

L 5 R 3532/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 19 R 1770/09
Datum
03.05.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 3532/13
Datum
20.05.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 03.05.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Klägerin ist 1965 in I. geboren und lebte ab 1982 vier Jahre lang in Deutschland, anschließend wieder in I. und seit August 1996 in Deutschland. Eine Berufsausbildung hat sie nicht absolviert. Sie war Hausfrau und hat 3 Kinder (geboren 1984, 1993 und 1995). Die zweitgeborene Tochter leidet unter einer spastischen Tetraparese und ist körperlich behindert. Einer regelmäßigen versicherungspflichtigen Berufstätigkeit ging die Klägerin nicht nach. Zuletzt war sie bis Oktober 2005 geringfügig versicherungsfrei beschäftigt als Reinigungskraft und bis 2008 stundenweise als Aushilfe in der Pizzeria ihres Sohnes tätig. Pflichtbeitragszeiten für Pflege sind bis Dezember 2007 verzeichnet.

Die Klägerin hatte sich 2002 und 2007 in stationärer Reha befunden. Der Entlassungsbericht der Rh. vom 21.11.2002 sowie ein Reha-Entlassungsbericht der B.-Klinik vom 30.05.2007 berichten hierüber (Bl. 217 ff. bzw. Bl. 227 ff.). Der Aufenthalt in der Rh. von 23.10.2002 bis 21.11.2002 fand im Anschluss an die Operation eines lumbalen Bandscheibenvorfalles vom 15.10.2002 statt. Die Diagnosen z.n. BS-OP und psychische Belastungsstörung sind aufgeführt. Es wird dargelegt, aufgrund der Rückenschmerzen und der familiären Belastung habe die Klägerin ihre Putztätigkeit vor über einem Jahr aufgegeben. Eine Wiederaufnahme sei ihr aktuell nicht zuzumuten. Das zeitliche Leistungsvermögen wird für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit vollschichtig angegeben (Bl. 219 VA). Die behandelnden Ärzte der B. Bad K. schätzten das Leistungsvermögen der Klägerin im Entlassungsbericht vom 30.05.2007 mit über sechs Stunden pro Arbeitstag für leichte Tätigkeiten ein. Die stundenweise Aushilfstätigkeit in der Pizzeria ihres Sohnes könne sie weiterhin ausführen. Einschränkungen bestünden (nur) hinsichtlich des Bewegungs- und Haltungsapparats. Risikofaktoren lägen im Nikotinabusus mit chronischer Bronchitis sowie in einem Mangel an körperlich ausgleichenden Aktivitäten in der Freizeit. Es liege keine Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit und keine wesentliche Einschränkung der Klägerin im Alltagsleben vor. Die von der Klägerin geschilderten Beschwerden stimmten mit den Befunden überein; es bestehe eine Aggravationsneigung (vgl. Bl. 239 VA). Die vom Hausarzt verordnete antidepressive Therapie mit Citalopram solle nach Absetzen der Medikamente wieder aufgenommen werden (Bl. 247 VA). Es wird mitgeteilt, dass die Klägerin nach der Anschlussheilbehandlung 2002 zwischenzeitlich fünf Mal für 2 Wochen in der M.-S.-Klinik in Bad B. gewesen sei, was keinen Erfolg gebracht habe (vgl. Bl. 233 VA).

Von 07.02.2008 bis 26.02.2008 befand sich die Klägerin erneut in der M.-S.-Klinik in Bad B. in stationärer Behandlung (vgl. Bl. 107 VA, Bl. 115 ff. VA). Als Diagnosen werden eine Fibromyalgie und eine rezidivierende depressive Verstimmung genannt. Unter "psychotherapeutisch-psychosomatisches Konsil vom 13.02.2008" wird im Befundbericht mitgeteilt, dass die Klägerin, nachdem die körperbehinderte Tochter mit 15 Jahren doch deutlich selbständiger geworden sei, begonnen habe, beim Aufbau der Pizzeria ihres Sohnes im Service tatkräftig mitzuhelfen. Bei der Exploration hätten sich keine Hinweise auf eine affektive Störung der Klägerin gezeigt. Als Auslöser depressiver Einbrüche von 3-4 Wochen schildere die Klägerin den Geburtstag und Todestag ihres Bruders. Die Kriterien für eine depressive Episode seien nicht erfüllt gewesen. Klinisch und radiologisch konnte sowohl eine entzündlich-rheumatische Erkrankung der Klägerin als auch eine radikuläre Kompression ausgeschlossen werden. Empfohlen wurde eine Medikation mit Lyrica und ambulante Psychotherapie.

Dr. Dr. B. berichtete dem Hausarzt Dr. K. am 03.04.2008, dass die Klägerin die psychotherapeutische Behandlung leider abgebrochen habe

und am 28.08.2008, dass die Klägerin einer psychotherapeutischen Behandlung ablehnend gegenüberstehe. Sie habe ihre Tätigkeit in der Pizzeria aufgegeben (Bl. 129 VA).

Am 19.09.2008 beantragte die Klägerin die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente (Bl. 7 ff. VA). Die Klägerin gab an, ein GdB von 50 sei festgestellt. Sie leide unter einer Fibromyalgie, Bandscheibenvorfällen und Depressionen. Sie nehme regelmäßig Ibuprofen ein (Bl. 135 VA).

Den Facharzt für Neurologie Dr. C. suchte die Klägerin am 06.11.2008 wegen Schmerzen in der linken Gesichtshälfte und eines Pelzkeitsgefühls auf. Eine neurologische Ursache wurde ausgeschlossen. Der Behandler teilte mit, dass eine wesentliche somatoforme Komponente gegeben zu sein scheine (vgl. Bl. 131 VA).

Am 13.11.2008 wurde die Klägerin durch den Orthopäden Dr. R. begutachtet (vgl. Bl. 139 ff. VA). Er führt die Diagnosen 1. Schmerzsyndrom der Wirbelsäule bei Zustand nach Bandscheibenvorfalloperation L 4/5 links vom Oktober 2002 in Kombination mit bekannten Bandscheibenvorwölbungen der Halswirbelsäule (M 54.5; M54.0), 2. vorbeschriebene Fibromyalgie und 3. Neigung zu depressiven Verstimmungen auf. Die Klägerin führe ihre körperlichen Beschwerden auf die beschriebene Fibromyalgie zurück. Sie wirke wie auf diesen Symptomenkomplex fixiert. Eindeutige Depressionskriterien ergäben sich nicht (vgl. Bl. 143); eindeutige Weichteilreizzustände lägen nicht vor. Die peripheren Körpergelenke seien in der Beweglichkeit nicht eingeschränkt. Die Untersuchungen mit neuroorthopädischem Schwerpunkt seien unauffällig. Eine Nervenwurzelkompressionsproblematik sei nicht gegeben. Das Achsorgan weise eine insgesamt mäßig ausgeprägte Funktionseinbuße auf. Die Klägerin könne noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten. Dies könne sie sechs Stunden und mehr täglich tun. Zu beachten sei, dass keine langandauernden Zwangshaltungen, kein häufiges Bücken, kein Tragen von Lasten über 10 kg und keine Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck und in Nachtschicht ausgeübt werden sollten.

Mit Bescheid vom 02.12.2008 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab (Bl. 171 VA). Angesichts des Leistungsvermögens liege weder eine volle noch eine teilweise Erwerbsminderung vor. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien zum Zeitpunkt der Rentenanstellung erfüllt. Sofern keine versicherte Tätigkeit mehr ausgeübt werde, empfehle sie zur Erhaltung der Anspruchsvoraussetzungen Beratung in Anspruch zu nehmen. Im Versicherungsverlauf der Klägerin fanden sich Pflichtbeitragszeiten wegen Schwangerschaft/Kindererziehung und zuletzt Pflichtbeitragszeiten für Pflgetätigkeit von 03.09.2001 bis 31.12.2007 (vgl. Bl. 183 ff. VA).

Am 16.12.2008 erhob die Klägerin Widerspruch gegen den Bescheid bei der Beklagten (Bl. 195 VA). Sie trug vor, sie sei aus gesundheitlichen Gründen überhaupt nicht mehr in der Lage noch irgendeine Tätigkeit auszuüben. Sie sei jeden Tag in ambulanter Behandlung in der Neurologischen Uniklinik Freiburg. Die Klägerin legte den Arztbrief der Oberärztin Dr. A. vom Universitätsklinikum F. (HNO-Klinik) vom 21.11.2008 vor. Hierin wird mitgeteilt, die Klägerin habe sich vom 17.11.2008 bis 22.11.2008 in stationärer Behandlung befunden. Sie habe sich wegen einer seit dem Vortag bestehenden Facialisparese auf der linken Seite vorgestellt. Zum Verlauf und Procedere wird ausgeführt: "Unter o. g. Therapie kam es zu einer wesentlichen Besserung der Parese. Die Schmerzen bestehen aktuell nicht mehr. Wir konnten die Patientin daher am 22.11.2008 in Ihre ambulante Weiterbehandlung entlassen. Eine Neuroborreliose konnte ausgeschlossen werden (vgl. Bl. 197 f. VA).

Laut Vermerk des Gutachters Dr. R. (Orthopäde, Sportmediziner, Sozialmediziner) vom 30.12.2008 (Bl. 213 R) sei die aktuelle Facialisparese als vorübergehend anzusehen. Die sozialmedizinisch relevanten Einschränkungen seien bekannt gewesen und diskutiert worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.03.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück (Bl. 259 ff. VA). Der Klägerin sei keine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren, da sie noch sechs Stunden und mehr pro Arbeitstag leichte bis mittelschwere Arbeiten verrichten könne. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit komme nicht in Betracht, da die Klägerin nach dem 01.01.1961 geboren sei. Die Anerkennung der Klägerin als Schwerbehinderte führe zu keinem anderen Ergebnis.

Zur Niederschrift des Sozialgerichts Freiburg erhob die Klägerin am 08.04.2009 Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 11.03.2009. Sie sei außer Stande noch mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sie befinde sich bei Dr. Dr. B., Facharzt für Neurochirurgie, sowie Dr. K., Facharzt für Allgemeinmedizin, in Behandlung.

Am 25./26.05.2009 befand sich die Klägerin zu einem interdisziplinären multimodalen Assessment in der Uniklinik F. Dem vorgelegten Bericht des Interdisziplinären Schmerzzentrums vom 04.06.2009 (Bl. 21=Bl 169 SG-Akte) lässt sich entnehmen, dass bei der Klägerin eine Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Faktoren vorliege. Einmalig habe sie eine Psychotherapie begonnen, aber nach einer Sitzung abgebrochen. Bislang sei keine intensive, ausreichend lange Schmerztherapie durchgeführt worden. Es bestehe auch aktuell kein Interesse der Klägerin, eine langfristige Therapie durchzuführen. Die Antidepressiva habe die Klägerin nicht vertragen.

Das Sozialgericht Freiburg hat die genannten behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört. Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. Dr. B. teilte am 25.06.2009 mit, die Gesamtsituation sei zu komplex, als dass er zur Leistungsbeurteilung Stellung nehmen könne. Er legte seine an den Hausarzt gerichteten Befundberichte seit Dezember 2006, den Bericht über den stationären Aufenthalt des Bruder-Klaus-Krankenhauses von 22.01. bis 24.01.2007, wo eine Thermokoagulation der lumbosacralen und ISG-Gelenke mit Infiltration durchgeführt worden war, sowie Unterlagen zu einem weiteren Aufenthalt in der M.-S.-Klinik in der Zeit von 23.02.2009 bis 07.03.2009 vor (Bl. 25-68 SG-Akte).

Der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. K. teilte unter dem 14.07.2009 mit, dass er die Klägerin seit 2006 behandle. Die Schmerzen seien im Grunde genommen seit Jahren identisch, hätten sich jedoch in der Tendenz verschlechtert. Hinzugekommen sei die passagere (vorübergehende) Facialisparese im November 2008 und die Sicherung einer Wurzelkompression in Höhe C7 im Februar 2009. Es bestünden organische Erkrankungen der Wirbelsäule. Andererseits bestehe eine massivste psychische Überlagerung im Sinne einer larvierten Depression. Die Beschwerden des Bewegungsapparats könnten auch einer Fibromyalgie zugeordnet werden. Eine mit Sicherheit bestehende psychische Komponente werde von der Klägerin nicht akzeptiert. Entsprechende Therapieversuche seien erfolglos geendet. Die Klägerin halte er bei dem derzeitigen Befund für weniger als 3 Stunden arbeitsfähig (Bl. 70-174 SG-Akte).

Im Interdisziplinären Schmerzzentrum der Universitätsklinik F. wurde am 22.12.2008 die Verdachtsdiagnose

"Medikamentenübergebrauchskopfschmerz" gestellt (Bl. 133 SG-Akte). Es wurde ein Analgetikaentzug empfohlen, den die Klägerin zu Hause wahrscheinlich nicht bewältigen könne. Im weiteren Verlauf wurde ein stationärer Medikamentenentzug und eine Neueinstellung befürwortet (vgl. Bl. 142 SG-Akte).

In der M.-S.-Klinik wurde die Medikation auf Cipramil umgestellt, welches die Klägerin Mitte März 2009 wieder absetzte (vgl. Bl. 147). Kernspintomographisch wurde ein Bandscheibenvorfall HW 6/7 gesichert (Bl. 148). Eine Operationsindikation bestand nicht. Bei Untersuchung am 20.03.2009 zeigte sich ihr Gangbild unauffällig. Zehengang, Fersengang, Blindgang und Seiltänzerengang waren problemlos durchführbar. Physiotherapie und Entspannungsübungen wurden vom Neurozentrum des Universitätsklinikum F. empfohlen (Bl. 150). Am 22.04.2009 berichtete die neurochirurgische Universitätsklinik, dass sich nach Durchsicht der neu angefertigten Bildgebung eine vollständigen Regression des vormalig bestehenden rechtsseitigen Bandscheibenvorfalles bei HW 6/7 ergebe (Bl. 157 und 167). Im Mai wurde nach Vorstellung der Klägerin wegen Schmerzen ein Rezidivprolaps radiologisch ausgeschlossen (Bl. 165 SG-Akte).

Die Beklagte empfahl, die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums der Universitätsklinik F. nach Durchführung einer tagesklinischen multimodalen Schmerztherapie als sachverständige Zeugen zu hören (Bl. 177 SG-Akte).

Im zunächst vorgelegten Bericht des Interdisziplinären Schmerzzentrums vom 19.05.2010 über die tagesklinische Behandlung der Klägerin in der Zeit vom 01.02. bis 05.02., 08.02. bis 12.02. und 15. bis 19.02.2010 wird ausgeführt, die Klägerin habe an der täglichen Schmerzgruppe teilgenommen. Die Klägerin habe noch große Probleme, die von ihr im Vorfeld erarbeiteten Zwischenziele hinsichtlich möglicher stundenweiser Aufnahme einer Tätigkeit im nahe gelegenen Café zu erfüllen. Sie sei aktuell krankgeschrieben und könne deshalb keinen Arbeitsversuch durchführen. Sie fühle sich noch nicht dazu in der Lage. Die früher sehr belastenden Panikattacken hätten sich reduziert, was ihren Bewegungs- und Handlungsspielraum nun deutlich erhöhe. Sie könne jetzt auch alleine fortgehen, den Hund Gassi führen und vermehrt soziale Kontakte pflegen. Es zeige sich im Umgang mit den Schmerzen ein "ausgeprägtes Vermeidungsverhalten". Unter Beurteilung wird angegeben: "Die Kombination von intensiven medizinisch und schmerzpsychologisch-educativen und die Schmerzursache eingrenzenden Maßnahmen und Diagnostik sowie eine entsprechende veränderte Medikation, intensive physiotherapeutische Verfahren und manualmedizinisch-chirotherapeutische Verfahren konnte eine Steigerung der Wirksamkeit der einzelnen Therapieformen erzielen. Auf invasive Maßnahmen wurde aufgrund der bereits zahlreich durchgeführten Infiltrationen ohne nachhaltige schmerzlindernde Wirkung bewusst verzichtet. Durch die durchgeführte multimodale Therapie konnte eine Unterbrechung der Schmerzchronifizierung und eine Förderung des Genesungsprozesses angestoßen werden" (Bl. 198 SG-Akte).

Die Fachärztin für Neurochirurgie Dr. K. und der Facharzt für Neurologie Dr. B. vom Interdisziplinären Schmerzzentrum der Uniklinik F. beantworteten am 05.10.2010 die im Anschreiben vom 06.10.2009 gestellten Beweisfragen (Bl. 218 ff. SG-Akte). Die Klägerin sei vom 21.09. bis 26.09.2009 stationär im Interdisziplinären Schmerzzentrum der Universitätsklinik behandelt worden, ebenso vom 25.05. bis 26.05.2009. Bei diesem Aufenthalt sei ein multimodales Assessment festgestellt worden. Vom 01.02. bis 19.02.2010 sei eine tagesstationäre multimodale Behandlung im Interdisziplinären Schmerzzentrum der Universitätsklinik F. erfolgt. Während der Behandlung sei keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands festzustellen gewesen. Aufgrund der multilokalen Schmerzen seien wahrscheinlich auch körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur weniger als 3 Stunden auszuüben.

Am 04.10.2010 berichtete das interdisziplinäre Schmerzzentrum über den tagesklinischen Aufenthalt der Klägerin von 20.09. bis 15.10.2010 im Rahmen des multimodalen Intensivprogrammes des Schmerzzentrums zum Lebensmanagement bei chronischem Schmerz. Bei mittlerweile hochgradiger Chronifizierung, gravierender somatischer und psychischer Begleiterkrankungen sei die Notwendigkeit dieser Behandlung begründet. Die Klägerin berichtete, sie neige dazu, sich hinsichtlich ihres Haushalts zu überfordern und notwendige Pausen zu ignorieren. Sie suche jetzt vermehrt Unterstützung der Familie. Ein Problem sei, dass sie sich tagsüber oft allein fühle, was ihr nicht so gut täte. Deshalb habe sie den Hund geschenkt bekommen. Die Klägerin habe an physiotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien einschließlich Walking und Tai Chi teilgenommen. Sie sehe sich durchaus in der Lage, evtl. eine ehrenamtliche Tätigkeit aufzunehmen. Die Klägerin wurde in einem leicht gebesserten Allgemein-, Funktions- und Schmerzzustand entlassen (vgl. Bl. 225 SG-Akte).

Die Beklagte hielt entsprechend der sozialmedizinischen Stellungnahme der Orthopädin Dr. H. vom beratungsärztlichen Dienst vom 17.12.2010 eine weitere Sachaufklärung für notwendig. Die Einschätzung, dass die Klägerin nicht mehr in der Lage sei, eine leichte Tätigkeit auszuüben, sei nicht nachvollziehbar. Ihre Wirbelsäule sei gut beweglich. Lähmungen und neurologische Ausfälle fänden sich nicht. Die Versicherte könne an tagesstationären Angeboten des Schmerzzentrums über mehrere Wochen teilnehmen. Sie habe auch in ihrer Freizeit als Ausdauersport Walking angegeben und gehe regelmäßig mit ihrem Hund Gassi. Paresen hätten sich nicht gezeigt. Man schlage eine Begutachtung auf dem Gebiet Orthopädie/Schmerztherapie vor.

Dem Sozialgericht hat Dr. B. am 23.07.2011 ein von Amts wegen erhobenes orthopädisch-rheumatologisches Gutachten erstattet (Bl. 239 ff. SG-Akte). Der Gutachter führt folgende Diagnosen auf: &61485; Zervikobrachialsyndrom beidseits mit subjektiv stärkerer Ausprägung links als rechts bei bildgebend nachgewiesenem Bandscheibenvorfall C6/C7 &61485; Lumboischialgie links ohne neurologische Ausfallerscheinungen bei Zustand nach Bandscheiben-Operation L4/L5 links 2002 und bildgebend nachgewiesenen, mittelgradigen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule &61485; Initiale Gonarthrose beidseits ohne derzeitige klinische Auffälligkeiten bei bildgebend nachgewiesener Gelenkspaltverschmälerung medial rechts und Zustand nach arthroskopischer Innenmeniskussanierung am 28.01.2011 links &61485; Leichter Hallux valgus mit beginnender Großzehengrundgelenksarthrose, rechts stärker als links &61485; Muskulo-skelettale Rumpfdysbalance mit Hypertonus der paravertebralen und Insuffizienz der Bauchmuskulatur &61485; Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren &61485; Restless-legs-Syndrom &61485; Leichte depressive Episode mit Schlafstörungen &61485; Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz &61485; Zustand nach endoskopischer Operation einer Dranginkontinenz 2010 &61485; Zustand nach endoskopischer Entfernung von Ovarialzysten beidseits Die Klägerin könne nach seiner Auffassung einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachgehen. Es seien noch leichte Tätigkeiten abwechselnd stehend, sitzend, gehend, ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Akkord-, Schicht- und Fließbandarbeit sei ebenfalls zumutbar. Kälte, Nässe, Wärme, Staub, Gase, Dämpfe seien nicht zumutbar. Mittelschwere geistige Tätigkeiten, Publikumsverkehr sei zumutbar, jedoch keine nervliche Beanspruchung. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht erforderlich. Eine zu Fuß zurückzulegende Wegstrecke sollte 500 m nicht überschreiten. Öffentliche Verkehrsmittel seien uneingeschränkt benutzbar. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei nur zu erwarten, wenn die Klägerin ihre Vermeidenshaltung aufgebe. Hinsichtlich des psychischen Befundes hält der Gutachter ein "ausgeprägtes Vermeidungsgebaren" fest (Bl. 260). Der Gutachter schildert, dass das

dargebotene Leidensbild in erster Linie vom bereits aktenkundigen Vermeidensverhalten geprägt sei. Zweifellos lägen auch eher mäßiggradig ausgeprägte degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und am Kniegelenk beidseits und eine beginnende Großzehengrundgelenksarthrose vor. Dennoch bedingten diese Gesundheitsstörungen lediglich eine qualitative, nicht jedoch quantitative Leistungseinschränkung. Gelenkschwellungen sind bei der Untersuchung verneint worden, ebenso Entzündungszeichen ausgeschlossen. Eine entzündliche rheumatische Erkrankung habe bei der Untersuchung nicht vorgelegen. Während der Untersuchung seien die Funktionsprüfungen mehrfach vorgenommen worden. Bei den Wiederholungen seien die Funktionseinschränkungen geringer gewesen. Dem Gutachten des Dr. R. vom 13.11.2008 stimme er im Großen und Ganzen zu. Allerdings halte er nur noch ausschließlich leichte Tätigkeiten für zumutbar. Eine Begutachtung auf weiteren medizinischen Fachgebieten halte er für überflüssig. Auf keinen Fall sollte eine Begutachtung durch einen Schmerztherapeuten erfolgen, da im vorliegenden Fall die geklagten Beschwerden organbezogen beurteilt werden müssten. Allenfalls komme noch eine psychosomatische Abklärung in Frage.

Auf Antrag und Kosten der Klägerin hat Dr. V. (Orthopädische Abteilung der Universitätsklinik F.) dem Gericht am 24.02.2012 ein traumatologisch-orthopädisches Gutachten erstattet. Der Gutachter führt aus, es bestehe eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz der muskulären Beschwerden mit rezidivierenden Schmerzäußerungen und Demonstration eingeschränkter Beweglichkeiten, die dann nach Motivation normgerecht aktiv umgesetzt werden (Bl. 317 SG-Akte). An Diagnosen führt der Gutachter auf (Bl. 320): 1. Bekannter Bandscheibenvorfall C6/C7 rechts mit rezidivierendem Cervicobrachialsyndrom rechts, Spondylarthrose und Retrospondylose C6/C7 rechts mit Kribbeldysästhesien im Bereich des rechten Armes ohne wesentliche sensomotorische Einschränkung 2. Degeneratives LWS-Syndrom bei Zustand nach Dekompression L4/5 links 2002 mit breitbasiger Protrusion und Recessusstenose sowie medialer Protrusion L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts und Kribbeldysästhesien, nicht dermatombezogen, im Bereich des rechten Beines ohne wesentliche sensomotorische Einschränkung 3. Leichtgradige mediale Kniegelenksarthrose rechts bei Chondrocalcinose, Zustand nach arthroskopischer partieller Meniskusresektion links vom 28.01.2011, aktuell ohne wesentliche klinische Befundkonstellation 4. Gastrocnemiuskontraktur beidseits mit Vorfußüberlastung und konsekutiver leichtgradiger Hallux valgus-Ausbildung und befunddokumentierter beginnender Großzehengrundgelenksarthrose ohne klinische Symptomatik 5. Muskuläre Dysbalancen mit Insuffizienz der Bauch- und Rumpfmuskulatur 6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren 7. Restless leg Syndrom 8. Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz 9. Depressive Episoden mit Ein- und Durchschlafstörungen 10. Dranginkontinenz, aktuell Notwendigkeit zum Einmalkatheterisieren 11. Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom (02.02.2012) Orthopädischerseits könne davon ausgegangen werden, dass die zu Begutachtende regelmäßig einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne. Es seien noch leichte körperliche Arbeiten möglich, hierbei sollte die Möglichkeit bestehen, dass unterschiedliche Körperhaltungen eingenommen werden können (Stehen, Sitzen, Gehen). Häufiges Bücken sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an laufenden Maschinen sollte nicht durchgeführt werden. Akkordarbeit, Fließbandschicht und Nacharbeit seien soweit vorgenanntes Tätigkeitsprofil bestehe, prinzipiell zumutbar. Arbeiten in Kälte, Nässe sowie im Freien unter Hitzeeinfluss sowie unter Einwirkung von Staub, Gasen und Dämpfen halte er nicht für zumutbar. Eine starke Beanspruchung des Gehörs sei zu vermeiden. Das Sehvermögen könne beansprucht werden. Mittelschwerige oder schwierige Tätigkeiten geistiger Art auch mit Publikumsverkehr seien zumutbar. Besondere nervliche Beanspruchung sollte unter Berücksichtigung der gegebenenfalls psychischen Komorbidität unterbleiben. Eine Dauer von mindestens sechs Stunden je Arbeitstag könne orthopädischerseits erreicht werden, wobei gegebenenfalls noch nötige Zusatzbegutachtungen nicht berücksichtigt seien. Prinzipiell sei orthopädischerseits sicherlich noch eine Besserung zu erwarten. Dies insbesondere, wenn unter entsprechender Eigenmotivation neben ambulanter Krankengymnastik auch physikalischen Therapieanwendungen erfolgten und ein entsprechendes Aktivitätsniveau mit Einbindung in soziale Strukturen aufgebaut werden könne. Gegebenenfalls könne hier eine psychosomatische Therapie unter Berücksichtigung der Familienanamnese eine Beschwerdebesserung erwirken. Seit der letzten Begutachtung von Dr. B. im Juli 2011 habe sich zumindest die Beweglichkeit der Rumpf- und Extremitätengelenke deutlich verbessert. Insoweit habe die Klägerin sicherlich von krankengymnastischen Behandlungen und einer optimalen Einstellung der Medikation profitiert. Die Differenzialdiagnose der Fibromyalgie könne bei der gutachterlichen Untersuchung nicht eindeutig erhärtet werden. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Untersuchungsbefunden. Hierzu könnte eine ergänzende neurologisch-psychiatrische Begutachtung geeignet sein, den Schmerzstörungscharakter näher zu verifizieren (Bl. 327). Im Rahmen der Begutachtung wurde eine radiologische Untersuchung durchgeführt (Bl. 329 ff.).

Dr. H. vom sozialmedizinischen Dienst führte am 03.04.2012 aus, dass beide Gutachter im gerichtlichen Verfahren keine psychischen Auffälligkeiten beschrieben hätten. Erfahrene Gutachter hätten eine psychische Auffälligkeit, die zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit führen könne, erkannt. Eine nervenärztliche Begutachtung sei nicht angezeigt. Bezüglich der Schmerztherapie bestünden deutliche Therapieoptionen, die noch nicht genutzt seien. Die Wertigkeit der Schmerzmittel werde in Klassen eingeteilt, von Stufe 1 bis 3 nach den Richtlinien der WHO. Nach dieser Einteilung zählten Novaminsulfon und Ibuprofen zur Stufe 1. Die Versicherte nehme ein Antidepressivum ein und sei gut kompensiert. Zusammenfassend sei - ohne weitere Begutachtung - von einem quantitativen Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr auszugehen. Es liege kein medizinischer Grund vor, der eine Einschränkung des Leistungsvermögens begründe.

Die Klägerin gab am 16.05.2012 an, dass sie sich in urologischer Behandlung befinde, weil sie sich selbst katheterisieren müsse. In einer nervenärztlichen Behandlung befinde sie sich nicht (Bl. 338 SG-Akte).

Der behandelnde Urologe Dr. Z. führte am 21.06.2012 gegenüber dem Gericht unter Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen aus, dass bei zu hohem Restharn nach der Miktion die Therapie des Selbstkatheterisierens eine gängige Behandlungsmethode darstelle. Diese sei ca. alle drei bis vier Stunden erforderlich. Die hierzu benötigte Zeit betrage je nach Geschick des Patienten ca. 10 Minuten und könne überall durchgeführt werden. Es müsse unter möglichst sterilen Bedingungen ein Einmalkatheter in die Harnröhre eingeführt werden. Nach seiner Einschätzung sei unter Berücksichtigung des Bedürfnisses der Selbstkatheterisierung eine Tätigkeit bis zu sechs Stunden pro Arbeitstag ohne Gesundheitsgefährdung möglich.

Mit Schreiben vom 19.11.2012 teilte die Klägerin mit, dass sie sich vom 15.10.2012 bis 27.10.2012 in der M.-S.-Klinik in Bad B. aufgehalten habe und nicht arbeitsfähig entlassen worden sei. Sie sei mehrfach lokalinfiziert worden. In Rahmen einer multimodalen nichtoperativen Wirbelsäulenkomplextherapie sei eine Besserung der starken lumbalen Schmerzen mit wechselseitiger ischialgiformer Ausstrahlung und der Schulter-Nacken-Schmerzen erreicht worden (Bl. 367 SG-Akte).

Der Oberarzt L. der M.-S.-Klinik teilte am 08.02.2013 auf die Fragen des Sozialgerichts mit, dass die Klägerin sich dort im Oktober und November 2012 zwei Mal in stationärer Behandlung befunden habe und am 12.12.2012 ambulant in der Sprechstunde erschienen sei. Die Patientin sei seit Jahren bekannt und klage regelmäßig über Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat. Er sehe aufgrund des

chronischen Schmerzsyndroms den Schwerpunkt im psychosomatischen Bereich, wenngleich auch gewichtige orthopädische und rheumatologische sowie rheumaorthopädische Befunde vorlägen. Es sei ein chronisches Schmerzsyndrom im Sinne einer anteilig somatoformen Schmerzstörung und einer Dysthymie diagnostiziert worden. Man habe die Aufnahme in eine Psychosomatische Klinik empfohlen. Nach der Operation der Blasenregion sei die Eigenkatheterisierung der Patientin nicht mehr notwendig (Bl. 372). Die Klägerin sei schon mehrfach psychotherapeutisch/psychosomatisch beurteilt worden. Er schließe sich nicht der Beurteilung von Dr. V. an. Der Krankheitsverlauf der Klägerin werde in der Klinik seit 2002 und vom Unterzeichner seit 2004 begleitet. Es bestehe ein glaubhaft hoher Leidensdruck. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit sei sicherlich die stationäre psychosomatische Behandlung abzuwarten.

Der sozialmedizinische Dienst der Beklagten (Bl. 374 SG-Akte) hielt unter Berücksichtigung dieser Zeugenaussagen keine quantitative Leistungsminderung für begründbar. Hr. L. empfehle die Aufnahme in eine psychosomatische Klinik und das Behandlungsergebnis abzuwarten. Mit dieser Aussage lasse sich eine quantitative Leistungsminderung nicht begründen.

Mit Schreiben vom 12.04.2013 teilte die Beklagte mit, dass bei einem angenommenen Leistungsfall während des sozialgerichtlichen Verfahrens am 15.10.2012 die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente nicht mehr erfüllt wären. Zu diesem Zeitpunkt seien nur noch 12 Monate mit Pflichtbeiträgen im maßgeblichen Zeitraum belegt (Bl. 381 SG-Akte).

Die Klägerin wurde am 03.05.2013 in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Freiburg angehört. Sie gab an, zuletzt vor 3-4 Jahren in der Pizzeria ausgeholfen zu haben. Sie sei zuletzt im August 2012 für 3 Wochen mit der Familie im Auto nach I. gefahren. Sie nehme Schmerzmittel und Schlafmittel sowie ein Antidepressivum. Bei einem Psychiater sei sie nicht in regelmäßiger Behandlung.

Mit Urteil vom 03.05.2013 wies das Sozialgericht Freiburg die Klage ab (Bl. 382 ff. SG-Akte). Die Klägerin sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine rentenrechtlich relevante Leistungsminderung der Klägerin spätestens im Oktober 2010. Im Bericht vom 04.10.2010 (Bl. 225 ff. der SG-Akte), werde berichtet, dass die Klägerin an Walkinggruppen teilgenommen habe und zumindest stundenweise im Café gearbeitet und ihren Haushalt verrichtet habe. Ein weiterer ärztlicher Bericht der Uniklinik Freiburg (Bl. 197 VA) spreche von einer wesentlichen Besserung oder völligen Schmerzbefreiung. Nach den Angaben in der mündlichen Verhandlung habe die Klägerin bis vor ungefähr drei/vier Jahren in der Pizzeria ihres Sohnes ausgeholfen. Die zwischenzeitlich aufgetretenen urologischen Beschwerden seien nicht mehr relevant. Nach der schlüssigen Auskunft des behandelnden Urologen sei der hierdurch benötigte Zeitaufwand von ca. 10 Minuten mit betriebsüblichen Pausen und Toilettengängen vereinbar. Einen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit scheitere daran, dass die Klägerin nicht vor dem 02.01.1961 geboren sei.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 15.07.2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15.08.2013 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, das Sozialgericht habe den Sachverhalt nicht zureichend aufgeklärt. Eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung sei angezeigt gewesen.

Die Klägerin befand sich vom 11.04. bis 14.06.2013 sowie vom 15.06. bis 20.06.2013 im Zentrum für Psychiatrie E. in Behandlung. Der Entlassungsbericht vom 14.10.2013 wurde dem Gericht am 17.10.2013 vorgelegt (Bl. 19 ff. LSG-Akte). Hierin wird ausgeführt, dass im Mittelpunkt der Therapie die tiefenpsychologisch orientierten Einzelgespräche, die interaktionelle Gruppe und die analytische Bewegungs- und Gestaltungstherapie gestanden habe. Die Klägerin habe an Gymnastik, Walking, Entspannung- und Achtsamkeitsübungen teilgenommen. Sie habe Einzelkrankengymnastik erhalten. In der therapeutischen Beziehung habe sich eine geringe Fähigkeit zur Introspektion und zur Einbeziehung von psychogenen Komponenten in die Bewertung des chronischen Schmerzerlebens gezeigt. Angesprochene Möglichkeiten solcher Bezüge habe sie als unzutreffend zurückgewiesen (vgl. Bl. 21 LSG-Akte).

Hierzu äußerte der ärztliche Dienst der Beklagten (Dr. Pf.) am 20.11.2013, dem Bericht sei nicht zu entnehmen sei, dass die Klägerin nicht mehr mindestens 6 Stunden pro Arbeitstag erwerbsfähig sei. Es seien erste Ansätze einer psychosomatischen Therapie in Angriff genommen worden.

Der Senat hat Dr. H. vom Amts wegen mit der Erstellung eines nervenärztlichen Gutachtens beauftragt. Dr. H. gelangt in seinem Gutachten vom 19.02.2014 zu der Auffassung, dass die Klägerin in der Lage sei, sechs Stunden und mehr an fünf Tagen die Woche zu arbeiten. Es sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45.4) sowie eine Dysthymie (ICD 10 F 34.1) zu diagnostizieren. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nur diskret reduziert gewesen; die Psychomotorik sei ausreichend lebendig gewesen (Bl. 47 LSG-Akte). Es ließen sich auch keine kognitiven Leistungseinschränkungen feststellen. Auffassung, Konzentration, Durchhaltevermögen und Gedächtnis seien intakt gewesen. Eine Überforderung der Klägerin durch Akkordarbeit oder Arbeiten nachts oder unter Zeitdruck sei zu vermeiden. Gleiches gelte für Arbeiten mit deutlich höheren als normalen, besonders hohen Anforderungen an die Konzentration oder mit besonders hoher Verantwortung. Nach Aktenlage habe sich der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit im Laufe des Rentenverfahrens hinsichtlich des nervenfachärztlichen Gebiets nicht wesentlich geändert.

Auf Antrag und Kosten der Klägerin erstattete Dr. P. (M.-S.-Klinik) dem Senat am 08.09.2014 ein internistisch-rheumatologisches Gutachten. Er führt folgende Diagnosen auf: 1. V.a. chronische, seronegative Polyarthrit (ED 2012), aktuell vorwiegend mit Befall beider Kniegelenke und oberes Sprunggelenk rechtsbetont DD generalisierte Chronidokalzinose Chronisch rezidivierende Arthralgien (Knie, Hände, OSG) bereits seit 2002, seit 2012 mit Gelenkschwellungen beschrieben 2. Fibromyalgie-Syndrom DD sekundär bei Diagnose 1 3. Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom () ohne wesentliche sensomotorische Einschränkung 4. Chronisch rezidivierende Zervicobrachialgie rechts (...) mit Kribbeldysästhesie im Bereich des rechten Arms ohne wesentliche sensomotorische Einschränkung Der Gutachter führt aus, möglicherweise handele es sich bei dem Fibromyalgiesyndrom um eine sekundäre Fibromyalgie. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe sich eine aktive floride Arthritis in den Kniegelenken und Sprunggelenken gefunden mit Druckdolenz auch in den Mediokarpalgelenken beider Hände sowie chronisch rezidivierende limbospondylogene Schmerzen und cervicobrachiale Schmerzen. Es sei von einer ausgeprägten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Patientin auszugehen bis über 75 %. Zumindest zum aktuellen Zeitpunkt lasse sich vermuten, dass eine spezifische rheumatologische Behandlung mit Basistherapeutika notwendig sei. Durch diese Beeinträchtigung sei die Patientin aktuell nicht in der Lage, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sie sei aktuell weniger als drei Stunden pro Tag leistungsfähig. Bereits zum Zeitpunkt der rheumatologischen Untersuchung "in unserer Klinik im November 2012" habe die Klägerin eine aktive floride Arthritis aufgewiesen. Bereits damals seien rheumatologische Kontrollen und die Einleitung einer spezifischen rheumatologischen Behandlung erörtert worden. Seit der rheumatologischen Untersuchung im November 2012 sei die Polyarthrit chronisch rezidivierend verlaufen. Wolle man die Pathologie im Einzelnen betrachten, könne die Polyarthrit wahrscheinlich in

vier bis acht Monaten mit Einleitung einer Basistherapie unter regelmäßiger Kontrolle gebessert werden. Inwieweit sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht voraussehbar. Von überwiegend psychosomatischen Beschwerden könne nicht ausgegangen werden. Wegen des Problems der Katheterisierung solle eine weitere Begutachtung erfolgen (Bl. 115 LSG-Akte). Er habe eine Behandlung der Klägerin mit Colchicin und nichtsteroiden Antirheumatika eingeleitet. Insbesondere seit 2012 seien die Polyarthralgien die Hauptursache der Schmerzen.

Die Klägerin teilte mit, dass sie von den Ärzten der M.-S.-Klinik in Bad B. wegen der Polyarthritits weitertherapiert werde (Bl. 122 LSG-Akte).

Die Beklagte äußerte am 16.10.2014, dass ein Leistungsfall der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung bis 31.10.2010 nicht eingetreten sei. Seit dem 01.11.2010 seien die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Rente wegen Erwerbsminderung nicht mehr erfüllt. Aus dem beigefügten Versicherungsverlauf (Bl. 125 ff. LSG-Akte) ergibt sich, dass nach den Pflichtbeitragszeiten für die Pflegetätigkeit bis 31.12.2007 nur noch Pflichtbeitragszeiten Arbeitslosengeld II von 24.04.2009 bis 31.10.2009 und von 01.02.2010 bis 31.03.2010 verzeichnet sind.

Dr. Pf. vom ärztlichen Dienst der Beklagten führte aus (Bl. 124), ein Leistungsfall vor dem 01.11.2010 könne ausgeschlossen werden. Im Vordergrund des Gutachtens P. stehe die adäquate medikamentöse Therapie. Dies sei verwunderlich, nachdem die Klägerin wegen fortlaufender Beschwerden in Therapie, auch stationär, gewesen sei. Dr. P. schreibe selbst, dass die Polyarthritits innerhalb vier bis acht Monaten je nach den Umständen gebessert werden könne. Die M.-S.-Klinik behandle die Klägerin schon länger. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb dort nicht vor der Begutachtung bereits eine adäquate rheumatologische Basistherapie eingeleitet worden sei. Es sei auch nicht nachvollziehbar, was zwischenzeitlich unternommen worden sei, nachdem der Gutachter eine Besserung binnen 4 bis 8 Monaten als wahrscheinlich eingeschätzt habe. Zu diskutieren wäre ggf. eine erneute medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur Therapieoptimierung.

Der Bevollmächtigte der Klägerin entgegnete am 24.11.2014 (Bl. 130 LSG-Akte), dass die Antwort des Gutachters P. auf die Gutachtensfrage 8 einen Leistungsfall bereits im Oktober 2010 bestätige. Der Arztbrief der M.-S.-Klinik von 2002 (Bl. 131 LSG-Akte) belege, dass schon zum damaligen Zeitpunkt eine reaktive Arthritis und somatoforme Schmerzstörung/Ausgestaltung bei psychischer Überlagerung vorgelegen habe. Dies untermauere auch der Arztbrief des Interdisziplinären Schmerzzentrums der Uniklinik F. vom 28.10.2010, der ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren zum damaligen Zeitpunkt belege. Im vorgelegten Bericht vom 25.06.2002 ist nach dem ICD-Schlüssel die Diagnose V.a. (Verdacht auf) reaktive Arthritis aufgeführt. Weiter wird ausgeführt, dass eine aktive Arthritis denkbar sei, daneben aber eine deutliche somatoforme Ausgestaltung auf sozialtypischer Basis und im Rahmen einer Überforderung durch Pflege etc. zu Hause (vgl. Bl. 131 LSG-Akte).

Die Klägerin beantragt sachdienlich, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 03.05.2013 und den Bescheid der Beklagten vom 02.12.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.03.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 19.09.2008 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält einen Leistungsfall bis 31.10.2010 nicht für nachgewiesen.

Die Beteiligten haben mit Erklärungen vom 20.05.2015 auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor dem Senat verzichtet.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die vorgelegten Akten des Sozialgerichts Freiburg sowie die Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (vgl. BSG [SozR 3-2600 § 44 Nr. 7](#)) ist der den Rentenantrag der Klägerin ablehnende Bescheid der Beklagten vom 02.12.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.03.2009. Dieser erweist sich als rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in deren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

I. 1. Gemäß [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind (Satz 1 Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Satz 1 Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1 Nr. 3). Teilweise erwerbsgemindert sind 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 (Satz 2). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben - bei im Übrigen identischen Tatbestandsvoraussetzungen - 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 Satz 2 SGB VI](#)). Gemäß [§ 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.

2. Die Klägerin kann nur dann mit dem Rentenbegehren durchdringen, wenn die Erwerbsminderung zu einem Zeitpunkt zur Überzeugung des Senats feststellbar ist, in dem auch die weitere versicherungsrechtliche Anspruchsvoraussetzung, dass in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen ([§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) bzw. [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#)), erfüllt ist.

Die Gewährung von Erwerbsminderungsrente setzt voraus, dass der Rentenbewerber in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet hat. Die Berechnung des Fünfjahreszeitraums richtet sich nach [§ 122 Abs. 2 SGB VI](#). Danach umfasst ein nach Jahren bestimmter Zeitraum für jedes zu berücksichtigende Jahr 12 Monate (Satz 1). Ist für den Beginn oder das Ende eines Zeitraums ein bestimmtes Ereignis (wie hier der Eintritt von Erwerbsminderung) maßgebend, wird auch der Kalendermonat, in den das Ereignis fällt, berücksichtigt (Satz 2). Zu den für den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente erforderlichen Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zählen gem. [§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI](#) auch Pflichtbeiträge, die aus den in [§ 3 SGB VI](#) genannten Gründen gezahlt worden sind oder als gezahlt gelten, also auch Pflichtbeiträge wegen Bezugs von Arbeitslosengeld II.

Die genannte versicherungsrechtliche Voraussetzung war - was auch unstreitig ist - ausweislich des von der Beklagten übersandten Versicherungsverlaufs und unter Berücksichtigung der nach Renten Antragstellung geleisteten Pflichtbeiträge in den Zeiträumen von 24.04.2009 bis 31.10.2009 und von 01.02.2010 bis 31.03.2010 wegen Bezugs von Arbeitslosengeld II letztmals am 31.10.2010 erfüllt.

Vor diesem oder zu diesem Zeitpunkt ist zur Überzeugung des Senats eine quantitative Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens der Klägerin auf ein unter sechsstündiges Maß nicht festzustellen. Dies hat bereits das Sozialgericht Freiburg in der angegriffenen Entscheidung zutreffend ausgeführt.

Auch der Senat stützt seine Überzeugung, dass bis zu diesem Zeitpunkt keine zeitliche Erwerbsminderung der Klägerin eingetreten ist, auf das im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholte orthopädisch-rheumatologische Gutachten des Dr. B. vom 23.07.2011 sowie auf das im Berufungsverfahren erhobene nervenärztliche Gutachten des Dr. H. vom 19.02.2014.

Beide Gutachter gelangen auf ihren Fachgebieten überzeugend und gut nachvollziehbar zu einer nur qualitativ eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Klägerin seit der Renten Antragstellung. Dem Leistungsvermögen der Klägerin entsprechen danach leichte Tätigkeiten abwechselnd stehend, sitzend, gehend, ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar. Kälte, Nässe, Wärme, Staub, Gase, Dämpfe sind nicht zumutbar. Eine Überforderung der Klägerin durch Akkordarbeit oder Arbeiten nachts oder unter Zeitdruck ist zu vermeiden. Gleiches gilt für Arbeiten mit deutlich höheren als normalen Anforderungen an Konzentration oder Verantwortung.

a.) Die objektivierbaren rheumatologisch-orthopädischen Leistungseinschränkungen beruhen nachvollziehbar u.a. auf mäßiggradigen Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule. Der gerichtliche Gutachter Dr. B. hat sich eingehend mit den Funktionsprüfungen der Gelenke befasst. Der Facharzt für Rheumatologie konnte bei der Untersuchung der Klägerin im Juli 2011 keine Gelenkschwellung (floride Arthritis) feststellen. Er hat sogar ausdrücklich eine Gelenkschwellung der Hände und der Knie verneint (vgl. Bl. 259 SG-Akte, Bl. 21 des Gutachtens) und sowohl hinsichtlich der oberen Extremitäten als auch hinsichtlich der unteren Extremitäten bei der Untersuchung keinerlei Entzündungszeichen festgestellt (vgl. Bl. 258 und 259 SG-Akte). Der Gutachter führt ausführlich und klar aus, dass eine Vielzahl von körperlichen Untersuchungen der Klägerin erfolgt sind, insbesondere Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen. Bezüglich eines entzündlich-rheumatischen Geschehens waren ausschließlich Normbefunde vorhanden (vgl. Bl. 250 SG-Akte). Dr. B. berichtet darüber hinaus über die Schwierigkeiten der Funktionsprüfung bei der Klägerin und eine massive Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und objektiven Befunden. Vor diesem Hintergrund hat er eine zeitliche Leistungseinschränkung nicht festgestellt. Seiner zeitlichen Leistungseinschätzung aufgrund objektivierbarer orthopädischer Erkrankungen widerspricht schließlich auch diejenige des auf Antrag und Kosten der Klägerin erstinstanzlich gehörten Gutachters Dr. V. nicht. In dessen orthopädischem Gutachten nach Untersuchung vom 08.02.2012 ist sogar eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit der Rumpf- und Extremitätengelenke gegenüber der Lage im Juli 2011 beschrieben. Auch er sieht eine deutliche Diskrepanz zwischen geklagten Schmerzen der Klägerin und objektivierbaren Befunden. Auch er hat in der Untersuchungssituation auf Schwellungen der Gelenke geachtet und Schwellungen der Hand- und Fingergelenke verneint (Bl. 327/309 SG-Akte).

b.) Eine quantitative Leistungsminderung seit Renten Antragstellung infolge einer psychischen Erkrankung ist im Berufungsverfahren durch das Gutachten des Dr. H. nicht bestätigt worden. Zwar diagnostiziert er die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) und eine Dysthymie (F 34.1) der Klägerin. Zugleich teilt er aber mit, dass ihre affektive Schwingungsfähigkeit nur diskret reduziert gewesen und die Psychomotorik ausreichend lebendig gewesen ist. Auch stellt er keine kognitiven Leistungseinschränkungen fest und keine Mängel bei der Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit. Das Durchhaltevermögen und Gedächtnis ist nach seiner Feststellung intakt. Schlüssig gelangt er daher zu der (nur) qualitativen Anforderung, dass eine Überforderung der Klägerin durch Akkordarbeit oder Nachtarbeit oder unter Zeitdruck sowie Arbeiten mit deutlich höheren als normalen, besonders hohen Anforderungen an die Konzentration oder mit besonders hoher Verantwortung zu meiden sind. Einer zeitlichen Einschränkung der Erwerbstätigkeit bedarf es aufgrund der festgestellten Leistungseinschränkungen nicht. Der erfahrene Gutachter sieht keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands auf seinem Fachgebiet während des Verfahrens, sodass er auch eine Leistungsminderung zu einem früheren Zeitpunkt wegen nervenärztlicher Erkrankungen ausschließt.

c.) Die Notwendigkeit sich zu katheterisieren, die zwischenzeitlich nicht mehr bestand, im jüngsten Gutachten des Dr. P. jedoch wieder angegeben ist, begründet(e) nach der sachverständigen Zeugenaussage des behandelnden Urologen Dr. Z. vom 21.06.2012 keine zeitliche Leistungseinschränkung im Erwerbsleben. Um gelegentlich für 10 Minuten eine Toilette aufzusuchen, bedarf es auch keiner betriebsunüblicher Pausen.

d.) Auch eine Zusammenschau der Befunde und Einschränkungen führt nicht zur Begründung einer Leistungsminderung. Entgegenstehende Auffassungen überzeugen den Senat nicht; er vermag ihnen daher nicht zu folgen. Angesichts des überzeugenden rheumatologisch-orthopädischen Gutachtens von Dr. B. ist insbesondere eine überdauernde zeitliche Leistungseinschränkung aufgrund einer Arthritis der Gelenke zum Zeitpunkt Oktober 2010 entgegen der Auffassung des auf Antrag und Kosten der Klägerin gehörten Gutachters Dr. P. nicht nachvollziehbar. Dem Gutachten des Dr. P., zu dem sich die Klägerin in der M.-S.-Klinik in Behandlung begeben hat, vermag der Senat nicht zu folgen. Seine Auffassung überzeugt nicht, weil er sich zu wenig um die Objektivierung der Leistungseinschränkungen bemüht. Schon die Bezeichnung der Klägerin als Patientin, aber auch ihre sofortige Behandlung mit anderen Medikamenten spricht gegen die erforderliche kritische Distanz eines Gutachters. Auch argumentativ ist die überdauernde Leistungsminderung schon für sich genommen nicht schlüssig dargestellt. Dr. P. teilt mit, dass die Klägerin "aktuell" weniger als 3 Stunden leistungsfähig sei. Hier bleibt schon unklar, ob es sich tatsächlich um eine überdauernde Erwerbsminderung handelt oder ob der Gutachter lediglich die "aktuelle" Momentaufnahme bewertet,

ohne eine mögliche Besserung binnen 6 Monaten durch adäquate Behandlungen in seine Beurteilung einzubeziehen. Weiter begründet Dr. P. seine Wertung mit der floriden Arthritis in Knie-, Sprung- und Mediokarpalgelenken der Hände sowie mit Schmerzen (lumbospondylogenen und zervicobrachialen). Hinsichtlich der Arthritis äußert er allerdings die Vermutung, dass eine rheumatologische Behandlung mit Basistherapie diese bessern könne (binnen 4 bis 8 Monaten). Schmerzen sind zur objektiven und schlüssigen Herleitung einer Leistungseinschränkung nicht ausreichend. Soweit sie sich auf die Arthritis beziehen, die gebessert werden kann, ist auch ein Dauerzustand nicht schlüssig dargetan. Entscheidend zu betrachten ist darüber hinaus jedoch die Leistungsfähigkeit im Alltag und im Beruf, die auch trotz geklagter bzw. bestehender Schmerzen erhalten sein kann.

Darüber hinaus vermag die Leistungseinschätzung des Gutachters P. für die Vergangenheit bis zum 31.10.2010 keinen Leistungsfall zu belegen. So führt der Gutachter aus, dass bereits im November 2012 die Patientin multiple Gelenkschwellungen aufgewiesen habe. Seitdem sei die Polyarthritiden chronisch rezidivierend verlaufen und zum Zeitpunkt der Untersuchung sei sie deutlich exazerbiert gewesen (Bl. 117 LSG). Diese Aussage lässt schon eine durchgehende Erwerbsminderung seit November 2012 im Unklaren. Der Gutachter beschreibt das Krankheitsbild in der Untersuchungssituation als "deutlich exazerbiert". Das bestätigt gerade keine durchgehende Beeinträchtigung des Leistungsvermögens in gleichbleibendem Umfang. Selbst wenn man unterstellt, es hätten durchgehend seit 2012 Gelenkschwellungen bestanden, belegte dies keinen Leistungsfall bereits bis spätestens 31.10.2010. Dem stehen die Begutachtungen bei Dr. B. nach Untersuchung der Klägerin am 14.07.2011 und auch die bei der Untersuchung von Dr. V. am 08.02.2012 erhobenen Befunde entgegen, die das Vorliegen von Gelenkschwellungen zu diesen Zeitpunkten klar widerlegen. Zu beachten ist auch, dass sich die von Dr. P. angegebene Diagnose mit dem Zusatz "V.a." als bloße Verdachtsdiagnose zwar schon 2002 in den Behandlungsunterlagen der M.-S.-Klinik wiederfindet (vgl. Bl. 131 LSG-Akte). Dementsprechend gibt Dr. P. im Gutachten an, dass die rezidivierenden (wiederkehrenden) Arthralgien "bereits seit 2002" verzeichnet seien. Zu beachten ist aber, dass es sich auch damals nur um eine Verdachtsdiagnose handelte. Im Unklaren lässt der Gutachter Dr. P. auch, welche Auswirkungen die Arthralgien auf die Leistungsfähigkeit der Klägerin hatten. Selbst eine durchgehend seit 2002 bis 2014 bestehende Diagnose belegt keine bereits im Oktober 2010 vorliegende zeitliche Leistungsminderung der Klägerin aufgrund von daraus resultierenden Funktionseinschränkungen. Hiergegen spricht klar - abgesehen von den zahlreichen medizinischen Befunden und ärztlichen Unterlagen - dass die Klägerin nach 2002 als Hausfrau und Mutter tätig war und außerdem geringfügig nicht versicherungspflichtig noch in den Jahren 2004 und 2005 beschäftigt war. Bis 31.12.2007 sind Pflichtbeitragszeiten für die Pflege ihrer behinderten Tochter verzeichnet. Für den Zeitraum ihrer Abwesenheit zu Hause während der Reha-Maßnahme 2007 wurde eine Haushaltshilfe notwendig.

Von einem Leistungsfall bis 31.10.2010 kann sich der Senat auch nicht aufgrund der sachverständigen Zeugenaussagen der befragten behandelnden Ärzte überzeugen.

Die vage gehaltene Leistungsbeurteilung der Dr. K. und Dr. B., der behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums F. vom 05.10.2010, ist nicht stichhaltig. Sie führen aus, aufgrund der multilokalen Schmerzen seien wahrscheinlich auch körperlich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur weniger als 3 Stunden auszuüben. Hierbei ist nicht nur zu bemängeln, dass sich die behandelnden Ärzte nicht klar festlegen, sondern auch, dass die Leistungseinschränkung mit "multilokalen Schmerzen" begründet wird. Zu fordern ist aber, dass die Leistungseinschränkungen auf objektiv fassbare Funktionseinschränkungen zurückzuführen sind.

Ähnliches gilt für die Leistungseinschätzung des behandelnden Hausarztes Dr. K. gegenüber dem Sozialgericht Freiburg. Er betrachtet am 14.07.2009 zwar die Klägerin nurmehr für "weniger als 3 Stunden arbeitsfähig". Dies begründet eine überdauernde Erwerbsminderung allerdings nicht schlüssig. Es bleibt unklar, ob der Hausarzt, der von Arbeitsfähigkeit spricht, tatsächlich bereits von einer überdauernden Erwerbsminderung ausgeht. Hiergegen spricht, dass er deutlich die noch offenen Behandlungsoptionen anspricht, insbesondere im psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich. Aus seiner Stellungnahme wird deutlich, dass er hierin eine noch nicht in Anspruch genommene erfolgversprechende Behandlung der Klägerin sah.

Der behandelnde Arzt L., der sich in seiner Stellungnahme vom 08.02.2013 nicht der Beurteilung von Dr. V. anschließen vermochte, belegt argumentativ keinen Leistungsfall bereits im Oktober 2010. Er meint vielmehr, dass zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit die stationäre psychosomatische Behandlung der Klägerin abzuwarten sei.

Auch die zahlreichen Behandlungsunterlagen, insbesondere die zeitnah erstellten Berichte belegen einen Leistungsfall spätestens im Oktober 2010 nicht. Der Bericht des interdisziplinären Schmerzzentrums F. vom 04.10.2010 teilt vielmehr beispielsweise mit, dass die Klägerin ihren Bewegungsradius erweitere und sich in der Lage sehe, eine stundenweise ehrenamtliche Tätigkeit aufzunehmen, die schrittweise zeitlich ausgedehnt werden könnte (vgl. Bl. 228 SG-Akte).

Aus der Gesamtschau und insbesondere den Gutachten von Dr. H. und Dr. B. ergeben sich weder schwere spezifische Leistungsbehinderungen noch stellen die qualitativen Leistungseinschränkungen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen (vgl. dazu BSG vom 11.05.1999 - [B 13 RJ 71/97 R](#) = [SozR 3-2600 § 43 Nr. 21](#) - Juris Rn. 18 ff.) dar.

Ebenso bestehen keine Anhaltspunkte für eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Wegfähigkeit der Klägerin bis 31.10.2010.

Vor diesem Hintergrund konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

II. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-02