

L 13 R 4125/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 16 RA 545/00

Datum

27.02.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 4125/03

Datum

26.04.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 27. Februar 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch der Klägerin auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die 1950 geborene Klägerin wurde von 1965 bis 1968 zur Verwaltungsangestellten ausgebildet und war anschließend bis September 1970 überwiegend als Schreibkraft sowie zuletzt von September 1987 bis zum Eintritt einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit am 4. September 1995 wegen Arthropathie in Teilzeit (20 Stunden pro Woche) in der EDV-Firma ihres Ehemannes als Bürokraft sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Nach Angaben ihrer damaligen Bevollmächtigten (Schreiben vom 27. Juli 1998) beschäftigte das Unternehmen schwankend zwischen ein und vier Mitarbeiter. Die Aufgaben der Klägerin umfassten den Telefondienst, die Erstellung von Angeboten nach Vorgaben, die Abwicklung der Fakturierung und der Finanz- und Lohnbuchhaltung sowie die Erledigung des gesamten Schriftwechsels. Eigene Entscheidung konnten nur innerhalb dieser Aufgabengebiete getroffen werden. Eine Befugnis zur Auftragsannahme oder eine Anweisungsbefugnis gegenüber Mitarbeitern bestanden nicht.

Bei der Klägerin wurde im Mai 1998 ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 anerkannt. Der Versicherungsverlauf vom 30. September 2003 weist Versicherungszeiten (zuletzt wegen Sozialleistungsbezug) bis März 1997 auf. Seit April 1996 bezieht die Klägerin eine private Berufsunfähigkeitsrente.

Nach Angaben der Klägerin traten bei ihr erstmals 1983/1984 Gleichgewichtsstörungen mit Schwindel auf. 1991 litt sie unter Unruhegefühl und Aufregung sowie kurzen Bewusstlosigkeiten mit vorangegehendem Drehschwindel, Übelkeit und Erbrechen. Bei ihr wurden damals multiple Allergien bei allergischer Raynaud-Konjunktivitis und Bronchitis (insbesondere auf Blütenstaub, Hausstaubmilben und Katzen) festgestellt. Im November 1991 wurde bei einem klinischen Aufenthalt ein psychovegetatives Syndrom diagnostiziert, der Verdacht auf eine chronische Psychose geäußert sowie Arthrose an beiden Händen festgestellt. Außerdem bestand anamnestisch seit 1991 eine Anorexie. Anlässlich eines stationären Aufenthalts 1993 wegen allergischer Beschwerden wurden eine ausgeprägte Raynaud-Symptomatik (anfallsweise auftretende Ischiämiezustände, vorzugsweise an den Fingern, die durch Schadstoffe und psychische Belastung ausgelöst werden können, beim sekundären Syndrom auch durch Traumen oder Begleiterscheinung bestimmter somatischer Erkrankungen, die bei der Klägerin aber nicht festgestellt wurden) und eine Heberdenarthrose der Hände diagnostiziert. Eine chronische Polyarthritits, eine HLA-B 27-assoziierte Arthritis oder eine Kollagenose wurden ausgeschlossen. Wegen der Anorexie stand die Klägerin damals drei Jahre lang in psychologischer Behandlung. Seit Juni 1992 erfolgte eine regelmäßige Schmerztherapie bei dem Orthopäden Dr. L., der erstmals im Dezember 1995 die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms stellte. Zur Anwendung kamen insbesondere Chirotherapie und Infiltrationsanästhesie. 1996/1997 erfolgte in der E.-Clinic eine Entgiftungsbehandlung. Am 30. Januar 1997 stellte die Klägerin bei der Beklagten einen Antrag auf stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation wegen ihrer auf Umweltbelastungen zurückzuführenden Beschwerden.

Die Beklagte ließ die Klägerin daraufhin durch den Orthopäden und Rheumatologen Dr. S. (Gutachten vom 28. August 1997) ambulant begutachten. Bei dieser Begutachtung gab die Klägerin an, sie leide seit 1990 unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Lendenwirbelsäule (LWS) und bei alltäglichen Bewegungen auftretenden plötzlichen Schmerzen im Bereich des gesamten Rückens. Diese Beschwerden träten aber auch beim Liegen auf. Gelegentlich bestünden Taubheitsgefühle an der linken Ferse oder der linken Großzehe. Bei

Blockaden an der Halswirbelsäule (HWS) komme es zu helmartig ausstrahlenden Kopfschmerzen bis in die Stirnregion sowie zu Ohrgeräuschen links. 1991 seien Schmerzen im linken Zeigefinger, in der Folgezeit an sämtlichen Fingergelenken beider Hände mit wiederholten Schwellungen und insbesondere morgendlicher Steifigkeit aufgetreten. Seit drei Jahren leide sie auch an Kniegelenksbeschwerden beidseits, insbesondere beim Treppensteigen und längeren Autofahrten, seit zwei bis drei Jahren an Ellenbogengelenksbeschwerden beidseits, die insbesondere bei Bewegung aufträten, seit zwei Jahren an Schmerzen in der rechten Großzehe und seit einigen Wochen an Schmerzen in den Handgelenken. Außerdem bestünden Schmerzen im Bereich des linken Schlüsselbeins und über den Rippenbögen beidseits.

Die Klägerin gab an der HWS schon bei geringsten Berührungen und geringsten passiven Bewegungen Schmerzen an, demonstrierte die aktive Beweglichkeit jedoch regelrecht. Auch an den Schultergelenken war die aktive Beweglichkeit unter Schmerzangabe regelrecht bei flüssigem Schürzen- und Nackengriff. Die Beweglichkeit der Ellenbogengelenke war aktiv und passiv schmerzfrei regelrecht. An den Händen fand sich eine mittelgradige Beschwellung rechts bei Rechtshändigkeit. An der linken Hand war der Spitzgriff zwischen Daumen und Kleinfinger bei bestehender Beugehaltung im Endgelenk des Kleinfingers eingeschränkt, die aktive Beweglichkeit der Hände im Übrigen regelrecht. Die Beweglichkeit der LWS und BWS war allenfalls endgradig eingeschränkt (FBA 5 cm, Ott 30/33, Schober 10/15). Der neurologische Befund war - wie auch an der HWS - unauffällig. Auch die Kniegelenke wiesen eine regelrechte aktive Beweglichkeit bei seitengleich kräftiger Beschwellung der Fußsohlen auf. An den Füßen fand sich lediglich eine beginnende Arthrose im Großzehengrundgelenk rechts. Dr. S. führte aus, bei der Untersuchung sei eine deutliche Diskrepanz zwischen den geklagten multiplen Beschwerden und den festgestellten Befunden aufgefallen.

Er diagnostizierte ein rezidivierendes Cervicalsyndrom mit wiederholten Blockierungen der HWS, Periarthritis humeroscapularis tendinotica beidseits, radiale Epicondylopathien beidseits, Herberden- und Bouchard-Arthrosen beider Hände, rezidivierende Dorsalgien und tiefsitzende Kreuzschmerzen, Chondropathia patellae vom Dysplasietyp beidseits und Arthralgien des Großzehengrundgelenks rechts. Trotz der eher geringen Funktionseinschränkungen hielt er die Klägerin nicht mehr für fähig, als kaufmännische Angestellte vollschichtig tätig zu sein. Eine stationäre Rehabilitation sei aber noch nicht sinnvoll. Zunächst solle eine mögliche rheumatische Erkrankung ausgeschlossen und anschließend geklärt werden, ob nicht eine Maßnahme in einer psychosomatisch oder psychotherapeutisch orientierten Klinik von größerem Nutzen wäre.

Die Beklagte bewilligte der Klägerin eine stationäre medizinische Leistung zur Rehabilitation im Rheumazentrum Bad A. (Bescheid vom 23. Juni 1998). Die Klägerin trat diese Maßnahme aber wegen Darminfektion, Knieoperation und Leukämieverdacht mehrfach nicht an und teilte schließlich mit, Rehabilitationsmaßnahmen seien aussichtslos. Deshalb sei vorrangig über den zwischenzeitlich am 31. März 1998 gestellten Rentenanspruch zu entscheiden.

Aufgrund dieses Antrags veranlasste die Beklagte eine weitere ambulante Begutachtung der Klägerin durch den Orthopäden Dr. S. (Gutachten vom 7. Februar 2000). Diese gab bei der Untersuchung an, seit 1991 sei der linke Zeigefinger dick und schmerzhaft. Seit etwa 1992 leide sie unter zunehmenden Schmerzen und Verspannungen im Nackenbereich und Schmerzen an der gesamten Wirbelsäule, die manchmal in die Rippen und das Schlüsselbein einstrahlen würden. Lähmungen oder eine Schwäche der Arme und Beine seien bisher nicht aufgefallen, doch würden manchmal die Innenseite des linken Oberschenkels und der linke Fuß gefühllos. Sie renke sich häufig Wirbel aus und leide unter Kopfschmerzen sowie Rauschen im linken Ohr. Sobald die HWS eingerenkt wäre, bilde sich das Ohrgeräusch zurück. Die End- und Mittelgelenke beider Hände seien schmerzhaft aufgetrieben und ihre Greiffähigkeit vermindert. Seit einigen Jahren würde auch die rechte Großzehe schmerzen. Seit einer Meniskusoperation links 1998 könne sie morgens keine Treppe steigen und sich nicht mehr hinknien. Auch das rechte Kniegelenk sei inzwischen schmerzhaft. Seit einem dreiviertel Jahr habe sie auch Schmerzen an der linken Schulter, seit einigen Wochen an der LWS neuartige, nicht näher bezeichnete Schmerzen. Manchmal würden auch die Handgelenke schmerzen.

Bei der Untersuchung zeigte die Klägerin ein unauffälliges Gangbild. Das Aus- und Anziehen erfolgte schnell, problemlos und unter Heben der Arme über die Schulterhöhe. An der Wirbelsäule fand sich kein Druck- oder Bewegungsschmerz, jedoch eine erhöhte Muskelspannung im Nackenbereich und ein deutlicher Muskelhartspann an der LWS. Gegenüber der Voruntersuchung zeigte die Klägerin einen FBA von 20 cm bei einem Ott von 30/32 und einem Schober von 10/15. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war nur an der HWS endgradig eingeschränkt, entsprach aber auch insoweit dem Altersdurchschnitt. Auch an den Schultern fand sich bei Druckschmerzen an der langen Bizepssehne sowie dem großen und kleinen Rollhügel beidseits keine signifikante Bewegungseinschränkung. Allerdings wurde der Nacken- und Schürzengriff sowie der Überkopfgriff bei dieser Untersuchung links endgradig eingeschränkt demonstriert. Die Beweglichkeit der Ellenbogengelenke war ebenso wie an den Handgelenken altersentsprechend geringfügig eingeschränkt. Bezüglich der Fingerbeweglichkeit ergab sich eine Einschränkung bei der Kontraktion, da sämtliche Fingerkuppen der Langfinger die distale quere Hohlhandfalte nicht ganz erreichten, während die Streckung der Finger unbeeinträchtigt war. Die Gelenkkonturen waren äußerlich unauffällig und die Prüfung der groben Kraft ergab keinen pathologischen Befund. Auch die Beweglichkeit der Hüftgelenke zeigte sich nicht signifikant eingeschränkt. Rollhügel und Leisten waren schmerzfrei. Die Kniegelenke waren äußerlich reizlos mit leichtem, linksbetontem Verschiebeschmerz der Kniescheibe und Zeichen für einen Knorpelschaden im Bereich der Kniescheibenrückfläche. Die Beweglichkeit war regelrecht. An den Sprunggelenken zeigte sich links eine geringe Bewegungseinschränkung sowie an beiden Großzehengrundgelenken eine deutlich verminderte Beweglichkeit. Der neurologische Befund war - wie bei Dr. S. - unauffällig.

Dr. S. diagnostizierte ein Subacromialsyndrom links bei multiplen Enthesiopathien im Sinne einer Kettentendinose beidseits, ein statisch funktionelles HWS-, LWS- und BWS-Syndrom, Senk-Spreizfüße mit Hallux rigidus rechtsbetont und beidseitige Heberdenarthrosen. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Klägerin noch vollschichtig als kaufmännische Angestellte tätig sein könne. Körperlich leichte Arbeiten ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten sowie ohne Arbeiten, die Überkopf, über Schulterhöhe oder in Augenhöhe (Armhaltarbeiten) ausgeführt werden, ohne Zwangshaltung, häufiges Bücken oder besondere Anforderungen an die Greiffähigkeit der Hände seien der Klägerin möglich.

Daraufhin lehnte die Beklagte den Rentenanspruch vom 31. März 1998 mit der Begründung ab, die Klägerin könne im bisherigen Berufsbereich weiterhin vollschichtig tätig sein. Daher liege weder Berufs- noch Erwerbsunfähigkeit vor (Bescheid vom 9. März 2000).

Dagegen hat die Klägerin Widerspruch eingelegt mit der Begründung, die Beklagte habe sich mit dem Krankheitsbild der Fibromyalgie nicht auseinandergesetzt. Das Gutachten des Sachverständigen Dr. S. sei nicht verwertbar, da bereits fundamentale Daten wie Körpergröße und Gewicht der Klägerin fehlerhaft seien. Dass bei der Klägerin ein Fibromyalgiesyndrom vorliege, ergebe sich aus einem im Rechtsstreit der

Klägerin gegen ihre private Krankenversicherung erstatteten Gutachten der Universitätsklinik E. - Medizinische Klinik I - vom 18. November 1997. Die Beklagte kündigte an, die Klägerin internistisch/rheumatologisch und neurologisch-psychiatrisch begutachten zu lassen. Nachdem die Klägerin jedoch jede weitere Begutachtung abgelehnt hatte, wies die Beklagte den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 18. Oktober 2000). Nach Aktenlage sei der angefochtene Bescheid nicht zu beanstanden.

Mit der am 21. November 2000 (Eingang bei Gericht) beim Sozialgericht Nürnberg (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, die Beklagte habe in Verkenntung des bei ihr vorliegenden Fibromyalgiesyndroms eine tendenziöse Gutachterausswahl getroffen. Ihre toxischen und psychischen Belastungen würden ignoriert. Sie reagiere auf diverse Schmerzmittel allergisch und leide seit 1990 unter multiplen Schmerzen an der Wirbelsäule und den Gelenken.

Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte Dr. L. (Orthopäde), Dr. R. (Allgemeinmediziner) und Prof. Dr. Dr. B. (Leiter der früheren H.-Klinik) eingeholt und die Klägerin ambulant durch den Orthopäden und Schmerztherapeuten Dr. M. (Gutachten vom 25. Februar 2002 mit ergänzender Stellungnahme vom 6. November 2002), den Psychiater und Neurologen Dr. H. (Gutachten vom 17. April 2002) sowie den Internisten und Arbeitsmediziner Dr. S. (Gutachten vom 28. Mai 2002) begutachten lassen.

Dr. M. hat ein Fibromyalgiesyndrom und eine Polyarthrose der Hände diagnostiziert und die Klägerin noch für fähig erachtet, leichte Tätigkeiten vorzugsweise im Wechselrhythmus oder im Sitzen in temperierten geschlossenen Räumen ohne besondere Belastung der Wirbelsäule und ohne besondere Anforderung an die Gebrauchsfähigkeit der Hände im Hinblick auf den Umgang mit Gewichten und ausgeprägt feinmotorische Tätigkeiten vollschichtig zu verrichten. Schreibarbeiten an PC seien der Klägerin zumutbar.

Dr. H. hat eine remittierte rezidivierende depressive Störung, eine Somatisierungsstörung, Polyarthrosen und eine Fibromyalgie diagnostiziert und sich der Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Dr. M. angeschlossen. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten mit besonderer nervlicher Belastung, insbesondere unter Zeitdruck oder Schichtbetrieb, nicht mehr zugemutet werden.

Unter Einbeziehung der Vorgutachten der Sachverständigen Dr. M. und Dr. H. ist Dr. S. zu dem Ergebnis gekommen, dass der Klägerin weiterhin vollschichtig leichte Arbeiten als kaufmännische Angestellte ohne ausschließliche Schreibtätigkeit am PC möglich seien. Er hat sich insoweit auch bezüglich der qualitativen Leistungseinschränkungen insbesondere der Einschätzung des Sachverständigen Dr. M. angeschlossen und darauf hingewiesen, dass die Tätigkeit als kaufmännische Angestellte auch Arbeiten wie Telefonate, Ablage und die Prüfung von Unterlagen beinhalte, somit keine ausschließliche Schreibtätigkeit am PC sei. Aufgrund eines hyperreagiblen Bronchialsystems sollte ergänzend zu den bisherigen qualitativen Leistungseinschränkungen eine Exposition gegenüber atemwegsreizenden Arbeitsstoffen vermieden werden. In Übereinstimmung mit den Vorgutachtern hat Dr. S. die Möglichkeit einer Besserung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit verneint.

Die Klägerin hat einen Arztbrief des Chirurgen Dr. K. (vom 17. August 2002) sowie ein in ihrem Auftrag vom Chirurgen Prof. Dr. H. erstelltes Gutachten (vom 31. Januar 2003) zur unfallversicherungsrechtlichen Beurteilung der Funktionseinschränkungen der Hände vorgelegt und eingewandt, aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der Hände seien ihr kaufmännische Tätigkeiten und insbesondere Schreibarbeiten am PC nicht mehr möglich. Auch das Krankheitsbild der Fibromyalgie sei verharmlosend dargestellt und bei der Leistungseinschätzung nicht hinreichend berücksichtigt worden.

Das SG hat sich der Beurteilung der gerichtlichen Sachverständigen angeschlossen und die Klage abgewiesen (Urteil vom 27. Februar 2003, zugestellt am 2. Juni 2003). Vom erlernten Beruf der Verwaltungsfachangestellten habe sich die Klägerin 1975 aus anderen als gesundheitlichen Gründen gelöst. Aufgrund der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte und der von der Klägerin hierzu gemachten Angaben sei sie innerhalb des vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Mehrstufenschemas der Gruppe der Angelernten mit einer Ausbildungs- oder Anlernzeit von drei bis 24 Monaten einzuordnen. Eine solche Tätigkeit könne die Klägerin aufgrund des festgestellten Leistungsvermögens aber weiterhin verrichten, denn sie sei weder mit gewichtsbelastenden noch ausgeprägt feinmotorischen Tätigkeiten verbunden. Notwendige Schreibarbeiten am PC seien ihr auch unter Berücksichtigung der Funktionseinschränkungen der Hände weiterhin möglich.

Dagegen hat die Klägerin am 11. Juni 2003 (Eingang beim SG) Berufung eingelegt und im Wesentlichen vorgetragen, ihr Zustand habe sich seit Juli 2002 (nach der letzten Begutachtung) verschlechtert. Sie habe Schmerzen am ganzen Körper, vor allem in den End- und Mittelgelenken der Finger. Die ganze Wirbelsäule würde sich immer wieder ausrenken, was bei der HWS mit starken Kopfschmerzen verbunden sei. Gelegentlich verspüre sie ein starkes Pfeifen und Rauschen im linken Ohr. Die Beschwerden hätten zu einem höheren Schmerzmittelverbrauch geführt.

Der Senat hat Befundberichte der behandelnden Ärzte Dr. L. (vom 5. November 2003) und Dr. R. (vom 13. Januar 2004) beigezogen und die Klägerin ambulant durch den Neurologen und Psychiater Dr. M. (Gutachten vom 6. September 2004 sowie ergänzende Stellungnahmen vom 2. Dezember 2004 und 3. März 2005) sowie auf Antrag der Klägerin durch den Internisten und Rheumatologen Dr. S. (Gutachten vom 10. September 2006 mit ergänzender Stellungnahme vom 1. Februar 2007) begutachten lassen.

Während Dr. M. keine Veränderung der für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit maßgebenden Gesundheitsstörungen festgestellt und sich der Leistungsbeurteilung der Vorgutachter angeschlossen hat, hat Dr. S. ausgeführt, unabhängig von der Zuordnung des Beschwerdebildes der Klägerin zur Diagnose einer Fibromyalgie oder eines chronischen Schmerzsyndroms seien die damit verbundenen weitreichenden Einschränkungen bei den bisherigen Begutachtungen nicht hinreichend berücksichtigt worden. Aufgrund seiner langjährigen klinischen Erfahrung und der Einschätzung der bisher behandelnden Ärzte könne die Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch leichte Tätigkeiten nur noch weniger als halbschichtig ausüben. Allerdings bestünden hier noch Therapiemöglichkeiten in Form einer mehrwöchigen Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder anderen Medikamenten. Außerdem benötige die Klägerin alle 80 Minuten eine zusätzliche Pause von 10 Minuten.

Der beratungsärztliche Dienst der Beklagten hat zum Gutachten des Sachverständigen Dr. S. im Wesentlichen eingewandt, die erhobenen Befunde und die zur Beurteilung der Schwere der Schmerzstörung erforderlichen Angaben über bestehende Auswirkungen auf Alltag, Freizeit und Familie würden die getroffene Leistungsbeurteilung nicht stützen (Bl.206 LSG-Akte).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 27. Februar 2003 sowie den Bescheid vom 9. März 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Oktober 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr aufgrund des Antrags vom 31. März 1998 Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Renten- und Rehabilitationsakten der Beklagten sowie die Akten des SG beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Berufsungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 9. März 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Oktober 2000, mit dem es die Beklagte abgelehnt hat, der Klägerin aufgrund ihres Antrags vom 31. März 1998 Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen. Das SG hat die dagegen erhobene Klage mit Urteil vom 27. Februar 2003 zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsminderung.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (a.F.), da sie den zugrunde liegenden Rentenanspruch vor dem 3. April 2001 gestellt hat und Rente auch für Zeiten vor dem 1. Januar 2001 begehrt ([§ 300 Abs. 2 SGB VI](#) i.V.m. [§ 26 Abs. 3](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch). Soweit ein Anspruch auf Rente erstmals für Zeiten nach dem 31. Dezember 2000 in Betracht kommt, richtet sich der Anspruch nach den Vorschriften des SGB VI in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung (n.F.).

Nach [§ 43 SGB VI](#) a.F. haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit, wenn sie

1. berufsunfähig sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Berufsunfähigkeit die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Diese Voraussetzungen sind bei der Klägerin nicht erfüllt. Zwar hat sie die allgemeine Wartezeit ([§§ 50 Abs.1 Satz 1, 51 Abs.1 SGB VI](#)) erfüllt. Bei ihr liegt jedoch keine Berufsunfähigkeit vor.

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. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs.2 SGB VI](#) a.F.).

Ausgangspunkt für die Prüfung von Berufsunfähigkeit ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG der "bisherige Beruf", den der Versicherte ausgeübt hat. In der Regel ist dies die letzte, nicht nur vorübergehende versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit, von der auch bei nur kurzfristiger Ausübung auszugehen ist, wenn sie zugleich die qualitativ höchste im Berufsleben des Versicherten gewesen ist (vgl. BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 130, 164). Kann ein Versicherter seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben, liegt Berufsunfähigkeit aber nur dann vor, wenn es nicht zumindest eine andere berufliche Tätigkeit gibt, die sozial zumutbar und für ihn sowohl gesundheitlich als auch fachlich geeignet ist. Die soziale Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit richtet sich nach der Wertigkeit des bisherigen Berufes.

Ist der Versicherte nicht berufsunfähig im Sinne des [§ 43 Abs.2 SGB VI](#), so liegt auch keine Erwerbsunfähigkeit nach [§ 44 SGB VI](#) vor (vgl. BSG Urteil vom 05.04.2001 - [B 13 RJ 61/00 R -](#)).

Zur Begründung kann auf die zutreffenden Gründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen werden ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Das SG ist zutreffend zu dem Ergebnis gekommen, dass das Leistungsvermögen der Klägerin in erster Linie durch das bei ihr diagnostizierte Fibromyalgiesyndrom sowie die arthrotischen Veränderungen der Hände beeinträchtigt wird. Dies ergibt sich in Übereinstimmung mit den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten der Sachverständigen Dr. S. und Dr. S. aus den vom SG eingeholten Gutachten der Sachverständigen Dr. M., Dr. H. und Dr. S. ...

Die anamnestischen Angaben der Klägerin gegenüber Dr. M. entsprachen den Vorgutachten wobei die Klägerin ergänzend angab, sie habe zunächst keine Medikamente einnehmen wollen und später u.a. Cortisoninjektionen erhalten. Um das Jahr 2000 hätten ihre Beschwerden stark zugenommen. Sie habe bis zu acht Tramadol-Kapseln und vier bis sechs Tetrazepam-Tabletten täglich eingenommen. Sie habe dann zufällig Prof. Dr. Dr. B. kennengelernt, der sie im Juli 2000 am linken Ellenbogen operiert habe. Einen Tag zuvor habe sie einen Hörsturz erlitten, der jedoch nach der Narkose besser gewesen sei. Nach der Operation habe sie am gesamten linken Arm keine Schmerzen mehr gehabt. Auch die Rippenbeschwerden seien besser geworden. Ein ähnlicher Eingriff am rechten Unterschenkel im Januar 2001 sei nicht ganz so erfolgreich verlaufen, habe jedoch auch hier zu einer Beschwerdeverbesserung geführt. In den letzten Jahren habe sie sich immer wieder die Wirbelsäule ausgerenkt und sei dann erfolgreich chirotherapeutisch behandelt worden. Auch diese Beschwerden hätten sich nach den operativen Eingriffen etwas gebessert. Sie brauche lediglich zwei bis vier Tramadol-Tabletten und eine Tetrazepam-Tablette täglich. Ebenso

hätten sich ihre Darmprobleme (Blähungen, dicker Bauch, häufiger Stuhlgang) gebessert. Zur Zeit erfolge eine Behandlung mit Chirotherapie, Lokalanästhesien und Medikamenten sowie gelegentlichen Cortisongaben. Außerdem führe sie Fingerübungen durch. Bestrahlungen, Kälte- und Wärmeanwendungen sowie krankengymnastische Übungen hätten keine große Besserung erbracht. Die Entgiftung 1996 habe ihr nicht viel geholfen, die Laborwerte seien aber teilweise besser geworden. 1998 sei das Wohnhaus wegen Formaldehydbelastung saniert worden. Zum Untersuchungszeitpunkt habe sie vor allem Probleme mit den Fingern, deren Feinmotorik gestört sei. Ihr fielen Dinge aus den Händen, sie könne sich die Schuhe nicht binden und keine Münzen mehr greifen. Auch die Wirbelsäule tue ständig weh, sie habe am rechten Oberarm Sehnenprobleme, weiterhin Darmprobleme und neige zu Kopfschmerzen. Gegen Antiphlogistika sei sie allergisch und Antidepressiva habe sie nie erhalten.

Die körperliche Untersuchung ergab an der Wirbelsäule keinen Klopfschmerz, keinen erhöhten Tonus der Rückenstrecker, aber Druckschmerzen am Beckenkamm und der HWS. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war in allen Abschnitten altersentsprechend frei bei einem FBA von 1 cm, Ott von 30/32,5 und Schober von 10/14. An den Schultergelenken fanden sich Druckschmerzen über der langen Bizepssehne beidseits und dem Tuberculum majus links bei freier aktiver und passiver Beweglichkeit. An den Ellenbogengelenken bestand Druckschmerz über dem Epicondylus radialis bei ebenfalls freier Gelenkbeweglichkeit. Auch die Beweglichkeit der Handgelenke war regelrecht. An den Fingergelenken fanden sich ausgeprägte Polyarthrosen mit Heberdenknoten an den Fingern 2 bis 5 beidseits, mäßigen Bouchard-Arthrosen und einem Streckdefizit der Endgelenke insbesondere am Kleinfinger beidseits. Linksseitig war der Faustschluss langsam vollständig möglich, rechts unvollständig. Die Hüftgelenke waren bei leichtem Leistendruckschmerz beidseits frei beweglich, ebenso wie die Kniegelenke sowie die oberen und unteren Sprunggelenke. Die neurologische Untersuchung war durchgehend unauffällig. Die Fibromyalgiediagnostik nach den Kriterien des ACR ergab lediglich sieben schmerzhafte Tenderpoints. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und der vegetativen Begleiterscheinungen hat Dr. M. aber die Diagnose einer Fibromyalgie als hinreichend wahrscheinlich bestätigt. Zusammenfassend hat er ausgeführt, die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei in erster Linie durch die erkennbaren Veränderungen der Hände beeinträchtigt. Außerdem führe die Fibromyalgie mit ihren nachvollziehbaren wechselhaften Beschwerden an Wirbelsäule und Extremitäten zu einer Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Hinblick auf gewichtsbelastende oder ständig monotone Bewegungsabläufe.

Bei Dr. H. gab die Klägerin u.a. an, 1991 sei es nach dem Einzug ihrer Mutter in das Haus der Familie zu erheblichen Spannungen zwischen ihr und ihrer Mutter gekommen. In dieser Zeit entwickelten sich neben einer Anorexie die wesentlichen Beschwerden der Klägerin mit Ausnahme der bereits 1990 beginnenden Veränderungen an den Händen. Zum Tagesablauf gab die Klägerin an, sie verrichte den Haushalt einschließlich Waschen, Bügeln und Einkaufen mit Ausnahme schweren Tragens. Sie sei eine Leseratte. Ihr Bekanntenkreis habe sich reduziert, doch vermisse sie ihn nicht. Die gesamte Familie würde sie unterstützen und verwöhnen. Sie versuche aber, sich nicht alles aus der Hand nehmen zu lassen. Die medizinische Anamnese entspricht den Angaben gegenüber Dr. M. ... Aktuell gab sie Schmerzen im Bereich der linken Schulter und beider Oberarme sowie Dauerschmerzen an den Ellenbogen an. Wiederholt komme es zu Verkrampfungen der HWS und LWS mit Ausrenken der HWS und halbseitigen Kopfschmerzen links ohne Übelkeit, Erbrechen oder Lichtempfindlichkeit. Die Beschwerden würden sich nach dem Einrenken der Wirbel bessern. Es bestehe auch ein Spannungsgefühl in der rechten Ferse mit Schmerzen und gelegentlichem Kribbeln am rechten Außenknöchel beim Laufen auf unebenem Boden. Im Vordergrund stünden aber ihre Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in den Fingern. Von Kuren habe ihr der Orthopäde abgeraten und verschiedene physikalische Maßnahmen hätten keinen Erfolg gebracht. Sie mache nur noch Bewegungsübungen der Finger mit Softbällen im warmen Wasser. Außerdem leide sie noch an verschiedenen Allergien und gelegentlichen Darmbeschwerden. Ihr Schlaf habe sich mittlerweile normalisiert (sechs bis sieben Stunden pro Nacht). Sie habe 1977/1978 im Zusammenhang mit einer Schilddrüsenerkrankung, Gesichtsnervenentzündung und Zahnsanierung (Vollprothese) schon einmal an erheblichen Depressionen gelitten. Eine nervenärztliche Behandlung habe aber wohl nicht stattgefunden. 1991 sei dann im Rahmen des Konflikts mit der Mutter erneut ein seelischer Einbruch erfolgt. Sie habe sechs Monate lang unter Essstörungen gelitten und sei erheblich depressiv gewesen, wobei sie - wie 1977 - auch Suizidgedanken gehabt habe. Sie habe dann Tabletten und Alkohol genommen, sei jedoch rechtzeitig vom Ehemann gefunden und nicht klinisch behandelt worden. Im Jahr 2000 sei es ihr ähnlich schlecht gegangen. Nach der Beschwerdebesserung in Folge der Operationen habe sich ihre Stimmung deutlich gebessert und sie habe jetzt wieder Lebensfreude. Sie habe zwar noch Schmerzen, könne mit diesen aber wieder besser umgehen, da sie nicht mehr so stark seien. Gedächtnis und Konzentration seien nicht beeinträchtigt. Vom Charakter her sei sie etwas nervös und unruhig, jedoch nicht leicht kränkbar, sondern könne durchaus etwas vertragen.

Dr. H. beschrieb die Klägerin als leicht vorgealtert, aber nicht schmerzgeplagt wirkend. Der neurologische Befund war erneut unauffällig. Psychopathologisch fanden sich keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit, der Auffassungsgabe oder der Aufmerksamkeit. Es bestand eine geringe Nervosität, jedoch kein Verstimmungszustand. Affektive Schwingungsfähigkeit, Antrieb und Psychomotorik waren nicht beeinträchtigt. Über die 1977, 1991 und 2000 hinausgehende depressive Phasen und Konflikte wurden von der Klägerin verneint. In seiner Beurteilung führte Dr. H. aus, die geschilderten depressiven Phasen seien durchaus klinisch relevant, wobei trotz jeweils auftretender Suizidgedanken keine adäquate fachärztliche Behandlung erfolgt sei. Es sei jedoch jeweils eine Besserung eingetreten und zum aktuellen Zeitpunkt keine depressive Störung mehr vorhanden. Anstelle eines endogenen Geschehens komme hier eher das Vorliegen einer entsprechenden neurotischen Disposition in Betracht. Außerdem bestehe eine psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden bzw. der Schmerzwahrnehmung, die teilweise durchaus psychogen sein dürfte. Dafür spreche beispielsweise das schlagartige Verschwinden erheblicher Symptome unter einer Maßnahme, die aus schulmedizinischer Sicht sicherlich als wirkungslos beurteilt werden müsse bzw. einem Placebo gleichzustellen sei. Auch bestehe sicher eine Wechselwirkung zwischen den körperlichen Beschwerden und den jeweiligen depressiven Verstimmungen. Daher sei unabhängig von der Frage einer Fibromyalgie aus nervenärztlicher Sicht eine Somatisierungsstörung zu diagnostizieren, die einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfe. Aufgrund der eher ablehnenden Haltung der Klägerin für eine (teilweise) Psychogenese ihrer Beschwerden sei hierzu aber zunächst eine ambulante Motivationsphase erforderlich.

Bei Dr. S. machte die Klägerin im Wesentlichen unveränderte Angaben zur Anamnese und zu den aktuellen Beschwerden. Ergänzend gab sie an, seit Februar 2001 habe sich das Kribbeln im rechten Fuß auf unebenen Strecken verschlimmert. An beiden Kniekehlen seien Zysten festgestellt worden, die alle ein bis drei Monate punktiert würden. Außerdem bestehe in den Kniegelenken und in der Wade ein Druckgefühl. Zwischenzeitlich auch an der Rückseite des Unterarms aufgetretene Schmerzen seien wieder verschwunden. Die neurologische und orthopädische Untersuchung ergab gegenüber den Voruntersuchungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Es fand sich erneut eine eingeschränkte Beweglichkeit im Endglied des Kleinfingers links und eine endgradige Bewegungseinschränkung beim Faustschluss, im Übrigen aber eine weitgehend freie Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Gelenke, wobei erneut an den Ellenbogen und an der unteren

HWS sowie am Trapezmuskel ein Druckschmerz angegeben wurde. Belastungsergometrie und Lungenfunktionstests ergaben keine Hinweise für eine wesentliche Einschränkung der cardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit. Eine restriktive oder obstruktive Ventilationsstörung konnte ausgeschlossen werden. Als zusätzliche Diagnosen gegenüber den Vorbegutachtungen stellte Dr. S. ein hyperreagibles Bronchialsystem sowie eine allergische Sensibilisierung gegenüber Hausstaubmilben, Graspollen, Baumpollen, Kräuterpollen und verschiedenen Medikamenten fest. Auch er ging davon aus, dass trotz wechselnder Druckschmerzhaftigkeit der Tenderpoints unter Berücksichtigung der vegetativen Symptomatik die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms bestätigt werden könne.

Bei allen Begutachtungen fand sich jedoch in Übereinstimmung mit den bereits von Dr. S. und Dr. S. getroffenen Feststellungen mit Ausnahme der Funktionsbeeinträchtigungen der Hände an Wirbelsäule und Gelenken ein weitestgehend altersentsprechender Befund mit geringen endgradigen Funktionseinschränkungen. Neurologische Gesundheitsstörungen konnten bei keiner der durchgeführten Begutachtungen festgestellt werden und wurden auch von der Klägerin selbst nicht vorgetragen. Die eingehende Untersuchung durch Dr. H. erbrachte auch keinen Hinweis für eine psychiatrische Gesundheitsstörung der Klägerin, die geeignet wäre, mit Ausnahme einer unter Berücksichtigung des langjährigen Schmerzgeschehens ohne Weiteres nachvollziehbaren Beeinträchtigung der nervlichen Belastbarkeit ein unter vollschichtiges Leistungsvermögen oder eine spezifische Leistungsbehinderung zu begründen, die ihr eine Erwerbstätigkeit unmöglich machen würde. Bezüglich der Funktionsbeeinträchtigungen der Hände besteht zwar eine Einschränkung für Arbeiten, die ein kraftvolles Zugreifen, dauernde Feinarbeiten oder dauernde Schreifarbeiten erfordern, doch konnten die von der Klägerin wiederholt angegebenen weiterreichenden Einschränkungen der Greiffunktionen bei den Untersuchungen nicht verifiziert werden. Auch in der von der Klägerin dem SG vorgelegten Stellungnahme des Chirurgen Dr. K. vom 17. August 2002 werden solche nicht bestätigt. Darin wird lediglich beschrieben, dass die Einsatzfähigkeit der Hände wegen multipler Heberdenarthrosen bezüglich kräftigem Zugriff, andauernder Feinarbeit und dem Halten von Gegenständen herabgesetzt sei. Prof. Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 31. Januar 2003 die von den gerichtlichen Sachverständigen festgestellte Herabsetzung der Kraft in den Händen, die endgradige Einschränkung von Faustschluss und Fingerstreckung sowie die verzögerte Ausführung von Spitz- und Schlüsselgriff in Kenntnis dieser Gutachten bestätigt. Bezüglich der ebenfalls durchgeführten Funktionsprüfung der Wirbelsäule und der übrigen Gelenke fanden sich gegenüber den Vorgutachten keine wesentlichen Abweichungen. Die Hand- und Fußsohlen zeigten sich auch bei ihm seitengleich beschwiele. Danach begegnet die zusammenfassende Leistungsbeurteilung des Sachverständigen Dr. S., die Klägerin könne auch unter Berücksichtigung der festgestellten qualitativen Leistungsbeschränkungen körperlich leichte Arbeiten als kaufmännische Angestellte ohne ausschließliche Schreibtätigkeit am PC noch vollschichtig ausüben, keinen rechtlichen Bedenken.

Die weitere Beweisaufnahme im Berufungsverfahren hat trotz der von der Klägerin behaupteten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes keine weitergehenden Leistungseinschränkungen erbracht. Der Sachverständige Dr. M. hat in seinem Gutachten vom 6. September 2004 nach eingehender Untersuchung der Klägerin unter Berücksichtigung der Vorbefunde ausdrücklich festgestellt, dass objektiv keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Gegenüber Dr. M. hat die Klägerin angegeben, ihr sei zwischenzeitlich ein GdB von 60 (bei einem Einzel-GdB von 30 für Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, 30 für Fibromyalgiesyndrom und Heberdenarthrose, 20 für psychovegetative Störungen und 20 für Allergien) zuerkannt worden. Die anamnestischen Angaben entsprachen den Angaben bei den Vorbegutachtungen, allerdings gab die Klägerin jetzt an, nach einer vorübergehenden Besserung des Fibromyalgiesyndroms nach den im Jahr 2000 und zuletzt im Januar 2001 durchgeführten Operationen sei der Zustand mittlerweile wieder wie vor den Operationen. Zur Medikation gab sie an, neben einem Schmerzmittelpflaster wöchentlich rund 16 Kapseln Tramal einzunehmen, das nach Angaben des Sachverständigen zu einer von der Klägerin verneinten Obstipation führen müsste. Sie gab nur gelegentliche Ein- und Durchschlafstörungen an, wenn die Schmerzen zu groß seien. Bei der Untersuchung zeigte sich beim Gehen und Stehen sowie beim An- und Ausziehen eine weitgehend ungestörte Beweglichkeit. Die Mitarbeit bei der neurologischen Untersuchung bezeichnete Dr. M. als nicht ganz ausreichend. Die Muskulatur war durchgehend insuffizient bei eher schlaffem Tonus. Die Kraftentfaltung der Hände wurde in der Untersuchungssituation herabgesetzt, unbeobachtet jedoch ohne schmerzhaft Einschränkung gezeigt. Die neurologische Untersuchung ergab keine wesentliche Abweichung von den Vorbefunden. Psychiatrisch stellten sich Konzentration, Auffassung und Gedächtnisleistung altersentsprechend dar. Die Stimmung war leicht depressiv gefärbt ohne Einschränkung der affektiven Schwingungsbreite und ohne typische Tagesschwankungen. Die Angaben der Klägerin zur psychiatrischen Anamnese entsprachen den Vorgutachten, wobei sie allerdings ausführte, auch nach der depressiven Phase 1991 sei sie wegen der Schmerzen immer wieder zeitweise depressiv, was mit Ausnahme der 2000/2001 eingetretenen dritten depressiven Phase nicht mit ihren früheren Angaben übereinstimmt. Wie aus der weiteren Anamnese zu ersehen ist, kam es offenbar 2003/2004 erneut zu Konflikten mit der Mutter (die Klägerin sei total überflüssig, eigentlich habe die Mutter einen Jungen haben wollen). Als Hobby gab die Klägerin weiterhin Lesen an. Zum Tagesablauf ergaben sich gegenüber früheren Angaben keine wesentlichen Änderungen. Die Klägerin ist weiterhin im Haushalt tätig mit Bettenmachen, Waschen, Bügeln, Einkaufen und Kochen, wobei sie wegen der Arbeitszeiten des Ehemannes und des noch im Haus wohnenden über 30jährigen Sohnes tagsüber und auch abends weitgehend mit der Mutter allein ist. Die technischen Zusatzuntersuchungen erbrachten keinen Hinweis auf neurogene und cerebrale Schädigungen. Laborchemisch lag der Serumwert für das angegebene Schmerzmittel Tramal unterhalb des Referenzbereichs, wobei jedoch der Hersteller dieses Schmerzmittels darauf hingewiesen hat, dass die Bestimmung des Serumspiegels nach dortigen Erfahrungen eine große biologische Schwankungsbreite aufweist und daher nur bedingt Rückschlüsse auf die eingenommene Dosis zulasse. Dr. M. hat dazu in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. März 2005 ausgeführt, dass die Leistungsbeurteilung nicht von der angegebenen Menge der eingenommenen Schmerzmittel abhängt. Bereits in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2004 hatte er ausgeführt, dass ein Schmerzmittelabusus bei der Klägerin nicht bestätigt werden könne.

Dr. M. hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine reaktive Depression diagnostiziert. Zu der bei den Begutachtungen nur diffus angegebene Druckschmerzhaftigkeit der für die Diagnose einer Fibromyalgie bedeutsamen Tenderpoints und Kontrollpunkte hat er ausgeführt, bei der Klägerin sei zutreffender von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Auslöser der Schmerzsymptomatik sei u.a. der Konflikt mit der Mutter gewesen, wobei seitens der Klägerin aber keine Bereitschaft zur psychotherapeutischen Bearbeitung dieser Problematik bestehe. Außerdem hat Dr. M. darauf hingewiesen, dass - unabhängig von der Frage der zutreffenden Diagnose - ein sekundärer Krankheitsgewinn der Klägerin anzunehmen sei, was auch aus ihren früheren Angaben hervorgeht, wonach sie von der Familie sehr unterstützt und geradezu verwöhnt werde. Er hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Fibromyalgiesyndrom und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung das gleiche Krankheitsbild beschreiben, so dass die Frage der zutreffenden Diagnosestellung keine Auswirkungen auf die Leistungsbeurteilung hat. Unter Berücksichtigung der Vorgutachten hat er das Krankheitsbild als leicht bis mittelgradig eingeschätzt und ausgeführt, es sei eine intensive nervenärztliche und psychotherapeutische Behandlung erforderlich. Durch eine antidepressive Medikation werde auch die sich steigende Schmerzmitteleinnahme verhindert. Eine behandlungsbedürftige depressive Symptomatik hat der Sachverständige verneint, eine reaktiv depressive Symptomatik vor dem Hintergrund der wiederholt auftretenden

Schmerzen aber als durchaus nachvollziehbar und glaubwürdig bezeichnet. Insgesamt hat er die Klägerin noch für fähig gehalten, vollschichtig körperliche leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus zu verrichten. Besondere nervliche Belastungen sowie Tätigkeiten mit ständigem Stehen und Gehen, ständigem Bücken oder Überkopfarbeiten sowie Tätigkeiten mit ausschließlich hohen feinmotorischen Anforderungen seien zu vermeiden. Eine normale Tätigkeit am PC oder einer Schreibmaschine seien der Klägerin aber durchaus möglich. Auch könnten im Hinblick auf eine berufliche Neuorientierung durchschnittliche Anforderungen an die geistige und psychische Belastbarkeit gestellt werden. Der Senat schließt sich dieser auch unter Berücksichtigung der Vorgutachten schlüssig und überzeugend begründeten Leistungsbeurteilung an.

Der von Dr. S. in seinem Gutachten vom 10. September 2006 abweichend von den Vorgutachten getroffenen Leistungsbeurteilung, wonach die Klägerin aufgrund der bei ihr bestehenden Fibromyalgie selbst leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch unter halbschichtig ausüben könne, vermag der Senat dagegen nicht zu folgen. Im Ergebnis hat auch dieser Sachverständige als für die Leistungsbeurteilung maßgebende Diagnosen eine chronische Schmerzzerkrankung sowie eine Fingerpolyarthrose der Hände mit Heberdenknötchen und Boucharddeformitäten festgestellt und in Übereinstimmung mit den Vorgutachten, insbesondere mit dem Sachverständigen Dr. M., ausgeführt, dass die bei der Klägerin bestehende Schmerzzerkrankung weiterer therapeutischer Behandlung zugänglich sei.

Dr. S. begründet seine abweichende Leistungsbeurteilung damit, die Auswirkungen der Fibromyalgie auf die Leistungsfähigkeit des Betroffenen seien von den Vorgutachten nicht hinreichend berücksichtigt worden. Die Klägerin weise neben den für die Fibromyalgie typischen Schmerzsymptomen auf zahlreiche typische begleitende Symptome (Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Reizdarmsymptomatik, Ohrgeräusche, Morgensteife des Bewegungsapparates) hin. Das Gutachten lässt nicht erkennen, ob es sich bei diesen Angaben um aktuelle dauerhafte Beschwerden oder - wie sich aus den anamnestischen Angaben bei den zahlreichen Vorbegutachtungen ergibt - um jeweils vorübergehende Erscheinungen handelt. So hatte die Klägerin bisher angegeben, Schlafstörungen träten nur gelegentlich, Ohrenrauschen nur bei Blockaden der Halswirbelsäule und Magenbeschwerden und Reizdarmsymptomatik ebenfalls nur gelegentlich auf. Abweichende aktuelle Angaben sind dem Gutachten nicht zu entnehmen. Auch lagen bis zur Untersuchung durch Dr. S. keine Hinweise auf Konzentrationsstörungen oder generelle Morgensteifigkeit - die Klägerin hatte diese nur für die Finger angegeben - und keine Anhaltspunkte für neurologische Beschwerden vor, wie die jetzt angegebenen Kribbelparästhesien der Finger. Entsprechende Befunde wurden aber weder von Dr. S. selbst erhoben, noch durch andere ärztliche Unterlagen belegt. Bezüglich der fehlenden sozialen Kontakte ist darauf hinzuweisen, dass die Klägerin bereits gegenüber Dr. H. angegeben hat, ihr Bekanntenkreis habe sich reduziert, was ihr aber gar nicht fehle. Die angegebenen Schmerzmitteldosen wurden von Dr. S. nicht hinterfragt. Bezüglich der angegebenen Druck- und Bewegungsschmerzen ist auffallend, dass entgegen den früheren differenzierten - wenn auch wechselnden - Angaben einzelner schmerzhafter Bereiche bei der Untersuchung durch Dr. S. praktisch am gesamten Körper Bewegungs- und Druckschmerzen festgestellt wurden. Nachdem aber auch alle Kontrollpunkte mit identischer Schmerzqualität und identischer Schmerzintensität pathologisch druckschmerzhaft waren, drängen sich erhebliche Zweifel am Umfang der angegebenen Schmerzhaftigkeit auf. Der neurologische Befund war auch bei dieser Untersuchung unauffällig. Wesentliche Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und der Gelenke hat der Sachverständige nicht mitgeteilt.

Die nur rudimentären Angaben zum Tagesverlauf entsprechen den Vorgutachten, wobei hauswirtschaftliche Betätigungen der Klägerin offenbar nicht erfragt wurden. Angaben über (fehlende) soziale Kontakte finden sich nicht. Auch zu den eingangs behaupteten Begleitsymptomen der Fibromyalgie sind nähere Angaben, die insbesondere eine zeitliche Einordnung, eine Beurteilung der Häufigkeit und Dauer sowie der Schwere des Symptomatik erlauben würden, nicht ersichtlich. Würde es sich tatsächlich um durchgehend aktuelle Beschwerden handeln, hätte die erhebliche Abweichung von den früheren Angaben der Klägerin eine nähere Befragung zu diesen Symptomen nahegelegt. Allerdings hat Dr. S. nicht einmal ausgeführt, es liege überhaupt eine Befundverschlechterung vor, was den Schluss zulässt, dass es sich bei der Aufzählung nur um eine Zusammenfassung der bisher auch bei früheren Begutachtungen wechselnd geschilderten Begleitsymptomatiken handelt. Hinweise auf krankheitswertige psychische Einschränkungen der Klägerin, insbesondere im Hinblick auf eine depressive Entwicklung oder auch nur einen verstärkten Leidensdruck, finden sich im Gutachten nicht. Dementsprechend führt Dr. S. bei der Beantwortung der Beweisfragen zwar aus, die Symptome der Schmerzzerkrankung hätten laut Schilderung der Klägerin hinsichtlich ihrer Ausprägung kontinuierlich zugenommen, was der Erfahrung aller Experten mit chronischen Schmerzsyndromen entspreche. Tatsächliche Anhaltspunkte für eine solche Entwicklung bei der Klägerin nennt er jedoch nicht. Er stellt vielmehr ausdrücklich fest, bei der Klägerin lägen keine noch nicht bekannten oder nicht beachteten Befunde von erwerbsmindernder Bedeutung vor. Wenn er weiter ausführt, bei der Klägerin liege bereits seit 1994 fibromyalgiebedingt nur ein unter halbschichtiges Leistungsvermögen vor, liegt dieser Leistungseinschätzung erkennbar gerade keine seit der Begutachtung durch Dr. M. eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern die Annahme eines seit 1994 im Wesentlichen gleich bleibenden Gesundheitszustand zugrunde. Dies steht in Widerspruch zu der Tatsache, dass bei keiner der vielfachen Vorbegutachtungen körperliche und/oder psychische Beeinträchtigungen festgestellt worden sind, die eine derartige zeitliche Leistungseinschränkung begründen könnten. Auch zu den von Dr. S. als weitere qualitative Leistungseinschränkung genannten zusätzlichen Pausen von 10 Minuten alle 80 Minuten enthält das Gutachten keinerlei Ausführungen, mit denen wenigstens ansatzweise die Notwendigkeit derartiger Pausen begründet werden könnte. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 1. Februar 2007 befasst sich Dr. S. im Wesentlichen nur mit der Frage der Diagnosestellung sowie der von Dr. M. angesprochenen Möglichkeit eines sekundären Krankheitsgewinns, die für dessen Leistungsbeurteilung ersichtlich nicht ausschlaggebend war. Eine ergänzende sachliche Begründung seiner Leistungsbeurteilung enthält die Stellungnahme nicht.

Danach ist auch weiterhin nicht nachgewiesen, dass bei der Klägerin ein nur unter vollschichtiges Leistungsvermögen oder eine den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes widersprechende qualitative Leistungseinschränkung (hier die Notwendigkeit zusätzlicher Pausen) vorliegt. Ausgehend von dem von Dr. M. bestätigten vollschichtigen Leistungsvermögen für körperliche leichte Tätigkeiten sind der Klägerin auch unter Berücksichtigung der von den Vorgutachten übereinstimmend genannten qualitativen Leistungseinschränkungen Büro Tätigkeiten, die nicht ausschließlich am PC verrichtet werden, möglich. Dabei kann die Klägerin sozial zumutbar auch auf Bürohilfstätigkeiten verwiesen werden, da sie aufgrund der zuletzt ausgeübten Beschäftigung beim Ehemann mit allgemeinen Büro Tätigkeiten nicht der Gruppe der Fachangestellten zuzuordnen ist.

Das SG ist zutreffend davon ausgegangen, dass die Klägerin aufgrund der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte innerhalb des vom BSG entwickelten Mehrstufenschemas nicht der Gruppe der Fachangestellten, sondern der Gruppe der Angelernten zuzuordnen ist. Die Klägerin hat dieser Einschätzung ihrer beruflichen Qualifikation nicht widersprochen. Sie hat nach eigenen Angaben im

Wesentlichen allgemeine Büroarbeiten verrichtet und dazu bei Dr. M. erklärt, sie habe vorwiegend Büroarbeiten mit der Schreibmaschine verrichtet, einen PC habe es noch nicht gegeben. Dagegen hatte die Klägerin bei einer Begutachtung in der Universitätsklinik E. (Gutachten vom 18. November 1997) ausdrücklich angegeben, sie habe Büroarbeiten überwiegend am PC verrichtet und ihr Ehemann habe keine Ersatzkraft eingestellt. Es kann aber dahinstehen, ob diese Arbeiten - wie von ihr gegenüber der Universitätsklinik E. angegeben - überwiegend am PC oder - wie bei den gerichtlichen Begutachtungen angegeben - per Schreibmaschine und manuell erledigt wurden. Auch die Qualität der verrichteten Tätigkeit bedarf keiner weiteren Aufklärung, weil die Klägerin nach übereinstimmender Ansicht der vom SG gehörten Sachverständigen weiterhin in der Lage ist, die von ihr im Betrieb des Ehemannes verrichteten Arbeiten auch dann, wenn diese überwiegend am PC erfolgen, weiterhin vollschichtig zu verrichten. Sowohl Dr. M. als auch Dr. S. haben zutreffend darauf hingewiesen, dass allgemeine Büroarbeiten nicht ausschließlich aus Schreibarbeiten bestehen, sondern mit anderen manuellen Arbeiten verbunden sind, die keine besonderen Anforderungen an die Feinmotorik der Hände stellen.

Sind die Voraussetzungen für eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nicht erfüllt, so liegen auch die Voraussetzungen einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ([§§ 43, 240 SGB VI](#) n.F.), die ein unter sechsständiges Leistungsvermögen erfordern würde, nicht vor.

Die Kostenentscheidung ([§ 193 SGG](#)) beruht auf der Erwägung, dass die Klägerin mit ihrem Klagebegehren auch im Berufungsverfahren erfolglos geblieben ist.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-07-11