

L 13 R 3258/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 498/13
Datum
18.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 3258/14
Datum
23.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18. Juli 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten

Tatbestand:

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1975 geborene Klägerin war in der Zeit ab 1. August 1990 rentenversicherungspflichtig tätig. Ab September 2010 war sie arbeitsunfähig und bezog im weiteren Verlauf auch Leistungen der Bundesagentur für Arbeit wegen Arbeitslosigkeit. Wegen der Einzelheiten der versicherungsrechtlichen Zeiten wird auf den von der Beklagten vorgelegten Versicherungsverlauf vom 11. Mai 2017 verwiesen.

Auf Antrag der Klägerin bewilligte ihr die Beklagte mit Bescheid vom 23. Februar 2012 eine Maßnahme zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung, um für die Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Eignung, Neigungen bisheriger Tätigkeit angemessen berücksichtigen zu können, die im Berufsförderungswerk Sch. vom 16. bis 27. April 2012 durchgeführt wurde.

Auf einen weiteren Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe (LzT) vom 5. Juni 2012 holte die Beklagte ein Gutachten des Internisten, Rheumatologen, Sozialmediziners und Arztes für Reha-Wesen Dr. L. vom 14. August 2012 ein (Diagnosen [D]: Schuppenflechten-Gelenkentzündung mit geringfügiger entzündlicher Aktivität, Asthma bronchiale, zur Zeit unter Therapie gering ausgeprägt, fehlende Anlage der linken Niere, Hinweise auf psychogene Schmerzüberlagerung, Adipositas, Harnsäureerhöhung [ohne Gicht]; die Klägerin könne leichte Tätigkeiten - ohne stärkere Wirbelsäulen [WS]- oder Gelenkbelastungen, insbesondere der Hände und Kniegelenke, ständiges Stehen oder Gehen, langes Sitzen [ohne Möglichkeit des Haltungswechsels], starke Kälteexposition ohne Schutzkleidung sowie inhalative Belastungen - zeitlich uneingeschränkt verrichten). Dem schloss sich auch der Arzt für Arbeitsmedizin der Bundesagentur für Arbeit G. am 23. August 2012 an. Die Beklagte sagte daraufhin weiterhin die Gewährung von LzT am Arbeitsleben für die Wiedereingliederung, wie bereits bewilligt, zu.

Einen Antrag der Klägerin auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung vom 19. September 2012, zu dem sie geltend machte, keine drei Stunden arbeitsfähig zu sein und u.a. Berichte der Internistin und Rheumatologin Dr. L.-S. vorlegte, lehnte die Beklagte - gestützt auf das Gutachten des Dr. L. vom 14. August 2012 und die Stellungnahmen des Arztes G. vom 23. August 2012 sowie von Dr. L. vom 7. November 2012 - mit Bescheid vom 4. Oktober 2012 und Widerspruchsbescheid vom 28. November 2012 ab, da die Klägerin des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten könne.

Zu ihrer deshalb am 18. Dezember 2012 beim Sozialgericht Heilbronn erhobenen und von diesem mit Beschluss vom 5. Februar 2013 an das örtlich zuständige Sozialgericht Karlsruhe (SG) verwiesenen Klage machte die Klägerin im Wesentlichen geltend, sie sei keine drei Stunden täglich arbeitsfähig, was auch Dr. L.-S. bestätigt habe.

Das SG hat zunächst behandelnde Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Über die von ihnen erhobenen Befunde und ihre Einschätzung des Leistungsvermögens haben unter Beifügung von Berichten der Internist, Nephrologe, Hypertensiologe und Diabetologe Dr. T. am 24. April 2013 (bezüglich der Einzelniere sei die Klägerin beschwerdefrei, sie schränke bei einer beruflichen Tätigkeit nicht ein), der Facharzt für Psychiatrie J. am 30. April 2013 (aus psychiatrischer Sicht sei eine körperlich leichte und nervlich wenig belastende Tätigkeit im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche mindestens sechs Stunden täglich möglich) sowie Dr. L.-S. am 8. Mai 2013 (nach ihrer Einschätzung sei die

Klägerin nicht in der Lage, einer körperlich wenig belastenden Tätigkeit im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche mindestens sechs Stunden täglich nachzugehen, da sie bei Auftreten von Rheumaschüben schmerzbedingt im Gebrauch ihrer Hände eingeschränkt sei, auf Grund der Schmerzsymptomatik der Iliosakralgelenke Schwierigkeiten habe, längere Zeit ruhig zu sitzen, und durch die bestehende Schmerzsymptomatik tags wie nachts die Schlafqualität beeinträchtigt sei, woraus Konzentrationsstörungen resultierten; die maßgeblichen Leiden lägen auf rheumatischem Gebiet) berichtet. Ferner hat das SG weitere ärztliche Berichte beigezogen.

Die Beklagte hat hierzu eine Stellungnahme von Dr. L. vom 3. September 2013 vorgelegt, der nach Auswertung der ärztlichen Äußerungen weiterhin keine rentenberechtigende Leistungsminderung gesehen hat.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG sodann ein Sachverständigengutachten des Internisten und Rheumatologen W. vom 7. April 2014 eingeholt. Der Sachverständige hat die Angaben der Klägerin zum Tagesablauf und die von ihm selbst erhobenen Befunde referiert. Die aktuell erhobenen Laborbefunde wiesen keine schwerwiegende humorale Aktivität auf. Gemäß dem Bericht des Neurologen Dr. Th. vom 2. Februar 2012 habe sich dort keine neurologische Störung ergeben, sondern ein unauffälliger kernspintomographischer Befund ohne Nachweis einer entzündlichen ZNS-Erkrankung. Er selbst habe bei entzündlicher Restaktivität, insbesondere im Bereich der Kniegelenke, keine gelenkdestruierende Prozesse, feststellen können, auch nicht im Bereich der von der rheumatischen Erkrankung eine Zeitlang betroffenen Kniegelenke. Wie schon im Befund des Radiologischen Zentrums S. vom 5. November 2012 habe auch er bei den aktuellen nativ radiologischen Untersuchungen keine Zeichen einer entzündlichen Beteiligung im Bereich des Beckenskeletts und insbesondere der Iliosakralgelenke im Sinne einer Sakroiliitis gefunden. Die Klägerin schildere zwar Arthralgien im Bereich der Hand- und Fingergelenke, doch seien weder bildgebend, noch klinisch eindeutig entzündlich aktiv Prozesse der genannten Gelenke feststellbar. Auch eine Episode tiefsitzender Kreuzschmerzen könne einem entzündlichen Befall nicht zugeordnet werden. Ein Fibromyalgie-Syndrom sei nicht feststellbar. Nach Auswertung der in den Akten enthaltenen und der von ihm erhobenen Befunde hat der Sachverständige die Diagnosen "Psoriasis Arthritis, Beschwerdebeginn im 20. Lebensjahr, ED ca. 1995, HLA B 27 negativ, Rheumafaktor negativ, Anti-CCP-Antikörper negativ, ANA schwach positiv, mit Arthritiden peripherer Gelenke wechselnder Lokalisation, aktuell klinisch mittlere, humoral niedrige Krankheitsaktivität und Arthralgien und führender mäßiger Arthritis der Kniegelenke, myofaszial geprägte Lumbalgien, vorbeschriebene Episode einer Sakroiliitis, aktuell ohne sichere Aktivität, Asthma bronchiale, angeborene Einnierigkeit, Uterusmyom, vorbeschriebene Psoriasis vulgaris, derzeit ohne klinisch sichere Aktivität, positive Familienanamnese" gestellt. Auf Grund der rheumatischen Systemerkrankung sei die körperliche Leistungsfähigkeit zweifellos qualitativ erheblich eingeschränkt. Die Klägerin könne noch leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung sitzend und stehend - ohne intensive nervliche Belastung und hohe Verantwortung, ohne regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über fünf kg und gelegentlich über zehn kg sowie Tätigkeiten mit dauerhaftem Gehen und Stehen, in gleichförmiger Körperhaltung (Zwangshaltungen des Achsorgans, kniende Tätigkeiten und Tätigkeiten über Kopf), Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, an Maschinen und mit erhöhter Unfallgefahr und Tätigkeiten im Zweischicht- und Dreischichtdienst mit Nacharbeit, übermäßige Kälte- und Nässeeinwirkungen sowie Tätigkeiten ständig im Freien - wie z.B. leichtere Verwaltungs- und Aufsichtstätigkeiten verrichten. Bei Beachtung der qualitativen Einschränkungen seien entsprechende Tätigkeiten höchstens acht Stunden täglich bzw. sechs Stunden und mehr arbeitstäglich möglich. Wegen der schmerzhaften Entzündung der Kniegelenke seien betriebsunübliche Pausen zur Entlastung nach Wahl durch die Klägerin medizinisch "sinnvoll", diese sollten zumindest frei gewählt werden können mit jeweils mindestens fünf Minuten Dauer. Arbeitswege von 200 m und mehr viermal täglich seien nicht zumutbar. Die Klägerin könne jedoch grundsätzlich einen PKW nutzen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Sachverständigengutachten verwiesen.

Die Klägerin hat hierzu Stellung genommen und noch eine Äußerung von Dr. L.-S. vom 29. April 2014 vorgelegt.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme von Dr. L. vom 5. Juni 2014 zum Ermittlungsergebnis vorgelegt, der ausgeführt hat, in der Zusammenschau sei insgesamt eine klinisch mäßig entzündliche Krankheitsaktivität festzustellen. Die Objektivierung der von der Klägerin vorgetragenen Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens mit Müdigkeit und Abgeschlagenheit falle hingegen schwer. Bei seiner Untersuchung habe sich keine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit ergeben. Er selbst habe bei der Untersuchung für sein Gutachten auch keine Symptome einer vorzeitigen Erschöpfung feststellen können. Auch aus den weiteren nun vorliegenden Informationen sei das Bestehen einer für die Leistungsfähigkeit relevanten Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit nicht abzuleiten. Aus sozialmedizinischer Sicht sei bei freier Wahl der Körper- und Beinhaltung sowie Vermeidung stärkerer Belastung der Kniegelenke und insbesondere bei sitzenden Tätigkeiten eine beschwerdeverstärkende Belastung der Kniegelenke nicht zu erwarten. Die üblichen Arbeitspausen inklusive der persönlichen Verteilzeiten und die Möglichkeit von ungezwungenem Stellungswechsel der Kniegelenke machten zusätzliche unübliche Arbeitspausen aus sozialmedizinischer Sicht nicht notwendig. Das Gehvermögen sei zwar eingeschränkt, jedoch nicht so stark, dass Gehstrecken von 500 m nicht mehrmals täglich in je 20 Minuten zurückgelegt werden könnten. Dem entspreche auch, dass bei der Begutachtung 2012 eine Strecke von 50 m bei frei gewähltem Tempo etwa eine Minute erfordert habe. Im aktuellen Gutachten sei das Geh-Tempo nicht genannt. Auf eine Entlastung der Kniegelenke durch die Verwendung von Gehhilfen werde weiterhin verzichtet.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 18. Juli 2014 abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung lägen nicht vor, da die Klägerin nach dem Ermittlungsergebnis nur qualitativ eingeschränkt sei und keine quantitative Leistungsminderung bestehe. Im Übrigen bestehe auch keine Einschränkung, einen Arbeitsplatz zu erreichen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Urteil verwiesen.

Gegen das am 25. Juli 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 14. August 2014 Berufung eingelegt.

Der Senat hat den behandelnden Neurologen und Psychiater Dr. W. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Er hat am 8. Dezember 2014 ausgesagt, die Klägerin sei bislang einmal am 30. Oktober 2014 untersucht worden. Er hat die von der Klägerin angegebenen Beschwerden geschildert und ist von einer depressiven Affektstörung, einer leichtgradigen Antriebssteigerung, einer deutlichen inneren Anspannung und einem deutlichen Leidensdruck ausgegangen und hat eine thymoleptische Medikation verordnet.

Der Senat hat ferner ein interdisziplinäres Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Rheumatologie-Schmerztherapie-Psychotherapie Prof. Dr. S. (mit zusätzlicher psychologischer Evaluation [u.a. D: somatoforme Schmerzstörung, Dysthymia]; wegen des Ergebnisses der psychologischen Evaluation wird auf die Ausführungen der Dipl.-Psych. M.-Sch. verwiesen) eingeholt. Der Sachverständige hat u.a. die Angaben der Klägerin zu ihren Beschwerden, zur Medikation, zum

Krankheitsverlauf und zum Tagesablauf referiert. Wegen der Einzelheiten wird auf das schriftliche Gutachten verwiesen. Die Klägerin hat u.a. angegeben, sie sei in der Woche vor der Untersuchung ca. 25 km mit dem PKW zu ihrer Chirotherapeutin gefahren, weiter fahre sie nicht. Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, die Klägerin gehe am Rollator ohne Hinken sehr langsam und bleibe immer wieder stehen. Während der Befragung über ca. zwei Stunden habe die Klägerin auf dem Rollator gesessen und sei zweimal kurz aufgestanden. Sie sei in allen Dimensionen orientiert ohne überwertige Denkinhalte. Im Rapport sei sie spontan, in der Konzentration habe sie während der gesamten Befragung über ca. zwei Stunden nicht nachgelassen. Das Kurz- und das Langzeitgedächtnis sei nicht beeinträchtigt. Beim Gehversuch sei die Klägerin am Rollator gegangen mit einer durchschnittlichen Ganggeschwindigkeit von zwei bis drei Stundenkilometern. Sie habe um drei Gehpausen gebeten, indem sie sich kurz auf ihren Rollator gesetzt habe. Treppab und treppauf gehe sie am Handlauf mit alternierendem Stufengang ohne anzuhalten. Während der körperlichen Untersuchung habe die Klägerin ohne Rollator stehen und auch für einige Meter gehen können. Sie habe sich ohne fremde Hilfe entkleidet und beide Hände benutzt. Eine Störung der Feinmotorik sei dabei nicht zu erkennen gewesen, auch nicht, als sie während der Befragung eine Packung Papiertaschentücher aus der linken Hosentasche gezogen habe. Beim Ankleiden habe sie gebeten, ihr den Reißverschluss der Jacke zu schließen, habe es dann aber selbst geschafft. Zusammenfassend ist der Sachverständige zum Ergebnis gelangt, die Klägerin leide unter einer medikamentös eingestellten Psoriasis-Arthritis ohne Krankheitszeichen und ohne Krankheitsaktivität, diffusen Ganzkörperschmerzen im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ohne Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen, einer Dysthymia mit chronischer Herabminderung der Grundstimmung und Missmutigkeit sowie - medikamentös eingestellt - einem Bluthochdruck und einem Asthma bronchiale. Seit Jahren benutze sie einen Rollator, zuvor sei sie an Unterarmgehstützen gegangen. Es sei davon auszugehen, dass dauerhaftes oder wiederholtes Stehen und Gehen stark beeinträchtigt seien. Auf Grund der zum Teil deutlichen Versorgung durch Drittpersonen sei auch eine Einschränkung der Belastbarkeit durch überdurchschnittlichen Arbeitsdruck und überdurchschnittliches Arbeitstempo anzunehmen. Allerdings seien ansonsten die kognitiven Funktionen völlig unbeeinträchtigt und sei von einer durchschnittlichen kognitiven und konzentrativen Leistungsfähigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen könne die Klägerin noch leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis fünf kg - ohne wiederholtes, überwiegendes Stehen und Gehen - überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit, hin und wieder aufzustehen, bei durchschnittlichen Anforderungen an die gedankliche und nervliche Leistungsfähigkeit verrichten. Aktuell sei von einer Gewöhnung an die Versorgung durch Drittpersonen auszugehen, auch wenn sich Inkonsistenzen im Selbstvortrag ergeben hätten. Somit gehe er aktuell von einer Höchstdauer von unter sechs Stunden für mögliche Tätigkeiten je Arbeitstag aus. Die tägliche Arbeitszeit sollte in zwei Blöcken mit einer ca. zweistündigen Pause geleistet werden. Die Klägerin könne viermal täglich eine Gehstrecke von ca. 500 m zurücklegen und werde dafür etwa 20 Minuten benötigen. Im Übrigen könne sie auch mit einem PKW zur Arbeit fahren. Nach den Unterlagen sei seit dem Jahr 2012 keine entzündliche Gelenkaktivität mehr nachzuweisen gewesen.

Der Senat hat außerdem ein neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten des Prof. Dr. B. vom 25. April 2016 eingeholt. Der Sachverständige, dem noch Berichte über MRTe der LWS vom 2. März 2016 und des Beckens vom 15. März 2016 vorgelegen haben, hat die Angaben der Klägerin, u.a. zu ihren Beschwerden, zum Krankheits- und Tagesablauf sowie den von ihm erhobenen Befund referiert. Wegen der Einzelheiten wird auf das schriftliche Sachverständigengutachten verwiesen. Der Sachverständige hat ferner den von ihm erhobenen neurologischen Befund dargestellt. Die Klägerin habe bei Prüfung der Kopfbeweglichkeit initial schon bei den geringsten Drehbewegungen des Kopfes und bei den geringsten Kopfseitneigungsbewegungen beidseits heftigste Schmerzen angegeben. Gleichwohl sei jedoch eine weitere passive Bewegung des Kopfes bis zu den maximal erreichbaren und physiologischen Endpunkten möglich gewesen. Darüber hinaus habe sich auch bei der späteren Überprüfung der Kraft des Musculus sternocleidomastoideus beidseits (zur Kopfdrehung) keine entsprechende Funktionseinschränkungen der aktiven Kopfdrehung und keine damit verbundenen Schmerzäußerungen ergeben. Es habe sich also durchgängig keine aktive Anspannung der antagonistisch (gegenläufig) wirkenden Muskulatur gefunden, um jede weitere Dehnung schmerzhafter und/oder schmerzhaft empfundener Muskelstrukturen, Sehnenstrukturen, Gelenkstrukturen bzw. nervaler Strukturen zu verhindern. Wenn tatsächlich schmerzhaft Gelenkstrukturen vorlägen, käme es bei einer Überdehnung dieser durch eine Krankheit veränderten Strukturen auch regelhaft (schmerzreflektorisch und somit nicht aktiv unterdrückbar) zu einer schmerzinduzierten Aktivierung der gegenläufig wirkenden Muskulatur, um jede weitere passive bzw. aktive Überdehnung dieser dann als schmerzhaft empfundenen Strukturen zu verhindern. Derartige Phänomene seien bei der Klägerin jedoch durchgängig gerade nicht festzustellen, sodass entsprechende Schmerzen bei ihr unter objektiven Gesichtspunkten eben auszuschließen gewesen seien. Die von ihr diesbezüglich initial geäußerten heftigen Schmerzempfindungen stellten somit unverkennbar lediglich entsprechende Simulationstendenzen ihrerseits im Sinne einer bewusstseinsnahen Zweckreaktion dar. Im Bereich der oberen und unteren Extremitäten hätten sich keine Paresen und keine Muskelatrophien gefunden. Der Muskeltonus sei allseits normal gewesen, die gesamte Muskulatur auch ausreichend kräftig entwickelt. Bei der Prüfung der groben Kraft habe die Klägerin allerdings initial eine deutliche Schwäche hinsichtlich aller Handfunktionen beidseits und hinsichtlich aller Muskelgruppen beider Beine demonstriert. Bei tatsächlichem Bestehen derart schwer ausgeprägter Paresen auch im Bereich der unteren Extremitäten, wie initial von ihr demonstriert, bestünde weder Stand- noch Gehfähigkeit. Gleichwohl sei die Klägerin bei weiteren Untersuchungsgängen schlussendlich in der Lage gewesen, in allen zunächst paretisch demonstrierten Muskelgruppen eine volle Kraft zu entfalten, sodass insofern organische Paresen auszuschließen seien. Auch nach einer Belastungsuntersuchung mit insgesamt ca. 500 Meter Wegstrecke im freien Gelände, auch unter Einschluss von mehreren Treppen, ohne Benutzung eines Rollators, lediglich mit der Option, sich bei ihm (zur Gangbeschleunigung) einzuhängen seien keine Paresen im Bereich der unteren Extremitäten aufgetreten und auch keine Änderungen des Reflexmusters im Bereich der unteren Extremitäten im Vergleich zum Befund unter Ruhebedingungen. Unüberwindbare psychische Hemmungen könnten insofern bei der Klägerin diesbezüglich ebenfalls nicht vorliegen, da sie schon im Rahmen der Untersuchungssituation in der Lage gewesen sei, solche möglicherweise subjektiv verspürten inneren Hemmungen aus eigener Kraftanstrengung zu überwinden. Auch Schmerzen könnten nicht für die initial von ihr demonstrierten Minderinnervationen verantwortlich sein, da die Muskelkraft prinzipiell nur isometrisch geprüft werde. Hinsichtlich der initial nur unvollständigen Kraftentfaltung aller Handfunktionen bzw. aller Muskelgruppen beider Beine könne es sich deshalb jeweils nur um entsprechende Simulationstendenzen handeln. Die Muskeleigenreflexe im Bereich der oberen Extremitäten seien seitengleich mittellebhaft auslösbar, ebenso die weiteren Reflexe. Zum psychischen Befund hat Prof. Dr. B. ausgeführt, in der insgesamt 2 ¼-stündigen Explorationssituation einschließlich abschließender ausführlicher körperlicher Untersuchung sei die Klägerin stets bewusstseinsklar und hinsichtlich Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert gewesen. Wahrnehmung und Auffassung seien ungestört gewesen, den Kern der an sie gerichteten Fragen habe sie stets sofort erfasst und diese zielgerichtet in adäquater Geschwindigkeit beantwortet. Die Gedächtnisleistungen seien im Langzeit- und Kurzzeitbereich ungestört. Auch die Antriebssituation sei ungestört, es bestünden keine Antriebshemmung und keine Antriebsreduktion. Es hätten sich auch keine Hinweise auf eine globale intellektuelle Beeinträchtigung gefunden. Das Denkvermögen sei unter formalen Gesichtspunkten gesehen in sich zusammenhängend, logisch aufgebaut, vom Hörer nachvollziehbar, ohne Gedankenabreißen, ohne Gedankenspringen, ohne Neigung zum Haften an Themen und ohne Wiederholungsneigung bei regelrechter Denkgeschwindigkeit ohne Denkverlangsamung und ohne Denkbeschleunigung. In affektiver Hinsicht sei ein guter Rapport zur Klägerin herstellbar gewesen. Es bestehe insgesamt eine ausreichend

erhaltene Modulationsfähigkeit. Typische depressive Symptome, die der Sachverständige hierzu aufgeführt hat, hätten sich bei der Untersuchung und auch im Querschnittsbefund in relevantem Umfang nicht feststellen lassen und ließen sich auch nicht über längere Zeiträume hinweg aus der längsschnittlichen Betrachtung in den eigenen anamnestischen Angaben und der Aktenlage ableiten. Abschließend ist der Sachverständige zum Ergebnis gelangt, bei der Klägerin bestünden ein leicht ausgeprägtes WS-Syndrom ohne aktuelle Nervenwurzelreizsymptome und ohne auf die WS beziehbare segmentale sensible oder motorische neurologische Defizite, eine Dysthymie im Sinne einer nur subjektiv empfundenen chronischen depressiven Verstimmtheit bei Ausschluss einer psychiatrischen Krankheit im eigentlichen Sinne, insbesondere auch Ausschluss eines klinisch relevanten depressiven Syndroms jedweder Genese bzw. Ausschluss eines chronischen, klinisch relevanten, medizinisch nicht kupierbaren Schmerzsyndroms jedweder Genese und Ausschluss eines Fibromyalgie-Syndroms. Es handle sich partiell um Simulationstendenzen als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Zweck- bzw. Tendenzreaktion. Aus dem leicht ausgeprägten WS-Syndrom resultierten lediglich qualitative Einschränkungen. Eine psychiatrische Krankheit klinisch relevanten Ausmaßes oder ein chronisches Schmerzsyndrom bzw. psychosomatisches Syndrom lägen nicht vor. Insofern verblieben Einschränkungen auf Grund einer Dysthymie allein im subjektiven Bereich ohne objektivierbare Leistungseinbußen. Unter rein neurologischem und psychiatrischem Blickwinkel seien leichte und vorübergehend auch mittelschwere körperliche Arbeiten zutunbar, sofern letztere nur als Ausnahmefall hin und wieder während einer Arbeitsschicht vorkämen und nicht zum allgemeinen Tagesablauf gehörten. Unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen seien daher auch entsprechende Tätigkeiten im Rahmen eines vollen Arbeitstages möglich. Er habe keine Symptome gefunden, die eine quantitative Leistungseinschränkung auf nervenärztlichem Fachgebiet begründen würden. Die freie Wegstrecke sei unter rein nervenärztlichen Gesichtspunkten ebenfalls nicht eingeschränkt. Es bestünden auch keine Einschränkungen hinsichtlich der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und auch die Fahrtüchtigkeit sei nicht beeinträchtigt. Hinsichtlich der Beurteilung des Dr. L. sehe er zu seiner Einschätzung keine wesentlichen Differenzen. Prof. Dr. S. stimme er hinsichtlich der somatischen Implikationen vorbehaltlos zu. Die von der Klägerin demonstrierten Einschränkungen stellten allerdings lediglich bewusstseinsnahe Zweckreaktionen ihrerseits dar, sodass keine qualitativen oder gar quantitativen Einschränkungen daraus ableitbar wären. Leider werde die Klägerin durch ihr Umfeld in ihrer Anspruchshaltung weiter bestärkt, woraus allerdings keine entsprechenden Leistungseinschränkungen qualitativer oder gar quantitativer Art ableitbar wären. Der Einschätzung von Dr. N. stimme Prof. Dr. B. ebenfalls zu.

Der Senat hat außerdem auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) ein nervenärztliches Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie H. vom 4. November 2016 und - auf Einwendungen hiergegen der Klägerin - deren ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 3. April 2017 eingeholt. Die Sachverständige H. ist zum Ergebnis gelangt, bei der Klägerin bestünden eine Dysthymia und ein Tinnitus sowie leichte degenerative Veränderungen der LWS und anamnestisch eine Psoriasis Arthritis ohne Gelenkdestruktionen. Die Sachverständige hat ausführlich ihren Untersuchungsbefund mit elektrophysiologischen Untersuchungen der Nerven und den wesentlichen den Akteninhalt sowie den angegebenen Tagesablauf referiert. Zum psychischen Befund hat die Sachverständige ausgeführt, die Klägerin erscheine pünktlich zur gutachterlichen Untersuchung, sei altersentsprechend gekleidet und gepflegt. Im Verhalten sei sie zurückhaltend, im Rapport sei das Kontaktverhalten abwartend. Die Klägerin sei bewusstseinsklar zu allen Qualitäten, d.h. zu Zeit, Ort, Situation und Person uneingeschränkt orientiert, Aufmerksamkeit und Konzentration seien nicht beeinträchtigt. Der formale Gedankengang sei geordnet, normal. Es bestehe eine Einengung auf Schmerzen und empfundene Einschränkungen. Die Stimmung sei bedrückt, die Schwingungsfähigkeit affektiv reduziert. Der Antrieb sei fraglich reduziert. Die Sachverständige hat weiter ausgeführt, die Indikation für einen Rollator sei für sie - wie schon dem Vorgutachter - nach ihren Untersuchungsergebnissen und im Vergleich mit anderen Patienten nicht nachvollziehbar, solle aber nicht bewertet werden. Sie sehe weder auf neurologischem, noch auf psychiatrischem Fachgebiet eine Diagnose, die die angeblichen Einschränkungen erkläre. Festzustellen sei lediglich eine Dysthymie, die durch die aktuelle Situation ausreichend erklärt sei. Qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestünden dadurch nicht. Festzustellen sei aber ein erheblicher Krankheitsgewinn. Nach den Angaben der Klägerin erhalte sie Besuch, viel Zuwendung, die Freundinnen führen mit ihr in Urlaub, eine verbringe das Wochenende bei ihr und die Mutter und die Freundinnen würden kochen, und im Haushalt helfen. Sie esse bei den Eltern und es werde für sie eingekauft. Eine Änderung sei daher wohl erst nach Ende des Verfahrens zu erwarten. Solange der Wunsch und die Hoffnung auf Rente bestehe, werde der Zustand anhalten. Zusammenfassend gehe sie - die Sachverständige - davon aus, dass im Fachbereich Neurologie und Psychiatrie das Leistungsvermögen quantitativ nicht reduziert sei. Die Beschwerden würden während des laufenden Verfahrens nicht verschwinden. Da aber mittlerweile lange Zeit vergangen sei und Krankheitsgewinn durch die Symptome erreicht worden sei, sei eine spontane Remission auch nach Ende des Verfahrens unabhängig vom Ausgang eher nicht oder nicht sogleich zu erwarten. Damit eine Therapie helfen könnte, müsste aber eine Motivation seitens der Klägerin zu einer Änderung des Verhaltens und der Lebensweise vorhanden sein. Da dies momentan nicht der Fall sei, sei auch die Aussicht auf Therapieerfolg gering. Die Klägerin könne auf Grund der von ihr festgestellten Gesundheitsstörungen leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten von fünf bis unter zehn kg im Sitzen oder vorwiegend im Sitzen mit Wechsel von Gehen und Stehen - ohne erhebliche die WS belastende Arbeiten, schwere körperliche Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltung jeder Art in ausschließlichen Stehen und/oder Gehen, die einen Wechsel der Haltung nicht ermöglichten, häufiges Steigen auf Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen, Erfordernis der groben Kraftentfaltung der Hände, unter Kälte- und Nässebelastung sowie Tätigkeiten unter hoher geistiger Beanspruchung und hoher Verantwortung und unter nervlich hoher Belastung und hoher Lärmbelastung - bis zu einer Dauer von sechs Stunden, aber auch acht Stunden arbeitstäglich verrichten. Besondere Arbeitsbedingungen seien nicht notwendig. Es bestehe auch keine Beschränkung des Arbeitsweges. Der Diagnose des Prof. Dr. S. stimme sie aus ihrer fachlichen Sicht nicht zu, sie sei mit Hilfe einer Psychologin erfolgt, was nicht ausreichend sei und eine ausführliche Begutachtung durch einen klinisch erfahrenen Psychiater nicht ersetzen könne. Die Leistungsbeurteilung von Prof. Dr. S. sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Zuzustimmen sei im Wesentlichen der Einschätzung von Dr. N. ... Auch Prof. Dr. B. habe schlüssig festgestellt, dass auf psychiatrischem Fachgebiet keine relevanten objektivierbaren Krankheitssymptome bestünden. Sie stimme dessen Leistungsbeurteilung zu. Ihrem Gutachten beigelegt hat die Sachverständige weitere vorgelegte Unterlagen. In ihrer ergänzenden Stellungnahme, die der Senat nach [§ 109 SGG](#) eingeholt hat, hat die Sachverständige H. am 3. April 2017 dargelegt, warum sie an ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens im Gutachten festhält. Sie ist dabei auf die Einwände der Klägerin und von dieser aufgeworfene Fragen eingegangen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme verwiesen.

Mit Übersendung des Gutachtens der Sachverständigen H. ist der Klägerin am 8. November 2016 mitgeteilt worden, dass zu weiteren Ermittlungen kein Anlass gesehen werde. Ferner ist ihr am 17. April 2017 mitgeteilt worden, dass weitere Ermittlungen nicht beabsichtigt seien.

Zur Begründung ihrer Berufung hat die Klägerin zunächst im Wesentlichen geltend gemacht, sie sei auf Grund ihrer Gesundheitsstörungen und daraus resultierenden Leistungseinschränkungen nicht in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. U.a. bestehe eine rasche Erschöpfbarkeit und ausgeprägte Müdigkeit aufgrund der entzündlich rheumatischen Gelenkserkrankung und der Einnahme von Morphinpräparaten. Wegen Depression, Tinnitus, Ängsten und Schlafstörungen sei sie auch in psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung. Es bestehe auch eine schwere spezifische Leistungseinschränkung in Form der Wegeunfähigkeit und durch Erfordernis betriebsunüblicher Pausen sowie eine Legasthenie. Wegen der Einnahme von Opiaten sei sie auch nicht in der Lage, täglich einen PKW zu führen. Am 15. Dezember 2014 hat sie angegeben, sie leide jetzt auch noch unter Bluthochdruck, der medikamentös behandelt werde, und sie habe auf Grund der Psoriasis-Arthritis des Daumensattelgelenks eine Daumenschiene verschrieben bekommen. Am 18. Mai 2015 hat die Klägerin dann geltend gemacht, sie sei auf einen Rollator als Gehhilfe angewiesen, da die Nutzung eines Gehstocks wegen Schmerzen in Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenken nicht möglich sei. Die Klägerin hat Einwendungen gegen die Gutachten von Prof. Dr. B. und der Sachverständigen H. sowie deren ergänzende Stellungnahme erhoben. Der Bevollmächtigte der Klägerin hat deren Ausführungen und Stellungnahmen - zum jeweiligen Ermittlungsstand - vom 15. Mai 2015 (u.a. zum Gutachten von Dr. L. im Verwaltungsverfahren, vier Seiten), ohne Datum (zur von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme von Dr. N. vom 11. Februar 2016, fünf Seiten), 14. Mai 2016 (zum Gutachten von Prof. Dr. B. vom 25. April 2016, 17 Seiten), 28. November 2016 (zum Gutachten der Sachverständigen H. vom 4. November 2016, 16 Seiten) und 24. April 2017 (zur ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen H., 10 Seiten) vorgelegt, auf die verwiesen wird. Ferner hat die Klägerin u.a. einen Medikamentenplan, Stellungnahmen der Dr. L.-S. vom 20. August 2014 und 23. April 2015, Bescheinigungen der Dipl.-Psych. Dr. St.-L. vom 21. Oktober 2014 und des Lehrinstituts für Orthographie und Schreibtechnik vom 12. Oktober 2014 sowie Atteste des Dr. Sch. vom 9. Dezember 2014 (D: arterielle Hypotonie; Einleitung einer medikamentösen Behandlung), des Internisten Dr. M. (Praxis Dr. Sch.) vom 25. November 2016, des Dr. W. vom 9. Februar 2015 (Psoriasis-Arthritis mit chronischen Schmerzen, anhaltende depressive Störung), 11. Mai 2015 (fortbestehende depressive Symptomatik, somit bereits chronifizierte depressive Symptomatik), 3. März 2016 (neun Untersuchungs- bzw. Behandlungstermin vom 30. Oktober 2014 bis 16. Dezember 2015; am 3. November 2014 Amitriptylin abgesetzt wegen Gewichtszunahme und Schlafstörung, Umstellung auf Valdoxan, Medikation am 10. Dezember 2014: Citalopram, Valdoxan, Dominal forte) und 23. November 2016, der Dipl.-Psych. V. vom 2. März 2016 (42 Therapiesitzungen seit 18. September 2014; rezidivierende depressive Störung bei medizinischer Grunderkrankung Psoriasis Arthritis), des Facharztes für Psychiatrie J. vom 1. März 2016 (psychiatrische Behandlung am 15. Januar, 18. Februar, 24. April und 4. Juli 2013 sowie 20. Mai 2014) und der Dr. L.-S. vom 23. November 2016, einen Bericht über ein MRT des Beckens vom 15. März 2016 sowie einen "Laufzettel" des Dr. Sch. vom 29. Februar 2016 vorgelegt, auf die verwiesen wird.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18. Juli 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 4. Oktober 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. November 2012 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Zeit ab 1. September 2012 zu gewähren, hilfsweise gemäß [§ 109 SGG](#) auf psychiatrisch-nervenärztlichem Fachgebiet bei Dr. T.-F. ein Sachverständigengutachten über die streitgegenständlichen Beweisfragen, insbesondere über die bei der Klägerin bestehenden Gesundheitsstörungen und dadurch resultierenden Leistungseinschränkungen und Erwerbsminderung einzuholen, hilfsweise wird weiter beantragt, Prof. Dr. B. unter Vorlage der mit Schriftsatz vom 23.05.2016 vorgelegten schriftlichen Stellungnahmen der Klägerin zu einer schriftlichen Erläuterung seines Sachverständigengutachtens bezüglich der von der Klägerin aufgeworfenen Punkte und Einwendungen zu veranlassen, hilfsweise den Sachverständigen zu einer mündlichen Erläuterung hierzu zu veranlassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat - zum jeweiligen Stand der Ermittlungen - eine sozialmedizinische Stellungnahmen des Dr. L. vom 6. März 2015 und 3. August 2015 vorgelegt. In Auswertung der weiteren ärztlichen Äußerungen ist er weiterhin von einem sechsstündigen Leistungsvermögen ausgegangen. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus den Angaben des behandelnden Psychiaters. Zum Sachverständigengutachten des Prof. Dr. S. hat die Beklagte Stellungnahmen des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin Dr. N. vom 11. Februar 2016 und des Dr. L. vom 17. Februar 2016 vorgelegt. Dr. N. hat ausgeführt, über Jahre liege nach Aktenlage kein einziger Befund aus dem Bereich Psychiatrie bzw. Psychotherapie vor, der jetzt als zentrale Frage im Berufungsverfahren mitdiskutiert werden müsste. Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht handle es sich hier um das Krankheitsbild einer Psoriasis-Arthritis und es bestünden weiter ein Bluthochdruck und ein Asthma bronchiale. Die übrigen Diagnosen habe die Dipl.-Psych. M.-Sch. offensichtlich fachfremd übernommen, wobei es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen und eine Dysthymia handle. Die subjektiven Beschwerden passten nicht zu einem schweren psychischen Krankheitsbild. Es werde von einer gewissen Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, sogar über "sehr viel Wut", berichtet. Schwer depressive Patienten seien dagegen in der Regel aggressionsgehemmt, sodass die subjektiven Beschwerdeangaben nicht zu einer relevanten Ausprägung einer affektiven Erkrankung mit Minderung des quantitativen Leistungsvermögens führen könnten. Die somatischen Befunde erbrächten keine wesentlichen funktionellen Beeinträchtigungen, sodass auch Prof. Dr. S. nachvollziehbar geschlussfolgert habe, dass keine Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen vorliege. Ohne funktionelle Auswirkungen könne selbst bei psychischer Belastung das Krankheitsbild nicht in einem Bereich liegen, welches relevant sei für die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens. Es werde eine antidepressive Behandlung mit Citalopram mitgeteilt, das zentraler Schmerzwirksame Antidepressivum Amitriptylin, das der behandelnde Neurologe und Psychiater empfohlen habe, sei inzwischen sogar abgesetzt worden. Es sei unwahrscheinlich, dass ein Patient, der unter so starken Schmerzen leide, dass sie quantitativ leistungsmindernd sein sollten, die zentral wirksame Schmerzmedikation absetze. Das therapeutische Vorgehen spreche insoweit nicht für ein quantitativ leistungsminderndes Krankheitsbild in Bezug auf die Schmerzerkrankung bzw. psychische Belastung. Es seien keine funktionellen Auswirkungen beschrieben, sodass insofern eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens mit dem somatischen Befund nicht begründet werden könne. Prof. Dr. S. übernehme im Übrigen die Diagnosen der psychologischen Stellungnahme ohne weitere Konsistenzprüfung. Warum das quantitative Leistungsvermögen der Klägerin auf unter sechs Stunden abgesunken sein sollte, lasse sich seinem Gutachten nicht nachvollziehbar entnehmen, da bei der Untersuchung keinerlei Befunde erhoben worden seien, die dies tatsächlich glaubhaft machen würden. Nicht einmal die subjektiven Beschwerdeangaben der Klägerin ließen an eine wesentliche psychische Belastung denken. Es sei auch festgestellt, dass die rheumatische Grunderkrankung aktuell weitgehend remittiert sei und damit die vorgetragenen Schmerzen körperlich nicht ausreichend begründet seien. Wie sich hieraus eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens ergeben sollte, wo gar keine Befunde erhoben worden seien, die dies plausibel machen würden, erschließe sich aus fachpsychiatrischer Sicht nicht. Der vorliegende Befund der Dipl.-Psych. M.-Sch. sei gut nachzuvollziehen und bestätige die diagnostische Einschätzung, sei in sich

konsistent, allerdings derartig blande, dass eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens, wie es im orthopädisch unfallchirurgischen Gutachten von Prof. Dr. S. fachfremd postuliert worden sei, nicht nachvollzogen werden könne. Die geringen therapeutischen Anstrengungen, ja sogar das Absetzen der zentral wirksamen Schmerzmedikation mit Amitriptylin seien ebenfalls ein Indiz dafür, dass die postulierte Krankheitsschwere nicht den Ausprägungsgrad habe, der geschlussfolgert werde. Insgesamt ergebe sich aus der recht umfangreichen Aktenlage kein zweifelsfreier Befund, der dazu angehalten wäre, eine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens zu belegen. Dr. L. ist ebenfalls zum Ergebnis gelangt, dass auch durch das Sachverständigengutachten von Prof. Dr. S. eine quantitative Leistungsminderung nicht belegbar sei. In der Folge hat Beklagte Stellungnahmen von Dr. N. vom 12. Januar 2017 und Dr. L. vom 16. Januar 2017 vorgelegt, die auch unter Berücksichtigung der weiteren vorgelegten ärztlichen Äußerungen und des Sachverständigengutachtens an ihrer Einschätzung festgehalten haben. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die genannten und von der Beklagten vorgelegten Stellungnahmen verwiesen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Diese hat keinen Anspruch auf Gewährung von Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist [§ 43](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI).

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie 1. teilweise erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)).

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#), wenn sie 1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) auch 1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Nicht erwerbsgemindert ist gemäß [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#), wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Der Eintritt einer rentenberechtigenden Leistungsminderung muss im Wege des Vollbeweises festgestellt sein, vernünftige Zweifel am Bestehen der Einschränkungen dürfen nicht bestehen. Gemessen daran vermag der Senat nicht mit der erforderlichen an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass seit 1. September 2012 - von vorübergehenden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit abgesehen - eine rentenrechtlich relevante qualitative oder eine quantitative Minderung des Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich vorliegt.

Gemessen daran hat die Klägerin keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, denn es ist unter Berücksichtigung aller vorliegender ärztlicher Äußerungen nicht mit der erforderlichen Gewissheit feststellbar, dass die Klägerin in rentenberechtigendem Ausmaß in ihrer Fähigkeit, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, eingeschränkt ist

Die Klägerin leidet bzw. litt im Wesentlichen unter einer Psoriasis-Arthritis mit Beschwerdebeginn im 20. Lebensjahr und einer Erstdiagnose ca. 1995 (bei der Begutachtung bei dem Rheumatologen W. HLA B 27 negativ, Rheumafaktor negativ, Anti-CCP-Antikörper negativ, ANA schwach positiv) mit Arthritiden peripherer Gelenke wechselnder Lokalisation. Bei der Begutachtung durch den Rheumatologen W. sind ferner eine klinisch mittlere, humoral niedrige Krankheitsaktivität und Arthralgien bei führender mäßiger Arthritis der Kniegelenke, myofaszial geprägte Lumbalgien, eine ("vorbeschriebene") Episode einer Sakroiliitis, ohne sichere Aktivität, eine Asthma bronchiale, eine angeborene Einnierigkeit, ein Uterusmyom, eine ("vorbeschriebene") Psoriasis vulgaris ohne klinisch sichere Aktivität festgestellt worden. Prof. Dr. S. hat eine medikamentös eingestellte Psoriasis-Arthritis ohne Krankheitszeichen und ohne Krankheitsaktivität, diffuse Ganzkörperschmerzen im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ohne Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen, eine Dysthymia mit chronischer Herabminderung der Grundstimmung und Missmutigkeit sowie - medikamentös eingestellt - einen Bluthochdruck und ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Insofern hat er schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass die aktuell erhobenen Laborbefunde keine schwerwiegende humorale Aktivität aufwiesen, gemäß dem Bericht des Neurologen Dr. Th. vom 2. Februar 2012 sich dort keine neurologische Störung, sondern ein unauffälliger kernspintomographischer Befund ohne Nachweis entzündlicher ZNS-Erkrankungen ergeben habe und er selbst bei entzündlicher Restaktivität, insbesondere im Bereich der Kniegelenke, keine gelenkdestruierende Prozesse, hat feststellen können, auch nicht im Bereich der von der rheumatischen Erkrankung eine Zeitlang betroffenen Kniegelenke. Wie schon im Befund des Radiologischen Zentrums S. vom 5. November 2012 hat auch er bei den aktuellen nativ radiologischen Untersuchungen keine Zeichen einer entzündlichen Beteiligung im Bereich des Beckenskeletts und insbesondere der Iliosakralgelenke im Sinne einer Sakroiliitis gefunden. Die Klägerin hat zwar Arthralgien im Bereich der Hand- und Fingergelenke geschildert, doch waren weder bildgebend, noch klinisch eindeutig entzündlich aktiv Prozesse der genannten Gelenke feststellbar. Auch eine Episode tiefsitzender Kreuzschmerzen konnte einem entzündlichen Befall nicht zugeordnet werden. Ein Fibromyalgie-Syndrom war nicht feststellbar.

Ferner liegen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet Gesundheitsstörungen vor. Die Sachverständige H., die, wie sie mitgeteilt hat, im Übrigen regelmäßig auch mit der Behandlung von Patienten mit Arthritis unterschiedlicher Ursachen befasst ist, hat insoweit eine

Dysthymia und einen Tinnitus sowie leichte degenerative Veränderungen der LWS und eine Psoriasis-Arthritis ohne Gelenkdestruktionen feststellen können und diagnostiziert. Ob die von Prof. Dr. S. gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gerechtfertigt ist, hat sie allerdings bezweifelt. Die Diagnose der Sachverständigen H. ist für den Senat unter Berücksichtigung ihrer Untersuchungsergebnisse und der weiteren in den Akten enthaltenen Befundangaben schlüssig und überzeugend, weshalb das Vorliegen dieser Gesundheitsstörungen festzustellen ist. Die Sachverständige hat ausführlich ihren Untersuchungsbefund mit elektrophysiologischen Untersuchungen der Nerven und den wesentlichen den Akteninhalt sowie den angegebenen Tagesablauf referiert und berücksichtigt. Im Hinblick auf die geklagten Schmerzen in verschiedenen Gelenken war bei der Untersuchung keine Deformierung der Gelenke, keine Gelenkschwellung und keine Überwärmung feststellbar. Eine Einschränkung der Beweglichkeit der Gelenke, insbesondere der rechten Hand und der Knie wurde von der Klägerin zwar zeitweise demonstriert, war jedoch nicht objektivierbar. Vielmehr wurde die rechte Hand in unbeobachteten Momenten völlig normal zu spontanen Bewegungen (Greifen von Gegenständen, ins Haar fassen) eingesetzt. Wie die Sachverständige für den Senat nachvollziehbar erläutert hat, wäre bei tatsächlich erheblichen Schmerzen durch Gelenkentzündungen eine Vermeidung von Greifbewegungen und unwillkürliche Schonung zu erwarten. Auch eine ausgeprägte Schmerzhaftigkeit der Knie, wie sie während der Untersuchung teils angegeben wurde, erschien bei der Untersuchung nicht mehr glaubhaft. Es wurde von der Klägerin vorgegeben, dass sie die Beine in Rückenlage nicht einmal bis 90° anwinkeln könne, später konnte sie jedoch in die Hocke gehen, wobei sie, um zu demonstrieren, dass sie nicht weit in die Hocke gehen könne, frei stehend bei einem Winkel von kleiner 90° über mindestens ca. 20 Sekunden verharren konnte. Erhebliche Beschwerden waren in der Untersuchungssituation von der Sachverständigen H. nicht festzustellen. Der neurologische Befund war regelrecht und es fand sich auch keine Ursache für eine Gangstörung und keine Indikation für die Verordnung des von der Klägerin benutzten Rollators. Im Zusammenhang mit der Erhebung des psychischen Befundes hat die Sachverständige ausgeführt, dass die Klägerin pünktlich zur gutachterlichen Untersuchung erschienen ist und altersentsprechend gekleidet war und gepflegt. Im Verhalten war sie zurückhaltend, im Rapport war das Kontaktverhalten abwartend. Die Klägerin war bewusstseinsklar zu allen Qualitäten, d.h. zu Zeit, Ort, Situation und Person uneingeschränkt orientiert, Aufmerksamkeit und Konzentration waren nicht beeinträchtigt. Der formale Gedankengang war geordnet, normal. Es bestand eine Einengung auf Schmerzen und empfundene Einschränkungen. Die Stimmung war bedrückt, die Schwingungsfähigkeit affektiv reduziert. Der Antrieb war fraglich reduziert. Die Sachverständige hat weiter ausgeführt, die Indikation für einen Rollator sei für sie - wie schon dem Vorgutachter - nach ihren Untersuchungsergebnissen und im Vergleich mit anderen Patienten nicht nachvollziehbar, solle aber nicht bewertet werden. Die Sachverständige fand weder auf neurologischem, noch auf psychiatrischem Fachgebiet eine Diagnose, die die angeblichen Einschränkungen erklärte. Festzustellen war lediglich eine Dysthymie, die durch die aktuelle Situation ausreichend erklärt war. Wesentliche qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit waren dadurch nicht zu begründen. Festzustellen war aber andererseits ein erheblicher Krankheitsgewinn. Nach den Angaben der Klägerin erhält sie Besuch, viel Zuwendung, die Freundinnen fahren mit ihr in Urlaub, eine verbringt das Wochenende bei ihr und die Mutter und die Freundinnen kochen für sie und helfen im Haushalt. Sie isst bei den Eltern und es wird für sie eingekauft. Eine Änderung ist daher insofern nach Einschätzung der Sachverständigen, die der Senat teilt, erst nach Ende des Verfahrens zu erwarten. Zusammenfassend fand die Sachverständige im Fachbereich Neurologie und Psychiatrie keine Erkrankungen die eine Einschränkung des quantitativen oder eine rentenrelevante Einschränkung des qualitativen Leistungsvermögens quantitativ bedingen würde. Vielmehr hat sich auch bei der Untersuchung bei der Sachverständigen H. eine zumindest bewusstseinsnahe Verdeutlichung und gezielte Darbietung von Symptomen, um einen Leidenszustand und eine Leistungseinschränkung zu demonstrieren, mit dem Ziel der Erlangung von Leistungen ergeben (Sachverständige H.). Weitere rentenrechtlich relevante Gesundheitsstörungen, die für die Beurteilung des Leistungsvermögens von Bedeutung wären, sind dagegen nicht daraus abzuleiten und nicht festzustellen.

Prof. Dr. B. hat bei der Klägerin ein leicht ausgeprägtes WS-Syndrom ohne aktuelle Nervenwurzelreizsymptome und ohne auf die WS beziehbare segmentale sensible oder motorische neurologische Defizite, eine Dysthymie im Sinne einer nur subjektiv empfundenen chronischen depressiven Verstimmtheit bei Ausschluss einer psychiatrischen Krankheit im eigentlichen Sinne, insbesondere auch Ausschluss eines klinisch relevanten depressiven Syndroms jedweder Genese bzw. Ausschluss eines chronischen, klinisch relevanten, medizinisch nicht kupierbaren Schmerzsyndroms jedweder Genese und Ausschluss eines Fibromyalgie-Syndroms festgestellt und partiell Simulationstendenzen als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Zweck- bzw. Tendenzreaktion gesehen.

Auf Grund der genannten Sachverständigengutachten geht der Senat vom Vorliegen der aufgeführten Erkrankungen aus und stellt deren Vorliegen fest. Das Vorliegen weiterer dauerhafter, also nicht nur vorübergehender (weniger als sechs Monate anhaltend) bzw. akuter, Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung ist dagegen auch unter Berücksichtigung der vielzähligen vorliegenden Äußerungen behandelnder Ärzte nicht mit der erforderlichen Gewissheit feststellbar. Insbesondere ergeben sich weitere dauerhafte Erkrankungen auch nicht aus den vorgelegten Bescheinigungen der Dr. L.-S. vom 20. August 2014, 23. April 2015 und 23. November 2016, denen keine zusätzliche nachvollziehbar dauernd vorliegende Befunde entnommen werden können und die von den Sachverständigen jeweils, soweit sie bereits vorlagen, berücksichtigt worden sind, insbesondere auch die letzte Bescheinigung, die der Sachverständigen H. vorlag.

Maßgebend und entscheidungserheblich für den Rechtsstreit sind im Übrigen auch nicht die Diagnosen und Erkrankungen der Klägerin, sondern deren Auswirkungen auf die Fähigkeit, einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Insofern vermag sich der Senat hier nicht von dem Vorliegen des von der Klägerin behaupteten und z.T. demonstrierten Ausmaßes der Einschränkungen zu überzeugen. Sowohl Dr. L. (schon im Verwaltungsverfahren) in seinem Gutachten als auch der auf Antrag der Klägerin gehörte Rheumatologe W. und die auf Antrag der Klägerin gehörte Gutachterin H. in ihren Sachverständigengutachten sind zu dem den Senat insoweit überzeugenden Ergebnis gelangt, dass die Klägerin zumindest leichte Tätigkeiten bei Beachtung genannter qualitativer Einschränkungen wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten kann. Im Übrigen hat auch der Sachverständige Prof. Dr. B. diese Auffassung vertreten. Soweit Prof. Dr. S. hiervon abweichend von einem unter sechsstündigen Leistungsvermögen ausgegangen ist, fehlt es hierfür an einer für den Senat nachvollziehbaren Begründung.

Der Rheumatologe W. hat hinsichtlich des Leistungsvermögens für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass Klägerin noch leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung sitzend und stehend ohne intensive nervliche Belastung und hohe Verantwortung, ohne Heben und Tragen von Lasten regelmäßig über fünf kg und gelegentlich über zehn kg sowie Tätigkeiten dauerhaft im Gehen und Stehen, in gleichförmiger Körperhaltung (Zwangshaltungen des Achsorgans, kniende Tätigkeiten und Tätigkeiten über Kopf), Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, an Maschinen und mit erhöhter Unfallgefahr und Tätigkeiten im Zweischicht- und Dreischichtdienst mit Nacharbeit, übermäßige Kälte- und Nässeeinwirkungen sowie Tätigkeiten ständig im Freien, z.B. leichtere Verwaltungs- und Aufsichtstätigkeiten, sechs Stunden und

mehr verrichten. Dies ist angesichts dessen, dass die Psoriasis-Arthritis unter medikamentöser Therapie weitgehend remittiert ist, keine (längere) aktive Schübe mit Entzündungsaktivität belegt sind und auch keine knöcherne Veränderung im Bereich der Gelenke eingetreten ist, schlüssig und nachvollziehbar.

Auch Prof. Dr. S. ist zum Ergebnis gelangt, dass die Klägerin noch leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis fünf kg - ohne wiederholtes, überwiegendes Stehen und Gehen - überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit, hin und wieder aufzustehen, bei durchschnittlichen Anforderungen an die gedankliche und nervliche Leistungsfähigkeit verrichten kann. Soweit Prof. S. von einer zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich ausgeht, vermögen der von ihm erhobene organische Befund und seine Feststellungen bei der Untersuchung dies allerdings nicht plausibel zu begründen. Die Klägerin benutzte zwar einen Rollator ohne Hinken, ging sehr langsam und blieb immer wieder stehen, stand aber während der Befragung zweimal auf und war in der Lage, sich selbst ohne fremde Hilfe zu entkleiden, wobei sie saß und beide Hände benutzte. Eine Störung der Feinmotorik ist dabei nicht zu erkennen gewesen, auch nicht, als sie während der Befragung eine Packung Papiertaschentücher aus der linken Hosentasche gezogen hat. Beim Ankleiden hat sie gebeten, ihr den Reißverschluss der Jacke zu schließen, hat es dann aber selbst geschafft. Beim Gehversuch ist die Klägerin am Rollator gegangen mit einer durchschnittlichen Ganggeschwindigkeit von zwei bis drei Stundenkilometern (was 500 Meter in 15 Minuten entspricht). Sie hat um drei Gehpausen gebeten, in denen sie sich kurz auf ihren Rollator gesetzt hat. Treppab und treppauf ist sie am Handlauf mit alternierendem Stufengang ohne anzuhalten gegangen. Während der körperlichen Untersuchung hat die Klägerin ohne Rollator stehen und auch für einige Meter gehen können. Prof. Dr. S. hat keine somatischen Befunde mitgeteilt, die zu wesentlichen funktionellen Einschränkungen führen. Eine rentenrechtlich relevante wesentliche Einschränkung des Leistungsvermögens ist deshalb insoweit nicht belegt. Die rheumatische Grunderkrankung war auch bei der Begutachtung bei Prof. Dr. S. weitgehend remittiert. Ein erneutes Hervortreten ist für wesentliche Zeiträume nicht belegt, insbesondere liegen keine entsprechenden Befunde vor. Angesichts dessen fehlt es für die Feststellung einer zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden arbeitstäglich an einer überzeugenden Begründung. Insbesondere genügt - bei im Übrigen von ihm auch eingeräumten "Inkonsistenzen" im Selbstvortrag der Klägerin - der Hinweis auf eine zum Teil deutliche Versorgung durch Drittpersonen und eine "Gewöhnung" hieran nicht als Begründung, zumal der neurologisch-psychiatrische Sachverständige Prof. Dr. B., dem auch die auf Antrag der Klägerin gehörte Sachverständige H. nicht widersprochen hat, Verdeutlichungstendenzen und partiell sogar Simulationstendenzen nachvollziehbar belegt und dargelegt hat.

Auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, das auch zur Objektivierung und Bewertung von Schmerzzuständen und deren Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen eine Hilfe bietet, liegt nach den insoweit überzeugenden Feststellungen der auf Antrag der Klägerin gehörten Sachverständigen H., die - wie von ihr dargelegt - als Neurologin auch mit der Behandlung von Patienten mit Arthritis verschiedener Ursachen befasst ist, keine rentenrechtlich relevante quantitative und wesentliche qualitative Einschränkung des Leistungsvermögens vor. Darüber hinaus - und ohne dass es angesichts des Gutachtens der Sachverständigen H. drauf ankäme - ergibt sich dies auch aus dem von Amts wegen eingeholten Sachverständigengutachten des Prof. Dr. B. ...

Die auf Antrag der Klägerin gehörte Sachverständige H. hat keine rentenberechtigenden quantitativen oder qualitativen Einschränkungen des beruflichen Leistungsvermögens der Klägerin feststellen und belegen könne. Vielmehr kann die Klägerin nach Auffassung der Sachverständigen, der sich der Senat anschließt, auf Grund der von ihr festgestellten Gesundheitsstörungen jedenfalls leichte körperliche Tätigkeiten mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten von fünf bis unter zehn kg im Sitzen oder im vorwiegenden Sitzen mit Wechsel von Gehen und Stehen - ohne erhebliche die WS belastende Arbeiten, schwere körperliche Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltung jeder Art in ausschließlichen Stehen und/oder Gehen, die einen Wechsel der Haltung nicht ermöglichen, häufiges Steigen auf Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen, Erfordernis der groben Kraftentfaltung der Hände, unter Kälte- und Nässebelastung sowie Tätigkeiten unter hoher geistiger Beanspruchung und hoher Verantwortung und unter nervlich hoher Belastung und hoher Lärmbelastung - bis zu einer Dauer von sechs Stunden, aber auch acht Stunden arbeitstäglich verrichten. Besondere Arbeitsbedingungen sind nicht notwendig. Es besteht auch nach Einschätzung der Sachverständigen H. keine Beschränkung des Arbeitsweges. Hieran hat die Sachverständige mit ausführlicher Begründung auf Einwände und Fragen, die die Klägerin aufgeworfen hat festgehalten. Von der Klägerin wurden in ihren umfangreichen Ausführungen keine unbeantwortet gebliebene Fragen aufgeworfen, bezüglich der eine Relevanz für die gutachterliche Beurteilung und die gerichtliche Entscheidung ersichtlich ist. Eine solche Relevanz hat die Klägerin auch nicht dargelegt. Auch die anhand der im Gutachten dargelegten Befunde ausführlich begründete Bewertung des Leistungsvermögens durch die Sachverständige H. ist für den Senat nachvollziehbar, schlüssig und überzeugend. Der Senat sieht deshalb keinen Grund die Bewertung der Sachverständigen, die auch in Übereinstimmung mit den von der Beklagten vorgelegten schlüssig mit den vorliegenden Befunden begründeten sozialmedizinischen Stellungnahmen von Dr. L. und Dr. N. steht, die als qualifizierter Beteiligtenvortrag verwertbar waren, in Zweifel zu ziehen. Weiter bestätigt wird diese Bewertung (der Sachverständigen H.) des Leistungsvermögens durch das prozessuale Auftreten der Klägerin, die sich akribisch mit gutachterlichen Äußerungen, die eine Leistungsminderung nicht bestätigen, befasst und z.B. in Gutachten zitierte Äußerungen von ihr wörtlich bzw. bzw. um Nachsätze, die sie geäußert habe, ergänzt wissen will. Auch wenn die Texte von einer Dritten geschrieben worden sein sollten, stellen sie doch das Ergebnis ihrer eigenen geistigen Leistung dar.

Aus neurologischem und psychiatrischem Blickwinkel sind der Klägerin im Übrigen auch nach den Ausführungen von Prof. Dr. B. zumindest leichte körperliche Arbeiten zumutbar. Unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen sind daher auch entsprechende Tätigkeiten im Rahmen eines vollen Arbeitstages zumutbar. Der Sachverständige hat keine Symptome gefunden, die eine quantitative Leistungseinschränkung auf nervenärztlichem Fachgebiet begründen würden. Die freie Wegstrecke ist unter nervenärztlichen Gesichtspunkten ebenfalls nicht eingeschränkt. Es bestehen auch keine Einschränkungen hinsichtlich der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und auch die Fahrtüchtigkeit ist nicht beeinträchtigt. Diese Einschätzung ist für den Senat schlüssig und anhand der von Prof. Dr. B. durchgeführten Untersuchung nachvollziehbar. So hat die Klägerin bei Prüfung der Kopfbeweglichkeit initial schon bei den geringsten Drehbewegungen des Kopfes und bei den geringsten Kopfseitneigungsbewegungen beidseits heftigste Schmerzen angegeben, gleichwohl war jedoch eine weitere passive Bewegung des Kopfes bis zu den maximal erreichbaren und physiologischen Endpunkten möglich. Darüber hinaus hat sich auch bei der späteren Überprüfung der Kraft des Musculus sternocleidomastoideus beidseits (zur Kopfdrehung) keine entsprechende Funktionseinschränkungen der aktiven Kopfdrehung und keine damit verbundenen Schmerzäußerungen ergeben. Es hat sich durchgängig keine aktive Anspannung der antagonistisch (gegenläufig) wirkenden Muskulatur gefunden, um jede weitere Dehnung schmerzhafter und/oder schmerzhaft empfundener Muskelstrukturen, Sehnenstrukturen, Gelenkstrukturen bzw. nervaler Strukturen zu verhindern. Wenn tatsächlich schmerzhaft Gelenkstrukturen vorlägen, so der Sachverständige, käme es bei einer Überdehnung dieser durch eine Krankheit veränderten Strukturen auch regelhaft (schmerzreflektorisch und somit nicht aktiv unterdrückbar) zu einer schmerzinduzierten Aktivierung der gegenläufig wirkenden Muskulatur, um jede weitere passive bzw. aktive Überdehnung dieser dann als

schmerzhaft empfundenen Strukturen zu verhindern. Derartige Phänomene sind bei der Klägerin aber durchgängig gerade nicht feststellbar gewesen, sodass entsprechende Schmerzen bei ihr unter objektiven Gesichtspunkten - so der Sachverständige - auszuschließen sind. Die von ihr diesbezüglich initial geäußerten heftigen Schmerzempfindungen stellen deshalb für den Sachverständigen lediglich entsprechende Simulationstendenzen ihrerseits im Sinne einer bewusstseinsnahen Zweckreaktion dar. Dies ist auch für den Senat nachvollziehbar. Im Bereich der oberen und unteren Extremitäten haben sich keine Paresen und keine Muskelatrophien gefunden. Bei der Prüfung der groben Kraft hat die Klägerin initial eine deutliche Schwäche hinsichtlich aller Handfunktionen beidseits und hinsichtlich aller Muskelgruppen beider Beine demonstriert, sodass bei tatsächlichem Bestehen derart schwer ausgeprägter Paresen auch im Bereich der unteren Extremitäten, wie initial von ihr demonstriert, weder Stand- noch Gehfähigkeit bestünde. Gleichwohl ist die Klägerin bei weiteren Untersuchungsgängen schlussendlich in der Lage gewesen, in allen zunächst paretisch demonstrierten Muskelgruppen eine volle Kraft zu entfalten, sodass insofern organische Paresen auszuschließen sind. Auch nach einer Belastungsuntersuchung mit insgesamt ca. 500 Meter Wegstrecke im freien Gelände, auch unter Einschluss von mehreren Treppen, ohne Benutzung eines Rollators, lediglich mit der Option, sich bei dem Sachverständigen (zur Gangbeschleunigung) einzuhängen sind keine Paresen im Bereich der unteren Extremitäten aufgetreten und auch keine Änderungen des Reflexmusters im Bereich der unteren Extremitäten im Vergleich zum Befund unter Ruhebedingungen. Auch unüberwindbare psychische Hemmungen können - so der Sachverständige - insofern bei der Klägerin diesbezüglich nicht vorliegen, da sie schon im Rahmen der Untersuchungssituation in der Lage gewesen ist, solche möglicherweise subjektiv verspürten inneren Hemmungen aus eigener Kraftanstrengung zu überwinden. Auch Schmerzen können nicht für die initial von ihr demonstrierten Minderinnervationen verantwortlich sein, da die Muskelkraft prinzipiell nur isometrisch geprüft wird. Bezüglich der initial nur unvollständigen Kraftentfaltung hinsichtlich aller Handfunktionen bzw. aller Muskelgruppen beider Beine kann es sich - so Prof. Dr. B. - deshalb jeweils nur um entsprechende Simulationstendenzen handeln. Die Muskeleigenreflexe im Bereich der oberen Extremitäten waren seitengleich mittellebhaft auslösbar, ebenso die weiteren Reflexe. Bei Erhebung des psychischen Befundes durch Prof. Dr. B. war die Klägerin in der insgesamt 2 ¼-stündigen Explorationssituation einschließlich abschließender ausführlicher körperlicher Untersuchung stets bewusstseinsklar und hinsichtlich Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert. Wahrnehmung und Auffassung waren ungestört, den Kern der an sie gerichteten Fragen hat sie stets sofort erfasst und diese zielgerichtet in adäquater Geschwindigkeit beantwortet. Die Gedächtnisleistungen waren im Langzeit- und Kurzzeitbereich ungestört. Auch die Antriebssituation war ungestört. Es haben sich auch keine Hinweise auf eine globale intellektuelle Beeinträchtigung gefunden. Das Denkvermögen war bei der Untersuchung unter formalen Gesichtspunkten gesehen in sich zusammenhängend, logisch aufgebaut, vom Hörer nachvollziehbar, ohne Gedankenabreißen, ohne Gedankenspringen, ohne Neigung zum Haften an Themen und ohne Wiederholungsneigung bei regelrechter Denkgeschwindigkeit ohne Denkverlangsamung und ohne Denkbeschleunigung. In affektiver Hinsicht war ein guter Rapport zur Klägerin herstellbar. Es bestand insgesamt eine ausreichend erhaltene Modulationsfähigkeit. Depressive Symptome, die sich auch regelhaft im Rahmen chronischer, medizinisch nicht kupierbarer Schmerzsyndrome bzw. im Rahmen anderer medizinisch nicht behandelbarer Beschwerdenkonstellationen entwickeln, führen schon im Rahmen einer leichten depressiven Episode in eine getrübbte Stimmung, in einen Interessenverlust, in eine Unfähigkeit, sich freuen zu können und in eine Verminderung des Antriebs. Solche und weiter vom Sachverständigen genannte typische depressive Symptome haben sich bei der Untersuchung und auch im Querschnittsbefund in relevantem Umfang gerade nicht feststellen lassen und lassen sich auch nicht über längere Zeiträume hinweg aus der längsschnittlichen Betrachtung in den eigenen anamnестischen Angaben und der Aktenlage ableiten. Eine Bestätigung dieser Befunde und der Einschätzung des Leistungsvermögens durch Prof. Dr. B. findet sich für den Senat nicht zuletzt in der von der Klägerin unter Beweis gestellten Fähigkeit, sich mit medizinischen Sachverhalten (wenn im Ergebnis auch nicht immer zutreffend) auseinanderzusetzen und dies in zahlreichen und umfangreichen Stellungnahmen, die dem Senat vorgelegt worden sind, darzulegen.

Soweit der Sachverständige W. wegen der schmerzhaften Entzündung der Kniegelenke frei wählbare betriebsunübliche Pausen von fünf Minuten zur Entlastung nach Wahl durch die Klägerin als medizinisch "sinnvoll" erachtet hat und Arbeitswege von 200 m und mehr viermal täglich als nicht zumutbar angesehen hat (wobei die Klägerin könne jedoch grundsätzlich einen PKW nutzen könne), vermag sich der Senat - wie schon das SG und Dr. L. in der als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen verwertbaren Stellungnahme vom 5. Juni 2014 - dem nicht anzuschließen. Aus sozialmedizinischer Sicht sind, so auch Dr. L., bei freier Wahl der Körper- und Beinhaltung sowie Vermeidung stärkerer Belastung der Kniegelenke und insbesondere bei sitzenden Tätigkeiten eine beschwerdeverstärkende Belastung der Kniegelenke nicht zu erwarten. Die üblichen Arbeitspausen inklusive der persönlichen Verteilzeiten und die Möglichkeit von ungezwungenem Stellungswechsel der Kniegelenke machen zusätzliche unübliche Arbeitspausen aus sozialmedizinischer Sicht nicht notwendig. Dies folgt nicht zuletzt auch aus dem von Prof. Dr. B., insbesondere bezüglich des von ihm festgestellten Gehvermögens, dem Gutachten der Sachverständigen H. und den von der Beklagten vorgelegten sozialmedizinischen Stellungnahmen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der von der Klägerin veranlassten und vorgelegten Äußerung der Dr. L.-S. vom 20. August 2014 (die Klägerin leide an einer aktiven Psoriasis-Arthritis, die trotz intensivster möglicher Therapie nicht komplett in Remission zu bringen sei, derzeit bestehe eine zusätzliche Medikation mittels Opioid, zwischenzeitlich sei zur Erleichterung der häuslichen Situation die Verschreibung eines Rollators, Gehstockes, von Handgelenksbandagen sowie einer Toilettenerhöhung erfolgt, die Klägerin sollte in der Lage sein, einen vier- bis sechsständigen Arbeitstag zu bewältigen, wobei 5-6 mal mindestens zehnmünütige Pausen pro Arbeitsstunde, die frei wählbar seien, erforderlich seien um eine Überlastungssituation zu vermeiden, die Klägerin müsse sich zurückziehen können und eine ihr angenehme Körperposition einnehmen können, die rasche Erschöpfbarkeit und ausgeprägte Müdigkeit sei zum einen auf die entzündliche Aktivität der entzündlich-rheumatischen Gelenkserkrankung zurückzuführen, zum anderen sicherlich auch auf die Medikation). Diese Stellungnahme, die auf Wunsch der Klägerin erstellt worden ist, enthält keine relevanten Befunde, die zu einer anderen Bewertung führen würden. Im Wesentlichen werden Beschwerden geschildert, ohne dass die Angaben der Klägerin kritisch hinterfragt und objektiviert werden. Allerdings wird auch eingeräumt, dass die Klägerin (vier) bis sechs Stunden arbeiten könnte. Im Übrigen lag sie auch den Sachverständigen vor und wurde von diesen berücksichtigt.

Auch die - erneut auf Wunsch der Klägerin erstellte - Äußerung vom 23. April 2015 (im Rahmen der "Schubsymptomatik" der Psoriasis-Arthritis sei es in den letzten Jahren zu einer schmerzhaften Einschränkung der Gelenke und Sehnenansätze mit einer verstärkten Schmerzsymptomatik gekommen, die Wirksamkeit der Behandlung sei begrenzt unter bisheriger Medikation habe zumindest eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik um ca. 40 % erreicht werden können, es bestehe eine dauerhafte Schmerzsymptomatik im Bereich zahlreicher Gelenke, Sehnenansätze und Sehnenansätze, zu knöchernen Veränderungen im Bereich der Gelenke sei es bisher nicht gekommen, durch die Medikation komme es zu einer ausgeprägten Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Abgeschlagenheit, Schwindel, Kopfschmerzen sowie einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit, auch die depressive Störung werde verstärkt, die Nutzung des Rollators sei erforderlich, die vom Vorgutachter angeforderte Durchführung eines Geh-Tests sei nicht zielführend und im Rahmen

entzündlich-rheumatischer Erkrankungen nicht üblich; die Klägerin wolle wieder in das Arbeitsleben einsteigen, um eine vier- bis sechstündigen Arbeitstag durchstehen zu können seien frei wählbare fünf- bis sechsmalige betriebsunübliche Pausen von mindestens 10 Minuten Dauer notwendig, es müsse die Möglichkeit bestehen, sich hinzulegen oder durch Aufstehen und Bewegung die Schmerzen in den versteiften Gelenken zu lindern) ist nicht geeignet eine rentenberechtigende Leistungsminderung zu beweisen. Auch sie enthält keinen konkreten Befund und wurde von den Sachverständigen berücksichtigt. Die ebenfalls auf Wunsch und Veranlassung der Klägerin erstellte Bescheinigung vom 23. November 2016 (D: Psoriasis Arthritis [und Auflistung abgesetzter Medikamente], Z.n. Sacroiliitis bds. [MRT 09/11], Z.n. Plantarfasziitis rechts, periphere Gelenkbeteiligung, Z.n. Bursitis trochanter major bds. [MRT 03/16], Einzelniere rechts, Asthma bronchiale, Z.n. Hysterektomie [5/14], Zystische Läsion Unterbauch links, Laparoskopie 06/16; die Klägerin habe um schriftliche Bescheinigung gebeten, dass eine entzündliche Aktivität im Rahmen einer Psoriasis-Arthritis sich häufig nicht anhand möglicher erhöhter Entzündungsparameter wie BKS und CRP festmachen lasse, da typischerweise im Rahmen einer Psoriasis-Arthritis sowie im Rahmen der Erkrankungen aus dem Formenkreis der Spondylarthritiden klinisch entzündliche Aktivität am Gelenk ablaufen könne, ohne dass dies laborchemisch im Rahmen erhöhter Entzündungswerte bestätigt werden könne; das Fehlen erhöhter Entzündungsparameter bedeute nicht automatisch, dass sich keine entzündliche Aktivität im Bereich der Gelenke und sehen im Rahmen der entzündlichen Grunderkrankung ausschließen lasse, es bedeute, dass der Beurteilung der entzündlichen Aktivität der klinische Untersuchungsbefund herangezogen werden müsse, um das Ausmaß der Entzündung festzumachen; am Vorliegen einer Psoriasis-Arthritis bestehe kein Zweifel, wenn im Rahmen einer bestehenden Basistherapie die entzündliche Aktivität nicht komplett unter Kontrolle gebracht werden könne, sei es notwendig, eine entzündliche persistierende Gelenkssymptomatik wie bei der Klägerin mit einer zusätzlichen Steroidmedikation möglichst gering zu halten, die Klägerin nehme eine tägliche Steroidmedikation, bei Reduktion der Dosierung träten vermehrt Beschwerden auf; im Rahmen von Autoimmunerkrankungen wie z.B. der Psoriasis-Arthritis fänden sich häufig erhöhte ANA, so auch bei der Klägerin) beweist eine rentenberechtigende Leistungsminderung nicht. Sie enthält keine wesentlichen neuen Befunde, sondern u.a. allgemeine Ausführungen zur Aussagekraft bei der Klägerin fehlender Laborparameter bei der Diagnostik sowie Diagnosen bezüglich abgelaufener Erkrankungen ("Z.n.") und wurde von der Sachverständigen H. berücksichtigt. Die Einschätzungen von Dr. L.-S. sind zwar als die einer behandelnden Ärztin verständlich, sie sind jedoch nicht geeignet, als entscheidende gutachterliche Äußerung zu Grunde gelegt zu werden, da sie die Angaben der Klägerin - wie aber bei einem Gutachter zwingend erforderlich - nicht kritisch hinterfragen.

Es ist somit unter Berücksichtigung der Gutachten von Dr. L., des Sachverständigen W. und der Sachverständigen H. sowie der von der Beklagten vorgelegten sozialmedizinischen Stellungnahmen von Dr. L. und Dr. N. sowie aller vorliegender weiterer ärztlicher Äußerungen nicht mit der erforderlichen Gewissheit feststellbar, dass die Klägerin außer Stande ist, zumindest leichte berufliche Tätigkeiten mit den o. g. qualitativen Einschränkungen, insbesondere z.B. leichte Verwaltungs- und Aufsichtstätigkeiten (siehe auch Sachverständigengutachten des Rheumatologen W.) mit der Möglichkeit eines Haltungswechsels sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten und auch einen Arbeitsplatz zu erreichen. Auch das Erfordernis betriebsunüblicher Pausen ist aus den o.g. Gründen nicht mit der erforderlichen Gewissheit feststellbar bzw. widerlegt. Ungeachtet dessen, dass somit auch weder eine schwere spezifische Leistungseinschränkung, noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen feststellbar sind, was bei der Klägerin als sechs Stunden Leistungsfähige die Benennung einer konkreten Tätigkeit erforderlich machen würde, sind ihr hier jedenfalls die o.g. Tätigkeiten, die schon der Sachverständige W. genannt hat möglich und zumutbar. Die Klägerin ist somit weder voll, noch teilweise erwerbsgemindert.

Der Senat sieht den Sachverhalt auf Grund der vorliegenden Gutachten auf rheumatologischem, neurologisch-psychiatrischen und orthopädischem Gebiet als geklärt an, so dass weitere Ermittlungen nicht erforderlich sind.

Auch die Tatsache, dass die Klägerin nach ihren Angaben vor dem Termin ein Gutachten bei einer Lerntherapeutischen Einrichtung zur Überprüfung einer Legasthenie in Auftrag gegeben hat, gibt weder Veranlassung, die Vorlage eines entsprechenden Gutachtens abzuwarten, noch gibt dies Anlass zu weiteren Ermittlungen. Nach der vorgelegten "Vorabinformation" besteht gerade keine Lese-Rechtschreibstörung (im Sinne der medizinischen Diagnostik nach ICD-10). Soweit u.a. ein "V.a. Störung Arbeitsspeicher (verbal-auditiv)" geäußert wird, gebietet dies keine weiteren Ermittlungen, da die Klägerin insoweit bei allen gutachterlichen Untersuchungen, auch auf nervenärztlichem Gebiet, entsprechende Auffälligkeiten nicht gezeigt hat und solche auch nicht objektiviert worden sind. Im Übrigen sind der Klägerin grundsätzlich alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumutbar, auch einfacher und wenig anspruchsvoller Art, und muss sie nicht in der Lage sein, intellektuell anspruchsvolle Arbeiten, zu verrichten.

Soweit der Bevollmächtigte der Klägerin zuletzt hilfsweise beantragt hat, Prof. Dr. B. unter Vorlage der mit Schriftsatz vom 23. Mai 2016 vorgelegten schriftlichen Stellungnahme der Klägerin zu einer schriftlichen Erläuterung seines Sachverständigengutachtens bezüglich der von der Klägerin aufgeworfenen Punkte und Einwendungen zu veranlassen, hilfsweise den Sachverständigen zu einer mündlichen Erläuterung hierzu zu veranlassen, ist schon zweifelhaft, ob auf Grund der Bezugnahme auf die siebzehnseitige Stellungnahme der Klägerin vom 14. Mai 2016 ohne nähere Formulierung, was unter Beweis gestellt werden soll, ein ordnungsgemäßer Beweisantrag vorliegt. Dies kann dahinstehen, denn selbst wenn von einem entsprechenden Beweisantrag auszugehen ist, bestand kein Anlass, dem nachzukommen, was der Klägerin schon mit Schreiben vom 8. November 2016 und 17. April 2017 mitgeteilt worden ist, indem darauf hingewiesen worden ist, dass weitere Ermittlungen nicht erfolgen würden. Der Senat vermag ihrem Vorbringen und dem ihres Bevollmächtigten keine offenen und klärungsbedürftigen Fragen und Einwände zu entnehmen, die entscheidungserheblich wären. Solche hat der Bevollmächtigte der Klägerin auch nicht aufgezeigt. Das Gutachten von Prof. Dr. B. ist schlüssig und eindeutig und bedarf aus Sicht des Senats keiner weiteren "Erläuterung". Im Übrigen und unabhängig von diesem Gutachten ergibt sich schon allein aus dem Gutachten der Sachverständigen H., die auf Antrag der Klägerin gehört worden ist, eindeutig, dass von einer rentenberechtigenden Leistungsminderung nicht ausgegangen werden kann, sondern eine solche vielmehr auszuschließen ist.

Es besteht auch kein Anspruch auf Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens nach [§ 109 SGG](#). Dass die auf Antrag der Klägerin eingeholten Gutachten des Rheumatologen W. im Verfahren vor dem SG und der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie H. nicht zu einem von der Klägerin erhofften Ergebnis gelangt sind, stellt keinen besonderen Umstand dar, der es gebieten würde, ein weiteres Gutachten auf psychiatrisch-nervenärztlichem Gebiet nach [§ 109 SGG](#) einzuholen. Soweit die Klägerin einen Befangenheitsantrag gegen die Sachverständigen H. gestellt hat, ist dieser erfolglos geblieben (Beschluss des Senats vom 8. Mai 2017), so dass auch insofern ein Grund, ein weiteres Sachverständigengutachten nach [§ 109 SGG](#) einzuholen, nicht vorliegt.

Da das SG somit die Klage zu Recht abgewiesen hat, weist der Senat die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Rahmen des dem Senat nach [§ 193 SGG](#) eingeräumten Ermessens war für den Senat maßgeblich, dass die Klägerin mit der Rechtsverfolgung ohne Erfolg geblieben ist und die Beklagte keinen Anlass zur Klageerhebung gegeben hat. Der Senat hält es auch im Falle einer Zurückweisung des Rechtsmittels für erforderlich, nicht nur über die Kosten des Rechtsmittelverfahrens zu entscheiden, sondern auch über die Kosten der vorausgehenden Instanz (so Lüdtkke, Kommentar zum SGG, 4. Aufl., [§ 193 SGG](#) Rdnr. 8; erkennender Senat, Urteil vom 19. November 2013, [L 13 R 1662/12](#), veröffentlicht in Juris; a.A. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 2a; Hintz/Lowe, Kommentar zum SGG, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 11; Jansen, Kommentar zum SGG, 4. Auflage, [§ 193 SGG](#) Rdnr. 4).

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-06-04