

L 8 R 4792/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 9 R 2251/13
Datum
04.11.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 R 4792/14
Datum
29.06.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 04.11.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen die Beklagte ein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller hilfswaise wegen teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, seit 10.09.2012 zusteht.

Die 1966 geborene Klägerin ist gelernte Fremdsprachenkorrespondentin für Englisch, Französisch und Kroatisch (Ausbildung an der I. Sprachschule von 1983 bis 1985, Blatt 33 der Beklagtenakte/Rentenakte), sie hat zwei Kinder (geb. 1991 und 1996). Sie arbeitete von 1989 bis 1991 als Lehrerin, von 1992 bis 1995 und von 2000 bis 2006 als Sekretärin sowie von 2006 bis April 2011 als Disponentin bzw. Fahrer in einem Taxiunternehmen (Blatt 33 der Beklagtenakte/Rentenakte). Zuletzt bezog die Klägerin seit 01.01.2010 laufende Leistungen nach dem SGB II (Blatt 1 der Beklagtenakte/Rentenakte), zeitweise auch Krankengeld (Blatt 13 der Beklagtenakte/Rentenakte). Ein GdB ist nicht festgestellt.

Vom 25.05.2012 bis zum 29.06.2012 befand sich die Klägerin im Rahmen von stationären Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in der Reha-Klinik S. B. – Psychosomatik -, Bad B ... Der Entlassbericht vom 03.07.2012 (M/ 6/14 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil) sah die Klägerin als Taxifahrerin unter drei Stunden leistungsfähig. Leichte Tätigkeiten überwiegend im Gehen, überwiegend im Stehen, überwiegend im Sitzen könne die Klägerin in Tagesschicht und unter Beachtung qualitativer Einschränkungen hinsichtlich des Bewegungs-/Haltungapparates sechs Stunden und mehr ausüben.

Nach Aufforderung durch das JobCenter, die am 10.09.2012 bei der Beklagten einging (Blatt 1 der Beklagtenakte/Rentenakte), beantragte die Klägerin am 30.10.2012 (Blatt 10/33 der Beklagtenakte/Rentenakte) die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Hierzu gab die Klägerin an, sie halte sich wegen schwerer Depression, Fibromyalgie, massiven Schlafstörungen, Schmerzen und immer wiederkehrenden Gelenkschwellungen seit April 2011 für erwerbsgemindert (M/ 1 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil).

Unter Berücksichtigung der Gutachten vom 02.04.2012 (Dr. W. , Internist, M/ 15 der Beklagtenakte/Rentenakte), vom 14.08.2006 (Dr. L. , Internist, M/ 16 der Beklagtenakte/Rentenakte = M/ 16/8 der Beklagtenakte/Rehaakte) und vom 18.07.2006 (Dr. D. , Orthopäde, M/ 17 der Beklagtenakte/Rentenakte) sowie des Befundberichts von Dr. B. vom 15.05.2013 (M/ 18 der Beklagtenakte/Rentenakte) und dem Reha-Bericht lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 09.11.2012 (Blatt 47/48 der Beklagtenakte/Rentenakte; Diagnose: Rheumatoide Arthritis) die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab. Die Klägerin sei in der Lage noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein.

Hiergegen erhob die Klägerin am 03.12.2012 Widerspruch (Blatt 50 der Beklagtenakte/RMG). Sie leide (Blatt 58/63 der Beklagtenakte/RMG) erheblich unter den Folgen einer seit dem 23. Lebensjahr bestehenden somatoformen Schmerzstörung. Es handele sich um einen Ganzkörperschmerz und Entzündungsschmerzen in allen Gelenken, die sich schubweise verschlimmerten mit Schüben alle zwei Monate. In den Morgenstunden seien die Hände regelmäßig dick angeschwollen, sodass sie diese nicht einsetzen könne. Auch bestünden orthopädische Beschwerden an der Wirbelsäule und den Gelenken. Darüber hinaus seien Depressionen konstatiert worden. In der Nacht leide sie unter Schlafstörungen und liege häufig wach. Am Tag sei sie dann müde und ausgelaugt, sie könne sich zu nichts motivieren. Es bestünden Konzentrationsprobleme. Unberücksichtigt sei auch das chronische Bronchialasthma.

Im Auftrag der Beklagte begutachtete der Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Dr. R. die Klägerin. In seinem Gutachten vom 13.06.2013 (M/ 21 der Beklagtenakte/Ärztlicher Teil; Untersuchung der Klägerin am 11.06.2013) hielt er die Klägerin als Taxi-leistellenmitarbeiterin wie auch für leichte Tätigkeiten überwiegend im Gehen, überwiegend im Stehen, überwiegend im Sitzen in Tages-, sowie Früh- und Spätschicht und unter Beachtung qualitativer Einschränkungen hinsichtlich der geistig/psychischen Belastbarkeit, des Bewegungs-/Haltungsapparates sowie von Gefährdungs- und Belastungsfaktoren für sechs Stunden und mehr leistungsfähig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.08.2013 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück (Blatt 66 der Beklagtenakte/RMG).

Am 05.09.2013 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Konstanz Klage erhoben, woraufhin das SG Beweis erhoben hat durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 23/51, 52/59, 60/64 und 65/71 der SG-Akte Bezug genommen. Der Allgemeinarzt und Internist Dr. F. hat dem SG am 21.10.2013 geschrieben, im Vordergrund der Beschwerden stünden Schmerzen des Achsenskelettes, der Hand- und Fingergelenke, sowie psychovegetative Dysregulationen, Depressionen und eine emotionale Instabilität durch multiple aktuelle und frühere psychosoziale Stressoren (Partnerschaft, Familie, Wohnsituation und Beruf). Aufgrund ihrer hohen Qualifikation und Erfahrungen in Büroarbeiten (Fremdsprachenkorrespondentin, Management einer Taxizentrale sowie autonome Bewältigung ihres Haushaltes) sei die Klägerin für leichte körperliche Arbeiten unterfordert. Zudem bestehe eine große Tendenz zum Rückzug auf körperliche Beschwerden des Achsenskelettes und der Extremitäten auch bei niedriger Belastung. Bei geeigneter Motivation und nachhaltigem Training könne sie auf dem EDV-Gebiet PC-Arbeit oder in einem Callcenter durchaus noch geldwerte Arbeiten bis sechs Stunden täglich ohne Zwangs-/Fehlhaltungen in trockenwarmem Klima verrichten. Unter antientzündlicher Behandlung der rheumatoiden Arthritis werde sich der somatische Befund noch deutlich bessern. Der psychische Befund werde von der Bereitschaft zur Traumabewältigung und Mitarbeit in einer entsprechenden Psychotherapie abhängen.

Dr. L., Facharzt für Orthopädie, hat dem SG am 24.10.2013 mitgeteilt, dass insgesamt in den letzten Monaten eine Verschlechterung des Krankheitsbildes festgestellt werden konnte. Bei Verdacht auf eine rheumatisch entzündliche Erkrankung habe er die Klägerin zu einer rheumatologischen Untersuchung überwiesen. Es habe sich auch eine deutliche depressive Entwicklung eingestellt. Zum Zeitpunkt seiner Untersuchung im April 2013 sei sie nicht in der Lage gewesen, leichte körperliche Tätigkeiten mindestens sechs Stunden zu verrichten. Der Grund liege in der diagnostizierten rheumatoiden Arthritis.

Der Internist und Rheumatologe Dr. B. hat dem SG geschrieben (Schreiben vom 29.10.2013), die rheumatischen Schwellungen hätten sich bis auf eine persistierende Schwellung des linken Handgelenkes etwas zurückgebildet. Aktuell sei die Belastbarkeit eingeschränkt aufgrund der entzündlichen Gelenkerkrankung mit Beteiligung insbesondere der Handgelenke, so dass auch leichte Gegenstände nicht mehrere Stunden am Stück angehoben, getragen oder zugereicht werden könnten. Hierbei müsse es sich jedoch nicht um einen Dauerzustand handeln, die rheumatische Entzündung könne sich unter der Therapie noch deutlich bessern.

Der Dermatologe Dr. M. hat ausgeführt (Schreiben vom 01.11.2013), die Klägerin habe sich wieder am 07.01.2013 vorgestellt. Bei der durchgeführten Hautkontrolle habe sich ein auffälliger Pigmentfleck im Lendenbereich gefunden. Die operative Entfernung habe ein Pigmentmal mit Dysplasie ergeben. In der Folge hätten sich weitere Pigmentmale ergeben, die teilweise dysplastisch und alle entfernt worden seien. Durch die ihm bekannten Befunde bzw. Erkrankungen begründe sich keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Das SG hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Dr. F. ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 19.03.2014 (Blatt 80/103 der SG-Akte; Untersuchung der Klägerin am 20.02.2014) als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom bei Nachweis einer zuvor diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung und Depression sowie rheumatologischerseits diagnostiziertem Fibromyalgie-Syndrom, eine seronegative rheumatoide Arthritis bei überwiegend mono- bis oligoartikulärem arthritischen Syndrom ohne nachweisbare autoimmunologische Phänomene und ohne durchlaufend nachweisbare humorale Entzündungsaktivität bei gutem Ansprechen auf Corticosteriodgabe und nachfolgende immunmodulierende Therapie mit Methotrexat sowie histologisch-pathologisch eindeutigem Nachweis einer rheumainduzierten Synovitis mit Nachweis von Antikörpern gegen CD68 sowie ein metabolisches Syndrom bei Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, arterieller Hypertonie sowie Fettstoffwechselstörung und Hyperurikämie angegeben. Die Klägerin werde im Wesentlichen durch ein Mischbild ihrer führenden Schmerzstörung und ihres arthritischen Syndroms beeinträchtigt. Führend liege das Übergewicht auf Seiten der Schmerzstörung. Bei Vorliegen einer entzündlich rheumatischen Systemerkrankung ohne Nachweis humoraler Entzündungsaktivität und ohne Nachweis von Immunphänomenen könne mit einer milden Verlaufsform der Erkrankung gerechnet werden. Seines Erachtens sei die Klägerin in der Lage, eine leichte körperliche Tätigkeit unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten.

Hiergegen hat sich die Klägerin mit Schreiben vom 14.04.2014 (Blatt 105/110 der SG-Akte) gewandt und den Bericht des Prof. Dr. L. vom 06.12.2013 und den Bericht der Dres. W. /S. vom 08.05.2014 (Blatt 119 der SG-Akte; Diagnose: Verdacht auf Bandscheibenvorfall, chronische Spondylose) vorgelegt.

Der Gutachter Dr. F. hat sich mit Schreiben vom 04.06.2014 (Blatt 122/124 der SG-Akte) ergänzend hierzu geäußert. Unabhängig von seiner gutachterlichen Einschätzung habe er der Klägerin dazu geraten, ihre gegenwärtige Medikation durch den weiterbehandelnden Rheumatologen überprüfen zu lassen und ggf. rheumaorthopädische/handchirurgische Interventionsmöglichkeiten abzuklären. Die in den Untersuchungsverfahren festgestellten Hyperperfusionen der Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenksregionen seien Ausdruck der beschriebenen lokalen Aktivität. Davon abweichend liege systemisch keine relevante humorale Entzündungsaktivität vor. In Anbetracht weiterer, den Krankheitsprozess charakterisierender Autoantikörper habe vom Vorliegen einer insgesamt nur niedrig aktiven Erkrankung mit prognostisch mildem Verlauf ausgegangen werden müssen. Den Einschränkungen der funktionellen Kapazität der Hand- und Fingergelenksmotorik werde in den qualitativen Einschränkungen einer leichten Tätigkeit Rechnung getragen. Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis werde weder durch einzelne Laborparameter noch durch histologisch-pathologische Befunde gestellt, sondern lediglich anhand der international gültigen Klassifikationskriterien der rheumatoiden Arthritis. Das Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis sei zu keinem Zeitpunkt in Zweifel gezogen worden und werde durch die Kriterien unterstützt. Funktionelle Beeinträchtigungen der Klägerin beruhten einerseits auf den Folgen der rheumatoiden Arthritis an den Gelenkstrukturen, aber auch in nicht unwesentlicher Weise im Rahmen des simultan bestehenden Schmerzsyndroms. Hierbei erachte er die Schmerzkomponente als die zum Untersuchungszeitpunkt

führende, da diese das Ausmaß einer rein arthritisch verursachten Beschwerdesymptomatik deutlich übersteige. Die Schmerzsymptomatik werde ausreichend und adäquat in der Leistungsbeurteilung gewürdigt. Die objektiven Befunde einer nicht vorhandenen humoralen Entzündungsaktivität, dem Fehlen von diagnostisch entscheidenden autoimmunologischen Antikörpern, weise auf einen tendenziell milden Verlauf der Erkrankung hin. Die durch die Klägerin empfundene Verhöhnung seinerseits aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik sei Zeichen und Untermauerung seiner Ansicht, dass das Schmerzsyndrom unabhängig von der rheumatologischen Grunderkrankung führend sei. Fahren mit einem Fahrrad auf ebener Strecke werde auch bei Patienten mit weitaus fortgeschrittenerem Gelenkstatus als mögliche therapeutische Bewegungsalternative beschrieben und empfohlen, sodass auch bei der Klägerin eine zeitweilige Benutzung eines Fahrrades möglich erscheine. Eine regelmäßige arbeitstägliche Benutzung unter Einfluss widriger Witterungsverhältnisse sei der Klägerin jedoch nicht zumutbar.

Die Klägerin hat sich hierzu geäußert (Schreiben vom 03.09.2014, Blatt 131/132 der SG-Akte) und den Bericht der Dres. W. /S. vom 08.05.2014 erneut vorgelegt.

Das SG hat mit Gerichtsbescheid vom 04.11.2014 die Klage abgewiesen. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente zu. Sie sei nicht teilweise und damit auch nicht voll erwerbsgemindert, denn die Klägerin sei in der Lage, unter Beachtung gewisser qualitativer Einschränkungen zumindest leichte Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeitstäglich mindestens sechs Stunden zu verrichten.

Gegen den ihrem Bevollmächtigten am 05.11.2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 19.11.2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Insbesondere in den letzten zwei Jahren habe sich ihr Zustand massiv verschlechtert und verschlechtere sich jeden Tag weiterhin. Erst heute sei sie wieder bei Dr. L. und Dr. D. gewesen, sei auf allen Vieren dorthin gekrochen und habe wieder Infusionen gegen Entzündungen und Schmerzen bekommen. Sie müsse auch dringend an der Lendenwirbelsäule operiert werden, wenn sie den Rest ihres armseligen Lebens nicht im Rollstuhl verbringen möchte. Des Weiteren habe sie an der linken Hand seit durch die massive Schwellung schon Blauverfärbungen durch mangelnde Durchblutung aufgetreten. Außerdem habe sie an beiden Daumensattelgelenken starke Arthrose, die auch mit sehr schmerzhaften, deutlich sichtbaren Schwellungen einhergingen. An der rechten Ferse bei der Achillessehne hätten sich auch durch die rheumatoide Arthritis starke Schwellungen und rötliche Entzündungen mit Flüssigkeitseinlagerungen gebildet, die auch sehr schmerzhaft seien. Durch diese ganzen Schmerzbelastungen sei ihr Leben so beeinträchtigt. Sie leide an Schlaflosigkeit, Kraftlosigkeit, starken Depressionen und habe in den letzten Monaten 20kg an Gewicht verloren. Die komplette Feinmotorik an den Händen sei zerstört, sie könne nichts richtig halten und bekomme nicht einmal mehr eine Flasche geöffnet. Sie habe größte Probleme bei der normalen Alltagsbewältigung, da sie nicht mehr richtig mobil sei und unter ständiger Kraftlosigkeit leide. Wenn sie im Höchstfall 20 Minuten sitze, könne sie ohne Hilfe nicht mehr aufstehen und müsse dann erst ein paar Sekunden warten, bis sie ein Bein fortbewegen könne. Nachts müsse sie sich alle 10 Minuten auf die andere Seite drehen. All ihre behandelnden Ärzte hätten Mitleid mit ihr und bedauerten ihren Gesundheitszustand. Eine Besserung sei mit Sicherheit nicht in Sicht. Es grenze schon an Unmenschlichkeit solchen Menschen wie ihr nicht zu helfen, solche Menschen wie sie seien schon gestraft genug. Sie würde lieber jeden Tag zum Arbeiten gehen und sich dabei wohl fühlen, denn sie sei keine Simulantin und nicht faul. Aber wenn es nicht gehe, dann gehe es nicht.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 04.11.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids von 09.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.08.2013 zu verurteilen, ihr seit 10.09.2012 eine Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 18/29, 30/42, 45/46, 61/64, 65/66, 68/70, 73/79a der Senatsakte Bezug genommen. Der Internist und Rheumatologe Dr. B. hat am 28.01.2015 geschrieben, die Klägerin müsse in kompensiertem Zustand in der Lage sein, leichte körperliche Tätigkeiten ohne wesentliche stressorische Belastungen für bis zu sechs Stunden täglich durchführen zu können.

Der Facharzt für Orthopädie Dr. L. hat am 17.02.2015 geschrieben, er habe die Klägerin selbst zuletzt im November 2013 untersucht und könne keine Angaben zur Leistungsfähigkeit machen. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. T. hat dem Senat am 15.07.2015 geschrieben, im Jahr 2012 hätten keine Untersuchungen und Behandlungen stattgefunden. Mit Schreiben vom 04.08.2015 hat er angegeben, es bestehe eine deutliche Spondylarthrose im Segment L4/5 mit relativer spinaler Enge und daraus gut erkläraren lumbalen Beschwerden. Die Klägerin sei in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von sechs Stunden auszuüben. Mit Schreiben vom 07.09.2015 hat er auf die Beurteilung durch Dr. D. verweisen.

Dr. D., Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat mit Schreiben vom 14.08.2015 mitgeteilt, es bestehe eine Spinalkanalstenose L4/5/S1, eine rheumatoide Arthritis und ein Diabetes mellitus Typ II. Bei einer beruflichen Tätigkeit müsse vor allem eine Überlastung des Rückens vermieden werden, somit seien wechselnde Tätigkeiten im Stehen, Gehen und Sitzen ohne schwere körperliche Belastung, insbesondere kein schweres Heben oder Tragen, möglich. Die Klägerin sei durchaus in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von sechs Stunden täglich zu verrichten.

Dr. T., Orthopädie und Rheumatologie, hat im Schreiben vom 01.10.2015 angegeben, nach ambulanter Operation am 05.12.2013 mit Spaltung des ersten Strecksehnenfaches am linken Handgelenk sei bei komplikationslosem Verlauf mit einer Arbeitsunfähigkeit für 2 bis 3 Wochen zu rechnen. Die bei der letzten ambulanten Vorstellung geklagten Beschwerden ließen leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von sechs Stunden zu.

Die Klägerin hat sich im Fortgang des Verfahrens mehrfach – auch handschriftlich – geäußert und auch den Bericht des Radiologen MUDr. M. vom 20.08.2015 (Diagnose: Verdacht auf Flexorentenosynovialitis rechtes Handgelenk bei rheumatoider Arthritis) vorgelegt (Blatt 53, 55/56,

67, 81/82, 83 der Senatsakte). U.a. hat sie ausgeführt, sie frage sich, was das alles solle. Kein Mensch wisse, wie sie lebe und wie sich quäle mit tagtäglichen Schmerzen und massivsten Einschränkungen. Keiner außer ihrer Familie sehe sie, wenn sie nachts in ihrem Zimmer weinend sitze und vor Schmerzen nicht einatmen könne. Sie werde bald 50 Jahre alt, ihr Zustand verbessere sich mit Sicherheit nicht mehr, ganz im Gegenteil. Ihre Hände hätten sich schon verkrümmt. Dr. T. wolle in ihre Beckenknochen Schrauben hereinoperieren, so dass der Knochenabstand durch die Arthrose noch etwas erhalten bleibe, denn sonst verliere sie die komplette Hüfte. Durch das Rheuma habe sie einen Kieferabbau von jetzt schon 7 mm und werde somit die Zähne verlieren. Wie um Himmels Willen müsse man aussehen und welche Krankheit müsse man haben, um in diesem Land eine Erwerbsminderungsrente als deutscher Bürger zu bekommen. Innerhalb eines Jahres seien trotz schwerer Medikation mehrere Gelenke zerfressen worden. Sie wäre froh, wenn sie wie ein gesunder Mensch arbeiten könne, aber es gehe nicht. Alle ihre behandelnden Ärzte seien verlogen, infam und nicht fähig. Sie werden am 01.02.2016 in R. an der rechten Hand operiert, die nach Dr. T. als voll funktionsfähig gelte.

Mit handschriftlichem, am 24.03.2016 beim LSG eingegangenem Schreiben (Blatt 87/100 der Senatsakte), hat die Klägerin u.a. einen Auszug aus einem Bericht von Dr. K., N. Krankenhaus W. über eine Resektionsinterpositionsarthroplastik im Daumensattelgelenk und das Gutachten des MDK vom 10.03.2016 zur Frage der Pflegebedürftigkeit (empfohlene Pflegestufe: Pflegestufe 1) vorgelegt.

Auf Befragen durch den Senat hat der Handchirurg K. vom N. Krankenhaus W. mit Schreiben vom 01.04.2016 (Blatt 101/103 der Senatsakte) ausgeführt, bei der Klägerin bestehe eine Daumensattelgelenksarthrose beidseits, ein Carpaltunnelsyndrom beidseits, eine schmerzhafte Pisiotriquitralgelenksarthrose am Handgelenk rechts, eine Tendovaginitis stenosans an Zeige- und Ringfinger rechts und eine rheumatoide Arthritis. Der operative und postoperative Verlauf sei komplikationslos. Die rechte Hand dürfe im täglichen Leben wieder normal benutzt und auch zunehmend belastet werden. Die postoperative Arbeitsunfähigkeit betrage im Allgemeinen 8-12 Wochen. Die Klägerin sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von sechs Stunden täglich zu verrichten.

Mit Schreiben vom 11.04.2016 (Blatt 105/112 der Senatsakte) hat sich die Klägerin erneut geäußert und Bilder ihrer Hände vorgelegt. Die Beklagte hat sich unter Vorlage von sozialmedizinischen Stellungnahmen von Dr. J., Fachärztin für Innere Medizin, geäußert (Blatt 114/116 der Senatsakte).

Der Senat hat nunmehr Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens bei Dr. M. ... Noch bevor das Gutachten vorlag hat die Klägerin telefonisch und handschriftlich Beschwerde gegen die Begutachtung eingelegt (Blatt 123/127 der Senatsakte). Um 8 Uhr habe sie den Termin gehabt, bis 12 Uhr habe man nur irgendwelche Messungen gemacht. Danach sei sie zu Dr. M. gekommen, die ihr nur drei Fragen gestellt habe. Die Klägerin hat den Bericht des Dr. A., Anästhesiologe, vom 06.07.2016 vorgelegt.

Die Gutachterin Dr. M., Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, hat in ihrem Gutachten vom 09.08.2016 (Blatt 129/151 der Senatsakte, zur ergänzenden Stellungnahme vom 17.08.2016 vgl. Blatt 152/153 der Senatsakte; Untersuchung der Klägerin am 14.07.2016) eine Dysthymie sowie eine somatoforme Schmerzstörung (F45.40), fachfremd eine rheumatoide Arthritis, rezidivierende Abszesse, ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom, eine Adipositas per magna, einen Diabetes mellitus Typ II sowie ein metabolisches Syndrom mitgeteilt. Im Rahmen der Dysthymie und der somatoformen Schmerzstörung komme es rezidivierend zu Stimmungstiefs, Rückzugverhalten, Antriebsstörungen, anhaltenden polytopen Schmerzen. Diese Symptome seien unter Berücksichtigung der Behandlungsmöglichkeiten und der kurzfristig zu erwartenden Behandlungserfolge als leicht einzustufen. Es resultierten hieraus qualitative Leistungseinschränkungen. Die Klägerin sei in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben.

Am 23.08.2016 hat die Klägerin beim Senat angerufen und angegeben, sie besorge sich eine Waffe. Dr. M. und der Senat würden es zu spüren bekommen, wie es sei die Hände und die Beine nicht mehr richtig benutzen zu können. Die Polizei wurde eingeschaltet.

Mit einem beim LSG am 29.08.2016 eingegangenen Schreiben (Blatt 159/177 der Senatsakte) hat sich die Klägerin gegen das Gutachten von Dr. M. gewandt, Unterlagen vorgelegt und u.a. ausgeführt, es sei eine Ungeheuerlichkeit, dass Dr. M. sie als Simulantin darstelle. Diese "blöden" Messungen, die jeweils zwei Minuten gedauert hätten, könnten "die sich mit ihren 50 Jahren alten Geräten an den Hut stecken!" Mit handschriftlichem Schreiben, das beim LSG am 08.11.2016 eingegangen ist (Blatt 180/181 der Senatsakte), hat die Klägerin den Bericht des Radiologen Dr. G. vom 19.10.2016 ("Kein Anhalt für einen Wirbelkörper tumor. Kein Anhalt für entzündliche Wirbelkörperveränderungen. Leichte links-konvexe Lumbalskoliose. Bandscheibendegeneration L2/L3, L3/L4 und L4/L5, im letzteren Segment betont. Multisegmentale Facettengelenksarthrose mit rechts-betonter Ergussportion L4/L5 und beidseits L5/S1. Am Segment L4/L5 medio-lateral links gerichteter, nach caudal gerichteter Prolaps mit Kontakt zur links-seitigen L5-Wurzel. Keine neuroforaminale Enge. Der Vorfall ist teilweise knöchern abgestützt. Teilweise fettige Ätrophie des Musculus erector spinae."), vorgelegt.

Der Senat hat des Weiteren Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. B. ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 10.03.2018 (Blatt 201/271 der Senatsakte; Untersuchung der Klägerin am 23.01.2018) ausgeführt, auch unter Beachtung qualitativer Einschränkungen ergebe sich lediglich noch ein schmales Spektrum für zumutbare leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, welche der Klägerin noch vollschichtig zumutbar seien. Dies würde eine entsprechende Gestaltung des Arbeitsplatzes zwingend voraussetzen. Die üblicherweise als leicht einzuschätzenden Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wären grenzwertig vollschichtig mit ca. sechs Stunden/Tag zumutbar. Das zur Verfügung stehende therapeutische Repertoire hinsichtlich der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet sei bei weitem nicht ausgeschöpft. Insoweit stünden neben einer adäquaten medikamentösen Schmerztherapie weitere Optionen in Form krankengymnastisch-physiotherapeutischer Maßnahmen oder auch alternative Therapieverfahren (z.B. Akupunktur) zur Verfügung.

Die Klägerin hat sich mit dem am 19.04.2018 beim LSG eingegangenen Schreiben mit dem Gutachten von Dr. B. auseinandergesetzt und u.a. ausgeführt, sie sei enttäuscht von dem Gutachten des Dr. B., denn ihr gegenüber habe er ganz andere Kommentare von sich gegeben. Sie habe eine Bandaufnahme von der gesamten Untersuchung zu ihrer eigenen Sicherheit gemacht, denn sie habe bei Ärzten schon alles Mögliche erlebt. Wenn man alleine ihre rechte Hand nur äußerlich anschauende sehe man, dass sie verkrüppelt sei, es bestehe keinerlei Muskulatur mehr, die Finger stünden schief und sie sehe aus wie die Hand einer Toten. Außerdem hat die Klägerin den Bericht des Radiologen Dr. S. vom 29.03.2018 vorgelegt (Blatt 275 der Senatsakte; Beurteilung: absolute Spinalkanalstenose C4/5 und C5/6, relative Stenose C6/7 jeweils bei knöchern abgestützten Bandscheibenvorfällen. Linksforaminale Enge C4/5).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrages der Beteiligten wird auf die Senatsakte sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, in der Sache aber nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 09.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.08.2013 ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, auch nicht bei Berufsunfähigkeit. Der Senat konnte feststellen, dass die Klägerin in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an fünf Tagen pro Woche (arbeitstäglich) sechs Stunden und mehr zu verrichten. Dabei hat sie zwar qualitative Leistungseinschränkungen zu beachten, diese führen aber nicht zu einer zeitlichen Reduzierung des Leistungsvermögens. Auch besteht keine Berufsunfähigkeit. Daher ist der Gerichtsbescheid des SG vom 04.11.2014 zutreffend und auch die Berufung in vollem Umfang zurückzuweisen.

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.

Der Senat konnte feststellen, dass die Klägerin in der Lage ist, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts unter Beachtung qualitativer Leistungsbeschränkungen arbeitstäglich sechs Stunden und mehr auszuüben.

Auf orthopädischem Fachgebiet hat zuletzt Dr. B. die Klägerin begutachtet. Er hat auf orthopädischem Fachgebiet folgende Diagnosen mitgeteilt: - chronisches lokales degeneratives cervicales Wirbelsäulensyndrom mit Funktionsbehinderung der HWS ohne eindeutige radikuläre Reiz- oder Ausfallserscheinungen der oberen Extremitäten, - chronisches lokales und pseudoradikuläres degenerativ bedingtes thorakolumbales Wirbelsäulensyndrom mit Funktionsbehinderung im Bereich der Rumpfwirbelsäule ohne eindeutige radikuläre Reiz- oder Ausfallserscheinungen der unteren Extremitäten, - Multisegmentale Bandscheibenschäden der HWS und LWS, - Wirbelsäulenfehlstatik mit muskulärer Dysbalance des Rückens und des Rumpfes, - Schulter-Arm-Syndrom beidseits mit gradueller Funktionsbehinderung der Schultergelenke bei Schultereckgelenkarthrose beidseits sowie Supraspinatustendinose rechts, - Epicondylitis humeri ulnaris links ohne Funktionsbehinderung des linken Ellbogengelenkes, - Rhizarthrose links mit Belastungsstörung der linken Hand, - operierte Tendovaginitis stenosans de Quervain links ohne Anhalt für Rezidiv, - operierte Rhizarthrose rechts mit aggravierter Belastungsstörung der rechten Hand, - operierte Tendovaginitis stenosans des rechten Zeigefingers und Ringfingers ohne Anhalt für Rezidiv, - operiertes Carpal-tunnelsyndrom rechts ohne Anhalt für Rezidiv, - Coxarthrose beidseits mit Funktionsbehinderung der Hüftgelenke, - Gonalgie rechts mit geringen synovialen Reizerscheinungen des rechten Kniegelenkes und v.a. aggravierter Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei Knorpelschäden des rechten Kniegelenkes, - Senk-Spreizfuß-Deformität beidseits ohne Funktionsbehinderung, - seronegative rheumatische Polyarthrit (unter immunsuppressiver Therapie und Cortison-Therapie).

Dr. B. hat die Klägerin körperlich untersucht und die vorliegenden ärztlichen Befunde aus den früheren Gutachten, Arztberichten und Aussagen der behandelnden Ärzte sowie die von der Klägerin und der Beklagten vorgelegten Unterlagen sowie die eigenen Aufnahmen der bildgebenden Untersuchung verwertet. Bei seiner Untersuchung hat Dr. B. am Achsorgan eine graduelle Funktionsbehinderung der HWS wie auch der Rumpfwirbelsäule feststellen können. Hochgradige Einschränkungen waren jedoch nicht objektivierbar. So hat er aus der inspektorischen Untersuchung der Klägerin keinen Beckenschiefstand, ebenso keine wesentliche Schiefstellung der Schulterlinie, dagegen eine geringe rechtskonvexe Skoliose (Seitverbiegung) der BWS und LWS und eine verstärkte und tief gezogene thorakale Kyphose (Rundrückenhaltung) mitgeteilt. Es bestehen eine ausgeprägte abdominelle Fettschürze und femorale Fetthosen links etwas betonter als rechts nach berichteter zuletzt erfolgter erheblicher Gewichtsabnahme. Bei der palpatorischen Untersuchung fand Dr. B. eine Druckdolenz am cervicothorakalen Übergang beidseits sowie an der unteren LWS beidseits bei sonst fehlender Druckdolenz der Paravertebralmuskulatur, die sich in Relation zum Habitus insuffizient darstellt. Die Dornfortsatzreihe der Rumpfwirbelsäule war ab der unteren BWS bis zum Sacralbereich klopfempfindlich, wies aber an der oberen bis mittleren BWS keine Klopfempfindlichkeit auf. Bei der funktionellen Untersuchung zeigte sich die Funktion der HWS für die Inkliniation (Vorneigung) frei und für die Reklination (Rückneigung) graduell eingeschränkt. Die Lateralflexion (Seitneigung) der HWS war zu beiden Seiten um etwa 1/3 eingeschränkt. Die Rotation zeigte sich zu beiden Seiten (nach rechts etwas mehr als nach links) etwa hälftig eingeschränkt. Die Klägerin gab einen endgradigen Bewegungsschmerz der HWS in allen Ebenen an. An der BWS und LWS war die Seitneigung, die vorrangig aus der LWS rekrutiert wird, zu beiden Seiten mäßig eingeschränkt, die Rotation, die vorrangig aus der BWS rekrutiert wird, war noch altersgemäß erhalten. Die Inkliniation zeigte sich deutlich eingeschränkt. Die Klägerin gab einen Bewegungsschmerz der BWS und LWS in allen Ebenen an. Korrelierend zur dieser Funktionseinschränkung der Rumpfwirbelsäule ergab sich anhand der üblichen Messstrecken am Achsorgan eine graduell eingeschränkte Entfaltbarkeit der Dornfortsatzreihe der BWS und LWS. Korrelierend zum Funktionsbefund waren bei Dr. B. bilddiagnostisch degenerative Veränderungen an der HWS sowie an der Rumpfwirbelsäule nachzuweisen. Das verbalisierte Beschwerdebild übersteigt jedoch teils das Maß dessen, was man angesichts der objektiven Befunde bzgl. mit arbeitsunabhängiger Testung und angesichts der bildgebenden Befunde erwarten würde. Soweit sich die Klägerin auf das Ergebnis bildgebender Untersuchungen bezieht und hierzu entsprechende Befunde vorlegt bzw. vorlegen lässt, hat Dr. B. diese in die Beurteilung mit einbezogen, diese erlauben jedoch für sich allein betrachtet keine Rückschlüsse auf das Schmerzbild wie auch das Leistungsvermögen. Somit lassen sich bei der Klägerin anhand des Wirbelsäulenleidens mit Dr. B. zwar ohne jeglichen Zweifel vielschichtige und nicht unerhebliche qualitative Leistungseinschränkungen ableiten. Eine quantitative Leistungsminderung ist mit Dr. B. hieraus indes nicht zu begründen. Dieser Leistungsbeurteilung tritt der Senat bei.

Soweit die Klägerin zuletzt den Bericht des Radiologen Dr. S. vom 29.03.2018 vorgelegt hatte, aus dem absolute Spinalkanalstenosen bei C4/5 und C5/6, eine relative Stenose bei C5/6, bei jeweils knöchern abgestützten Bandscheibenvorfällen, und eine linksforaminale Enge C4/5 zu entnehmen sind, ergibt sich hieraus keine weitergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dr. B. hat bei seinen Röntgenaufnahmen eine mäßige ventrale und diskrete dorsale Spondylosis deformans bei C5/6 und C6/7, etwas geringer auch bei C4/5 beschrieben. Auswirkungen einer absoluten Stenose konnte Dr. B. weder hinsichtlich der Schmerzen noch hinsichtlich funktioneller Beeinträchtigungen erheben. Auch weist der Bericht des Dr. S. mit den knöchern abgestützten Bandscheibenvorfällen auf eine bereits länger bestehende Situation hin, die nicht durch eine Verschlimmerung nach dem Gutachten von Dr. B. (Untersuchung am 23.01.2018) zu erklären ist. Damit konnte der Senat trotz der angenommenen absoluten Stenose eine funktionsrelevante Erkrankung nicht feststellen.

Dazu passen auch die Befunde, die Dr. B. in seiner orthoneurologischen Untersuchung erhoben hat. So hat er keinen Anhalt für zentralnervöse Störungen oder für nervale Störungen im Bereich des Körperstammes bzw. des Achsorgans festgestellt. Im Bereich der oberen Gliedmaßen zeigte sich zwar eine Hypästhesie des gesamten rechten Armes, die sich aber weder dem Ausbreitungsgebiet einer cervicalen Nervenwurzel i.S. einer radikulären Affektion, noch dem umschriebenen Versorgungsgebiet eines peripheren Nerven zuordnen lässt. Hinsichtlich der Motorik und groben Kraft der Arme ergaben sich keine eindeutigen Ausfälle. Muskeleigenreflexe der Arme (Bizepssehnenreflex, Radiusperiostreflex, Trizepssehnenreflex) waren seitengleich schwach auslösbar. Im Bereich der unteren Gliedmaßen hatte die Klägerin eine Hypästhesie am rechten Unterschenkel medial - am ehesten dem L4-Dermatom entsprechend - bei sonst seitengleich ungestörter Sensibilität der Beine angegeben. Eine adäquate Überprüfung der Motorik und groben Kraft der unteren Gliedmaßen war Dr. B. insoweit nicht möglich, als die Klägerin eine vollständige Non-Compliance an den Tag legte und trotz Ermahnung zu adäquater Mitarbeit keinerlei aktive Bewegungen dargeboten hatte. Dies steht mit Dr. B. in krassem Gegensatz zur spontanen Motorik und Beweglichkeit der Beine. Das Zeichen nach Lasègue war beiderseits bei 40° pseudopositiv i.S. einer Schmerzangabe im Lumbalbereich ohne echten Ischiasdehnungsschmerz. Während die Klägerin den Langsitz nicht eingenommen hat, war der Fersenstand eingeschränkt vorführbar und ohne sichtliche Paresen, der Zehenstand war nicht vorführbar. Fersengang und Zehengang waren ebenso seitengleich nicht vorführbar.

Auffällig waren bei der Untersuchung durch Dr. B. die ständigen stöhnenden demonstrativen Schmerzüßerungen sowie ein wiederholtes Anfassen schmerzender Körperstellen mit den Händen, ohne dass hierbei eine eingeschränkte Beweglichkeit oder Kraftminderung der Arme und Hände erkennbar gewesen wäre. Als Inkonsistenzen zeigten sich - neben der Diskrepanz zwischen dargebotener kompletter Kraftlosigkeit der Beine bei Prüfung der Motorik und groben Kraft versus den Beobachtungen bei spontanen Bewegungsabläufen - auch weitere Auffälligkeiten. So war bei scheinbar unbeobachteten spontanen Bewegungsabläufen eine deutlich bessere Beweglichkeit der Arme und der Halswirbelsäule erkennbar, als die Klägerin dies bei der konkreten Funktionsprüfung dargeboten bzw. zugelassen hatte.

Die von Dr. B. bei der Klägerin erhobenen Befunde an den oberen Gliedmaßen zeigen funktionelle Beeinträchtigungen im Bereich beider Schultergelenke. Wesentliche funktionelle Defizite der Handgelenke und des linken Ellbogens konnte Dr. B. trotz subjektiver Beschwerden nicht objektivieren. Bei der inspektorischen Untersuchung zeigte sich bei Dr. B. keine grobe Seitendifferenz der Muskel- und Gelenkkonturen der Arme. Am linken Handgelenk fand sich radial (speichenseitig) eine 2 cm lange reizlose OP-Narbe. Am rechten Daumensattelgelenk zeigte sich eine 3 cm lange reizlose bogenförmige OP-Narbe. Am rechten Handgelenk fand sich ulnopalmar (ellenseitig bzw. beugeseitig) eine 2 cm lange reizlose OP-Narbe. An der rechten Hohlhand zeigten sich distal (körperfern) über dem 2. und 4. Mittelhandstrahl kleine reizlose quer verlaufende OP-Narben nach Ringbandsplattung. Beiderseits war die Hohlhandbeschwellung schwach ausgeprägt. Bei der palpatorischen Untersuchung war eine Druckdolenz im Bereich beider Schultern am Acromioclaviculargelenk (Schulterreckgelenk; AC-Gelenk) und an der ventralen (vorderen) Kapsel auslösbar. Ebenso war ein Druckschmerz am Epicondylus humeri ulnaris (inneren Oberarmknorren) links auslösbar. Alle übrigen Abschnitte der oberen Gliedmaßen waren bei Dr. B. nicht druckdolent. Auch fanden sich keine sonstigen palpatorischen Auffälligkeiten, insbesondere keine Schwellungen und keine Resistenzen.

Bei der funktionellen Untersuchung zeigte sich bei aktiver Bewegungsprüfung der Cross-Body-Griff beidseits knapp eingeschränkt. Der Nackengriff konnte beidseits nicht vorgeführt werden. Der Schürzengriff war seitengleich knapp erreichbar. Der Spitzgriff war rechts schmerzhaft, links schmerzfrei darzubieten, ohne dass sich diesbezüglich jedoch funktionelle Einschränkungen zeigten. Der Faustschluss war rechts nicht dargeboten worden, links hingegen dagegen unauffällig vorführbar. Hinsichtlich der Darbietung des verunmöglichten Faustschlusses hat Dr. B. Zweifel an adäquater Compliance geäußert. Die Überprüfung mittels Vigorimeter ergab eine Handkraft von 0 kp rechts bzw. 2-3 kp links, was nicht mit der sichtbaren (wenngleich eingeschränkten) Funktionalität der Hände bei scheinbar unbeobachteten spontanen Bewegungen in Einklang zu bringen ist und die Zweifel hinsichtlich der Compliance stützt; auch die von der Klägerin als Rechtshänderin handschriftlich beim Senat eingereichten Briefe zeugen von der Benutzbarkeit der rechten Hand. Bei der passiven Funktionsprüfung zeigten sich funktionelle Einschränkungen an beiden Schultergelenken vorrangig bzgl. der Anteversion (Vorhebung) und etwas geringer bzgl. der Abduktion/Elevation (Seithebung), während sich bzgl. der Rotation bei angelegtem wie auch abduziertem Oberarm keine wesentlichen Einschränkungen nachweisen ließen. Dies war bei Dr. B. insoweit kaum nachvollziehbar, als relevante Einschränkungen der Seit- und Vorhebung in aller Regel auch mit relevanten Einschränkungen der Drehbewegungen einhergehen. Die Klägerin gab dabei einen Bewegungsschmerz beider Schultergelenke an. An den Ellbogengelenken zeigten sich keine funktionellen Einschränkungen, wobei auch die Umwendbewegungen (Pronation und Supination) beidseits frei waren. Es wurde dennoch ein Bewegungsschmerz an beiden Ellbogengelenken angegeben. Die Beweglichkeit der Handgelenke zeigte sich seitengleich noch weitgehend altersphysiologisch frei. Auch hier wurde ein Bewegungsschmerz beidseits angegeben. Obwohl sich keine höhergradige Funktionseinschränkung beider Daumensattelgelenke nachweisen ließ, wurde insbesondere rechts ein Bewegungsschmerz angegeben. Die seitenvergleichende Umfangsmessung ergab keine klinisch relevante Seitendifferenz der Umfangsmaße an den oberen Gliedmaßen, so dass ein fortgesetzter schmerzbedingt erzwungener einseitiger Mindergebrauch an den oberen Extremitäten nicht hinlänglich wahrscheinlich zu machen war.

Der Senat kann insoweit keine wesentliche schmerzbedingte bzw. funktionsbedingte Minderung der Leistungsfähigkeit feststellen. Denn der Funktionsbefund steht in vergleichsweise guter Korrelation zum Ergebnis der bildgebenden Untersuchungen. Die auch von Dr. B. angesprochene Diskrepanz zwischen dargebotener weitgehend fehlender Handkraft einerseits bei durchaus noch passabler Handfunktion i.R. spontaner Bewegungsabläufe und auch der an den Senat geschriebenen Briefe wie auch die bei Dr. B. erlebten demonstrative Verhaltensweisen lassen für den Senat die von der Klägerin auch insbesondere an den Händen geltend gemachten Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen nicht als nachvollziehbar und damit nicht als überzeugend erscheinen. Dazu passt auch, dass die Klägerin wohl aus ihrer Sicht durchaus eine Benutzbarkeit der Hände sieht, wie sich auch aus der Drohung ergibt, mit einer Pistole bei der Gutachterin und dem Gericht aufzutreten, was durchaus gewisse taktile und feinmotorische Fähigkeiten der Hände voraussetzt, ebenso wie die Verfassung der handschriftlichen Eingaben beim Senat. Von einer faktischen Unbenutzbarkeit der Hände konnte sich der Senat daher

nicht überzeugen. Vielmehr kann den vom Senat festgestellten Beeinträchtigungen mit qualitativen Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden. So sind Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an das taktile Geschick und die Feinmotorik der Hände wie auch an die Kraftentfaltung der Arme und Hände auszuschließen.

Die bei der Klägerin von Dr. B. erhobenen Befunde an den unteren Gliedmaßen wurden von diesem zunächst als vermeintlich sehr deutliche Funktionseinschränkungen beider Hüftgelenke und beider Kniegelenke gedeutet. Auch hier hat er jedoch wieder erhebliche Zweifel hinsichtlich des tatsächlichen Ausmaßes dieser funktioneller Einschränkungen der Hüft- und Kniegelenke angemeldet. Einschränkungen der Sprunggelenke und der Füße waren nicht objektivierbar. Die dargebotene erhebliche Beugeeinschränkung der Hüftgelenke und der Kniegelenke (links betonter als rechts) standen nicht in adäquatem Einklang mit dem Ergebnis weiterer Befundprüfungen (Kniebeugung in Bauchlage 90° beidseits; Hüft- und Kniebeugung im Sitzen ebenfalls etwa 90° beidseits; noch gute Beweglichkeit der Hüftgelenke für An- und Abspreizung sowie Rotation). Der Bildbefund mit Nachweis relativ geringerer arthrotischer Veränderungen der Hüftgelenke erklärt mit Dr. B. ebenfalls nicht die dargebotene erhebliche Beugeeinschränkung. Insoweit hat Dr. B. auch hier ernste Zweifel bzgl. des tatsächlichen Ausmaßes der Funktionseinschränkung geäußert. Insbesondere hat er keine sekundären Schönungszeichen gefunden. Verwiesen hat er insoweit auf die adäquate Ausprägung der Plantarbeschwellung, was gegen einen fortgesetzten schmerzbedingt erzwungenen Mindergebrauch bzw. für außergewöhnliche Schonung der unteren Gliedmaßen spricht. Insoweit hat die Klägerin auch erforderliche Untersuchungen nicht ausreichend zugelassen. Mithin hat Dr. B. bei der Klägerin im Bereich der unteren Extremitäten zwar sicher erhebliche qualitative Leistungseinschränkungen beschrieben, jedoch daraus keine quantitative, mithin zeitliche Leistungsminderung abgeleitet.

Bei solitärer Betrachtung der objektiven Funktionsbeeinträchtigungen an den einzelnen Abschnitten der Haltungs- und Bewegungsorgane konnte Dr. B. keine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens für qualitativ angepasste leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ableiten. Selbst unter integrativer Gesamtschau der orthopädischen Befunde und der rheumatischen Systemerkrankung mit mehrdimensionalem Befall der oberen und unteren Gliedmaßen, hat Dr. B. für qualitativ angepasste leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes keine Herabminderung des zeitlichen Leistungsvermögens begründen können.

Aus den bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen und den hieraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen ergeben sich mit Dr. B., dem der Senat folgt, lediglich Beeinträchtigungen des qualitativen Leistungsvermögens. Nicht mehr zumutbar sind folgende Tätigkeiten: - sämtliche mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten, - Arbeiten mit Heben, Tragen und/oder Bewegen von Lasten über 2 bis 3 kg ohne mechanische Hilfsmittel, - Arbeiten in gebückter, vornüber geneigter oder sonstiger Zwangshaltung des Achsorgans, - Arbeiten in Rückneigung des Kopfes (Überkopftätigkeiten), - Arbeiten unter Einfluss vertikaler Teil- oder Ganzkörperschwingungen, - Arbeiten über horizontalem Schulterniveau, - Arbeiten mit besonderer Anforderung an die Kraftentfaltung und volle Gebrauchsfähigkeit der Arme und Hände, - Arbeiten mit erhöhter Anforderung an die Feinmotorik und das taktile Geschick der Hände, - häufig oder ständig kniende und/oder hockende Tätigkeiten, - überwiegend oder ständig stehende und/oder gehende Tätigkeiten, - Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, - Arbeiten mit häufigem Treppensteigen, - Arbeiten auf unebenem Untergrund, - Arbeiten unter Einfluss von Nässe, Kälte und/oder Zugluft, - Arbeiten an gefährdenden Maschinen, - Arbeiten mit hoher Verantwortung und/oder besonderer geistiger Beanspruchung, - Arbeiten unter hohem Zeitdruck und hoher Stressbelastung (z.B. Akkord- und Fließbandtätigkeit, Nachtschichttätigkeit), - Arbeiten mit erleichtertem Zugriff zu Nahrungs- und Genussmitteln, (insbesondere Arbeiten in der Lebensmittel-Branche) Alle übrigen sehr leichten körperlichen Tätigkeiten sind mit Dr. B. und der Überzeugung des Senats im Hinblick auf den orthopädischen Befund der Klägerin ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche zumutbar. Eine entsprechende Gestaltung des Arbeitsplatzes ist dabei zwingend vorrauszusetzen, was aber bereits durch die Beachtung der qualitativen Leistungseinschränkungen gewährleistet ist und keine weitergehende Einschränkung der zumutbaren Tätigkeiten darstellt. Zumutbar sind daher unter orthopädischem Blickwinkel noch sehr leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus von Sitzen, Stehen und Gehen mit einem sitzenden Anteil von über 60-70% in Tagschicht und vorzugsweise in geschlossenen temperierten Räumen. Ergonomische Anforderungen wie ein höhenverstellbarer Arbeitstisch, ein vielfach verstellbarer Stuhl, adäquate mechanische Arbeitshilfen) sind zu beachten.

Soweit Dr. B. in seinem Gutachten annimmt, pro Schicht sollten zwei zusätzliche Arbeitspausen von ca. 15 Minuten gewährt werden, so fehlt eine nähere Begründung. Seinen Ausführungen ist nicht zu entnehmen, dass die orthopädischen Erkrankungen diese zusätzlichen Pausen erforderten. So ist seinem orthoneurologischen Befund zu entnehmen, dass die Klägerin örtlich, zeitlich, situativ und zur Person allseits vollständig orientiert war. Sie erschien freundlich, wenig zugewandt u Dr. B. auf das Beschwerdebild zentriert. Das verbalisierte Beschwerdebild reichte teils über das Maß dessen hinaus, was unter Berücksichtigung der objektiven Befunde zu erwarten wäre. In psychischer Hinsicht zeigte sich die Klägerin deutlich herabgestimmt, teils auch weinerlich. Eine höhergradige Einschränkung der affektiven Schwingungsbreite schien bei Dr. B. nicht vorzuliegen. Zu diesen orientierenden Erhebungen war der orthopädische Gutachter Dr. B. im Rahmen seiner Qualifikation in der psychosomatischen Grundversorgung in der Lage. Jedoch ergeben sich aus diesen Befunddarstellungen keine Anhaltspunkte dafür, warum zwei aus den Gutachten von Dr. M., deren Gutachten im Hinblick auf die Überlegungen von Dr. B. zu Schmerzen, Umstellungsfähigkeit und psychiatrischen Beeinträchtigungen entsprechend besonders vom Senat geprüft wurde, und Dr. F. ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine solche Erforderlichkeit. Damit kann der Senat Dr. B. insoweit nicht folgen und eine Erforderlichkeit zusätzlicher Pausen nicht feststellen.

Der internistisch-rheumatologische Gutachter der SG, Dr. F., hat bei der Klägerin ein Mischbild aus der führenden Schmerzstörung und dem arthritischen Syndrom gesehen. Führend sei die Schmerzstörung. Bei der seronegativen rheumatoiden Arthritis bei überwiegend mono- bis oligoartikulärem arthritischen Syndrom bestehen keine nachweisbaren autoimmunologischen Phänomene und keine durchlaufend nachweisbare humorale Entzündungsaktivität. Es besteht histologisch-pathologisch ein eindeutiger Nachweis einer rheumainduzierten Synovitis mit Nachweis von Antikörpern gegen CD68. Ein ausgeprägtes entzündlich aktives polyartikuläres Befallsmuster liegt bei der Klägerin mit Dr. F. auch in der Gesamtschau der Befunde nicht vor. Die Erkrankung der Klägerin spricht mit Dr. F. gut auf eine Corticosteriodgabe und nachfolgende immunmodulierende Therapie mit Methotrexat an. Bei Vorliegen einer entzündlich rheumatischen Systemerkrankung ohne Nachweis humoraler Entzündungsaktivität und ohne Nachweis von Immunphänomenen hat Dr. F. mit einer milden Verlaufsform der Erkrankung gerechnet, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte und zeitweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten bei Beachtung qualitativer Einschränkungen möglich macht. Dr. F. hält folgende Tätigkeiten für nicht zumutbar: - Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel lediglich von mehr als 5 kg, - Tätigkeiten, die in überwiegender Wirbelsäulenzwangshaltung verrichtet werden, - Tätigkeiten überwiegend im Stehen und Gehen, - häufiges Bücken, - Begehen von Leitern und/oder Gerüsten, - Arbeiten an gefährdenden Maschinen, - Tätigkeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände voraussetzen, - Akkord- oder Fließbandarbeiten, - Arbeiten unter äußeren Witterungseinflüssen wie Kälte, Zugluft, - Arbeiten in Nachtschicht sowie taktgebundene und Akkordtätigkeiten.

Unter Beachtung dieser qualitativen Einschränkungen ist die Klägerin nach Dr. F. aus internistisch-rheumatologischer Sicht in der Lage, eine leichte körperliche Tätigkeit mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten.

Dr. F. hält bezogen auf das chronische Schmerzsyndrom bzw. die somatoforme Schmerzstörung die Ausübung einer regelmäßigen Arbeitstätigkeit mit vorgegebenem Tages- und Wochenrhythmus dafür geeignet, eine Schmerzstörung besser zu kompensieren. Das Einhalten geringer Pausen im stündlichen Rhythmus (ca. 2-3 Minuten alle 60 Minuten, Möglichkeit zur Änderung der Arbeitshaltung) sei dazu geeignet, die Schmerzwahrnehmung deutlich zu reduzieren. Eine stündliche Verteilung der Kurzpausen sei ratsam, jedoch nicht zwingend unabdingbar. Derartige kurze Pausen von 2 bis 3 Minuten pro Stunde Arbeitszeit entsprechen im Umfang nicht einmal den auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblichen "Zigarettenpausen", sodass aus dieser Empfehlung nicht eine besondere Arbeitsbedingung abzuleiten ist.

Auch soweit der Gutachter mit vermehrten Arbeitsunfähigkeitszeiten im Rahmen einer klassisch verlaufenden rheumatoiden Arthritis mit schubweisem Krankheitsverlauf rechnet, ergibt sich hieraus weder eine quantitative Leistungseinschränkung noch eine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes. Denn der Gutachter erachtet das Aggressionspotential der Erkrankung für eher niedrig. Hieraus ergibt sich auch eine zu erwartende niedrigere Schubfrequenz der Erkr., ist diese Einschätzung rein empirisch anhand der allgemeinen Daten des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen für die Versicherten im Bereich Nordrhein-Westfalens für 2005 angenommen. Soweit er auf dieser Grundlage bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr mit 24 Tagen, ab dem 55. Lebensjahr mit 32 Tagen Arbeitsunfähigkeit rechnet, ist auch statistisch bei der 1966 geborenen Klägerin noch immer lediglich mit Ausfallzeiten von ca. 10 % der Arbeitszeit zu rechnen, was keine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes bedeutet, sondern sich noch im normalen Arbeitsunfähigkeitsbereich hält; so waren im Jahr 2016 nach einer Veröffentlichung der BAUA durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeiten von 17,2 Tagen je Arbeitnehmer/-in bekannt ("Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit - Schätzung der Produktionsausfallkosten: Lohnkosten und Verlust an Arbeitsproduktivität" im Internet unter <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit/node.html>), sodass eine erwartete Arbeitsunfähigkeit von 24 Tagen lediglich leicht über dem Durchschnitt liegt.

Damit konnte der Senat auch im Hinblick auf die internistisch-rheumatologische Erkrankung keine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit feststellen. Die weiteren internistischen Erkrankungen, wie das metabolische Syndrom bei Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie sowie Fettstoffwechselstörung und Hyperurikämie, sowie die Atemwegserkrankung bedingen ebenfalls keine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. So war die Klägerin im Verwaltungsverfahren vom Arzt für Innere Medizin – Lungen- und Bronchialheilkunde – Dr. R. begutachtet worden, der die Klägerin für leichte Tätigkeiten überwiegend im Gehen, überwiegend im Stehen, überwiegend im Sitzen in Tages-, sowie Früh- und Spätschicht und unter Beachtung qualitativer Einschränkungen hinsichtlich der geistig/psychischen Belastbarkeit, des Bewegungs-/Haltungsapparates sowie von Gefährdungs- und Belastungsfaktoren für sechs Stunden und mehr leistungsfähig erachtet hat. Die von ihm angegebenen quantitativen Einschränkungen hinsichtlich der geistig/psychischen Belastbarkeit, des Bewegungs-/Haltungsapparates sowie von Gefährdungs- und Belastungsfaktoren entsprechen denjenigen, die Dr. B. , Dr. F. und Dr. M. (dazu sogleich) in ihren Gutachten dargestellt haben. Auch der Internist Dr. W. hat in seinem Gutachten vom 02.04.2012 keine weitergehenden Einschränkungen der zeitlichen und qualitativen Leistungsfähigkeit dargestellt, sodass der Senat hinsichtlich der internistischen Erkrankungen keine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit feststellen konnte und hinsichtlich des qualitativen Leistungsvermögens keine weitergehenden Einschränkungen als in den Gutachten von Dr. B. , Dr. F. und Dr. M. (dazu sogleich).

Auf psychiatrischem Fachgebiet besteht bei der Klägerin eine Erkrankung in Form einer Dysthymie sowie einer somatoformen Schmerzstörung. Das konnte der Senat mit dem Gutachten von Dr. M. feststellen.

Dr. M. hat in ihrem Gutachten ausgeführt, dass im Rahmen der Dysthymie über die Jahre hinweg und auch im Rahmen ihrer Untersuchungssituation Stimmungsschwankungen mit Neigung zum depressiven Pol ohne Hinweise auf abgrenzbare manifeste depressive Episoden, das Gefühl von Leistungsminderung und Rückzugstendenzen, das Gefühl von Unverstandensein und subjektiv von Schlafstörungen bestehen. Im Hinblick auf die somatoforme Schmerzstörung bestehen nicht durch die organischen Grunderkrankungen erschöpfend erklärbare polytope Schmerzzustände unterschiedlicher Heftigkeit, wobei die Klägerin die von ihr angegebenen Schmerzmittel nicht oder allenfalls massiv unterdosierte einnimmt, wie Dr. M. aus dem Bericht der durchgeführten Blutuntersuchung entnimmt. Soweit die Klägerin gegen diese Beurteilung einwendet, die von ihr genommenen Mittel, z.B. Ibuprofen, seien im Blut nicht nachweisbar, folgt der Senat nicht der Klägerin sondern der fachlich ausgebildeten und seit Jahren als Therapeutin und Gutachterin tätigen Dr. M. ... Durch die Schmerzzustände wird nach Dr. M. ein massiver Verlust der Alltagskompetenz dargestellt, der aus demselben Grund nicht nachvollziehbar ist. Rückzugstendenzen hat die Klägerin ebenfalls berichtet und angegeben. Es besteht bei der Klägerin eine Vorwurfshaltung den Behandlern gegenüber, die sie nicht in ihren Entlastungswünschen und Rentenwünschen unterstützen, was die Klägerin auch in der mündlichen Verhandlung deutlich artikuliert hat. Auffallend sei über die Jahre hinweg eine Diskrepanz zwischen geschildertem Leidensdruck einerseits und zum Teil nicht oder nicht ausreichend in Anspruch genommener Behandlung: Bei völlig fehlender psychiatrischer Behandlung, offensichtlich keiner oder nicht suffizient eingenommener Schmerzmedikation, keiner schmerzdistanzierenden Medikation, keiner Inanspruchnahme einer Aufarbeitung der lebensgeschichtlich belastenden Faktoren im Rahmen einer Psychotherapie (wie z.B. auch von der S.klinik Bad B. empfohlen) sind die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft.

Dr. M. konnte die vom Zentrum für Schmerzmedizin B. , Dr. A. , diagnostizierte CRPS nicht bestätigen. Ein CRPS konnte der Senat nicht feststellen. Entgegen der Annahme von Dr. A. sind keine Veränderung der Nägel, kein vermehrtes Haarwachstum feststellbar. Die feststellbaren Veränderungen im Bereich der Hände sind vereinbar mit einer rheumatoiden Arthritis. Der Senat folgt insoweit der Beurteilung durch Dr. M. , nicht dagegen derjenigen des Dr. A. ... Auch insoweit sind Behandlungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft.

Auch Dr. M. berichtet in ihrem Gutachten von Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Untersuchung. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hat die Klägerin die Minderbeweglichkeiten und die Inaktivitäten im Alltag vorgetragen, die nicht nachvollzogen werden können, auch die Psychometrie war im Sinne eines Tendenzverhaltens hoch auffällig. Im Rahmen der elektroneurographischen Untersuchung fanden sich allenfalls der Hinweis auf ein beginnendes Carpal-tunnelsyndrom, jedoch bestanden keine Hinweise auf eine Radikulopathie, eine Atrophie oder eine Polyneuropathie. Die Labordiagnostik war bei Dr. M. nicht korrelierend mit den angegebenen Schmerzmitteldosen. Somit hat Dr. M. korrelierend zu den Angaben der bisherigen Behandler festgestellt, dass sich die subjektiven Entlastungs- und Versorgungswünsche nicht erklärend begründen lassen durch die festzustellenden Befunde und Diagnosen, dass Behandlungsmaßnahmen nicht oder unvollständig

oder nicht zielführend in Anspruch genommen werden, dass insofern der Behandlungsspielraum nicht ausgeschöpft wird und dass, zumutbare Willensanspannung voraussetzend, die Integration in den ersten Arbeitsmarkt somit weiterhin zumutbar ist.

Die Gutachterin Dr. M. hat ausgeführt, dass es im Rahmen der Dysthymie und somatoformen Schmerzstörung rezidivierend zu Stimmungstiefs, Rückzugverhalten, Antriebsstörungen, anhaltenden polytopen Schmerzen kommt. Diese Symptome sind unter Berücksichtigung der Behandlungsmöglichkeiten und der kurzfristig zu erwartenden Behandlungserfolge als leicht einzustufen. Es resultieren hieraus lediglich qualitative Leistungseinschränkungen. Dr. M. hält insoweit noch für zumutbar Tätigkeiten leichter Art, - ohne über das normale Maß hinausgehenden Stress und Druck, - ohne Nachtarbeit, - ohne Akkordarbeit, - ohne Heben und Tragen von Gegenständen von über 5 kg ohne Hilfsmittel. Diese qualitativen Leistungseinschränkungen ergeben sich sowohl aus der Dysthymie wie auch der somatoformen Schmerzstörung. Dr. M. hat ausgeführt, dass die Klägerin in der Lage ist, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Besondere Arbeitsbedingungen hat sie für nicht unerlässlich gehalten. Vielmehr seien die qualitativen Einschränkungen ausreichend um die eingeschränkte Leistungsfähigkeit auszugleichen.

Der Senat schließt sich dieser Leistungseinschätzung an und stellt fest, dass die Klägerin in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit, jedoch unter Beachtung der von Dr. B. , Dr. F. und Dr. M. genannten qualitativen Leistungseinschränkungen leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben.

Einschränkungen der Ein- und Umstellungsfähigkeit bzw. der Anpassungsfähigkeit konnte der Senat nicht feststellen. Bei der Untersuchung durch Dr. M. zeigte die Klägerin ein zugewandtes Verhalten, die Stimmung war dysthym. Die affektive Resonanz war nur leicht reduziert. Die mehrfachen Hinweise der Klägerin auf Inkompetenzen haben sich im Rahmen der Untersuchungssituation bei Dr. M. nur teilweise nachvollziehen lassen, so war kurzfristiges Bücken möglich, ebenso die Benutzung beider Hände. Kognitive Einschränkungen hat die Untersuchung bei Dr. M. nicht ergeben, der Antrieb wurde als reduziert geschildert. Geschildert hat die Klägerin außerdem einen Vitalitätsverlust, Zukunftsängste und Versorgungsängste bei angedeuteter Vorwurfshaltung gegenüber einem Teil der Behandler mit Gefühl von Unverstandensein. In der Untersuchungssituation bei Dr. M. waren keine Ermüdungserscheinungen zu erkennen.

Insoweit ergeben sich keine Hinweise auf eine Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten oder eine vorzeitige Ermüdung. Dies sieht der Senat auch dadurch bestätigt, dass die im Berufungsverfahren unvertretene Klägerin auf das jeweilige Beweisergebnis aus ihrer Sicht konkret und zielgerichtet antwortet und dabei sich mit dem Vorbringen der Behandler und Gutachter auseinandersetzt. Auch die Reaktion mittels Drohung aber auch mitleidheischenden Schreiben zeigt, dass sich die Klägerin auf die jeweilige Situation zielgerichtet einstellen kann. Diese Verhaltensweise ist auch ihren Ausführungen in der mündlichen Verhandlung zu entnehmen gewesen, indem sie allen behandelnden Ärzten die Sachkompetenz zur Beurteilung des Ausmaßes ihrer Erkrankungen abgesprochen hat, als ihr gerade die übereinstimmende Leistungsbeurteilung ihrer eigenen Ärzte vom Gericht vorgehalten worden ist. Zweifel an der Ein- und Umstellungs- bzw. Anpassungsfähigkeit hat der Senat – anders als Dr. B. – daher nicht. Dessen Anregung zur erneuten Befragung von Dr. M. hat der Senat eingehend geprüft, jedoch anhand des Gutachtens von Dr. M. keinen Hinweis auf eine eingeschränkte Umstellungs- bzw. auch Durchhaltefähigkeit feststellen können, sodass die von Dr. B. aufgeworfene Frage bereits von Dr. M. beantwortet war und neue Anhaltspunkte für ein neueres Krankheitsgeschehen nicht vorliegen.

Der Senat stellt im Anschluss an die Gutachten von Dr. B. , Dr. M. und Dr. F. sowie den Aussagen der behandelnden Ärzte fest, dass die Klägerin leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitstätig und unter Beachtung der dargelegten qualitativen Leistungseinschränkungen noch sechs Stunden und mehr verrichten kann. Die Klägerin ist damit weder voll noch teilweise erwerbsgemindert i.S.d. [§ 43 SGB VI](#).

Dem steht nicht entgegen, dass das Gutachten des MDK zur Pflegebedürftigkeit die Einstufung in Pflegestufe 1 vorgeschlagen hatte. Dieses Gutachten, das nicht von einem Arzt gefertigt wurde, zielt nicht auf die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ab und übernimmt unkritisch das bloße Vorbringen der Klägerin, worauf z.B. Dr. M. in ihrem Gutachten hingewiesen hatte. Einschränkungen der zeitlichen und inhaltlichen Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergeben sich hieraus nicht. Der Senat konnte solche auch nicht feststellen.

Auch die behandelnden Ärzte der Klägerin haben - soweit sie sich zum Leistungsvermögen geäußert haben - in allen Fachbereichen ein Leistungsvermögen von mehr als sechs Stunden oder zumindest ein Leistungsvermögen von bis zu sechs Stunden angegeben. Diese Angaben zeigen, dass die Klägerin nach Auffassung der behandelnden Ärzte bis zu sechs Stunden, damit auch noch sechs Stunden erwerbstätig sein kann. Da teilweise Erwerbsminderung aber voraussetzt, dass das Leistungsvermögen auf unter sechs Stunden gesunken ist, haben die behandelnden Ärzte schon kein rentenrechtlich gemindertes Leistungsvermögen beschrieben.

Auch liegt weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor, die trotz zeitlich nicht relevant eingeschränktem Leistungsvermögen eine rentenrechtliche Erwerbsminderung annehmen lässt. Insoweit konnten die Gutachter bestätigen, dass die Klägerin in der Lage ist, täglich viermal Wegstrecken von 500 Metern innerhalb von jeweils 20 Minuten zurückzulegen sowie viermal öffentlichen Personennahverkehr zu Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Dass die Klägerin nach Dr. B. nicht mehr in der Lage ist, ein Kfz zu führen oder Fahrrad zu fahren, steht dem nicht entgegen und ist entgegen der Auffassung der Klägerin kein Widerspruch in sich; denn selbst ein Kfz zu steuern unterscheidet sich in den gesundheitlichen und körperlichen Anforderungen stark von der Benutzung des öffentlichen Personennahverkehrs. Den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann nach Überzeugung des Senats durch qualitative Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden. So hält der Senat die Klägerin z.B. durchaus für in der Lage, Tätigkeiten als Pförtnerin an der Nebenpforte arbeitstätig sechs Stunden und mehr zu verrichten.

Damit konnte der Senat nicht feststellen, dass die Klägerin erwerbsgemindert ist. Sie hat daher keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 43 Abs. 1](#) bzw. Abs. 2 SGB VI.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den vorliegenden Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen

vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Soweit die Klägerin sich inhaltlich gegen die Gutachten gewendet hat, folgt ihr der Senat nicht. So hat die Klägerin angegeben, bei Dr. M. nur drei Fragen gefragt und nur wenige Minuten untersucht worden zu sein. Dem hat Dr. M. in ihrer ergänzenden Stellungnahme widersprochen. Hieraus, wie auch aus den dem Gutachten selbst mitgeteilten Angaben der Klägerin wird deutlich, dass die Klägerin durch Dr. M. selbst mindestens eine Stunde befragt und persönlich untersucht worden ist. Auch das Vorbringen, Dr. B. habe der Klägerin in der Untersuchung anderes gesagt, als er dann im Gutachten niedergelegt habe, zwingt zu keiner anderen Beurteilung. Insoweit mag die Klägerin – was auch aus dem Gutachten von Dr. M. deutlich geworden ist – übersehen, dass die Angaben des Arztes zu Erkrankungen oder dessen bekundetes Mitleid, worauf die Klägerin im Hinblick auf ihre behandelnden Ärzte abgestellt hat, nicht zugleich eine Beurteilung der rentenrelevanten Erwerbsminderung bedeuten. Soweit die Klägerin zur Untermauerung dieses Vorbringens behauptet hat, die Untersuchung heimlich aufgenommen zu haben, was an sich ggf. ein Straftatbestand darstellt, hat die in der mündlichen Verhandlung anwesende Tochter der Klägerin klarstellend ausgeführt, sie habe die Sprachaufnahme mit ihrem iPhone gemacht, die Aufnahme sei aber schwer verständlich. Einer solchen Behauptung musste der Senat nicht weiter nachgehen, denn dieses Vorbringen ist nicht entscheidungserheblich. Für den Sachverständigenbeweis ist maßgebend, für welche gutachterliche Bewertung der Sachverständige die Verantwortung übernimmt; das sind letztlich die aus dem Gutachten ersichtlichen Feststellungen/Befunde und Schlussfolgerungen des Sachverständigen, wofür er mit seiner Unterschrift im schriftlichen Gutachten einsteht. Nicht maßgebend sind daher spontane Äußerungen in der Untersuchungssituation gegenüber dem Probanden, die auf einem ersten Eindruck beruhen. Solchen spontanen Äußerungen enthalten sich in der Regel erfahrene Sachverständige, zu denen Dr. B. gehört, gerade aus diesen Gründen. Die Behauptung der Klägerin überzeugt daher auch inhaltlich nicht.

Die 1966 geborene Klägerin hat nach [§ 240 SGB VI](#) auch keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, da sie nach dem 01.01.1961 geboren ist.

Konnte der Senat damit nicht feststellen, dass die Klägerin i.S.d. [§ 43 SGB VI](#) voll bzw. teilweise erwerbsgemindert ist und hat sie auch keinen Anspruch i.S.d. [§ 240 SGB VI](#), hat diese keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Nachdem keiner der behandelnden Ärzte, auch nicht die Gutachter eine geminderte Erwerbsfähigkeit angenommen haben, stellte sich die Frage einer Entscheidung nach [§ 192 SGG](#), von deren Androhung der Senat jedoch im Rahmen des Ermessens abgesehen hat.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-08-10