

L 13 R 56/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 14 R 420/06

Datum

16.11.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 56/07

Datum

14.11.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16. November 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch der Klägerin auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1950 im Ungarn geborene Klägerin zog 1979 ins Bundesgebiet zu und war mit großen Unterbrechungen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit wiederholt als Verkäuferin sozialversicherungspflichtig beschäftigt, zuletzt in einer Bäckereifiliale von Oktober 1999 bis zur Schließung im Dezember 2000. 1990 kam ihr 1968 geborener Sohn bei einem Autounfall ums Leben.

Bei der Klägerin ist seit 7. März 2005 ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 anerkannt. Festgestellt wurde ein Einzel-GdB von 30 für seelische Störung, somatoforme Störung sowie von jeweils 10 für Schwerhörigkeit mit Ohrgeräuschen, Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit muskulären Verspannungen, Refluxkrankheit der Speiseröhre und chronische Magenschleimhautentzündung sowie Herzrhythmusstörungen und Bluthochdruck.

Der erste Rentenantrag der Klägerin vom 13. September 2002 blieb erfolglos (Bescheid vom 7. Januar 2002, Widerspruchsbescheid vom 10. Juli 2002). Sie hatte angegeben, sie könne wegen psychischer Erkrankungen, Hörsturz vom Oktober 2001 mit Tinnitus, Allergien, Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS) und Halswirbelsäule (HWS) sowie chronischer Gastritis seit Oktober 2001 keine Arbeiten mehr verrichten. Anlässlich einer ambulanten Begutachtung durch den Neurologen und Psychiater Dr. H. (Gutachten vom 20. November 2001) gab die Klägerin in diesem Verfahren an, sie habe Depressionen und Schlafstörungen. Insbesondere um den Todestag ihres Sohnes herum gehe es ihr besonders schlecht. Darüber hinaus habe sie eine rheumatische Erkrankung, denn sie habe dauernd Kopfschmerzen, der ganze Körper schmerze und sie sei unruhig. Im Herbst 2000 habe sie eine schwere Grippe gehabt, sie sei wegen Schwindel einmal umgefallen und habe im Oktober 2001 einen Hörsturz links erlitten. Davon seien Gleichgewichtstörungen, ein Ohrgeräusch links und ein vermindertes Hörvermögen links zurückgeblieben. Außerdem habe sie Allergien, die sie auch auf Nachfrage nicht näher benannte, und leide seit zwei Monaten an einem Herzdruck. Seit über 10 Jahren habe sie Magenbeschwerden und zweimal ein Magengeschwür gehabt. Im psychischen Befund wurde beschrieben, die Stimmungslage sei im Wesentlichen ausgeglichen, die Klägerin wirke nicht sozial ängstlich, Konzentrationsfähigkeit und Merkfähigkeit seien gut, es lägen weder Antriebsminderung noch alerte Reaktionen, inhaltliche oder formale Denkstörungen oder andere psychotische Symptome vor. Ihr Leidensdruck sei nicht besonders hoch.

Dr. H. diagnostizierte eine langfristige Trauerreaktion mit Somatisierungstendenz, eine somatoforme autonome Funktionsstörung, einen Tinnitus links und eine Hörminderung links und hielt die Klägerin noch für fähig, auch im Beruf der Verkäuferin sechs Stunden und mehr täglich zu arbeiten.

Am 12. Februar 2005 beantragte die Klägerin erneut eine Rente wegen Erwerbsminderung und gab an, sie habe vor drei Jahren einen Gehörsturz erlitten, seit drei bis vier Jahren orthopädische Probleme, seit 12 Jahren Asthma, seit 15 Jahren Herzbeschwerden und Magenprobleme. Deshalb könne sie als Verkäuferin höchstens drei Stunden täglich erwerbstätig sein.

Die Beklagte ließ die Klägerin durch die Orthopädin Dr. C. (Gutachten vom 31. März 2005), den Internisten Dr. B. (Gutachten vom 12. April 2005) und den Neurologen und Psychiater Dr. R. (Gutachten vom 19. Mai 2005) begutachten. Die Gutachter kamen übereinstimmend zu

dem Ergebnis, dass die Klägerin noch sechs Stunden und mehr täglich körperlich leichte Arbeiten mit einigen qualitativen Leistungseinschränkungen verrichten könne.

Die Beklagte lehnte daraufhin den Rentenanspruch vom 15. Februar 2005 mit der Begründung ab, die Klägerin könne sowohl auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch sozial zumutbar als kaufmännische Angestellte oder Verwaltungsangestellte für Bürohilfstätigkeit im kaufmännisch-verwaltenden Bereich von Handels- und Wirtschaftsunternehmen und in Behörden sechs Stunden und mehr täglich erwerbstätig sein. Daher liege keine Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit vor (Bescheid vom 13. Juli 2005).

Im anschließenden Widerspruchsverfahren machte die Klägerin geltend, sie sei gesundheitlich nicht mehr fähig zu arbeiten. Sie legte zur Begründung ein Attest des praktischen Arztes Dr. A. vom 1. September 2005, einen Arztbrief des Orthopäden Dr. P. vom 4. August 2005 sowie ein Attest der Nervenärztin Dr. Z. vom 30. August 2005 vor. Dr. Z. berichtete, bei der Klägerin träten seit dem Tod des Sohnes rezidivierende depressive Episoden auf, die sich zu einer Panikstörung mit Agoraphobie ausgeweitet hätten. Die Depression äußere sich in einem gereizt aggressiven Verhalten und zunehmender Verbitterung bezüglich Therapieangeboten.

Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 2005). Die im Widerspruchsverfahren mitgeteilten Gesundheitsstörungen seien bei der Leistungsbeurteilung bereits berücksichtigt worden.

Zur Begründung der dagegen am 9. November 2005 (Eingang bei Gericht) beim Sozialgericht München (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin erneut vorgetragen, sie sei gesundheitlich nicht mehr fähig zu arbeiten. Sie hat zur Begründung neben den im Widerspruchsverfahren vorgelegten Unterlagen Arztbriefe des Dermatologen Dr. F. vom 21. November 2005 und des Radiologen Dr. W. vom 17. November 2005 vorgelegt.

Das SG hat eine Auskunft des letzten Arbeitgebers vom 24. März 2006 eingeholt, der angegeben hat, die Klägerin sei vom 4. Oktober 1999 bis 31. Dezember 2000 in Vollzeit (38 Stunden pro Woche) als ungelernte Bäckereiverkäuferin beschäftigt worden.

Der die Klägerin behandelnde praktische Arzt Dr. A. hat in einem Befundbericht vom 6. April 2006 angegeben, diese klage über Kopf-, Magen-, Rücken- und Gliederschmerzen. Es bestünden eine Angstdepression, Hypertonie, Hypothyreose, Refluxösophagitis, Hyperlipidämie und chronische Bronchitis bei schwankenden Befunden. Beigefügt waren Arztbriefe des Kardiologen Dr. B. vom 10. März 2006 über den Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit, der Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. K. mit der Diagnose einer Refluxösophagitis mit dadurch ausgelöster bronchialer Hyperreagibilität und des Internisten und Gastroenterologen Dr. E. vom 14. März 2006 über eine mit Ausnahme einer Fettleber Grad II und einer Pankreaslipomatose unauffällige Abdomen-Ultraschalluntersuchung.

Das SG hat die Klägerin durch den Orthopäden Dr. K. (Gutachten vom 14. Juli 2006), den Internisten Dr. M. (Gutachten vom 18. Juli 2006) und den Neurologen und Psychiater Dr. P. (Gutachten vom 29. August 2006) ambulant begutachten lassen. Auch diese Sachverständigen sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin körperlich leichte Arbeiten mit einigen qualitativen Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann.

Das SG hat sich der Leistungsbeurteilung der Sachverständigen angeschlossen und die Klage abgewiesen (Urteil vom 16. November 2006, der Klägerin zugestellt am 29. Dezember 2006). Die Klägerin sei aufgrund der medizinischen Ermittlungen noch in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich leichte Arbeiten mit einigen qualitativen Leistungseinschränkungen zu verrichten. Daher seien die Voraussetzungen für eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nicht gegeben. Bei ihr liege auch keine Berufsunfähigkeit vor, denn sie habe keine abgeschlossene Berufsausbildung, sei zuletzt als angelernte Bäckereiverkäuferin beschäftigt gewesen und damit auf die gesamte Breite des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar.

Dagegen hat die Klägerin am 22. Januar 2007 (Eingang bei Gericht) beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und zur Begründung angegeben, sie könne nicht verstehen, warum sie nach so vielen ärztlichen Attesten keinen Rentenanspruch habe. Im Anschluss an einen Erörterungstermin vom 28. März 2007 hat sie am 16. April 2007 mitgeteilt, sie leide unter Müdigkeit, Schwindel und Kopfschmerzen, sei am 10. April 2007 beim Einkaufen zusammengebrochen und notärztlich behandelt worden. Beigefügt war ein Bericht der interdisziplinären Nothilfe des Rotkreuz-Krankenhauses M. über eine ambulante Behandlung der Klägerin am 10. April 2007. Sie hat dort angegeben, ihr sei beim Einkaufen plötzlich schwindelig geworden mit Übelkeit und Erbrechen. Sie habe keine Synkope gehabt, keinen Kollaps erlitten und habe sich noch setzen können. Es bestand ein diskreter Nystagmus nach links bei im Übrigen unauffälligen Befunden. Als Diagnose wurde ein paroxysmaler Schwindel angegeben. Dr. A. hat auf Anfrage mitgeteilt, die Klägerin leide unter Müdigkeit und Kreislaufdysregulation und sei in diesem Jahr generell kränker als früher. Beigefügt waren Arztbriefe der Nervenärztin Dr. Z. vom 30. Mai 2007 über eine Behandlung wegen stressbedingter Infektanfälligkeit, Erschöpfbarkeit und Müdigkeit, des Internisten und Endokrinologen Prof. Dr. W. vom 1. April 2007 mit der Empfehlung, die Substitutionstherapie bei Struma Grad I beizubehalten, des Internisten und Gastroenterologen Dr. E. vom 30. April 2000 über eine bis auf die bekannte Fettleber unauffällige Abdomen-Ultraschalluntersuchung, des Kardiologen Dr. N. vom 9. Mai 2007 über eine Behandlung wegen nicht angina-pectoris-typischer Beschwerden bei bekannten leichtgradigen Erregungsrückbildungsstörungen im EKG sowie gut eingestelltem Blutdruck bei der Langzeit-Blutdruckmessung und des HNO-Arzt Dr. K. vom 19. März 2007 über eine Innenohrschwerhörigkeit links von 40 bis 80 dB mit lautem Tinnitus und starkem Leidensdruck.

Ergänzend dazu hat Dr. A. den Entlassungsbericht vom 10. Juli 2007 über eine stationäre Behandlung der Klägerin vom 2. bis 10. Juli 2007 in der Klinik für Rheumatologie/Klinische Immunologie des Krankenhauses M. übersandt. Die Aufnahme erfolgte wegen unklarer, wechselnd lokalisierter Myalgien und Arthralgien an Armen, Beinen, Rücken, Ellenbogen, Handgelenken, Kniegelenken und Sprunggelenken mit Verdacht auf beginnende primär biliäre Zirrhose (CREST-Overlap).

Der Senat hat zu diesen Unterlagen eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. M. vom 10. September 2007 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, ausgehend von den klinischen Untersuchungsbefunden ergebe sich aus der im Krankenhaus M. geäußerten Verdachtsdiagnose keine quantitative Leistungsbeeinträchtigung. Sollte sich die Diagnose bestätigen, wären Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die feinmotorische Geschicklichkeit der Hände oder die grobe manuelle Kraft sowie Arbeiten unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft auszuschließen. Falls die Zirrhose fortschreite, könne sich zukünftig auch eine quantitative Einschränkung ergeben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 16. November 2006 und den Bescheid vom 13. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr aufgrund des Antrags vom 15. Februar 2005 Rente wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

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

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 13. Juli 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2005 mit dem es die Beklagte abgelehnt hat, der Klägerin aufgrund ihres Antrags vom 15. Februar 2005 eine Rente wegen Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit zu zahlen. Das SG hat die dagegen erhobene Klage mit Urteil vom 16. November 2006 zu Recht abgewiesen.

Der Anspruch der Klägerin richtet sich nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung (§ 300 Abs. 1 SGB VI). Erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden (teilweise Erwerbsminderung) bzw. drei Stunden (volle Erwerbsminderung) täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Diese Voraussetzungen sind bei der Klägerin nicht erfüllt. Zwar hat sie die allgemeine Wartezeit (§§ 43 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Abs. 2 S. 1 Nr. 3, 50 Abs. 1 Satz 1, 51 Abs. 1 SGB VI) und die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 43 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB VI) für diese Renten erfüllt, da sie nach dem bei der Beklagten geführten Versicherungskonto zuletzt von August 1999 bis zur Antragstellung Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt hat. Bei ihr liegt jedoch weder eine volle oder teilweise Erwerbsminderung noch eine teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit vor.

Sowohl die umfassende Begutachtung im Verwaltungsverfahren als auch die erneute Begutachtung im sozialgerichtlichen Verfahren haben ergeben, dass die Klägerin noch mindestens sechs Stunden täglich körperlich leichte Arbeiten verrichten kann.

Bei Dr. C. hat die Klägerin u.a. berichtet, ihre langwierigen Beschwerden an der Wirbelsäule hätten sich unter körperlicher Schonung gebessert. Der Nacken sei sehr kälteempfindlich und es entstünden oft vom Nacken aufsteigende Kopfschmerzen. Die Untersuchung hat einen altersentsprechenden Befund ohne neurologische Auffälligkeiten ergeben. Dr. C. hat chronisch rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur, eine beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur und eine pathologische Beschwielung der Vorfüße bei Deformitäten diagnostiziert. Die von der Klägerin an der Wirbelsäule angegebenen Beschwerden seien klinisch nachvollziehbar. Der aktuelle (unauffällige) Befund sei mit Sicherheit auf einen körperlichen Schonungseffekt zurückzuführen. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten aus wechselnder Ausgangslage ohne schweres Heben und Tragen, häufiges Bücken, ständige Zwangshaltung oder den Einfluss von Kälte und Nässe könne die Klägerin noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten.

Bei Dr. B. hat die Klägerin u.a. angegeben, 1990 sei bei einer Herzkatheteruntersuchung eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen worden. Sie habe schon seit fünf bis sechs Jahren Angstgefühle, die medikamentös behandelt würden. Ihr Hauptproblem seien aber Atemnotbeschwerden, die meist witterungsbedingt aufträten. Auch Schmerzen am Bewegungsapparat träten meist im Winter und abhängig von ihren Depressionen auf. Die Untersuchung hat mit Ausnahme bereits bekannter Erregungsrückbildungsstörungen weitgehend unauffällige Befunde ergeben. Eine hypertensive Herzerkrankung und eine koronare Herzerkrankung waren bereits durch Voruntersuchungen der behandelnden Kardiologen im September 2004 und Januar/Februar 2005 ausgeschlossen worden. Bei der Lungenfunktion zeigte sich eine deutliche Obstruktion der kleinen Atemwege bei guter peripherer Durchblutung. Die Laborwerte waren unauffällig. Zusammenfassend ist Dr. B. davon ausgegangen, dass neben einer plausiblen Belastungsdyspnoe (Atembeschwerden beim Treppensteigen und bei kurzfristigen Anstrengungen) die geklagten Beschwerden wegen ihrer Abhängigkeit von Jahreszeit und psychischer Verfassung und ihres Auftretens als Ganzkörperproblematik mit wechselndem Beschwerdebild und neuerdings berichteten Gehstörungen mit Schwindelsymptomatik, die bei der Untersuchung nicht erkennbar waren, eher einer Psychosomathose zuzuordnen seien. Auch hat er Zweifel an der Compliance der Klägerin bezüglich der medikamentösen Therapien geäußert. Er hat eine obstruktive Atemwegserkrankung bei langjährigem exzessiven Nikotinabusus sowie nebenbefundlich einen Mitralklappenprolaps, anamnestisch einen Zustand nach Perimyokarditis, eine medikamentös kompensierte chronische arterielle Hypertonie sowie einen Verdacht auf rezidivierende Sinubronchitis und als fachfremde Diagnosen eine chronifizierte Angststörung mit psychosomatischem Beschwerdekomplex sowie einen entzündlichen Spreizfuß diagnostiziert und ausgeführt, die Klägerin könne noch mindestens sechs Stunden täglich körperlich leichte Arbeiten ohne längeres Stehen, ungünstiges Raumklima, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, wesentlichen Zeitdruck, Stresseinfluss oder Exposition von inhalativen Belastungen verrichtend.

Bei Dr. R. hat die Klägerin angegeben, 1989 habe der Verdacht auf einen Herzinfarkt bestanden, der sich aber nicht bestätigt habe. Im Oktober 2004 und im Januar 2005 habe sie wegen Herzjagen behandelt werden müssen, an dem sie fast gestorben sei. Sie leide aktuell unter Atemnot, Herzbeschwerden, Magenbeschwerden, Depressionen, schmerzhaften Lumbalgien mit Ausstrahlung in beide Beine und oft unter einem Brennen in beiden Beinen. Der neurologische Untersuchungsbefund war auch diesmal unauffällig. Psychisch hat Dr. R. die Klägerin als sehr klagsam, jede Körperempfindung überkritisch-ängstlich wahrnehmend bei im Übrigen unauffälligem psychiatrischen

Befund beschrieben und multiple somatoforme Störungen ohne Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit diagnostiziert.

Bei Dr. K. hat die Klägerin angegeben, sie leide seit mehr als fünf Jahren unter Beschwerden an der HWS, an der LWS, an beiden Sprunggelenken und Füßen und gelegentlich an den Hüften und Kniegelenken. Durch den Wegfall der beruflichen Belastungen sei keine grundsätzliche Linderung eingetreten, was allerdings den früheren Angaben der Klägerin insbesondere bei der Begutachtung durch Dr. C. im März 2005 widerspricht. An der HWS träten die Beschwerden phasenweise kurz anhaltend auf, besonders in der kalten Jahreszeit. An der LWS habe sie seit 2003 zweimal heftige Schmerzphasen gehabt. Die Schmerzen würden sich bei längerem Sitzen und unter Kälteeinfluss verstärken. Sie habe auch gelegentlich Gefühlsstörungen in beiden Beinen. An den oberen Extremitäten hat die Klägerin nur punktuelle Missempfindungen an den Schulter- und Ellbogengelenken angegeben, an den unteren Extremitäten belastungsabhängig bei längerem Stehen Leistenschmerzen und Schmerzen in den Kniegelenken sowie täglich auftretende Schmerzen in beiden Fuß- und Sprunggelenken, verstärkt bei längerem Gehen und Stehen. Sie könne wegen der Schmerzen nur bis zu 800 m gehen. Die Untersuchung ergab an der LWS eine endgradig eingeschränkte Seitneigung, an der HWS eine endgradige Bewegungseinschränkung bei der Drehung nach rechts, im Übrigen aber keine Funktionseinschränkungen (FBA 0, Ott 30/33, Schober 10/15), keine neu-rologischen Auffälligkeiten und keine auffallende Druckschmerzhaftigkeit. Die oberen Extremitäten waren frei beweglich und auch an den Händen fanden sich keine pathologischen Befunde. Bei den unteren Extremitäten zeigte die Klägerin unbeobachtet ein gleichmäßiges und ausreichend raumgreifendes Gangbild. Zehen-, Fersen- und Einbeinstand wurden ausreichend sicher durchgeführt. An den Hüftgelenken war die Einwärtsdrehung beidseits eingeschränkt bei Leistendruckschmerz, an den Kniegelenken fand sich bis auf einen mäßigen Patellaverschiebeschmerz bei leichtem retropatellaren Reiben kein pathologischer Befund. Die oberen Sprunggelenke wiesen deutliche Ergussbildungen auf und waren druckschmerzhaft. Es fanden sich Deformitäten der Zehen und eine endgradige Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks sowie ein deutlicher Vorfußkompressionsschmerz. Der neurologische Status war erneut unauffällig. Dr. K. hat einen HWS-Verschleiß mit Muskelreizerscheinungen (beginnende Spondylarthrose C3 bis 7, beginnende Spondyloosteochondrose C5/6), beginnende bis mäßiggradige Aufbraucherscheinungen der LWS mit wiederkehrenden Schmerzzuständen (Osteochondrose L4/5, Spondylarthrose L 5/5 1), einen Hüftverschleiß beidseits mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung (Coxarthrose Grad II nach Mose) und einen beginnenden Rückfußverschleiß mit entzündlichen Reizzuständen, schmerzhafter Fußfehlform (Hohl-Spreizfuß) und Zustand nach Bruch des 3. Mittelfußknochens rechts diagnostiziert. Nach seinen Ausführungen schränken die Aufbraucherscheinungen der HWS und LWS sowie die schmerzhaften Veränderungen an den Füßen die berufliche Leistungsfähigkeit der Klägerin ein. Durch die Veränderungen an Hüftgelenken und Füßen wird außerdem die Geh- und Stehleistung der Klägerin herabgesetzt. Aufgrund von als witterungsabhängig beschriebenen polytopen Gelenkschmerzen besteht der Verdacht auf ein rheumatisches Geschehen, wobei jedoch keine entsprechenden radiologischen Veränderungen festzustellen waren. Eine grundlegende Verschlechterung der Befunde gegenüber der Vorbegutachtung hat Dr. K. verneint. Die Klägerin kann nach seiner Auffassung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Arbeiten in Zwangshaltungen (Überkopfarbeiten) mit Lasten über 10 kg oder in Rumpfbeugehaltung sind ihr nicht mehr möglich. Die Wegefähigkeit ist nicht eingeschränkt und zusätzliche Pausen sind nicht erforderlich.

Bei Dr. M. hat die Klägerin angegeben, sie fühle sich immer müde und abgeschlagen und ihr Blutdruck steige oft krisenhaft an. Sie habe dann Herzrasen, ein Globusgefühl im Hals und bekomme Panik. Sie sei in den letzten Jahren sehr infektanfällig gewesen und habe bei höherer Belastung Atemnot. Sie fühle sich antriebslos und depressiv, müsse ständig an ihren verstorbenen Sohn denken und habe dadurch ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen. Sie habe eigentlich keine Lust mehr zu leben, doch ihr Glaube verbiete ihr, sich das Leben zu nehmen. In geschlossenen Räumen und bei größeren Menschenansammlungen verspüre sie ausgeprägte Angst- und Panikattacken. Sie lebe allein und zurückgezogen in ihrer Wohnung und suche keinen Kontakt zu Freunden. Sehr störend sei ein dauerhaftes Ohrgeräusch links und sie habe das Gefühl, auch rechts bald einen Hörsturz zu bekommen. Im orthopädischen Bereich hat die Klägerin u.a. gehäufte Schmerzen an den Vorfüßen und Zehen, an beiden Händen, allen Fingern und der gesamten Wirbelsäule angegeben, wobei die Begutachtung im Juli erfolgte, so dass eine witterungsabhängige Zunahme der Beschwerden nicht anzunehmen ist.

Bezüglich der Psyche hat Dr. M. darauf hingewiesen, die Klägerin sei anders als bei den Vorbegutachtungen nicht übertrieben klagsam, sondern lethargisch und wirke mittel- bis schwergradig depressiv. Neurologisch und orthopädisch ergaben sich keine vom Vorgutachten Dr. K. abweichenden Befunde. Ergometrisch (Abbruch bei 75 W wegen Ermüdung und Erschöpfung) waren erstmals auch unter Belastung Erregungsrückbildungsstörungen erkennbar. Dr. M. hat hierzu allerdings ausgeführt, aufgrund der unauffälligen Echokardiographie und der auch im Übrigen unauffälligen Befunde sei dennoch nicht von einer koronaren Herzkrankheit auszugehen. Bei der Lungenfunktionsprüfung zeigte sich eine leichtgradige Obduktion der kleinen Atemwege. Die Oberbauchsonographie zeigte die bekannte Fettleber ohne Hinweis für eine Zirrhose. Die Laborwerte waren bis auf eine Fettstoffwechselstörung ebenfalls unauffällig. Dr. M. hat eine obstruktive Atemwegserkrankung, derzeit gut kompensiert bei langjährigem Nikotinmissbrauch, eine allergische Diathese, eine arterielle Hypertonie, eine leichtgradige Hypercholesterinämie und Hyperlipidämie, einen leichtgradigen Mitralklappenprolaps ohne signifikante Insuffizienz, eine unkomplizierte Varikosis an beiden Unterschenkeln, eine Innenohrschwerhörigkeit links bei Zustand nach Hörsturz links mit chronischem Tinnitus, eine langfristige Trauerreaktion mit Somatisierungstendenz sowie eine Agoraphobie und rezidivierende Panik- und Angstattacken diagnostiziert. Nach seinen Feststellungen liegt keine schwerwiegende kardiopulmonale Leistungsbeeinträchtigung vor. Der Blutdruck ist gut eingestellt und die leichtgradige Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie kann diätetisch behandelt werden. Aktuell bestand bei der Klägerin eine mittel- bis schwergradig ausgeprägte depressive Symptomatik mit Angabe rezidivierender Panik- und Angststörungen sowie einer zunehmenden Agoraphobie, wobei offenbar keine ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung und auch keine adäquate antidepressive Medikation erfolgte. Unter Berücksichtigung der internistischen und orthopädischen Gesundheitsstörungen ist die Klägerin nach Angaben des Sachverständigen Dr. M. noch in der Lage, vollschichtig leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen zu verrichten. Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie an rotierenden Maschinen oder am Fließband sind wegen des Tinnitus, der Innenohrschwerhörigkeit links und möglicher Schwindelsymptomatik nicht mehr möglich. Wegen der Gesundheitsstörungen an der Wirbelsäule sind auch überwiegende Arbeiten in Rumpfbeugehaltung oder in Haltungs-konstanz, in Zwangshaltung des Kopfes oder Überkopfarbeiten sowie das Hantieren mit größeren Lasten nicht mehr zumutbar. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit oder die Notwendigkeit zusätzlicher Pausen besteht nicht. Aufgrund der depressiven Symptomatik und der Schlafstörungen sind aber Arbeiten in Nacht- oder Wechselschicht, unter Zeitdruck, unter sehr hoher Stressbelastung, in kleinen, geschlossenen und fensterlosen Räumen sowie Arbeiten mit wesentlicher Verantwortung für Personen oder Maschinen oder die Steuerung und Überwachung komplexer Arbeitsvorgänge nicht mehr zumutbar. Aufgrund der allergischen Diathese muss auch eine Exposition von inhalativen Belastungen vermieden werden.

Bei Dr. P. hat die Klägerin angegeben, seit zwei bis drei Jahren komme es unregelmäßig immer wieder zu Angstzuständen, vor allem in Menschenansammlungen oder U-Bahnen. Sie könne aber durchaus noch U-Bahn fahren. Die Angstzustände würden von Schweißausbruch,

Beklemmung auf der Brust und allgemeinem Druckgefühl begleitet. Sie habe Angst umzufallen, was aber nie geschehen sei. Außerdem habe sie seit Jahren immer wieder auftretende Depressionen, sei niedergeschlagen, grüble viel, ziehe sich zurück, könne nicht einschlafen und nicht durchschlafen und sei dann in der Frühe müde und ohne Antrieb. Sie habe immer wieder auftretende stechende Magenschmerzen mit begleitender Übelkeit, immer wieder auftretende drückende Kopfschmerzen diffuser Lokalisation, Schmerzen im Bereich beider Füße, verstärkt bei Belastungen wie Gehen und Stehen, stechende Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Umgebung vor allem entlang des Rückens zu den Schulterblättern sowie immer wieder auftretende und oft lang anhaltende stechende Kreuzschmerzen, verstärkt bei Belastungen wie längerem Gehen oder Stehen mit Schmerzausstrahlung zu den Beinen in Richtung beider Leisten. Psychopharmaka nehme sie nicht. Der neurologische Untersuchungsbefund war erneut unauffällig. Bei der psychischen Untersuchung fand sich keine Verlangsamung, keine Einschränkung von Gedächtnis, Merkfähigkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit. Die Klägerin konnte sich auch auf überraschende Wendungen im Gespräch und bei der Untersuchung einstellen, schien aber affektiv leicht sorgenvoll gestimmt bei guter affektiver Schwingungsfähigkeit. Antriebsstörungen, tageszeitliche Befindlichkeitsschwankungen, Vitalstörungen oder sonstige Anhaltspunkte für eine tiefergehende Depression fanden sich nicht. Wie auch die Vorgutachter beschreibt Dr. P., dass die Klägerin den Unfalltod ihres Sohnes wohl nicht über-wunden hat. Sie verdrängt familiäre Belastungen und Probleme und ist auch durch zwei gescheiterte Ehen belastet. Eine gezielte medikamentöse oder psychotherapeutische Therapie konnte auch Dr. P. den medizinischen Unterlagen und den Angaben der Klägerin nicht entnehmen. Dr. P. hat eine depressive Entwicklung im Sinne chronischer dysthymaler Störungen mit überlagernden depressiven Reaktionen bei Anpassungs- und Belastungsstörungen, eine chronische Angststörung vorwiegend mit Agoraphobien sowie eine Somatisierungsneigung diagnostiziert. Gegenüber der Vorbegutachtung durch Dr. R. hat sich der psychiatrische Befund nach Feststellung des Dr. P. etwas verschlechtert, doch hat sich keine tiefergehende depressive Störung entwickelt. Insgesamt stehen seiner Auffassung nach die orthopädischen und internistischen Gesundheitsstörungen im Vordergrund. Die depressive Entwicklung wird durch die bereits von Dr. M. genannten qualitativen Leistungseinschränkungen hinreichend berücksichtigt. Eine quantitative Leistungseinschränkung oder eine Einschränkung der Wegefähigkeit durch die Agoraphobie hat Dr. P. nicht bestätigt. Die Klägerin ist auch nach eigenen Angaben durchaus in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Die von den Sachverständigen erhobenen Befunde lassen auch nach Überzeugung des Senats den Schluss zu, dass die Klägerin noch mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Es liegen insbesondere keine gravierenden Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und der Gelenke, keine neurologischen Ausfälle, keine wesentliche Einschränkung der Herz-Kreislauf-Belastbarkeit und der Lungenfunktion und keine schweren psychischen Beeinträchtigungen vor, die eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens begründen könnten. Daher schließt sich der Senat den Feststellungen der Sachverständigen an. Mittelschwere und schwere Arbeiten sind der Klägerin wegen der von Dr. K. festgestellten Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule und der von Dr. M. festgestellten arteriellen Hypertonie, der leichtgradigen obstruktiven Lungenfunktionsstörung sowie einer nicht völlig auszuschließenden koronaren Herzerkrankung nicht mehr möglich. Aufgrund dieser Lungenfunktionsstörung und der Infektanfälligkeit sollten ihr auch Arbeiten in Kälte, Nässe und Zugluft sowie unter dem Einfluss inhalativer Reizstoffe nicht zugemutet werden. Die bestehende Innenohrschwerhörigkeit links mit Tinnitus schließt Arbeiten mit besonderen Anforderungen an das Hörvermögen, die depressive Symptomatik und Schlafstörungen schließen eine Tätigkeit in Nachtschicht oder Wechselschicht sowie Tätigkeiten unter Zeitdruck oder sehr hoher Stressbelastung ebenso aus wie Arbeiten, die mit wesentlicher Verantwortung für Personen oder Maschinen oder der Steuerung und Überwachung komplexer Arbeitsvorgänge verbunden sind. Auch sollte die Tätigkeit wegen der rezidivierenden Panikattacken und Angststörungen der Klägerin nicht in kleinen, geschlossenen Räumen ausgeübt werden. Die von ihr beschriebene Schwindelsymptomatik schließt auch Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an rotierenden Maschinen oder am Fließband aus. Die Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule lässt überwiegende Arbeiten in Rumpfbeugehaltung oder in Zwangshaltung, insbesondere in Zwangshaltung des Kopfes wie beispielsweise Überkopfarbeiten nicht zu. Wegen der Minderbelastbarkeit der Füße sollte die Tätigkeit überwiegend im Sitzen ausgeübt werden. Bezüglich der Wegefähigkeit haben die Sachverständigen übereinstimmend keine rentenrelevante Einschränkung festgestellt. Die Klägerin ist sowohl aus orthopädischer und internistischer als auch aus psychiatrischer Sicht in der Lage, übliche Wege von und zur Arbeitsstelle zurückzulegen. Insbesondere ist sie durch die von ihr angegebene Agoraphobie sowie Panik- und Angstattacken nicht gehindert, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, was die Klägerin auch selbst gegenüber Dr. P. bestätigt hat. Zusätzliche Pausen hat keiner der Sachverständigen für erforderlich gehalten. Die genannten qualitativen Leistungseinschränkungen beinhalten keine schwere spezifische Leistungsbehinderung, die den Zugang der Klägerin zum Arbeitsmarkt so wesentlich einschränken würde, dass eine Verweisungstätigkeit zu benennen wäre. Auch liegt trotz der Häufung qualitativer Leistungseinschränkungen keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die eine solche Benennung erforderlich machen würde.

Auch die im Berufungsverfahren eingeholten medizinischen Unterlagen führen zu keiner anderen Leistungsbeurteilung. Wie Dr. M. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. September 2007 ausgeführt hat, wurde die Klägerin zwischenzeitlich wegen diffuser Schmerzen, gehäufter grippaler Infekte, Angabe von Fieber und Nachtschweiß, einer vorübergehenden Erhöhung des CK-Wertes und erhöhter Antikörper eingehend untersucht und der Verdacht auf eine beginnende, primär biliäre Zirrhose (CREST-Overlap-Syndrom) geäußert. Dabei handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, für die mit Ausnahme einer verdichteten Leber bei leichtgradig erhöhtem LDH eine weitere Organbeteiligung ausgeschlossen werden konnte. Insbesondere waren keine Verschlechterung der Lungenfunktion, keine fibrotischen Veränderungen der Lungen, keine Gelenkschwellung oder Fehlstellung als Hinweis auf eine solche Organbeteiligung feststellbar. Auch der erhöhte CK-Wert ist nach Ausführungen des Sachverständigen wohl auf die Autoimmunerkrankung zurückzuführen, da die Untersuchungen im Krankenhaus M. keine Hinweise für eine Myositis erbrachten. Bei weitgehend unauffälligem klinischen Untersuchungsbefund und Gelenkstatus resultieren aus der Verdachtsdiagnose des CREST-Overlap-Syndrom nach seinen Ausführungen noch keine quantitativen Leistungseinschränkungen. In Anbetracht der unauffälligen Gelenkbefunde sollten seiner Ansicht nach lediglich Arbeiten, die besondere Anforderungen an die feinmotorische Geschicklichkeit der Hände stellen oder eine grobe manuelle Kraft erfordern, nicht mehr verrichtet werden. Die Klägerin sollte auch nicht mehr unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft arbeiten, was jedoch bereits aufgrund ihrer Infektanfälligkeit ausgeschlossen ist.

Der Senat schließt sich dieser Beurteilung mit der Maßgabe an, dass diese qualitativen Leistungseinschränkungen derzeit noch nicht vorliegen. Eine Gelenkbeteiligung ist bisher nicht dokumentiert. Da es sich um eine Autoimmunerkrankung handelt, ist auch nicht ersichtlich, dass feinmotorische oder kraftvolle Arbeiten mit den Händen geeignet wären, dem Krankheitsbild Vorschub zu leisten. Dr. M. führte weiter aus, die von der Klägerin angegebenen diffusen Schmerzen seien eher Ausdruck einer Somatisierungsneigung im Rahmen der depressiven Erkrankung. Auch bei dieser Zuordnung besteht derzeit kein Grund für die von ihm genannten weiteren Leistungseinschränkungen. Soweit Dr. M. darauf hinweist, bei einem Fortschreiten der Zirrhose könne künftig auch eine quantitative Leistungseinschränkung eintreten, ist dies für die derzeitige Leistungsbeurteilung nicht von Bedeutung, da auch insoweit kein Anhaltspunkt

dafür besteht, dass eine dem Leistungsvermögen der Klägerin entsprechende Erwerbstätigkeit zu einem Fortschreiten der Erkrankung führen würde.

Aber auch unter präventiver Berücksichtigung der von Dr. M. genannten zusätzliche Leistungseinschränkungen für besondere feinmotorische Arbeiten oder besonders kraftvolle Arbeiten mit den Händen ergibt sich keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen und keine schwere spezifische Leistungsbehinderung, zumal der Klägerin bei allen durchgeführten Begutachtungen sämtliche Griffformen ohne Beeinträchtigung möglich waren und auch Berichte des Krankenhauses M. diesbezüglich keine Funktionseinschränkungen dokumentieren.

Bei der Klägerin liegt aber auch keine Berufsunfähigkeit vor, da sie nach ihrem beruflichen Werdegang und der zuletzt sozialversicherungspflichtig ausgeübten Beschäftigung keinen Berufsschutz erworben hat, der zur Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit Anlass geben würde. Zwar hat sie im zweiten Rentenverfahren angegeben, sie habe in Ungarn eine Ausbildung zur Verkäuferin erfolgreich abgeschlossen, doch bestehen erhebliche Zweifel an der Richtigkeit dieser Angabe. Zum einen hat die Klägerin im ersten Rentenverfahren ausdrücklich erklärt, weder eine Berufsausbildung noch eine Anlernung oder eine andere berufliche Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen zu haben, zum anderen stimmen die Angaben der Klägerin über ihre Ausbildungszeit (Dezember 1964 bis Juni 1967), in der sie nach eigenen Angaben eine schulische Ausbildung absolviert hat, nicht mit den vom ungarischen Rentenversicherungsträger für diesen Zeitraum übermittelten Versicherungszeiten überein. Diese weisen vielmehr für die Zeit vom 20. Januar bis 24. Januar 1965 und vom 11. März 1965 bis 12. April 1966 Lücken auf, die mit einer angegebenen zweieinhalbjährigen Berufsausbildung nicht vereinbar sind. Auch hat die Klägerin keinen Nachweis über den Ausbildungsabschluss vorlegen können und weder im Erörterungstermin, in dem u.a. ihre berufliche Qualifikation und die daraus folgende Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erörtert wurde, noch aufgrund der wiederholten Angaben in den eingeholten Gutachten, sie habe keine Berufsausbildung abgeschlossen, eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine entsprechend qualifizierte Beschäftigung behauptet. Somit ist davon auszugehen, dass die Klägerin eine Berufsausbildung möglicherweise begonnen, aber nicht beendet hat. Über ihre Tätigkeiten in Ungarn liegen keine näheren Angaben vor. In Deutschland war sie - entgegen eigenen Angaben - nicht durchgehend als Verkäuferin, sondern nur vorübergehend mit langen Unterbrechungen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, zuletzt vom 23. August 1982 bis 31. März 1984 bei der Firma W. , Französische Spezialitäten, vom 26. März 1985 bis 24. Juli 1986 an einem Kiosk im Hauptbahnhof M. und schließlich vom 4. Oktober 1999 bis zum 31. Dezember 2000 als Verkäuferin in einer Bäckereifiliale. Nach Angaben des letzten Arbeitgebers erfolgte die Beschäftigung in Vollzeit (38 Stunden pro Woche) als ungelernte Kraft und setzte somit weder eine Ausbildung noch eine Anlernung voraus. Auch unterstellt, dass die Tätigkeit im Verkauf zumindest eine Einweisung oder kurze Anlernung erfordert, ist die Klägerin damit innerhalb des vom Bundessozialgericht entwickelten Mehrstufenschemas allenfalls der Gruppe der Angelernten im unteren Bereich zuzuordnen und somit auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar, die ihrem Leistungsvermögen entsprechenden, ohne dass eine konkrete Verweisungstätigkeit benannt werden muss.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-02-26