

L 14 R 401/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

14
1. Instanz
SG München (FSB)

Aktenzeichen
S 6 RJ 1681/01

Datum
28.04.2004

2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen

L 14 R 401/04
Datum

16.02.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 28. April 2004 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch auf Rente wegen ge- oder verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die im Jahre 1949 geborene Klägerin, eine türkische Staatsangehörige und Analphabetin ohne Berufsausbildung, kam im Jahre 1974 in die BRD und war vom 01.10.1980 bis 30.11.1996 - unterbrochen durch mehrere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zwischen Juni 1994 und Juli 1996 - als Reinemachefrau versicherungspflichtig beschäftigt, laut ihren Angaben an fünf Tagen pro Woche zu je zwölf Stunden. Von Dezember 1996 bis April 1999 bezog sie überwiegend Leistungen der Arbeitsverwaltung, aber auch Krankengeld. Die Zeit vom 15.06. bis 31.08.1997 ist nicht belegt. Vom 19.05.1999 bis 01.11.1999 hat die Beklagte im Versicherungsverlauf der Klägerin eine Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug vorgemerkt.

Am 13.12.2000 stellte die Klägerin bei der Beklagten wegen Bandscheibenvorfalles und Asthmas Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit. Nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen ließ die Beklagte ein Gutachten der Chirurgin Dr.L. vom 02./03.04.2001 erstellen, die bei festgestellter ausgeprägter Verdeutlichungstendenz der Klägerin zu folgenden Diagnosen kam: Fehlhaltung und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenprolaps C5/C6 rechts, Protrusion C4/C5; Sacroiliitis rechts mehr als links, geringe degenerative Veränderungen der Ileosacralfugen und der Hüftgelenke; degenerative Veränderungen der Knie- und Femoropatellargelenke. Dr.L. hielt die Klägerin für fähig, leichte bis kurzfristig mittelschwere Arbeiten ohne ständige Tätigkeiten über Kopf und ohne ständiges Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg vollschichtig zu verrichten.

Die weiterhin beauftragte Internistin Dr.S. stellte in ihrem Gutachten vom 10.04.2001 an Gesundheitsstörungen eine anamnestic chronisch asthmoide Bronchitis unter Therapie, kein Nachweis von Ventilationsstörung in der Lungenfunktion, einen Harnwegsinfekt, ein Übergewicht bei grenzwertigem Hypertonus ohne Nachweis für kardiale Folgeerscheinungen, den Verdacht auf Anpassungsstörung mit gelegentlicher leichter depressiver Verstimmung, Hinweise für eine somatoforme Störung und Verdeutlichungstendenzen fest. Die Ärztin hielt die Klägerin aus internistischer Sicht für fähig, leichte Arbeiten ohne Nacht- und Wechselschicht, ohne Zeitdruck und ohne Einwirkungen von Kälte, Staub und Gasen vollschichtig zu verrichten. Vorgelegen hat bei dieser Beurteilung bereits ein Attest der Neurologin und Psychiaterin Dr. A. vom 27.03.2001 (zweimalige Behandlung der Klägerin auf Empfehlung des späteren prozessbevollmächtigten Rentenberaters mit der Diagnose Erschöpfungsdepression). Die Beklagte lehnte den Rentenantrag mit streitgegenständlichem Bescheid vom 17.04.2001 ab.

Mit dem hiergegen eingelegten Widerspruch machte der Bevollmächtigte der Klägerin geltend, laut Attest der Dr. A. leide die Klägerin an Depression mit starkem Leidensdruck, Wein- und Angstzuständen, starker Antriebsminderung und Tagesmüdigkeit, und sie sei daher erwerbsunfähig. Zur Begründung wurde auch ein Bescheid des Amtes für Versorgung und Familienförderung (AVF) M. vom 25.04.2001 mit einem GdB von 50 vorgelegt.

Die Widerspruchsstelle der Beklagten beauftragte daraufhin den Nervenarzt Dr.B. mit der Untersuchung der Klägerin. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 25.07.2001 die Diagnosen "Verdacht auf langjährige und derzeit nur leichtergradige Dysthymia mit vielfältigen Somatisierungstendenzen, histrionische Persönlichkeitsstörung, Berentungswunsch mit entsprechendem Tendenzverhalten und rechts mediolateraler Bandscheibenvorfall C5/6 ohne neurologische Ausfallserscheinungen, Wirbelsäulen-Syndrom mit radikulären

Reizerscheinungen bei Adipositas permagna". Er war der Meinung, die Klägerin könne bei der gebotenen Intensivierung der nervenärztlichen Behandlung alsbald wieder vollschichtig alle leichten Frauenarbeiten (ohne schweres Heben und Tragen) zu ebener Erde in geschlossenen Räumen, ohne Einwirkung von Kälte und Nässe und aus wechselnder Ausgangslage (teilweise im Sitzen, ohne dauerndes Gehen und Stehen) verrichten. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, häufiges Bücken sowie Nacht- und Wechselschicht. Nach Einholung einer Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Beklagten wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23.08.2001 unter Prüfung des bis zum 31.12.2000 und ab 01.01.2001 geltenden Rechts zurückgewiesen.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht München machte der Bevollmächtigte der Klägerin eine Multimorbidität sowie weitere oder schwerere Gesundheitsstörungen auf lungenärztlichem und orthopädischem Gebiet geltend. Das Sozialgericht holte Befundberichte mit Arztbriefen ein und veranlasste das Gutachten des Orthopäden Dr.S. vom 27.06.2002. Dieser diagnostizierte ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom bei cervicalen und lumbalen Foraminalestenosen und Bandscheibenschäden ohne Nachweis eines radikulären sensomotorischen Defizites, beginnend degenerative Veränderungen des medialen Kniegelenkskompartimentes bei Ausschluss höhergradiger Arthrosen, Ausschluss relevanter Coxarthrosen beiderseits und eine Adipositas permagnissima. Der Sachverständige hielt die Klägerin für fähig, vollschichtig leichte, kurzfristig mittelschwere Arbeiten aus wechselnder Ausgangslage (nicht ständig im Gehen und Stehen, sofern dies mit schwerer körperlicher Tätigkeit verbunden sei) in geschlossenen Räumen und kurzfristig im Freien zu verrichten. Zu vermeiden seien ständige Arbeiten in vornübergeneigter Zwangshaltung, ständige Überkopparbeiten oder Arbeiten am Fließband sowie Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ausgenommen bis 15 kg bei nur kurzfristigen Tätigkeiten.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erstellte der Nervenarzt Dr.K. das Gutachten vom 20.06.2003 aufgrund einer Untersuchung der Klägerin am 08.11.2002 und kam zu den Diagnosen "rechtsmediolateraler Diskusprolaps in Höhe C4 bis C6, somatoforme Störungen im Bereich der Atemwege und des Bewegungsapparates, rezidivierende depressive Störung mit schwerer Insomnie und Tagesmüdigkeit, Fibromyalgiesyndrom, cervicocephales Syndrom mit Spannungskopfschmerz und Vertigosymptomatik, somatoforme Schmerzstörung unter dem Bild eines Fibromyalgiesyndroms, Angst- und depressive Störung gemischt sowie Hörminderung links. Dr.K. war der Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin seit der Untersuchung des Dr.B. am 25.07.2001 verschlechtert habe. Damals habe eine leichtergradige Dysthymie mit vielfältigen Somatisierungstendenzen vorgelegen, jetzt eine rezidivierende depressive Störung mittleren Schweregrades und eine somatoforme Schmerzstörung unter dem Bild eines Fibromyalgiesyndroms (somatoforme Störungen im Bereich der Atemwege, des Bewegungsapparates und des Gastrointestinaltraktes). Hinsichtlich der neurologischen Befunde an der Wirbelsäule sei ebenfalls von einer Verschlimmerung auszugehen; der Beginn sei zeitlich schwer festzulegen und spätestens mit Untersuchung der Klägerin im November 2002 anzunehmen. Diese könne leichte Arbeiten in geschlossenen Räumen aus wechselnder Ausgangslage (überwiegend im Sitzen) verrichten, und zwar pro Arbeitstag vier Stunden mit einer Pause von 30 Minuten nach zwei Stunden. Vermieden werden müssten Heben und Tragen von Lasten, häufiges Bücken, Arbeiten über Kopf, an Maschinen und am Fließband sowie Exposition in Kälte, Nässe und extremen Temperaturschwankungen. Das Leistungsbild bestehe mit hoher Wahrscheinlichkeit seit Mitte 1998 und in seiner verschlimmerten Form gesichert spätestens seit dem Untersuchungstermin vom 08.11.2002, wobei anzunehmen sei, dass diese Verschlimmerungsform bereits am 25.04.2001 bestanden habe, als das AVF M. eine Schwerbehinderung anerkannt habe. Der Ärztliche Dienst der Beklagten stimmte dem Gutachten des Dr.K. hinsichtlich eines Leistungsvermögens von drei bis unter sechs Stunden täglich für die Zeit ab 08.11.2002 zu, wobei sie darauf hinwies, dass bei diesem Leistungsfall die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 43 Abs.1 Nr.2, 44 Abs.1 Nr.2 des Sozialgesetzbuches Teil VI (SGB VI) nicht gegeben seien. Im maßgebenden Zeitraum vom 01.04.1997 bis 07.11.2002 seien nämlich nur 23 Monate an Pflichtbeiträgen vorhanden.

Eine von der Klägerin angeregte Rückfrage des Sozialgerichts bei Dr.K. führte zu dessen Stellungnahme vom 20.10.2003, dass "mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit mit Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft zum "25.04.2002" auch das Vollbild der beschriebenen Verschlimmerungsform vorgelegen habe. Bei fehlenden weiteren Kriterien könne dies durchaus einen "Außenfaktor" für den Schweregrad der Erkrankung bereits zum "25.04.2001" darstellen. Hierzu wies die Beklagte mit einer Stellungnahme des Dr.K. vom 06.11.2003 darauf hin, dass für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nicht der Grad der Behinderung, sondern das Gutachten des Dr.B. vom 25.07.2001 herangezogen werden müsse. Auf weitere Rückfrage des Sozialgerichts, wann denn nun der Leistungsfall eingetreten sei, zumal vom 25.04.2002 und vom 25.04.2001 die Rede sei, antwortete Dr.K. unter dem 16.02.2004, der Leistungsfall sei zum 25.04.2002 anzunehmen; insoweit sei ein Schreibfehler in seiner letzten Stellungnahme zu korrigieren.

Mit Urteil vom 28.04.2004 wies das Sozialgericht die Klage ab. Es ging davon aus, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen "unstreitig letztmals zum 30.03.2001" vorgelegen hätten, hingegen nicht mehr bei einem Leistungsfall vom 25.04.2001, dem Datum, das Dr.K. gemeint habe. Daher bestehe kein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung verfolgt die Klägerin ihr Rentenbegehren weiter, wobei sie nunmehr einen vor April 2001 eingetretenen Leistungsfall geltend macht; die laut Bescheid des AVF M. vom 25.04.2001 bestehenden Beschwerden hätten schon zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen, laut Dr.K. bereits im Sommer 1998. Der Schwerbehindertenbescheid hätte ebenso gut einen Monat früher ergehen können, was nicht zu Lasten der Klägerin gehen dürfe. Aus den noch beizuziehenden Akten des AVF M. werde sich klar erkennen lassen, dass das Beschwerdebild bereits vor dem 30.03.2001 vorgelegen habe.

Der Senat hat die Versichertenakte der Beklagten und die Schwerbehindertenakte des AVF M. (Außenstelle S.) beigezogen und Befundberichte sowie Arztbriefe vom Angiologen Prof.Dr.R. (Praxis Dr.H. und Kollegen), Internisten Dr.C., Neurologen und Psychiater Dr.B., Frauenarzt Dr.K., Internisten Dr.L., Allgemeinarzt Dr.G., Chirurgen Dr.H. und von der Neurologin und Psychiaterin Dr. A. eingeholt, worunter sich wiederum Arztbriefe dritter (u.a. Dres.K. und S., Dr.G., Dr.V., Dr.H. und zweier Krankenhäuser) befanden. Beigezogen worden sind weiterhin 24 Röntgenfilme.

Der mit der Erstellung des Gutachtens beauftragte Neurologe und Psychiater Dr.K. ist in seinem Gutachten vom 06.06.2005 zu dem Ergebnis gekommen, dass bei der Klägerin von 1998 bis zur Jahreswende 2000/2001 und auch darüber hinaus bis November 2001 ein gering ausgeprägtes depressives Syndrom mit Somatisierung, wirbelsäulenabhängige Beschwerden ohne Nachweis eines radikulären Defizits und eine histrionische Persönlichkeitsstruktur vorgelegen hätten. Eine richtungsweisende Verschlimmerung lasse sich in der Zeit zwischen 1998 und 2001 sowohl nach den Behandlungsunterlagen als auch nach einer Fremdanamnese (Tochter) nicht feststellen. Der Klägerin seien leichte und zeitweise mittelschwere körperliche Arbeiten (ohne Heben und Tragen schwerer Lasten), ohne häufiges Bücken

und ohne Zwangspositionen zumutbar. Vermieden werden müssten Akkord- und Schichtarbeiten sowie Arbeiten unter Zeitdruck. Die Klägerin habe unter Berücksichtigung der ermittelten Befunde seit Dezember 2000 bis November 2001 vollschichtig auch als Raumpflegerin arbeiten können.

Der Klägerbevollmächtigte verweist auf das von Dr.K. diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom und hat Antrag gemäß [§ 109 SGG](#) auf Einholung eines diesbezüglichen Gutachtens des Dr.O. gestellt, dem aber nicht stattgegeben worden ist, nachdem der unter Fristsetzung angeforderte Kostenvorschuss über zweieinhalb Monate lang nicht einbezahlt worden ist.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß), das Urteil vom 28.04.2004 sowie den Bescheid vom 17.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.08.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit oder teilweiser Erwerbsminderung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die oben genannten beigezogenen Unterlagen vor, weiterhin Auszüge zum Thema Fibromyalgie aus der "Sozialmedizinischen Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", 5. Auflage, hrsg. vom VDR, der Artikel "Fibromyalgie - Stichworte zu einer Kontroverse" vom Neurologen und Psychiater Dr.K. M. , der Beitrag "Fibromyalgie" des Rheumazentrums Heidelberg, der Aufsatz "Fibromyalgie" des Internisten und Schmerztherapeuten Dr.H. , der Aufsatz "Moderne Aspekte der Fibromyalgie" der Neurologen und Psychiater Dres. H. und W. sowie drei Tarifbeispiele des Anhangs 5 zum Manteltarifvertrag für die gewerblichen Arbeitnehmer der bayerischen Metallindustrie. Hierauf wird zur Ergänzung des Tatbestandes, insbesondere hinsichtlich des Inhalts der ärztlichen Unterlagen, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung ([§§ 143 ff.](#), [151 SGG](#)) ist nicht begründet.

Auch der Senat ist zu der Überzeugung gekommen, dass der Klägerin kein Anspruch auf Rente wegen geminderter oder verminderter Erwerbsfähigkeit gemäß den bis zum 31.12.2000 und ab dem 01.01.2001 geltenden Vorschriften des SGB VI in der alten und neuen Fassung (SGB VI a.F. und SGB VI n.F.) zusteht. Bis zum 31.10.2001, als sie neben der allgemeinen Wartezeit noch die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente erfüllte, waren die medizinischen Voraussetzungen einer geminderten bzw. verminderten Erwerbsfähigkeit nicht gegeben.

Aufgrund des Rentenanspruchs vom 13.12.2000 und des behaupteten Leistungsfalls (irgendwann) vor April 2001 kommen sowohl die Anwendung der Vorschriften des SGB VI a.F. als auch die des SGB VI n.F. in Frage ([§ 300 Abs.1 und Abs.2 SGB VI](#)).

1. Hinsichtlich des Inhalts der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ist dies im Wesentlichen ohne Belang. Gemäß [§ 43 Abs.1 Nr.2](#) i.V.m. [Abs.3](#), [§ 44 Abs.1 Nr.2](#) i.V.m. [Abs.4 SGB VI a.F.](#) muss die Klägerin in den letzten Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, verlängert durch Schiebezeiten, drei Jahre Pflichtbeitragszeiten haben. Nach [§ 43 Abs.1 Nr.2 und Abs.2 Nr.2](#) i.V.m. mit [Abs.4 SGB VI n.F.](#) gilt dies auch für die teilweise und volle Erwerbsminderung oder nach [§ 240 Abs.1 Satz 1 SGB VI n.F.](#) (Anspruch auf Rente "bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen") für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit im Sinne von [§ 240 Abs.2 SGB VI n.F.](#)

Sind die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, kommt eine Berentung auch in Frage, wenn die Kalendermonate ab Januar 1984 bis zum Eintritt des Leistungsfalls mit Pflichtbeiträgen, freiwilligen Beiträgen und sonstigen Anwartschaftserhaltungszeiten belegt sind oder eine vollständige Belegung durch Beitragszahlung noch zulässig ist ([§§ 240 Abs.2, 241 Abs.2 SGB VI a.F.](#) bzw. [§ 241 Abs.2 SGB VI n.F.](#)).

Im jetzigen Berufungsverfahren liegt die vollständige Belegung ab 01.01.1984 aufgrund einer Lücke im Versicherungsverlauf mit zwei vollen Kalendermonaten (15.06. bis 31.08.1997) nicht vor und ist auch mangels eines Rechts auf freiwillige Zahlung von Beiträgen ([§§ 197 Abs.2, 198 SGB VI](#)) nicht mehr erreichbar. Die Drei-Fünftel-Belegung der letzten fünf Jahre mit Pflichtbeiträgen war letztmals bei Eintritt des Leistungsfall im Oktober 2001 gegeben und nicht, wie vom Sozialgericht angenommen, im März 2001. Unter Berücksichtigung einer Schiebezeit im Sinne von [§ 43 Abs.4 Nr.3 SGB VI n.F.](#) bzw. [§ 43 Abs.3 Nr.3, § 44 Abs.4 SGB VI a.F.](#) (Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug vom 19.05. bis 01.11.1999 im Anschluss an Pflichtbeiträge wegen Arbeitslosigkeit und Krankheit bis 30.04.1999) sind in den letzten, um die Schiebezeit verlängerten Jahre letztmals 36 Pflichtbeiträge gegeben und übersteigen die nicht belegten Lücken (August und November 1997, Dezember 1999 bis einschließlich September 2001) noch nicht die "rentenschädliche" Grenze von 24 Monaten.

2. Ein Leistungsfall bis einschließlich Oktober 2001 ist nicht nachgewiesen. Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann ([§ 43 Abs.2 Sätze 1, 2 und 4 SGB VI a.F.](#)).

Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße bzw. monatlich 630,00 DM übersteigt; erwerbsunfähig ist nicht, wer eine Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 44 Abs.2 SGB VI a.F.](#)).

Teilweise erwerbsgemindert ist der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, und voll erwerbsgemindert der Versicherte, der unter den gleichen Voraussetzungen außer Stande ist, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs.1](#)

[Satz 2 und Abs.2 Satz 2 SGB VI](#) n.F.). Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsfähigkeit erhält auch der Versicherte, der vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfähig ist (Übergangsvorschrift des [§ 240 Abs.1 SGB VI](#) n.F.).

Bei einem vollschichtigen Leistungsvermögen der Klägerin als ungelernete Arbeitnehmerin sind alle genannten Voraussetzungen nicht erfüllt. Auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet folgt der Senat insbesondere den schlüssigen Ausführungen von Dr.B. und Dr.K ... Laut Ersterem lag noch bei der Untersuchung der Klägerin am 25.07.2001, also kurz vor dem für einen Rentenanspruch kritischen Stichtag, das Bild einer leichtgradigen Dysthymie mit vielfältigen Somatisierungstendenzen vor, wobei die Klägerin trotz ihrer vorgebrachten Beschwerden allenfalls leicht depressiv wirkte und bei der Untersuchung ein bewusst gesteuertes, ausgesprochen demonstratives Verhalten an den Tag legte (z.B. Beendigung des Finger-Nase-Versuchs rechts 10 cm vor der Nasenspitze und links 50 cm vor der Nasenspitze; z.B. hinkender Gang bei Betreten des Untersuchungszimmers, nicht aber bei der neurologischen Untersuchung). Eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz wurde im Übrigen auch von der Internistin Dr.S. im Gutachten vom 10.04.2001, vom Chirurgen Dr.L. im Gutachten vom 02./03.04.2001 und von Dr.S. im Gutachten vom 27.06.2002 (z.B. deutliche Gegenspannung bei Prüfung der Halswirbelsäule; die Beschwerdesymptomatik kann auch hinsichtlich der Lendenwirbelsäule teilweise nicht objektiviert werden) festgestellt. Die von der Klägerin jeweils angegebenen Bewegungseinschränkungen und Befindlichkeiten schwankten im Übrigen stark (Ablehnung der Rumpfbeuge z.B. bei Dr.L. und Dr.B. , hingegen wieder vollzogen bis auf einen Finger-Boden-Abstand von 40 cm und 30 cm bei Dr.S. und Dr.K.), ohne dass sich hierfür organische Befunde anführen ließen. Die Diagnosen und die Leistungsbeurteilung des Dr.B. decken sich auch mit dem Befundbericht und den Arztbriefen des Neurologen und Psychiaters Dr.B. , der die Klägerin in der Zeit vom 08.02.1993 bis 07.12.2000 behandelt hat. In psychiatrischer Hinsicht wurde letztlich im Jahre 2000 vom behandelnden Arzt noch von einem "Verdacht auf somatisierte Depression mit Spannungskopfschmerz" gesprochen und die "depressive Symptomatik" auch gekennzeichnet als "subdepressiver Affekt". Von einem durchgehend erheblichen Krankheitsbild war nicht die Rede, Dr.B. hat insoweit lediglich auf frühere Episoden verwiesen, so eine mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik im Jahre 1993 (Ehekonzflikt) und im Jahre 1996 (Hysterektomie).

Derselbe Eindruck ergab sich anlässlich der Anamnese und den Befunden des Dr.K ... Die "Nervenkrise" bzw. der "Nervenanfall" bzw. die Weinkrämpfe (laut Attest der Dr. A. vom 27.03.2001 grundlose Weinzustände) wurden von der Klägerin zunächst lange zurück in die Vergangenheit, wo sie von Dr.B. behandelt worden ist, datiert. Erst am Schluss der Untersuchung hat die Klägerin wieder aktuelle Weinkrämpfe angeführt, die aber laut Fremdanamnese der Tochter nicht zu eruieren waren. Hier war vielmehr die Rede von viele Jahre zurückliegenden Wutausbrüchen und einer Tendenz zum Weglaufen nach familiären Streitigkeiten. Die Klägerin zeigte sich letzten Endes bei der Untersuchung des Dr.K. nur etwas niedergedrückt, wobei eine höhergradige depressive Symptomatik nicht feststellbar gewesen ist. Es bestand keine Vitalsymptomatik, und eine Antriebsstörung war ebenfalls nicht festzustellen.

Nicht vereinbar mit den von Dr.B. und Dr.K. festgestellten relativ geringen Gesundheitsstörungen ist das vom Nervenarzt Dr.K. im Gutachten vom 20.06.2003 angeblich bestehende Krankheitsbild aufgrund einer Untersuchung am 08.11.2002, wobei Aggravationstendenzen offenbar deswegen nicht festgestellt wurden, weil die Klägerin eine Reihe von "Zutaten" hier unterließ. So war wieder das Rumpfbeugen möglich (Finger-Boden-Abstand 30 cm), und der Finger-Nase-Versuch, der zuvor bei Dr.B. und auch danach wieder bei Dr.K. misslang (Anhalten der Hand 10 cm vor der Nase), verlief bei Dr.K. ohne Besonderheiten. Immerhin bescheinigte dieser Sachverständige noch der Klägerin, dass - ohne Aggravationstendenz - ein Tendenzverhalten bei Berentungswunsch kulturspezifisch als Verdeutlichung in Erscheinung getreten ist. Gleichwohl sind die Schlussfolgerungen des Dr.K. dem Senat insgesamt nicht plausibel nachvollziehbar, zumindest nicht für die Zeit bis einschließlich Oktober 2001. Es scheint so zu sein, dass Dr.K. nahezu alle Angaben der Klägerin zu einem reduzierten psychischen Zustand und zu langjährigen Leiden unter Berücksichtigung des Befundberichts der Dr. A. als glaubwürdig übernommen hat, so eine depressive Stimmungslage mit abendlichem bzw. nächtlichem Stimmungstief (laut Dr. A. handelt es sich wiederum um ein morgendliches Stimmungstief) und Durchschlafstörungen, verknüpft mit Tagesmüdigkeit und Antriebsstörungen, obwohl Dr.K. selbst nur festgestellt hat, dass Konzentrations- und Merkfähigkeitsleistungen nur etwas reduziert wirkten und sich die diagnostizierte schwere Insomnie weder aus den Angaben der Klägerin noch aus den vorausgehenden Arztberichten ergaben.

Insgesamt erscheinen dem Senat die Diagnosen des Dr.K. und der Dr. A. sowie die daraus abgeleiteten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit der Klägerin keineswegs - bezogen auf die Zeit bis 31.10.2001 - gesichert. Hier bestehen Hinweise auf zahlreiche Unstimmigkeiten, wobei eine wesentliche Leidensverschlimmerung weder bei Wechsel des behandelnden Arztes (Dr.B. bis zum 07.12.2000, Dr. A. ab 09.01.2001) noch in der Zeit zwischen der Untersuchung des Dr.B. (25.07.2001) und des Dr.K. (08.11.2002) schlüssig erscheint. Ebenfalls ergab sich laut der von Dr.K. erhobenen Anamnese der Klägerin und Fremdanamnese der Tochter kein markanter Wendepunkt; vielmehr soll nach den Angaben beider vorher und nachher alles in den gleichen Bahnen verlaufen sein. Auszuschließen ist aber nicht, dass im Herbst 2002 eine der wenigen, nur vorübergehenden depressiven Phasen abgelaufen ist, die aber bei der Beurteilung einer rentenerheblichen Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegend nicht ins Gewicht fällt.

Auffällig und wenig überzeugend an dem Gutachten des Dr.K. ist der Umstand, worauf auch Dr.K. hinwies, dass diagnostisch u.a. von somatoformer Störung, von einer rezidivierenden depressiven Störung mit schwerer Insomnie und Tagesmüdigkeit, von einem Fibromyalgiesyndrom, von einer somatoformen Schmerzstörung unter dem Bild eines Fibromyalgiesyndroms und von einer Angst- und depressiven Störung gemischt die Rede ist, ohne dass eine Festlegung oder Abgrenzung der sechs verschiedenen Diagnosen erfolgt und ein konkretes Krankheitsbild ersichtlich wird. Ein Leidensdruck, wie von Dr. A. und Dr.K. erwähnt, ist von mehreren Ärzten - so auch ausdrücklich festgehalten - nicht bemerkt worden. Hiergegen spricht auch die niederfrequente Behandlung auf psychiatrischem Gebiet. Die Behandlung bei Dr. A. , diese ist gleichzeitig mit Stellung eines Rentenanspruchs vom 12.(20.)12.2000 und eines Antrags auf Feststellung von Behinderungen nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes vom 14.(20.)12.2000 initiiert worden, vermag nicht zu überzeugen. Im Jahre 2001 fanden nur an fünf Tagen Behandlungen statt. Die Behandlungsdichte, von der Klägerin angegeben im Juni 2005 mit alle zwei oder drei oder vier Monate, hat auch nicht zugenommen. So wurde von Dr. A. mit Befundbericht vom 01.03.2005 eine letzte Behandlung am 27.07.2004, also vor mehr als sieben Monaten angegeben. Dies spricht keineswegs für einen hohen Leidensdruck bzw. ein schweres Krankheitsbild, nachdem die Klägerin durch ihre seit dem Jahre 1996 dokumentierten sehr häufigen Arztbesuche auf den verschiedensten Fachgebieten durchaus nicht die Tendenz zeigt, sich mit ihrem Leiden zurückzuziehen und Arztbesuche zu vermeiden. Insoweit erscheint auch das nachträglich bei Dr.K. vorgebrachte Argument der Klägerin, sie habe für die Fahrten zum Arzt kein Geld, wenig überzeugend, zumal der Wohnort K. nahe bei M. liegt und mit Nahverkehrsmitteln wie S-Bahn und Bus schnell und kostengünstig zu erreichen ist. Wenig zu überzeugen vermag auch die Medikation. So soll laut Dr. A. zuerst eine Therapie mit trizyklischen Antidepressiva (Amitriptylin) und bei fehlender Wirkung dann eine Umstellung auf einen Serotoninwiederaufnahmehemmer (Fluoxetin) erfolgt sein; auch letzteres soll keine ausreichende Besserung erbracht haben. Damit stellt sich in berechtigter Weise die Frage, warum nicht ein drittes oder viertes Mittel

versucht worden ist. Das Unterlassen stellt jedenfalls ein Indiz dafür dar, dass eine schwere depressive Symptomatik nicht vorgelegen haben kann, da ansonsten sicherlich weitere Therapieoptionen ins Auge gefasst worden wären. Hinzu kommt, dass auch das Verhalten der Klägerin im Umgang mit Medikamenten weder für einen Leidensdruck noch die Notwendigkeit der Behandlung einer mittelschweren oder gar schweren Depression spricht. Sie hat zwar gegenüber Dr.K. den Eindruck zu erwecken versucht, sie werde seit Januar 2001 regelmäßig medikamentös therapiert, als sie behauptete, sie nehme die Medikamente "seit Anfang an" (also ab Januar 2001) regelmäßig. Dies kann aber nicht zutreffen, weil sie bei Dr.K. nur eine Schachtel mit 10 Tabletten Fluoxetin vorweisen konnte, wobei dieses Mittel täglich genommen werden müsste. Damit nicht in Einklang zu bringen sind die Abstände zwischen den einzelnen Arztbesuchen von zwei bis sieben Monaten. Ebenso wenig lassen sich den Anamnesen und der Krankengeschichte in den Jahren 2000 und 2001 Ereignisse entnehmen, auf die in der vorausgehenden Zeit offenbar seltene psychische Auffälligkeiten beruhten, wie sie nach den Arztbriefen des Dr.B. mit familiären Schwierigkeiten (Streit mit dem Ehemann) oder Hysterektomie 1996 beschrieben sind.

Zur Sachaufklärung hat auch nicht das Verhalten der Klägerin bei Dr.K. beigetragen, sich bei Nachfragen zu merkwürdig oder nicht plausibel erscheinenden Umständen auf Vergesslichkeit und Nichtwissen zu berufen und auf diese Weise auszuweichen, obwohl sie andererseits - trotz einer gewissen Trägheit und Passivität - wach, bewusstseinsklar und orientiert erschien. Vieles blieb so im Dunkeln, was aber nicht zur Folge hat, dass zugunsten der Klägerin verschiedene Sachverhalte einfach unterstellt werden können. Soweit sich die Klägerin äußerte, waren andererseits ihre Angaben nicht immer nachvollziehbar. So sollen laut Anamnese des Dr.K. ihre Beschwerden seit Jahren immer dieselben gewesen sein, andererseits soll sich wiederum die Schlaflosigkeit aufgrund eines Asthmas vor sechs bis sieben Monaten plötzlich dahingehend gewandelt haben, dass sie nunmehr Tag und Nacht schlafen könne, obwohl das Asthma unverändert weiter bestehen soll.

Das von der Klägerin bei den Dres.B., B. und K. übermittelte Bild stimmt nicht mit einer tiefgreifenden Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Gebiet überein; es scheint so zu sein, dass viele Äußerungen der Klägerin über starke Antriebsminderung, Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen, innere Unruhe, allgemeine Nervosität und Angstgefühle (welche?) von Dr. A. und Dr.K. ungeprüft übernommen oder fehlinterpretiert wurden, wobei Dr. A. sogar - ohne schlüssige Begründung - von einer allgemeinen Bewältigungsinsuffizienz und Versagensgefühlen (Analphabetin) sprach. Behauptungen der Klägerin zu Symptomen wie auch Vorerkrankungen wurden nicht hinterfragt. So kam es auch dazu, dass Dr. A. wegen der Angabe der Klägerin, eine Niere funktioniere nicht, eine Nierenstörung diagnostizierte (siehe nervenärztliches Attest vom 27.03.2001 "zur Vorlage beim Gutachter", von Dr. A. per Fax an die Sozialmedizinische Begutachtungsstelle der Beklagten gesandt; vgl. auch Befundbericht für das AVF M.), obwohl wiederholte Überprüfungen der Nierenfunktion durch den Internisten Dr.C. mittels Computertomogramm, Szintigramm und Laborwerten stets eine ordnungsgemäße Funktion ergeben haben. Ebenso leichtfertig wurde von Dr. A. konstatiert, die Klägerin sei wegen des Asthmas und der Kortisontherapie übergewichtig. Eine nachhaltige bzw. andauernde Kortisontherapie - die Klägerin war gelegentlich seit dem Jahr 2000 wegen eines Asthmas in Behandlung bzw. zur Kontrolle - ist dem Senat anhand der vorliegenden Arztbriefe nicht ersichtlich. Der Senat vermag dem, der so leichtfertig mit medizinischen Sachverhalten und Diagnosen, gleich auf welchem Fachgebiet, umgeht, auch dann kein Vertrauen entgegen zu bringen, wenn sich die Diagnosen auf fachärztlichem Gebiet bewegen, zumal auch hier eine schlüssige und nachprüfbare Begründung fehlt.

Dies ist auch zum Teil dem Gutachten des Dr.K. entgegenzuhalten, der sich u.a. maßgebend auf die Arztbriefe der Dr. A. gestützt hat. Wie im Gutachten des Dr.K. aus der Bemerkung der Klägerin, sie habe allgemeine Ängste, vor allem, was ihre eigenen Belange betreffe, eine Angststörung (bzw. Angststörung und depressive Störung gemischt) wird, also aus dem Bereich eines Verhaltens noch im Normbereich heraus (jeder Mensch hat im gewissen Umfang Ängste) zur Gesundheitsstörung avanciert, ist nicht erklärt und irgendetwas greifbar. Das bunte Bild von somatoformer Störung, Fibromyalgie und cervicocephalem Schmerzsyndrom sowie Lumboischialgie erstaunt ohnehin, wenn hier vieles ohne Abgrenzung nebeneinander gestellt wird, vermutlich um sowohl den erhobenen Befunden als auch sämtlichen Beschwerdeäußerungen der Klägerin gerecht zu werden. Widersprüche, z.B. eine depressive Störung mit abendlichem/nächtlichem Tief (so die Klägerin gegenüber Dr.K.) oder mit einem morgendlichen Tief (so die Klägerin gegenüber Dr. A.) blieben unbeachtet; hinter mancher ebenso nicht hinterfragter Angabe der Klägerin (Insomnie) ist nachträglich noch eine Fragzeichen zu setzen, wenn die Klägerin nun plötzlich trotz Asthmaanfällen seit mehr als einem halben Jahr gut schlafen kann, wohingegen sie dies in der vorausgehenden Zeit störte.

Der Senat gesteht Dr.K. zu, dass es trotz aller Mängel des Gutachtens sich so verhalten haben kann, dass die Klägerin gerade in der Zeit der Untersuchung am 08.11.2002 eine stärkere Phase der Beeinträchtigung durch eine depressive Störung durchlaufen hat, wie sie z.B. Dr.B. in der Vergangenheit zweimal festgestellt hat. Gleichwohl kann der Rückschluss auf ein dauerhaftes Bestehen eines solchen Zustands seit April 2001 keineswegs als gesichert gelten. Dies müsste nachgewiesen sein, wobei die Feststellung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu treffen ist, nicht nur mit Möglichkeit, Wahrscheinlichkeit oder hoher Wahrscheinlichkeit. Die Voraussetzungen eines Nachweises können bereits nach der Formulierung des Dr.K. nicht vorliegen, wonach das "Leistungsbild" (also das zeitlich eingeschränkte Leistungsvermögen und damit auch die diesem zugrunde gelegten Gesundheitsstörungen) "mit hoher Wahrscheinlichkeit seit Mitte 1998 und in seiner verschlimmerten Form gesichert spätestens seit dem Begutachtungstermin vom 08.11.2002" bestehen soll. Bereits hieraus ist zu entnehmen, dass der notwendige Nachweis nicht für die Zeit vor dem 08.11.2002 zu erbringen ist. Dem stimmt der Senat schon deswegen zu, weil - hierauf hat auch Dr.K. hingewiesen - für die vorausgehende Zeit nur wenig aussagefähige Befunde vorhanden sind. Aus den Arztbriefen des Dr.B. können nur Hinweise auf selten aufgetretene depressive Phasen mittlerer Ausprägung entnommen werden. Im Übrigen hat auch Dr.K. mit seiner Formulierung zugestanden, dass die von ihm gesehene verschlimmerte Form im Jahre 1998 nicht vorlag. Die weiteren Ausführungen des Dr.K., dass der verschlimmerte Zustand bereits seit dem 25.04.2001 anzunehmen sei, ist dem Senat nicht nachvollziehbar. Der Sachverständige hatte auf das Datum des Bescheides des AVF M. vom 25.04.2001 abgestellt, wobei er sich in seinen späteren Stellungnahmen trotz richterlicher Hinweise zweimal hinsichtlich des Datums irte und vom 25.04.2002 ausging, was nicht gerade von besonderer Sorgfalt in einer entscheidungserheblichen Frage zeugt. Unerfindlich bleibt bei der Verfahrensweise des Dr.K., warum er nicht auf das aus dem Bescheid vom 25.04.2001 hervorgehende Datum des Antrags vom 14.12.2000 abstellte. Widersprüchlich bleibt jedenfalls, dass der Sachverständige vorausgehend eine Verschlimmerung seit der letzten Begutachtung durch Dr.B. feststellte, mithin erst für die Zeit nach dem 25.07.2001 (Datum der Untersuchung), wenn andererseits der Verschlimmerungsstatbestand bereits mindestens seit dem 25.04.2001 vorliegen soll.

Die weiteren Ausführungen des Dr.K. zeigen auf, dass er bei der Rückdatierung des "erheblich eingeschränkten Leistungsvermögens" der Klägerin außerdem von einem sachfremden Umstand ausging. In der ergänzenden Stellungnahme vom 20.10.2003 gestand er zwar nach einem Hinweis von dritter Seite zu, dass die Kriterien einer Schwerbehinderung und einer Erwerbsunfähigkeit sehr unterschiedlich seien, aber mit "sehr hoher Wahrscheinlichkeit" vom 25.04.2002 (gemeint: 25.04.2001) auszugehen sei, weil bei "fehlenden weiteren Kriterien" das Feststellen einer Schwerbehinderung durchaus einen Außenfaktor darstelle, der den Schweregrad der am 08.11.2002 festgestellten

Erkrankung bereits zum 25.04.2001 annehmen lasse. Damit gesteht Dr.K. ein, dass maßgebende objektive und sachgerechte Kriterien, die aus Arztbriefen und Befunden (sowie dem Gutachten des Dr.B. vom 25.07.2001) zu entnehmen wären, für eine Rückdatierung des Leistungsfalles fehlen; warum dann ein mehr oder minder zufälliges Bescheidsdatum den nicht möglichen sicheren ärztlichen Schluss auf den Leistungsfall vom 25.04.2001 rechtfertigen soll, bleibt unerfindlich. Der Schweregrad der "seelischen Störung" geht aus dem Schwerbehindertenbescheid vom 25.04.2001, der im Wesentlichen drei Behinderungen der Klägerin auf drei fachärztlichen Gebieten feststellt, ohnehin nicht hervor. Der erkennbare Grad der Behinderung um 50 für alle Behinderungen stellt auch keinen Gradmesser dafür dar, ob ge- bzw. verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt oder nicht; schließlich wird hier in zwei Rechtsbereichen nach unterschiedlichen Maßstäben verfahren. Weiterhin vermag die Meinung des AVF hinsichtlich des Grads der Behinderung und des Zeitpunkts der Schwerbehinderung - auch dem Versorgungsärztlichen Dienst kann eine Fehlbeurteilung unterlaufen - nicht den eigenen Schluss eines Rentengutachters aufgrund der vorhandenen ärztlichen Befunde ersetzen. Nebenbei weist der Senat noch darauf hin, dass die Beziehung der 16 Blatt umfassenden Schwerbehindertenaakte ergeben hat, dass die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft aufgrund eines Bruchteils der ärztlichen Unterlagen, wie sie im jetzigen Rechtsstreit vorhanden sind, ohne Untersuchung der Klägerin und ohne Begutachtung erfolgt sind, mithin aus dem gesamten Vorgang keine maßgebenden Hinweise dafür abzuleiten sind, ob und seit wann eine ge- oder verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt.

Nach Überzeugung des Senats sind im Jahre 2000 sowie für die Zeit bis einschließlich Oktober 2001 auf psychiatrischem Gebiet gesichert nicht mehr festzustellen als ein gering ausgeprägtes depressives Syndrom mit Somatisierung verschiedener geringgradiger Gesundheitsstörungen und eine histrionische Persönlichkeitsstruktur. Eine schwere Ausprägung des Syndroms mag, und das nur vorübergehend, in den vorausgehenden Jahren aufgrund besonderer konkreter Anlässe bestanden haben, stellt aber keinen anhaltenden, auch im maßgebenden Zeitraum bestehenden und zu berücksichtigenden Umstand dar. Ein Rentenwunsch im Sinne einer fixierten, nicht mehr willentlich beherrschbaren Neurose konnten die tätig gewordenen ärztlichen Sachverständigen ebenfalls nicht feststellen. Auch der Senat ist zu der Überzeugung gelangt, dass ein bewusstes oder bewusstseinsnahes, gesteuertes Verhalten der Klägerin vorliegt, mit dem sie in unterschiedlichen Formen und Ausmaß Behinderungen demonstrierte und das Untersuchungsergebnis beeinflussen wollte.

Bei nur geringen arbeits- und sozialmedizinischen tatsächlichen Auswirkungen lässt sich durch Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet eine zeitliche Leistungseinschränkung nicht begründen. Der Klägerin sind lediglich Arbeiten im Akkord und in Schicht sowie unter Zeitdruck nicht mehr zumutbar.

Auf neurologischem Gebiet sind keine gesonderten wesentlichen Gesundheitsstörungen erkennbar (so konnte z.B. wiederholt ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen werden), so dass die Bewertung der Beschwerden hinsichtlich der Wirbelsäule und Gelenke zusammen mit der orthopädischen Beurteilung erfolgen konnte. Der Senat verkennt nicht, dass die Klägerin an Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenprolaps bei C5/C6 rechts und C4/C5 links sowie Verschmälerung verschiedener Nervenaustrittsforamina an Lendenwirbelkörper und Halswirbelkörper leidet. Ein Wurzelreizsyndrom oder neurologische Ausfallserscheinungen waren anlässlich technischer Untersuchungen (EMG, ENG) sowie auch den von den ärztlichen Sachverständigen erhobenen klinischen Befunden nicht feststellbar. Dies gilt insbesondere für den maßgebenden Zeitraum des Jahres 2001 und wird letztlich auch bestätigt durch den vom behandelnden Orthopäden Dr.V. für das Sozialgericht erstellten Befundbericht vom 20.12.2001. Es mag durchaus sein, dass die Klägerin gelegentlich in den Jahren vor 2001 an Wurzelreizerscheinungen gelitten hat, wodurch aber allenfalls Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und nicht bereits ge- bzw. verminderte Erwerbsfähigkeit zu begründen sind. Ein durchgehendes radikuläres sensomotorisches Defizit ist aber nicht festzustellen und kann daher nicht als Dauerzustand in die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit eingebracht werden.

Letzten Endes verbleibt ein Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulensyndrom, wobei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule nicht nennenswert eingeschränkt war. Es wurde mehrmals eine endgradige (schmerzhafte) Einschränkung der Kopfbewegungen demonstriert, und die Funktionsgriffe der Arme wie Überkopf-, Nacken- und Schürzengriff waren möglich und schmerzfrei (Gutachten des Dr.S. und der Dr.L.). Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war auch nicht erheblich beeinträchtigt, soweit die Klägerin nicht zeitweise die Prüfung der Rumpfbeuge - ohne einen erkennbaren organisch bedingten Befund - ablehnte. Geringe degenerative Veränderungen an den Hüft- und Kniegelenken erscheinen von geringer Bedeutung; die Untersuchung hat ergeben, dass die Hüftgelenke dennoch ausreichend beweglich und die Funktionen der Kniegelenke (freie Beweglichkeit) erhalten waren.

Unter Berücksichtigung aller Umstände - im Vordergrund standen hier die Veränderungen an der Wirbelsäule - waren der Klägerin bis Oktober 2001 körperlich leichte und zeitweise mittelschwere Arbeiten (Heben und Tragen von Lasten in der Regel nicht über 10 kg), nicht ständig im Gehen und Stehen, ohne häufiges Bücken, nicht ständig in vornübergeneigter Zwangshaltung (z.B. am Fließband) oder anhaltend über Kopf vollschichtig möglich. Insoweit schließt sich der Senat den Ausführungen der Dres. L., S. und K. an.

Auf internistischem Gebiet lagen bei der Klägerin bis Oktober 2001 wenig bedeutsame Gesundheitsstörungen vor. Ein seit ca. 1997 erwähntes Bronchialasthma - röntgenologisch selbst ergaben sich keine Lungenveränderungen - ist laut den Arztbefunden geringen Ausmaßes und stabil. Im November 2000 wurde eine leichtgradige, vorwiegend periphere Obstruktion diagnostiziert (Arztbrief der Praxis L., W. und P. vom 24.11.2000), wobei die Blutgase im Normbereich lagen, also der für die Verrichtung körperlicher Arbeiten bedeutsame Sauerstoffaustausch nicht gestört war. Die Untersuchung der Internistin Dr.S. (Gutachten vom 10.04.2001) ergab keine Ventilationsstörungen. Noch im Oktober 2003 zeigte sich eine stabile Lage ohne Obstruktion und Restriktion, ohne Überblähung und Hyperreagibilität (Arztbrief des Dr.L. vom 17.10.2003). Beschwerden ergaben sich im Wesentlichen nur im Zusammenhang mit einer zeitweilig auftretenden Bronchitis (vgl. Kreisklinik D. vom 25.01.2001 und Arztbrief des Dr.L. vom 24.02.2003). Vorsorglich berücksichtigt der Senat das Bronchialasthma insoweit leistungsmindernd, als der Klägerin Arbeiten unter Staub, Rauch und sonstigen lungenreizenden Stoffen sowie in Kälte nicht mehr zumutbar sind.

Eine Stammvarikose (Befundbericht des Dr.H. vom 13.07.2001) der Vena saphena magna, eine gelegentlich leichte Oberflächengastritis, eine kleine axiale Gleithernie (Dres.K. und S. vom 03.08.2000) bedingen keine zusätzlichen Einschränkungen des Leistungsvermögens der Klägerin. Eine Nierenfunktionsstörung konnte wiederholt vom behandelnden Internisten Dr.C. ausgeschlossen werden, eine geringgradige Schwerhörigkeit auf einem Ohr war sozialmedizinisch ohne Relevanz.

Mit ihrem verbliebenen Leistungsvermögen konnte die Klägerin bis Oktober 2001 vollschichtig im Erwerbsleben tätig sein. Eine

Einsetzbarkeit im bisherigen Beruf als Reinemachefrau sah der Senat als ausgeschlossen an, wenn auch nicht zu verhehlen ist, dass es auch in diesem Beruf Arbeitsplätze mit geringeren Anforderungen gibt, z.B. in Behörden (Säubern der Schreibtische, Leeren der Papierkörbe, gelegentliches Staubwischen und Staubsaugen, das Tragen und Bewegen von Wassereimern oder/und Müllsäcken entfällt weitgehend mangels Wischarbeiten oder wegen geeigneter Transportmittel). Die Klägerin genießt jedoch keinen Berufsschutz und ist auf geeignete Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verweisbar. In Frage kommt u.a. das Entgraten von Kunststoffteilen, im Manteltarifvertrag für die gewerblichen Arbeitnehmer der Bayerischen Metallindustrie umschrieben mit Entgraten von Telefongehäusen (Tarifbeispiel Nr.2 im Anhang 5 des Tarifvertrags). Hierbei handelt es sich um eine leichte körperliche Arbeit im Sitzen in temperierten Räumen, wobei die Arbeit nicht in Akkord oder in Zwangshaltung verrichtet wird und laut tariflicher Umschreibung den Einschränkungen des Leistungsvermögens der Klägerin in vollem Umfang gerecht wird. Entsprechendes gilt für das Montieren von Steckkontakten und das Bohren kleiner Werkstücke (Tarifbeispiele 2 und 6).

Der Senat sah keine Veranlassung, weitere Gutachten einzuholen, insbesondere nicht im Hinblick auf die Behauptung des Klägerbevollmächtigten in erster Instanz (Schriftsatz vom 16.03.2004), Haupterkrankung der Klägerin sei das von Dr.K. diagnostizierte ausgeprägte Fibromyalgie-Syndrom, das nach Klassifikation der WHO keine Erkrankung des nervenärztlichen oder orthopädischen Fachgebietes sei. Der Senat vermag allerdings hieraus nichts wesentliches im vorliegenden Falle herzuleiten. Sicherlich steht fest, dass die Ursachen der Fibromyalgie und damit die diesbezügliche Zuordnung ungeklärt sind; insofern kann daher nicht, wie es Dr.K. getan hat, von einer psychiatrischen Diagnose gesprochen werden. Letztlich wird das Fibromyalgie-Syndrom, das als funktionelle Störung und nicht als Erkrankung im herkömmlichen Sinne verstanden werden könnte, dadurch charakterisiert, dass generalisierte chronische Schmerzen mehr als drei Monate an mindestens drei Körperstellen auftreten, deren Ursache ungeklärt ist (bisher bekannte Ursachen bzw. Krankheitsbilder in der medizinischen Wissenschaft müssen ausgeschlossen sein), und dass mindestens 11 von 18 definierten tender points bei einem genau definierten (Finger-)druck sich als schmerzhaft erweisen, wohingegen bei den Kontrollpunkten keine derartige Reaktion auftreten darf (vgl. Hausotter/Weiss, Karl C. Mayer und Häuser). Oft werden zu den sog. ACR-Kriterien (Hauptkriterien) Nebenkriterien herangezogen wie vegetative Zeichen, funktionelle (d.h. nicht organisch bedingte) Störungen (Schlafstörungen, gastrointestinale Störungen, Herz- und Atembeschwerden) und seelische Symptome (vgl. Mayer und Häuser). Ob und inwieweit Dr.K. bei der Befundung des Fibromyalgie-Syndroms sorgfältig verfahren ist, kann seinem Gutachten nicht entnommen werden, weil ein Vermerk über die Reaktion bei Druck auf Kontrollpunkte fehlt. Allerdings wirkt das Gutachten schon deswegen verwirrend, denn es sollte nach allgemeinärztlichem Wissenstand entweder eine Somatisierungsstörung oder eine Fibromyalgie vorliegen, wobei Hauptunterscheidungsmerkmal die tender points sind (vgl. u.a. Aufsatz von Mayer). Dr.K. hat aber beide Diagnosen nebeneinander gestellt und zudem miteinander vermengt, als er darüber hinaus auch eine somatoforme Schmerzstörung unter dem Bild eines Fibromyalgie-Syndroms feststellte. Was nun vor mehr als einem Jahr vor seiner Untersuchung vom 08.11.2002 - zu einer Zeit, als die Klägerin noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt hatte - tatsächlich vorlag, wird sich nicht mehr klären lassen, zumal Befunderhebungen im Hinblick auf eine Fibromyalgie bis Oktober 2001 nicht erfolgten.

Letztlich erscheint die Abgrenzung aus sozialmedizinischer Sicht auch nicht notwendig (vgl. Mayer, Fibromyalgie). Das Syndrom kann in leichter, mittelschwerer und schwerer Form vorkommen, und die Diagnose an sich ist nicht mit der Bejahung oder Verneinung von geminderter bzw. verminderter Erwerbsfähigkeit verbunden (vgl. Häuser und "Sozialmedizinische Begutachtung", Bl.181 f.). Sekundär kann u.a. wegen des gesteigerten Schmerzempfindens ein depressives Syndrom auftreten, und sonstige Begleiterscheinungen (Schlafstörung, vorzeitige Ermüdbarkeit usw.) sind auch noch zu berücksichtigen. Soweit die Symptome - bei gesicherter Fibromyalgie - nicht im Einzelfall entsprechend einem vergleichbar organopathologischen Bild aus dem internistischen oder orthopädischen Formenkreis ausgewertet und gewichtet werden können, bietet sich in sozialmedizinischer Hinsicht in erster Linie die gutachterliche Beurteilung durch einen Neurologen und Psychiater bzw. einen Nervenarzt an. Das generalisierte Schmerzsyndrom, gleich ob eine somatoforme Schmerzstörung oder ein Fibromyalgie-Syndrom vorliegt, muss im Hinblick auf Glaubwürdigkeit, Umfang und Stärke überprüft werden. Dies gilt auch für Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet wie depressive Störung, Angststörung usw., gleich ob sie primärer oder sekundärer Art sein sollten. Auch sonstige Begleitumstände wie Einschränkung der Merk- und Konzentrationsfähigkeit, Antriebslosigkeit, Reaktionsvermögen, Ausdauer usw. sind - unabhängig von einer organischen oder nichtorganischen Ursache oder von der Differenzierung zwischen somatoformer Schmerzstörung und Fibromyalgie - der Beurteilung eines Nervenarztes zugänglich. Eine solche ist auch von Dr.K. und Dr.K. erfolgt, wobei sich der Senat der Auffassung des Dr.K. über eine weitreichende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht angeschlossen hat.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-10-30