätig sein. Die seelische Erkrankung beeinträchtigt die Klägerin nicht wesentlich in der Ausübung geistiger Arbeiten. Nach den gutachterlichen Feststellungen ist das Reaktionsvermögen der Klägerin aufgrund ihrer Beschwerden etwas re-duziert. Die Auffassungsgabe, Lern- und Merkfähigkeit, Gedächtnis-sowie Konzentrationsfähigkeit, aber auch die Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit sowie Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sind nicht wesentlich beeinträchtigt. Besonderheiten für den Weg zur Arbeitsstelle sind nicht zu berücksichtigen. Auch sind die üblichen Pausen ausreichend. Die Vorenthaltung der Rente ist nach Auffassung der Sachverständigen von wesentli-cher Bedeutung für die Überwindung der der Klägerin nicht bewussten Fehlhaltung, die Ren-tengewährung würde vielmehr den sekundären Krankheitsgewinn der Klägerin stärken und sie in ihrem Verhalten bestärken. Mit dieser Leistungseinschätzung stimmt die Sachverständige mit dem im Verwaltungsverfahren tätig gewordenen Neurologen und Psychiater Dr. H in seinem Gutachten vom 12. April 2002 überein. Außerdem besteht Übereinstimmung mit der Befunderhebung durch den Diplom-Psychologen H in seinem Befundbericht vom 20. Mai 2004. Auch dieser hat eine generali-sierte Angststörung, epilepsieartige Trancezustände und multiple psychosomatische Störungen festgestellt. Der Schlussfolgerung des Diplom-Psychologen, die Klägerin sei auf nicht absehbare Dauer arbeitsunfähig, weil die epilepsieähnliche Erkrankung und ihre erforderliche fortdauernde psychopharmakologische Behandlung besondere Unfallgefahren an Arbeitsplätzen aller Art impliziere, vermag der Senat jedoch nicht zu folgen. Zum einen wird die Erkrankung der Klägerin nicht psychopharmakologisch behandelt, wie der Medikamentenspiegel zeigt, zum anderen wird durch den Ausschluss von Arbeiten an laufenden Maschinen der Gefahr von Verletzungen ausreichend vorgebeugt.

Die Klägerin kann sich nicht mit Erfolg auf das Gutachten von Dr. F vom 20. Februar 2006 stützen. Dr. F hat im Gegensatz zu Dr. S-O nicht nur dissoziative Störungen sondern auch eine Epilepsie diagnostiziert. Dr. F hat als neuen Befund einen Hinweis für ein Carpal- und ein Tar-saltunnelsyndrom sowie eine Neuropathie gefunden und hat das chronische Schmerzsyndrom nunmehr mit Grad III nach Gerbershagen qualifiziert. Eine kritische Abgrenzung der von ihm gestellten Diagnose einer Epilepsie von den dissoziativen Störungen fehlt jedoch. Gerade die Differenzierung dieser beiden Erkrankungen ist aber, wie sich aus dem Gutachten von Dr. S-O ergibt, erforderlich, um die Feststellungen zu dem Leistungsvermögen nachvollziehbar zu begründen. Die Feststellung eines quantitativ aufgehobenen Leistungsvermögens, die Dr. F insbesondere auf einen durchgeführten psychometrischen Test stützt, hält der Senat nicht für überzeugend. Der Senat schätzt die Durchführung der ausschließlich mitarbeitersabhängigen psychometrischen Tests zur Bestimmung des Leistungsvermögens eines Rentenantragstellers kritisch ein. Er sieht sich in dieser Bewertung durch die Ausführungen von Dr. S-O in ihrer Stellungnahme vom 18. August 2006 bestätigt. Hier hat sie ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das psychometrische Testverfahren für Westeuropäer entwickelt worden sei. Für Bevölkerungsgruppen wie Arbeits-immigranten sei das Testverfahren nicht normiert. Bei dieser Bevölkerungsgruppe handele es sich um eine besondere Gruppe, die weder mit dem Testverfahren in Deutschland noch mit dem vorliegenden Testverfahren in der Heimat entsprechend sicher erfasst werden könne. Die Testverfahren seien in der Regel im Hinblick auf Begriffe wie Krankheit, Krankheitssymptome, Krankheitskonzepte speziell für die westliche Kultur normiert und daher nur bedingt auf andere kulturelle Verhältnisse übertragbar. Ihre Schlussfolgerung, dass die Aussagekraft deshalb eingeschränkt sei, ist deswegen nachvollziehbar.

Auch soweit Dr. F sich in seinem Gutachten auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell bezieht und daraus ein aufgehobenes Leistungsvermögen folgert, vermag dies den Senat nicht zu überzeugen. Dr. S-O hat ebenfalls biologische, psychologische und soziale Faktoren festgestellt, die zu der Erkrankung der Klägerin beigetragen haben und nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. Zutreffend kritisiert Dr. S-O, dass Dr. F nicht erklärt, was er unter dem Aspekt eines transkulturellen Phänomens versteht.

Da die Klägerin bei der Nachuntersuchung durch Dr. S-O nicht über eine Zunahme der Schmerzen geklagt und auch die Schmerzsymptomatik nicht im Vordergrund gestanden hat, hält es der Senat für nachvollziehbar, wenn die Sachverständige an ihrer bisherigen Beurteilung des Leistungsvermögens festhält. Der von ihr erhobene Befund weicht nicht wesentlich von dem ab, der ihrer ersten Begutachtung am 20. Oktober 2003 zugrunde gelegen hat.

Nach alledem hat der Senat keine Zweifel daran, dass die Klägerin noch in der Lage ist, mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Damit ist die Klägerin weder voll noch teilweise erwerbsgemindert.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
BRB

Saved
2007-01-18