L 10 R 93/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 6 KN 90003/07
Datum

24.02.2010
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 R 93/10
Datum
01.09.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Klägerin ist am ... 1971 geboren, erwarb nach einer Ausbildung zur Facharbeiterin für Eisenbahnbetrieb im Jahre 1991 die Qualifikation zur Fahrdienstleiterin und war seitdem als solche beschäftigt. In der Zeit vom 9. September 2004 bis 8. März 2006 bezog sie Krankengeld, ab 9. März 2006 Leistungen der Bundesagentur für Arbeit. Am 9. Februar 2006 beantragte sie mit Auslaufen des Krankengeldes Rente wegen voller Erwerbsminderung wegen ständiger starker Schmerzen, Schwellung und Bewegungseinschränkung. Das Sprunggelenk sei nicht belastbar.

Die Beklagte zog umfangreiche Befundunterlagen der behandelnden Orthopäden einschließlich MRT, CT und Laborbefunden bei und veranlasste ein Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) vom 8. Mai 2006 durch die Fachärztinnen für Innere Medizin Ende und Dr. H ... Dieses enthält die Diagnosen:

Minderbelastbarkeit des linken Sprunggelenkes bei chronischer Tendosynovialitis der Sehnenscheide mit Zustand nach Synovektomie im Juni 2005 und Revisionseingriff im Februar 2006 und bei Knick-Senk-Spreizfüßen (M 65.09 LG).

chronisch degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom bei Osteochondrose und Bandscheibenprotrusion über mehrere Etagen (M 27.26 G).

Adipositas permagna, Hyperurikämie, Hypertriglyceridämie,

Psoriasis vulgaris.

Die Gutachterinnen führten aus, im Vordergrund ständen die Minderbelastbarkeit und die Schmerzen im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes. Im Vergleich zum rechten Bein finde sich im Ober- und Unterschenkelbereich eine Umfangsdifferenz von 3 cm, die Ausdruck für die chronische Minderbelastung des linken Beines sei. Im Knöchelbereich zeige sich aufgrund der Schwellung eine Umfangsdifferenz von 3 cm zugunsten der linken Extremität. Da die Klägerin zudem an einem chronisch degenerativen Lendenwirbelsäulensyndrom durch Osteoporose mit Bandscheibenvorwölbungen leide, sei eine orthopädische Zusatzbegutachtung zur Beurteilung des Leistungsvermögens erforderlich.

Diese erfolgte am 22. Mai 2006 durch den Facharzt für Orthopädie Dr. F., der bei einem Gewicht von 135 kg und einer Größe von 1,78 m eine hochgradige Adipositas der Klägerin feststellte und zudem ein Lumbalsyndrom bei leichter Skoliose und ausgeprägter Osteochondrose L5/S1, Arthritis (Gelenkentzündung) im linken Sprunggelenk unklarer Genese, Verdacht auf Knochentumor im Bereich der linken distalen Tibia (Schienbein) sowie eine diskrete Coxarthrose (degenerative Hüftgelenkerkrankung) beidseits diagnostizierte. Daraus ergäben sich Funktionsstörungen im Bereich des linken Sprunggelenkes und der Lendenwirbelsäule. Der Klägerin seien mindestens sechs Stunden täglich

leichte Arbeiten lediglich im Sitzen zumutbar. Die Gehfähigkeit sei erheblich beeinträchtigt. Im Vordergrund stehe die Diagnostik hinsichtlich der Genese der Arthritis und der knöchernen Veränderungen im Bereich der distalen Tibia links.

In einer abschließenden Stellungnahme der beiden genannten Ärztinnen des SMD vom 6. Juni 2006 ist zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen noch eine chronische Arthritis des linken Sprunggelenkes (M 13.7 LG) sowie ein Verdacht auf Knochentumor distale Tibia (D 48.0 LV) aufgeführt. Der Klägerin seien in körperlicher Hinsicht noch leichte Tätigkeiten mit in geistiger Hinsicht einfachen Anforderungen in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden täglich und mehr in überwiegend sitzender Körperhaltung zumutbar. Ihre Gehfähigkeit sei zwar eingeschränkt, sie habe die Untersuchungen im SMD und bei Dr. F. jedoch aus eigener Kraft aufgesucht. Es handele sich daher nicht um eine rentenrelevante Einschränkung. Nicht zumutbar seien das Ersteigen von Leitern oder Gerüsten, Arbeiten mit Wirbelsäulenzwangshaltungen, häufig bückende oder kniende Tätigkeiten. In ihrem Hauptberuf als Fahrdienstleiterin sei sie zwar nicht mehr täglich sechs Stunden einsetzbar, sie könne jedoch auf die Tätigkeit einer Zugansagerin oder einer Auskunftserteilerin verwiesen werden. Es handele sich nicht um einen Dauerzustand, denn eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei zu erwarten. Über medizinische Reha-Maßnahmen könne sinnvoll erst nach abgeschlossener Diagnostik entschieden werden.

Mit Bescheid vom 17. Juli 2006 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin ab, da sie nach dem ärztlicherseits festgestellten Leistungsvermögen noch für fähig erachtet werde, eine Erwerbstätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auszuüben.

In dem dagegen erhobenen Widerspruch führte die Klägerin aus, sie habe ständig Schmerzen und nehme Schmerzmittel, um laufen oder schlafen zu können. Ihr Fuß sei nicht belastbar. Sie habe nicht erwartet, auf Dauer eine Rente zu bekommen, denn sie hoffe, dass der Fuß wieder besser werde. Sie habe innerhalb von zwei Jahren drei Operationen am Sprunggelenk gehabt, die nicht zu einer Besserung geführt hätten. Sie fühle sich nicht in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes zu arbeiten, und sie könne nicht verstehen, wie sie bei den erhobenen Befunden und festgestellten Diagnosen noch voll einsatzfähig sein könne. Sie habe bisher körperlich schwere Arbeit verrichtet. Dies sei leider nicht mehr möglich. Sie habe alles getan, um gesund zu werden, aber aufgrund ihres Übergewichts würden ihre Schmerzen und Beeinträchtigungen nicht ernst genommen.

Die Beklagte holte nochmals Befunde des behandelnden Orthopäden Dr. M. sowie des Facharztes für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. M. ein, der die Veränderungen am linken Sprunggelenk im Sinne einer Psoriasis-Arthritis interpretierte. Zudem wurde der Entlassungsbericht der A. Klinik, Fachkrankenhaus für Orthopädie B. beigezogen, in dem am 26. Juli 2006 eine offene Tenosynovektomie vorgenommen worden war. Dort hatte die histologische Untersuchung der eingesandten Materialien unauffälliges Knochengewebe mit angrenzendem Bindegewebe und Anteilen der Tunica synovialis mit dem Bild einer gering- bis mittelgradigen chronischen Entzündung ohne Anhalt für Malignität oder Spezifität gezeigt. Die Klägerin solle den Fuß zunächst für sechs Wochen durch Gehstützen nur gering belasten, kühlen, hoch lagern, weiter Krankengymnastik betreiben und danach die Belastung sukzessive aufbauen.

Hierzu führten die Gutachterinnen des SMD Dr. H. und W., Fachärztinnen für Innere Medizin am 11. Dezember 2006 aus, die von Dr. M. mitgeteilte Diagnose sei schlüssig und nachvollziehbar. Für das Leistungsvermögen im Erwerbsleben ergäben sich daraus jedoch keine neuen Gesichtspunkte. Die mitgeteilten funktionellen Einschränkungen hätten bereits zur Rentenbegutachtung vorgelegen. Von der eingeleiteten rheumatologischen Therapie sei eine Besserung zu erwarten. Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Januar 2007 wies die Widerspruchsstelle der Beklagten den Widerspruch der Klägerin unter Bezugnahme auf diese sozialmedizinische Einschätzung zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 12. Februar 2007 Klage erhoben. Sie hat nochmals ihre Gesundheitsstörungen dargelegt und ausgeführt, der Befund von Dr. M. sei nicht hinreichend berücksichtigt worden. Danach leide sie an einer sehr seltenen Rheumaerkrankung, die von der Schuppenflechte ausgelöst worden sei (Psoriasis-Arthritis). Wegen der Art und Schwere ihrer Erkrankungen könne sie nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein. Sie beantrage eine Begutachtung durch einen gerichtlichen Sachverständigen.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht von Dr. M. vom 25. April 2007 eingeholt. Dieser hat mitgeteilt, unter der Therapie könne eine leichte, initiale Besserungstendenz, jedoch noch keine deutliche Besserung erkannt werden. Beschwerden und Schwellungen im Bereich der Kniegelenke seien seit etwa Ende 2006 neu hinzugekommen. Nach seiner Auffassung könne die Klägerin derzeit nur noch leichte Arbeiten vorzugsweise im Sitzen verrichten. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten in großer Hitze oder Kälte, in freier Witterung, Schichtdienst oder Arbeiten im Akkord. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könnten die Tätigkeiten maximal vier Stunden täglich durchgeführt werden. Er hat seine Berichte an die Hausärztin beigefügt. Die Klägerin selbst hat eine weitere ärztliche Bescheinigung von Dr. M. vom 29. Februar 2008 vorgelegt, in der von einer aktuellen, entzündlichen, schmerzhaften Schwellung mit Bewegungseinschränkung des rechten Sprunggelenkes berichtet wird. Insgesamt sei eine Progredienz des Leidens festzustellen. Er halte die Klägerin deshalb nur noch maximal für drei Stunden arbeitsfähig. Zudem hat das Sozialgericht einen Befundbericht von Dr. J., Ärztin für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 27. August 2007 beigezogen, die in ihrem Fachbereich im Wesentlichen altersgerechte Normbefunde erhoben hat.

Ferner hat das Sozialgericht ein Gutachten des Oberarztes der Orthopädischen Universitätsklinik M., Dr. M., vom 25. August 2008 eingeholt. Dieser hat ein unauffälliges Gangbild festgestellt. Der Einbein- und Zehenspitzenstand sei links zwar erschwert, aber möglich gewesen. Er hat folgende Diagnosen gestellt:

ein chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule,

ein unklares Schmerzsyndrom des linken Sprunggelenkes bei Zustand nach dreimaliger operativer Intervention im Bereich der Sehnen und Zustand nach Arthroskopie des linken Sprunggelenkes bei möglicher Mitbeteiligung des Gelenks aufgrund einer Psoriasis-Arthritis,

unklare Beschwerden im Bereich anderer Gelenke (rechtes Sprunggelenk, rechtes Kniegelenk),

sowie Psoriasis, Adipositas, Hyperurikämie und Hypertriglyceridämie.

Dadurch komme es vor allem zu einer reduzierten Belastbarkeit, während die Bewegungsausmaße funktionell nur geringgradig eingeschränkt seien. Er habe gegenwärtig keine eindeutigen Ergussbildungen oder Schwellungen in den Gelenken nachweisen können. Es

ließen sich auch keine eindeutigen Atrophien im Bereich der Arme oder Beine feststellen, sondern lediglich eine minimale Umfangvergrößerung im Bereich des linken Sprunggelenkes von 1 cm. Zwischen den objektiven Untersuchungsbefunden und den subjektiv von der Klägerin geäußerten Beschwerden lasse sich kein eindeutiger Zusammenhang feststellen. Das festgestellte Lumbalsyndrom führe nicht zu einer eindeutigen höhergradigen Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule. Die Laborwerte zeigten – auch in der Vergangenheit – nur minimale Erhöhungen des Creaktiven Proteins (CRP). Die Adipositas trage zur Reduktion der Leistungsfähigkeit, der Belastbarkeit und der Gehstrecke bei und verstärke die schmerzhaftes Beschwerdesymptomatik im Bereich mehrerer Gelenke. Die Hyperurikämie und die Hypertriglyceridämie seien nur zeitweilig feststellbar. Daher sei die Klägerin gegenwärtig nur für körperlich leichte, zeitweilig mittelschwere Arbeiten überwiegend im Sitzen für sechs Stunden täglich ohne zusätzliche Pausen einsetzbar. Bücken, Heben und Tragen von leichten Gewichten (max. 4,5 kg, gelegentlich bis 9 kg) sowie Tätigkeiten im Stehen oder Gehen seien nicht prinzipiell ausgeschlossen, letztere könnten aber nicht im Akkord oder am Fließband ausgeübt werden. Die Klägerin könne im Freien und in geschlossenen Räumen, in Wechselschicht oder in gleichbleibender Schicht tätig sein. In Bezug auf eine geistige Beanspruchung sei sie nicht eingeschränkt. Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten seien nicht zumutbar. Aufgrund der Psoriasis sei auf einen staubfreien Arbeitsplatz ohne größere klimatische Schwankungen zu achten. Die Klägerin sei in der Lage, viermal täglich mindestens 500 m zu Fuß zurückzulegen. Sie könne außerdem mit dem PKW und dem Fahrrad fahren und öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Die Leistungsfähigkeit könne durch eine medikamentöse Behandlung, eine deutliche Gewichtsreduktion, eine aktive Kräftigungs- und Bewegungstherapie und wahrscheinlich durch eine psychosoziale Beratung verbessert werden, so dass der festgestellte Zustand nicht von dauernder Natur sein müsse. Die Leistungseinschätzung des behandelnden Rheumatologen Dr. M. von maximal drei Stunden täglich sei nicht begründet. Der Sachverhalt sei in medizinischer Hinsicht ausreichend geklärt.

Die Klägerin hat hierzu vorgetragen, aufgrund der entzündlich-rheumatischen Erkrankung sei ein internistisch-rheumatologisches und kein orthopädisches Gutachten geboten. Bei der Psoriasis-Arthritis komme es trotz einem aktiven Krankheitsbild häufig zu völlig normalen Entzündungsparametern, bei ihr seien die Werte oft deutlich erhöht gewesen. Massiv erhöhte Werte seien aus internistisch-rheumatologischer Sicht höchst ungewöhnlich und beispielsweise bei bakteriellen Komplikationen zu finden. Eine Adipositas sei häufig eine Folge der Therapie. Die in den Röntgenaufnahmen und den Operationen nachgewiesene Tendovaginitis (abakterielle Entzündungen oder degenerative Veränderungen der Sehne) im Bereich des linken Sprunggelenkes stelle auf internistisch-rheumatologischem Fachgebiet einen massiven pathologischen Befund dar. Die erheblichen Beschwerden und die Umfangverbreiterung des linken Sprunggelenkes hätten eine deutliche Minderung der Belastbarkeit des linken Beines zur Folge. Zudem sei der Gutachter nicht auf die Beschwerden im Bereich der Knie und im rechten Sprunggelenk sowie die Varikosis eingegangen.

Auf Antrag der Klägerin hat das Sozialgericht ein Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von Dr. M. vom 6. März 2009 eingeholt. Dieser hat eine derbe Schwellung im linken Sprunggelenk und einen Druckschmerz im Bereich des Innen- und Außenknöchels festgestellt. Die Beweglichkeit sei links in allen Ebenen endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Die Kniegelenke wiesen beidseits Ergüsse auf, die palpatorisch (Untersuchung durch Betasten) und sonographisch feststellbar seien, der Bewegungsumfang sei jedoch nicht eingeschränkt, und es lägen keine Bandinstabilitäten vor. Zudem sei im Daumengrundgelenk ein Druckschmerz neu aufgetreten. Ansonsten seien die Gelenke der oberen Extremitäten aktiv und passiv frei beweglich. Zudem seien Insertionstendopathien (abakterielle Sehnenentzündungen) aufgefallen mit Druckpunkten, die einem Fibromyalgiesyndrom entsprächen. Auffallend sei eine massive Umfangvermehrung von Ober- und Unterschenkel, die nicht allein durch die Adipositas erklärbar sei. Es fänden sich Zeichen einer beidseitigen Varikose. Ein chronisches Lymphödem könne nicht ausgeschlossen werden. Bei der Klägerin lägen folgende Erkrankungen vor:

Psoriasis arthritis mit Monarthritis des linken Sprunggelenkes seit 2004 mit ausgeprägter Periarthritis (Tendovaginitiden der Flexoren und anderes) und beidseitiger Gonarthrit,

sekundäres Schmerzsyndrom vom Fibromyalgie-Typ (neu),

degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule bei Osteochondrose L5/S1,

Adipositas permagna,

Psoriasis vulgaris,

Varikosis,

mögliches zusätzliches Lymphödem.

Es bestehe eine Schwäche der körperlichen Kräfte insbesondere im Gebrauch der unteren Extremitäten (Gehfähigkeit). Die geistigen Kräfte seien nicht eingeschränkt. Die subjektiven Beschwerden ließen sich durch die operative Diagnostik objektivieren und seien daher glaubhaft. Die Klägerin könne körperlich leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen und Stehen in geschlossenen und temperierten Räumen ohne Akkord- oder Fließbandarbeit, Nachtschichten, Heben und Tragen von Lasten über 4 kg sowie Tätigkeiten an Maschinen mit besonderer Verletzungsgefahr für täglich zwei bis drei Stunden ausüben. Die Feinmotorik der Hände sei derzeit nicht beeinträchtigt. Überwiegende Tätigkeiten im Stehen seien wegen der chronisch venösen Insuffizienz, den Druckschmerzen im Bereich des linken Sprunggelenkes und der Knie zu vermeiden. Nässe und Kälte sollten bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen generell gemieden werden. Die Beschwerden an den unteren Extremitäten ließen einen vollschichtigen Einsatz nicht mehr möglich erscheinen. Die zeitliche Einteilung der Arbeit solle der Klägerin überlassen werden. Auch innerhalb dieser Grenzen sei jedoch zweifelhaft, ob die Klägerin eine normale Arbeitsleistung erbringen könne, da das sekundäre Fibromyalgiesyndrom Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit erfahrungsgemäß reduziere. Daher beständen ernste Zweifel, ob die Klägerin in einem Betrieb einsetzbar sei. Der zuletzt ausgeübte Beruf als Fahrdienstleiterin sei nicht zumutbar. Dieser Zustand habe nach Aktenlage bereits 2004, sicherlich aber sechs Monate vor Antragstellung, begonnen. Die Klägerin könne viermal täglich eine Gehstrecke bis zu 200 m, nicht aber von 500 m zurücklegen. Fahrradfahren sei unzumutbar, einen PKW mit Automatikgetriebe könne sie führen und öffentliche Verkehrsmittel nutzen. Im Hinblick auf die Varikosis und das Lymphödem sehe er weiteren Untersuchungsbedarf. Es handele sich um einen Dauerzustand mit Verschlechterungstendenz. Muskelatrophien ließen sich aufgrund der deutlichen Adipositas klinisch nicht mit hinreichender Sicherheit beurteilen. Der Allgemeinzustand wirke reduziert. Das orthopädische Gutachten sei nicht nachvollziehbar, da er Ergussbildungen und Schwellungen festgestellt habe. Der Zusammenhang

zwischen den objektivierbaren apparativen (Sonographie, MRT) und klinischen Befunden und den von der Klägerin angegebenen Beschwerden sei eindeutig. Er habe stets erhöhte Entzündungswerte festgestellt, wobei bei einer Psoriasis-Arthritis in der Regel der CRP-Wert nicht so stark ausgeprägt sei. Ohne entsprechende Befunde hätten die operativ tätigen Kollegen derartige Eingriffe nicht durchgeführt. Der orthopädische Gutachter habe zudem die Befunde in den Kniegelenken, die Varikosis und die sekundäre Fibromyalgie nicht in seine Beurteilung einbezogen.

Der hierzu um Stellungnahme gebetene Gutachter Dr. M. hat ausgeführt, bei seiner Untersuchung habe er keine Kniegelenksergüsse festgestellt und er könne solche auch auf den von Dr. M. gefertigten Sonographiebildern nicht erkennen. Die vorgetragene Beschwerden seien mit den Angaben von Dr. M. nicht zu objektivieren. Er verbleibe daher bei seinen Feststellungen bezüglich der Leistungsfähigkeit der Klägerin.

Der SMD hat in einer Stellungnahme zu dem Gutachten von Dr. M. am 12. Juni 2009 ausgeführt, aus den somatischen Befunden mit leichtgradiger Gelenkfunktionsstörung ließe sich die Einschätzung von Dr. M. bezüglich des Leistungsvermögens nicht nachvollziehen. Daraus resultierten zwar qualitative Einschränkungen des Bewegungsapparates, aber keine zeitliche Limitierung des Leistungsvermögens. Aufgrund des langjährigen Krankheitsbildes sei die Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht überraschend. Weder den Ausführungen zu den Einschränkungen in Bezug auf Ausdauer und Konzentration noch denen zur Gehstrecke lägen entsprechende Leistungstests zugrunde und das Gutachten enthalte keine Aussage zur Prüfung nicht definierter Druckpunkte. Die Ausführungen seien daher spekulativ. Die Funktionsstörungen der Gelenke der unteren Extremität und der Wirbelsäule ließen aber viermal täglich eine Gehstrecke von mindestens 500 m in einem akzeptablen Zeitumfang zu. Da das Körpergewicht der Klägerin seit mehreren Jahren gleichbleibend bei 135 kg liege, sei die angegebene massive Umfangvermehrung von Ober- und Unterschenkel nicht nachvollziehbar.

Hierzu hat die Klägerin ausgeführt, der orthopädische Befund sei nicht nachvollziehbar, da mehrere operative Eingriffe erfolgt und die entzündlichen Veränderungen dokumentiert seien. Der gerichtlich bestellte Gutachter habe ihre Finger nicht untersucht. Schließlich habe sich ihr Zustand inzwischen weiter verschlechtert und nunmehr auch die Schultern in Mitleidenschaft gezogen und die Gehfähigkeit weiter eingeschränkt. Die von Dr. M. gefertigten Ultraschallbilder entsprächen den Leitlinien und die festgestellten schmerzhaften Druckpunkte einer Fibromyalgie.

Das Sozialgericht Stendal hat die Klage mit Urteil vom 24. Februar 2010 abgewiesen, da die Klägerin noch sechs Stunden und mehr leichte bis zeitweilig mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Sitzen ohne Arbeiten in großer Höhe oder Tiefe, auf Leitern oder Gerüsten, ohne größere klimatische Schwankungen und ohne größere Staubbelastung verrichten könne. Die Kammer beziehe sich dabei insbesondere auf die Gutachten des SMD, von Dr. F. und Dr. M. ... Diese seien schlüssig, nachvollziehbar und bezüglich der Leistungseinschätzung übereinstimmend. Die Einschätzung von Dr. M. sei bei objektiv nahezu identisch erhobenen Werten nicht nachvollziehbar. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei im rentenrelevanten Sinne nicht wesentlich eingeschränkt, da sie mindestens 500 m gehen, öffentliche Verkehrsmittel uneingeschränkt nutzen und einen PKW führen könne. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich.

Gegen das der Klägerin am 10. März 2010 zugestellte Urteil hat sie noch im gleichen Monat Berufung eingelegt und ausgeführt, die Gutachten von Dr. M., Dr. H. vom SMD und Dr. F. seien von einer chronischen Sehnenscheidenentzündung am linken Sprunggelenk ausgegangen. Die zutreffende Diagnose einer Psoriasis-Arthritis mit Monarthritis sei aber erst im November 2006 von Dr. M. gestellt worden, der zusätzlich noch ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert habe, welches die anderen Gutachter nicht berücksichtigt hätten. Aufgrund der anhaltenden Schmerzen sei sie oft niedergeschlagen, mutlos und tieftraurig, so dass eine psychische Comorbidität naheliege. Das Lymphödem sei nicht abschließend geklärt. Morgens könne sie nur unter Schmerzen aufstehen, benötige hierfür regelmäßig mehrere Stunden und auch tagsüber müsse sie bei leichten Hausarbeiten immer wieder Pausen einlegen. Viele Tage verbringe sie wegen der starken Schmerzen mit Übelkeit, allgemeiner Schwäche, Herzproblemen und Müdigkeit nur liegend. Ihre Wegefähigkeit sei erheblich eingeschränkt. Sie halte sich derzeit in Schweden auf, da ihr Ehemann dort arbeite, ihr Hauptwohnsitz sei aber weiterhin in D ... Sie verfüge nicht über ein eigenes Kraftfahrzeug und könne öffentliche Verkehrsmittel nicht erreichen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stendal vom 24. Februar 2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 17. Juli 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 25. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab dem 9. März 2006 eine Rente wegen Erwerbsminderung nach den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich insbesondere auf die Ausführungen des SMD.

Der Senat hat eine vergleichende bildmorphologische Betrachtung des hinteren Sprunggelenkes sowie Röntgenaufnahmen von Knie und Lendenwirbelsäule durch Dr. E. veranlasst. Auf dieser Grundlage und nach einer internistischen- und neurologischen Untersuchung am 18. April 2011 fertigten Dr. B., Fachärztin für Neurologie, und Dr. H., beide vom SMD, ein Gutachten vom 28. April 2011. Die Klägerin habe neben Gelenkschmerzen in beiden Fußgelenken, allen Fingergelenken einschließlich der Daumen, im rechten Kniegelenk, beiden Hüftgelenken und im Bereich von Lenden- und Brustwirbelsäule angegeben, sie könne so gut wie gar nicht stehen und etwa 15 Minuten mit Abstützen gehen. Zudem beklage sie Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Magenprobleme, häufige Kopfschmerzen und Steifheit der Füße. Ihre Hobbys seien Lesen und Schreiben, derzeit schreibe sie ein Buch über ihr Leben. Sie sei seit September 2010 in Behandlung bei einer Psychologin in S ... Psychopharmaka nehme sie nicht. Sie könne auch Freude empfinden, Aktivitäten entwickeln, Nachbarn treffen und interessiere sich für Musik und Ratesendungen. Die Gutachterinnen verblieben im Wesentlichen bei ihren bisherigen Diagnosen, wobei hinsichtlich des Lendenwirbelsäulensyndroms sowohl neurologische Defizite als auch Funktionsstörungen ausgeschlossen wurden. Das histologische Ergebnis mehrerer Probeentnahmen habe eindeutig eine rheumatische Genese ausgeschlossen. Daher sei die Arbeitsdiagnose Psoriasis-Monarthritis des behandelnden Internisten und Rheumatologen Dr. M. überraschend und ließe vermuten, dass ihm die operativen

und histologischen Ergebnisse nicht bekannt gewesen seien. Die erhöhten Entzündungsparameter seien nicht als Aktivität einer Arthritis, sondern als Folge der Verschlimmerung der Psoriasis aufzufassen. In der Untersuchung seien verschiedene ausgeprägte Psoriasisherde am behaarten Kopf, hinter den Ohren, unterhalb der Mammae, im Bereich des Nabels und der Analfalte festgestellt worden, die teilweise hochrot entzündet und hinter den Ohren nässend gewesen seien. Die Untersuchung des Stütz- und Bewegungsapparates habe dagegen keine Hinweise auf einen Entzündungsherd, für eine seitendifferenzierte Minderbemuskulung oder gar Myoatrophie ergeben. Die Röntgendiagnostik habe eine mäßige Spondylarthrose des lumbosakralen Übergangs gezeigt, die Kniegelenke seien völlig ohne degenerative Veränderungen. Im linken Sprunggelenk habe das MRT die chronische Tendovaginitis der Sehnenscheiden ohne knöcherne Beteiligung bestätigt. Die Gelenkweichteile seien regelrecht abgebildet. Ein Erguss als Ausdruck akuter oder subakuter Entzündungssymptomatik habe nicht vorgelegen. Daher könne zusammenfassend eine chronische unspezifische Sehnenscheidenentzündung im Bereich des linken Sprunggelenkes bestätigt werden. Die klinischen Untersuchungsbefunde des Stütz- und Bewegungsapparates deckten sich mit den apparativen Untersuchungsergebnissen und stünden im deutlichen Widerspruch zum Ausmaß des vorgetragenen Beschwerdebildes. Die Kriterien einer Somatisierungsstörung seien nicht erfüllt, es müsse vielmehr ein Versorgungsbegehren in Erwägung gezogen werden. Der Klägerin seien körperlich leichte Arbeiten mit gelegentlich mittelschweren Anteilen in einem Zeitumfang von sechs Stunden und mehr täglich ohne überwiegendes Stehen und Gehen, ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten und ohne Exposition gegenüber hautbelastenden Stoffen und Feuchte zuzumuten. Die Klägerin, die den Gehtest nach 120 m, für die sie 2 Min./46 Sek. benötigt habe, wegen zunehmender Schmerzen der Fußgelenke abgebrochen habe, sei durchaus in der Lage, Wegstrecken von über 500 m in weniger als 20 Minuten zurückzulegen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Fahrdienstleiterin sei nicht mehr zumutbar.

Die Klägerin hat hierzu ausgeführt, der Gehtest habe gezeigt, dass sie nicht in der Lage sei, Wegstrecken von über 500 m in weniger als 20 Minuten zurückzulegen. Eine Erklärung für diese Annahme finde sich im Gutachten nicht. Sie könne auch keinen PKW mehr selbst fahren und besitze keinen. Die Ursache der Schmerzen sei weiterhin nicht geklärt. Sowohl Dr. M. als auch die behandelnden Ärzte in Schweden gingen jedoch von einer Psoriasis-Arthritis des linken Sprunggelenkes aus, weshalb sie sehr teure Rheumamedikamente nehme. Sie habe zudem den Eindruck der Voreingenommenheit von Dr. H. gehabt. Die Stimmung sei während der gesamten Untersuchung sehr angespannt gewesen. Auch die psychisch/psychologische Untersuchung habe lediglich zwei Stunden gedauert und sei nur oberflächlich erfolgt. Das unterstellte Versorgungsbegehren werde nicht belegt und es sei nicht ersichtlich, aufgrund welcher Untersuchungen eine Somatisierungsstörung abgelehnt werde. Die Klägerin hat zwei medizinische Beurteilungen ihrer Arbeitsfähigkeit von der schwedischen Versicherungskasse nach Untersuchungen am 16. November 2010 und am 6. Mai 2011 vorgelegt, die nahezu identisch sind. Zum Inhalt wird auf die zur Letzteren eingeholten deutschen Übersetzung verwiesen. Zudem hat die Klägerin eine Stellungnahme ihrer behandelnden Dipl.-Psychologin M. aus S. vom 23. Juni 2011 vorgelegt, nach der die Klägerin das Angebot einer fünfsitzigen Krisenbehandlung angenommen habe, in deren Verlauf sie ihre verschlossene Position habe verlassen und sich mehr öffnen können. Im Beck-Depression-Inventory beschreibe sich die Klägerin am 19. Mai 2011 als schwer depressiv. Ein weiterer Kontakt sei angedacht.

Hierzu hat Dr. H. mit Schreiben vom 22. Juli 2011 Stellung genommen, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird.

Die Beklagte hat eine Wartezeitaufstellung vorgelegt, nach der die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nur dann erfüllt sind, wenn der Leistungsfall spätestens bis 31. Juli 2009 eingetreten ist.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthafte und im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet, denn der Bescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides beschwert die Klägerin nicht im Sinne von [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach [§ 43](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI). Nach [§ 43 Abs. 1, Abs. 2 SGB VI](#) in der ab dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung, wenn sie teilweise oder voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die Klägerin hat die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren ([§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#)) erfüllt. Die Voraussetzung der Entrichtung von drei Jahren Pflichtbeiträgen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung hat sie jedoch nur dann erfüllt, wenn die Erwerbsminderung spätestens bis Ende Juli 2009 eingetreten ist. Ist der Leistungsfall erst im August 2009 oder später eingetreten, sind für die Klägerin in dem dann maßgeblichen Fünf-Jahreszeitraum nicht für mindestens 36 Monate (= drei Jahre) Pflichtbeiträge abgeführt worden. Denn in der Zeit vom 1. August 2004 bis 31. Juli 2009 sind nur für 35 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt und für die Zeit nach Juli 2009 sind keine Pflichtbeiträge mehr entrichtet worden. Dies ergibt sich aus der von der Beklagten erstellten Wartezeitaufstellung und steht in Übereinstimmung damit, dass sich die Klägerin seit Mitte 2008 überwiegend in S. aufhält und gegenüber den Gutachterinnen des SMD am 18. April 2011 angegeben hat, nicht die Absicht zu haben, in S. eine Berufstätigkeit aufzunehmen. Anhaltspunkte für das Vorliegen von Verlängerungszeiten nach [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#) bestehen nicht; solche werden auch nicht behauptet.

Jedenfalls bis Ende Juli 2009 ist der Leistungsfall der vollen oder teilweisen Erwerbsminderung der Klägerin nicht eingetreten. Auf ihren Gesundheitszustand in der Zeit ab August 2009 kommt es danach nicht mehr an.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Erwerbsgemindert ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens

sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist der Senat davon überzeugt, dass die Klägerin jedenfalls bis Ende Juli 2009 noch in der Lage war, regelmäßig für mindestens sechs Stunden täglich einer körperlich leichten Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in überwiegend sitzender Körperhaltung nachzugehen, ohne häufiges Bücken, Knien oder Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten und ohne Exposition gegenüber hautbelastenden Stoffen, Feuchtigkeit oder größeren klimatischen Schwankungen. Die Klägerin ist trotz Beeinträchtigung ihrer Gehfähigkeit nach Überzeugung des Senats noch in der Lage gewesen, mindestens viermal täglich 500 m zu Fuß zurückzulegen, einen PKW zu führen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Insoweit folgt der Senat den im Wesentlichen übereinstimmenden Leistungseinschätzungen der verschiedenen Gutachterinnen des SMD, des Facharztes für Orthopädie Dr. F. sowie des Oberarztes der Orthopädischen Universitätsklinik M. Dr. M ... Den Ausführungen von Dr. M., der die Leistungsfähigkeit der Klägerin für erheblich stärker beeinträchtigt hält, folgt der Senat nicht. Aus der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die allgemeine schwedische Versicherungskasse kann nach Auffassung des Senats jedenfalls für die Zeit bis Ende Juli 2009 keine weitergehende Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Klägerin gefolgert werden.

1. Im Vordergrund der verschiedenen bei der Klägerin vorliegenden Erkrankungen stand im maßgeblichen Zeitraum bis Ende Juli 2009 die Minderbelastbarkeit des linken Sprunggelenkes, die trotz dreimaliger operativer Intervention im Bereich der Sehnen weder gebessert noch bezüglich ihrer Ursachen hinreichend geklärt werden konnte. Insoweit ist jedenfalls von einer Arthritis (Gelenkentzündung) im linken Sprunggelenk unklarer Genese auszugehen. Dies hat der Orthopäde Dr. F. in seinem Gutachten vom 22. Mai 2006 ausdrücklich so diagnostiziert. Die vom SMD aufgestellte Diagnose einer chronischen Tendosynovialitis der Sehnenscheide ist nach den drei durchgeführten operativen Eingriffen, bei denen jeweils Synovektomien durchgeführt wurden, nachvollziehbar, denn damit wird im Wesentlichen eine Entzündung der Sehnenansätze und der "Sehnenschmiere" im Gelenk zum Ausdruck gebracht. Der von Dr. M. verwendete Begriff der "Periarthritis" bringt zum Ausdruck, dass es sich um eine Entzündung in dem das Gelenk umgebenden Gewebe handelt. Diese Form der Arthritis wurde jedoch übereinstimmend von allen Gutachtern lediglich im linken Sprunggelenk festgestellt. Dr. M. spricht insofern von einer Monarthritis (nur ein Gelenk betreffend). Für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Klägerin ist nicht entscheidend, ob es sich insoweit um eine Psoriasis-Arthritis handelt. Aus dem Begriff lässt sich nur ein kausaler Zusammenhang zwischen der Arthritis und der Psoriasis ableiten. Die Ursachen der Erkrankung des linken Sprunggelenkes spielen aber für die daraus resultierende Beurteilung der Leistungseinschränkung nur eine untergeordnete Rolle. Deshalb konnte Dr. M. für seine Leistungsbeurteilung letztlich offen lassen, ob eine Beteiligung des Gelenkes aufgrund einer Psoriasis-Arthritis vorliegt. Er hat die Möglichkeit einer Psoriasis-Arthritis in Betracht gezogen und hält die Klägerin dennoch für leichte Tätigkeiten, zeitweilig sogar für mittelschwere Arbeiten, überwiegend im Sitzen für sechs Stunden täglich unter weiteren Einschränkungen für einsetzbar. Auch der SMD hat zunächst der Diagnose und dem Behandlungsansatz von Dr. M. zugestimmt, für das Leistungsvermögen der Klägerin ergäben sich hieraus aber keine neuen Gesichtspunkte (vgl. Schreiben vom 11. Dezember 2006).

Für den Senat überzeugend legen diese Gutachter dar, dass es durch die beschriebene Erkrankung am linken Sprunggelenk und unter Berücksichtigung der weiteren Erkrankungen (insbesondere auch der Adipositas) zwar zu einer reduzierten Belastbarkeit insbesondere im Hinblick auf die Gehstrecke kommt. Bei funktionell aber nur geringgradig eingeschränkten Bewegungsausmaßen, unauffälligem Gangbild, ohne seitendifferenzierte Minderbemuskulung und ohne eindeutige Ergussbildungen oder Schwellungen ist es aber nachvollziehbar, wenn die Gutachter lediglich zur Feststellung qualitativer Leistungseinschränkungen insbesondere im Hinblick auf eine überwiegend sitzende Tätigkeit gelangen. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin in Bezug auf eine Erwerbstätigkeit auf unter sechs Stunden täglich, wie Dr. M. dies darlegt, ist demgegenüber nicht hinreichend mit objektivierten Befunden untermauert. Während die übrigen Gutachter beide Sprunggelenke im Vergleich gemessen haben und dabei im linken Sprunggelenk einen geringfügig größeren Umfang festgestellt haben, hat Dr. M. ausgeführt, im linken Sprunggelenk liege eine derbe Schwellung und ein Druckschmerz vor. Messdaten gibt er hierzu nicht an. Ohne konkrete Messung ist eine Schwellung aber gerade bei Vorliegen von erheblicher Adipositas schwer feststellbar. Nach den Angaben aus der gemessenen Umfangvergrößerung des linken Sprunggelenkes (vgl. Gutachten von Dr. M.: 1 cm; Gutachten des SMD vom 28. April 2011: 2,5 cm) kann es sich als Dauerbefund lediglich um eine diskrete Schwellung handeln, aus der eine quantitative Leistungseinschränkung in der Weise, dass der Klägerin lediglich Tätigkeiten von weniger als sechs Stunden täglich zumutbar seien, nicht überzeugend abgeleitet werden. Bei einer von der Klägerin tatsächlich im Alltagsleben dauerhaft eingenommenen weitgehenden Schonhaltung wäre - wie aus den Gutachten des SMD und von Dr. M. herauszulesen ist - von einer seitendifferenzierten Minderbemuskulung oder von einer Muskelatrophie auszugehen, die aber nicht festzustellen war.

2. Eine Mitbeteiligung anderer Gelenke, insbesondere die von Dr. M. diagnostizierte Gonarthrit, konnten die übrigen Gutachter nicht bestätigen. Dr. M. hat im Kniegelenk weder Schwellungen noch Entzündungen oder andere pathologische Veränderungen festgestellt. Selbst nach Prüfung der ihm vorgelegten Sonographiebilder von Dr. M. verblieb er bei seiner Ansicht, dass darauf keine Kniegelenkergüsse erkennbar seien. Eine palpatorische Untersuchung, d. h. eine Untersuchung durch Betasten, lässt schon im Allgemeinen kaum eine sichere Feststellung von Kniegelenkergüssen zu. Aufgrund der massiven Adipositas der Klägerin ist eine palpatorisch festgestellte Diagnose von Ergüssen im Kniegelenk nicht nachvollziehbar. Schließlich haben die Kniegelenke auch im orthopädischen Untersuchungsbefund keine funktionellen Einschränkungen gezeigt. Die Beweglichkeit der Kniegelenke war seitengleich und entsprach mit den Werten 10/0/130° den allgemeinen Normwerten. Der Gutachter Dr. M. hat keinen eindeutigen Druckschmerz im Bereich des Gelenkspaltes festgestellt. Auch Dr. M. bestätigt, dass der Bewegungsumfang der Kniegelenke nicht eingeschränkt war und keine Bandinstabilitäten vorlagen. Die aktuellen Befunde der Allgemeinen Schwedischen Versicherungskasse von November 2010 und Mai 2011 können zur Aufklärung des hier nur maßgeblichen Zustands bis einschließlich Juli 2009 ebenso wenig beitragen wie die aktuellen Untersuchungsergebnisse des SMD vom 18. April 2011. Die von der Allgemeinen S. Versicherungskasse zu diesen Zeitpunkten festgestellte leichte Schwellung und erhöhte Wärme am rechten Knie spricht nicht dafür, dass bereits bis Ende Juli 2009 die von Dr. M. diagnostizierte Gonarthrit mit der von ihm beschriebenen erheblichen Leistungseinschränkung der Klägerin vorliegen hat. Schließlich hatte der SMD in seiner Untersuchung am 18. April 2011 weder Schwellungen noch erhöhte Wärme am rechten Knie, sondern ein Umfangplus des linken Kniegelenkes von 0,5 cm gemessen. Dies spricht nicht für dauerhafte Befunde. Insgesamt steht die Minderbelastbarkeit der Klägerin für Tätigkeiten im Gehen und Stehen im maßgeblichen Zeitraum nicht in Frage. Eine körperlich leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen und unter Berücksichtigung der angegebenen weiteren Einschränkungen war aber nicht ausgeschlossen, selbst wenn zeitweilig Schwellungen in dem angegebenen Maße auch schon bis Ende Juli 2009 aufgetreten sein sollten. Insoweit schließt sich der Senat den überzeugenden Ausführungen des SMD an.

Hinsichtlich der Fingergelenke hat Dr. M. lediglich einen Druckschmerz im Daumengrundgelenk festgestellt und ausdrücklich ausgeführt, die Feinmotorik der Hände sei nicht beeinträchtigt. Auswirkungen auf die Fähigkeit, leichte Tätigkeiten auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung der genannten Einschränkungen auszuüben, sind daraus nicht erkennbar.

Nur am Rande sei darauf hingewiesen, dass bei der Diagnose einer Psoriasis-Arthritis nach den Ausführungen im Psyhyrembel unter dem Stichwort Arthritis davon auszugehen ist, dass mehr als fünf Gelenke betroffen sind. Die Diagnose von Dr. M. mit Angabe einer Monarthritis des linken Sprunggelenkes und nicht hinreichend gesicherter Schwellungen der Kniegelenke steht dazu in einem gewissen Widerspruch.

3. Die Ausführungen von Dr. M. zum Vorliegen eines sekundären Schmerzsyndroms vom Fibromyalgie-Typ und der wesentlich auch darauf basierenden Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Klägerin von unter drei Stunden täglich überzeugen den Senat nicht. Insoweit hat Dr. M. zwar Druckschmerzen festgestellt, die den definierten Druckpunkten der Fibromyalgie entsprechen, er hat aber keine Aussage dazu getroffen, ob er seine Diagnose auch anhand von nicht definierten Druckpunkten überprüft hat. Er hat die herabgesetzte Leistungsfähigkeit der Klägerin insbesondere auch damit begründet, das Fibromyalgiesyndrom reduziere erfahrungsgemäß Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit. Entsprechende Tests zur Überprüfung von Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer hat er aber nicht durchgeführt. Die anderen Gutachter haben eine solche Erkrankung nicht festgestellt.

Eine systematische Schmerzbehandlung hat bis heute nicht stattgefunden und auch die medikamentöse Behandlung der Klägerin spricht nicht für ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom. Derzeit wird die Klägerin 14-tägig mit Injektionen von Humira (Mittel zur Therapie rheumatoider Arthritis) behandelt und nimmt dreimal täglich Omep (gegen Sodbrennen) und einmal täglich 10 mg Cortison und dreimal täglich 800 mg Ibuhexal (bei akuten und chronischen Gelenkentzündungen, insbesondere bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und leichten bis mäßig starken Schmerzen). Die Laborbefunde sind im Wesentlichen unauffällig bis auf einen geringfügig erhöhten Entzündungsparameter. Der Rheumafaktor ist negativ. Die Klägerin stellt sich lediglich quartalsweise in der Universitätsklinik für Rheumatologie in S. vor. Ausdrücklich haben die Gutachterinnen des SMD in ihrem letzten Gutachten festgestellt, dass sich keine Hinweise für eine seitendifferente Minderbemuskulung oder gar Myotrophie ergeben hätten. Insgesamt kann daraus nicht auf das Vorliegen einer Fibromyalgie oder entzündlich rheumatischer Erkrankungen geschlossen werden, die bereits bis Juli 2009 von so erheblichem Ausmaß waren, dass die Klägerin bereits zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage war, leichte Tätigkeiten von sechs Stunden täglich überwiegend im Sitzen unter Berücksichtigung der weiteren Einschränkungen zu verrichten. Bei einem so schwer wiegenden Krankheitsbild, wie es von Dr. M. beschrieben wird, wäre eine weitergehende ärztliche Abklärung und Behandlung zu erwarten gewesen, auch unter in S. möglicherweise erschwerten Bedingungen. Aber selbst Dr. M. hielt offenbar das Fibromyalgiesyndrom nicht für so stark ausgeprägt, dass noch in Deutschland eine systematische Schmerztherapie eingeleitet wurde. Nach den von der Klägerin derzeit eingenommenen Medikamenten kann von einer starken Schmerzbelastung nicht ausgegangen werden. Bei der von der Klägerin geschilderten weitgehenden Schonhaltung ist auch mit erkennbarer Muskelatrophie zu rechnen, die aber auch Dr. M. nicht feststellen konnte.

4. Daneben leidet die Klägerin an einer Psoriasis vulgaris. Allerdings ergibt sich aus den mit den Angaben der Allgemeinen S. Versicherungskasse weitgehend übereinstimmenden Beschreibungen des SMD im Gutachten vom 28. April 2011 eine deutliche Verschlechterung gegenüber den Darstellungen in den Gutachten, die bis einschließlich 2009 erstellt wurden. Hier kann aber nur der Gesundheitszustand bis einschließlich Juli 2009 berücksichtigt werden, der einer Arbeit unter den genannten Bedingungen nicht entgegensteht. Zudem finden sich keine Hinweise darauf, dass die Leistungsfähigkeit der Klägerin in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit durch die Hauterkrankung über das beschriebene Maß einschränkt sein könnte. Die Klägerin befindet sich bis heute nicht in hautärztlicher Behandlung.

5. Das chronisch-degenerative Lendenwirbelsäulensyndrom bei Osteochondrose und Bandscheibenprotrusion über mehrere Etagen, das von Dr. F. als Lumbalsyndrom bei leichter Skoliose und ausgeprägter Osteochondrose beschrieben wird, rechtfertigt die angegebenen Einschränkungen in Bezug auf Bücken, Heben und Tragen von Gewichten, sowie den Ausschluss von Tätigkeiten unter Zwangshaltung der Wirbelsäule. Die Klägerin selbst gibt diesbezüglich lediglich ein geringes Beschwerdebild an, und ist auch nicht in orthopädischer Behandlung. Der SMD hat hierzu in seinem letzten Gutachten ausdrücklich neurologische Defizite ausgeschlossen und Funktionsstörungen verneint. Daher wird auch hieraus keine weitergehende Leistungseinschränkung der Klägerin begründbar.

6. Schließlich kann auch aus den im letzten Gutachten des SMD umfassend erhobenen neurologischen und psychischen Befunden keine weitergehende Leistungseinschränkung der Klägerin abgeleitet werden. Insbesondere liegen keine Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen vor und die Stimmung ist ohne relevante Auffälligkeiten. Zwar ist die Klägerin inzwischen in Schweden in psychologischer Behandlung, sie hat dort jedoch nur fünf Sitzungen erhalten. Psychopharmaka nimmt sie nicht. Die Einschätzung des SMD, dass sich in Bezug auf die psychische Situation der Klägerin keine Leistungseinschränkung ergibt, ist ausgehend von der dort erfolgten Befunderhebung nachvollziehbar. Die Klägerin hat dort selbst angegeben, dass sie auch Freude empfinden könne und sich schon morgens, wenn sie aufwache freue, sich für Musik und Ratesendungen interessiere, sich mit Nachbarn treffe, als Hobbys Lesen und Schreiben habe und derzeit ein Buch über ihr Leben schreibe. Ein schwerer depressiver Zustand lässt sich daraus nicht ableiten. Insoweit ist der Stellungnahme von Dr. H. vom 22. Juli 2011 bezüglich des von der Klägerin vorgelegten Befundberichtes ihrer Psychologin zu folgen, dass es sich bei der Beschreibung der Klägerin im Beck-Depressions-Inventory lediglich um eine Selbsteinschätzung der Klägerin handele. Anhaltspunkte für schwerwiegendere neurologische oder psychische Befunde für den hier maßgeblichen Zeitraum bis einschließlich Juli 2009 ergeben sich nicht.

7. Auch aus den weiteren Diagnosen der Adipositas permagna, einer Varikosis, eines Lyphödems, einer Hyperurikämie, die vom SMD als Harnsäureidiathese bezeichnet wird, sowie einer Hypertriglyceridämie lassen sich keine weitergehende Leistungseinschränkung der Klägerin ableiten. Die Adipositas permagna bewirkt zwar beim Gehen und Stehen eine stärkere Belastung der Gelenke an den unteren Extremitäten, dies wurde aber bei der Leistungseinschätzung bereits berücksichtigt und steht insbesondere Tätigkeiten in sitzender Körperhaltung nicht entgegen. Eine Varikosis ist lediglich von Dr. M. festgestellt worden. Sie wird bis heute weder behandelt, noch ist sie weiter untersucht worden, obwohl Dr. M. diesbezüglich sowie wegen des Lymphödems ausdrücklich einen weiteren Untersuchungsbedarf festgestellt hat. Die Hyperurikämie und die Hypertriglyceridämie liegen nach den Feststellungen nur zeitweise vor. Deshalb ist der Senat davon überzeugt, dass sich aus diesen Krankheitsbildern jedenfalls bis Juli 2009 keine weitergehende Leistungseinschränkung der Klägerin ableiten lässt. Bei diesen Erkrankungen kann allenfalls von leichtgradigen Ausprägungen ausgegangen werden. Ansonsten wären auch die anderen Gutachtern hierauf eingegangen und die Klägerin hätte für diese Erkrankungen weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen.

Daher ergeben sich auch aus diesen Krankheitsbildern keine Leistungseinschränkungen, die über das oben beschriebene Maß hinausgehen.

8. Die Wegefähigkeit der Klägerin war bis Ende Juli 2009 nicht rentenrechtlich relevant eingeschränkt. Mit den Ausführungen in den verschiedenen SMD-Gutachten ist davon auszugehen, dass die Klägerin noch Wegstrecken von über 500 m in weniger als 20 Minuten viermal täglich zurücklegen kann. Objektive Befunde stehen dem nicht entgegen. Insofern ist auch diesbezüglich das Gutachten von Dr. M. nicht nachvollziehbar. Dem steht nicht entgegen, dass die Klägerin den Gehstest bei der Begutachtung durch den SMD am 18. April 2011 nach 120 m abgebrochen hat. Dies belegt weder eine rentenrechtlich relevante Einschränkung ihrer Wegefähigkeit bis Ende Juli 2009 noch kann das Abbrechen eines Gehstests unter Angabe von Schmerzen in den Fußgelenken objektiv festgestellte Befunde ersetzen.

9. Bei der Klägerin liegt im maßgeblichen Zeitraum auch keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor, die zu einer Verpflichtung der Beklagten führen würde, eine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen. Von solchen Einschränkungen kann nur gesprochen werden, wenn sie über das hinausgehen, was bereits vom Begriff "leichte Tätigkeiten" mit umfasst ist. Zwar liegen bei der Klägerin eine Reihe von Erkrankungen vor, die dadurch hervorgerufenen gesundheitlichen Einschränkungen waren jedoch zumindest bis einschließlich Juli 2009 mit der Umschreibung leichter Tätigkeiten vereinbar. Die Minderung der Leistungsfähigkeit war daher bezogen auf die Bedingungen der Arbeitswelt, insbesondere was leichte körperliche Arbeiten betrifft, nicht als außergewöhnlich zu bezeichnen. Das Restleistungsvermögen der Klägerin reichte vielmehr noch für leichte körperliche und psychisch einfache Verrichtungen ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und überwiegend im Sitzen, wie z. B. Akten anlegen und verwalten, Post bearbeiten, Schriftverkehr führen und Telefonieren aus (vgl. die Aufzählungen in dem Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 19.12.1996 - [GS 2/95](#) - SozR 3 - 2006 [§ 44 SGB VI](#) Nr. 8 = [BSGE 80,24,33](#) ff). Damit war sie zu Verrichtungen in der Lage, wie sie in der Arbeitswelt als Inhalt auch ungelerner Tätigkeiten gefordert werden. Für die Notwendigkeit von weiteren Pausen neben den üblichen gibt es keine ausreichenden medizinischen Anhaltspunkte. Auch insoweit tragen die Ausführungen von Dr. M. nicht. Mit den objektivierbaren Befunden und Diagnosen lässt sich ein weitergehender Bedarf an Pausen nicht begründen. Der Gutachter gibt auch für seine Ansicht, der Klägerin müsse die zeitliche Einteilung der Arbeit überlassen werden, keine Begründung an.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision bestehen nicht, da es sich um eine Einzelfallentscheidung auf gesicherter Rechtsgrundlage handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-09-24