

L 14 RA 192/98

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

14

1. Instanz

SG Bayreuth (FSB)

Aktenzeichen

S 3 RA 141/96

Datum

04.11.1998

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 14 RA 192/98

Datum

28.11.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 4. November 1998 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 19. März 1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. September 1996 abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten beider Rechtszüge sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die 1955 geborene Klägerin ist gelernte Verkäuferin. Sie erhielt im Jahre 1974 nach zweijähriger Ausbildung bei "H. Lebensmittel/Industriewaren, W." das Facharbeiterzeugnis der ehemaligen DDR. Anschließend war sie als Verkäuferin, Nähstubenhilfe, Kassiererin und von 1978 bis 1990 als Verkäuferin bei der "M." in W. tätig. Nach Arbeitslosigkeit und Umzug nach C. nahm sie ab November 1993 eine erneute Verkaufstätigkeit in der Kosmetikabteilung eines Kaufhauses auf (beraten, kassieren, Regalpflege). Am 08.12.1995 stellte sie bei der Beklagten Rentenanspruch unter Beifügung verschiedener ärztlicher Unterlagen, u.a. eines Attestes der behandelnden Ärztin Dr. L. vom 20.12.1995, in dem u.a. eine "Kollagenose zur weiteren Differenzierung", ein weichteilrheumatisches Beschwerdebild sowie eine somatisierte Depression bescheinigt wurden. Zuvor hatte in Bad W. in der Zeit vom 05.09. bis 17.10.1995 ein Heilverfahren stattgefunden, aus dem die Klägerin mit der Diagnose "depressive Entwicklung, Verdacht auf rheumatoide Arthritis" und der Beurteilung eines vollschichtigen Leistungsvermögen für körperlich leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung (ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, überwiegendes Stehen, Bücken, Temperaturschwankungen, Kälte, Nässe und Schichtdienst) entlassen wurde. Die überwiegend stehend verrichtete Tätigkeit als Verkäuferin wurde als nicht mehr zumutbar angesehen, eine Umschulung daher empfohlen.

Die Beklagte lehnte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 19.03. 1996 mit der Begründung ab, die Klägerin könne noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig tätig sein. Den Widerspruch der Klägerin, mit dem diese auf das Vorliegen einer Kollagenose und chronischen Polyarthritits hinwies, wies die Beklagte nach Einholung eines Befundberichtes und der ärztlichen Unterlagen der behandelnden Ärztin der Klägerin im Bezirks- klinikum K. Dr. H. und Einholung einer prüfärztlichen Stellungnahme von Dr. W. vom 12.06.1996 mit Widerspruchsbescheid vom 30.09.1996 zurück. Zur Begründung hieß es, die Klägerin könne nach den medizinischen Feststellungen zwar ihren Hauptberuf nicht mehr ausüben, ihr Leistungsvermögen reiche aber aus, die während des Erwerbslebens erlangten Kenntnisse und Fähigkeiten in vollschichtiger Beschäftigung als Angestellte für Bürohilfstätigkeiten (z.B. Registratur, Poststelle und einfache Arbeiten in der Rechnungsprüfung) sowie als Kassiererin an Sammelkassen eines Kaufhauses zu verwerten.

Im Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) verfolgte die Klägerin ihr Begehren weiter und machte geltend, sich seit mindestens 1992 in ständiger ärztlicher Behandlung wegen Fibromyalgie, Kollagenose und Hautexanthem unklarer Genese zu befinden. Sie sei nicht in der Lage, auch nur leichteste Arbeiten über einen Zeitraum von etwa einer Stunde zu verrichten oder sitzenden oder stehenden Tätigkeiten nachzukommen. Die Klägerin verwies auf einen Bescheid des Versorgungsamtes Bayreuth vom 14.08.1995 über einen Grad der Behinderung von 50, u.a. wegen Systemerkrankung der Gelenke, Polyarthrose, Insertionstendomyopathien und seelischer Störung mit Somatisierungstendenz, und legte einen Arztbericht der Dr. H. vom 04.09. 1996 über den stationären Aufenthalt in der Zeit vom 30.05. bis 28.06.1996 im Bezirksklinikum K. (Diagnosen: Fibromyalgie, Kollagenose zur weiteren Differenzierung) vor.

Das SG holte eine Auskunft der zuständigen Krankenkasse über Tätigkeiten und Arbeitsunfähigkeitszeiten der Klägerin seit 1992 ein, ferner eine Arbeitgebersauskunft der Firma W. vom 05.12.1996 sowie die ärztlichen Unterlagen des Bezirksklinikums K ... Es zog die Leistungsakten und ärztlichen Unterlagen des Arbeitsamtes C. (u.a. Gutachten Dr. K. vom 21.09.1993: leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung ohne

Zeitdruck vollschichtig bei erheblicher Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule, Atmungsorgane und harnableitenden Wege) bei, ebenfalls die Schwerbehindertenakten des Versorgungsamts Bayreuth. Es erhob Beweis über den Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit der Klägerin durch Einholung eines Gutachtens des Internisten und Sozialmediziners Dr. T. sowie auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG eines internistisch-rheumatologischen Fachgutachtens der Dr. H ...

Dr. T. erhob in seinem Gutachten vom 10.02.1997 nach ausführlicher Befunderhebung die Diagnosen: 1. Weichteilrheumatische Beschwerden im Sinne eines sog. Fibro- myalgie-Syndroms. 2. Degenerative Gefügestörung der Wirbelsäule mit statomuskulären Reizerscheinungen. 3. Beginnende arthrotische Veränderungen im Bereich der Fingergelenke und der Zehengelenke. 4. Psychovegetative Regulationsstörungen. 5. Hypercholesterinämie. 6. Operativer Verlust der Unterleibsorgane. 7. Strumektomie mit kleinem Rezidiv.

In der zusammenfassenden Beurteilung führte der Gutachter aus, bei der Klägerin sei 1993 die Verdachtsdiagnose einer undifferenzierten Kollagenose gestellt worden, die sich wegen eines positiven Antikörper-Titers gegen Zellkernstrukturen (ANA) ergebe habe. Dieser sei zwar bei Kontrolluntersuchungen bis 1996 konstant geblieben, aber in der jetzigen Untersuchung nicht mehr nachweisbar. Auch habe während des Beobachtungszeitraums eine klinische Symptomatik für eine wesentlich aktive Kollagenose gefehlt. Eine sozialmedizinisch relevante Leistungseinschränkung wegen einer Kollagenose könne deshalb nicht angenommen werden, im Übrigen schließe eine leichte aktive Form einer Kollagenose leichte Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen nicht aus. Die bei der Klägerin bestehende uncharakteristische Schmerz- symptomatik bei fehlenden Anhaltspunkten für das Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis oder Polymyalgia rheumatica lasse sich am ehesten einem Fibromyalgie-Syndrom zuordnen, das aus sozialmedizinischer Sicht mit Einschränkungen bei Arbeiten mit Nässe- und Kälteeinwirkung, längerdauernden einseitigen körperlichen Belastungen durch Zwangshaltungen und mit besonderer Stressbelastung verbunden sei; leichte Arbeiten ohne diese Einschränkungen könnten aber vollschichtig erbracht werden, auch Tätigkeiten aus dem Berufskreis einer Verkäuferin. Der Wirbelsäulenbefund sowie die leichten arthrotischen Veränderungen im Bereich der Finger- und Zehengelenke und auch die Unausgeglichenheit des unbewussten Nervensystems ständen Tätigkeiten dieser Art nicht entgegen, es sollten allerdings keine Arbeiten im Schichtdienst und unter besonderer nervlicher Belastung verlangt werden. Speziell zu den Tätigkeiten einer Kassiererin an der Sammelkasse führte Dr. T. aus, diese seien nur möglich, wenn sie nicht in verdrehter Sitz-/Zwangshaltung erbracht würden.

Die von der Klägerin benannte Gutachterin Dr. H. erhob in ihrem Gutachten vom 21.11.1997 folgende Gesundheitsstörungen: 1. Kollagenose zur weiteren Differenzierung. 2. Ausgeprägtes weichteilrheumatisches Beschwerdebild bei Osteoporose. 3. Somatisierungssyndrom bei neurotischer Entwicklung. 4. Spannungskopfschmerz. 5. Beginnende Fingergelenkarthrose. 6. Beginnende Kniegelenkarthrose. 7. Abnutzungserscheinungen im Bereich der Wirbelsäule, Zustand nach Morbus Scheuermann, s-förmige Skoliose. 8. Vorbefundlich Hypercholesterinämie. 9. Zustand nach Strumektomie, kleine Rezidivstruma, euthyreote Stoffwechsellage. 10. Zustand nach Uterusexstirpation und Exstirpation der Adnexe 1988. 11. Anamnestisch Psoriasis im Kindesalter. 12. Ekzema vulgaris.

Die Klägerin hatte bei der Untersuchung über seit sieben Jahren rezidivierende Gelenkschmerzen der Handgelenke, Fingergrundgelenke und Ellenbogengelenke, später auch der unteren Extremitäten mit Muskelschmerz und Morgensteifigkeit geklagt, daneben über generalisierte Kopfschmerzen, allgemeine Leistungsinsuffizienz, depressive Verstimmungszustände bei kontinuierlicher Beschwerdezunahme und Entwicklung eines generalisierten Schmerzbildes. Die Gutachterin führte aus, ihre Diagnose stütze sich auf das Beschwerdebild mit Arthralgien und Myalgien, Arthritiden, Sicca-Syndrom und auf die Laborkonstellation, wobei auch der ANA-Titer wieder positiv gewesen sei (1:320); da es sich bisher um keine definitiv zuzuordnende Kollagenose handle, erfolge die Befundeinschätzung als bisher undifferenzierte Kollagenose. Es sei bekannt, dass bei vielen Patienten mehrere Jahre bis zur endgültigen Diagnosestellung vergingen. Für das subjektive Beschwerdebild sei neben weichteilrheumatischen Befunden jetzt noch eine Osteoporose verantwortlich. Potenziert werde das Beschwerdebild durch ein Somatisierungssyndrom bei neurotischer Entwicklung, das der behandelnde Arzt Dr. E. bestätigt habe. Insgesamt kam die Gutachterin zu der Auffassung, der Klägerin seien Tätigkeiten aus dem Berufskreis einer Verkäuferin sowie sonstige angelernte und ungelernete Tätigkeiten nicht mehr vollschichtig zumutbar, sondern nur halb- bis untermittelschichtig. Als wesentliche Erkrankung sei dafür die "doch bereits fortgeschrittene Osteoporose" zu benennen. Unter Berücksichtigung dieser Erkrankung seien der Klägerin nur noch leichte körperliche Tätigkeiten mit wechselnder Körperposition, bei Vermeidung von Zwangshaltungen, häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten und ungünstigen klimatischen Bedingungen sowie besonderer nervlicher Anspannung zumutbar. Diese geminderte Erwerbsfähigkeit bestehe seit Antragstellung; hinsichtlich der Osteoporose und des Somatisierungssyndroms sei eine Befundbesserung bei adäquater Behandlung zu erreichen, wobei im Falle der Osteoporose mit einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren zu rechnen sei.

Die Beklagte hielt in ihrer Stellungnahme zum Ergebnis der Beweisaufnahme das Gutachten des Dr. T. mit den sehr ausführlichen und gezielt immunologischen Befunderhebungen und der Erörterung aller in Frage kommenden differenzialdiagnostischen Diagnosen für schlüssig und nachvollziehbar. Das Gutachten der Dr. H. hielt sie dagegen nicht für überzeugend. Der hier erhobene Befund ergebe im Begutachtungszeitraum keine relevanten Schwellungen, Bewegungsdefizite oder ein radiologisch erkennbares Fortschreiten der bereits gewürdigten beginnenden Arthrosen; alle Befunde bezüglich einer Organbeteiligung bei Lupus erythematoses oder verwandten Erkrankungen seien negativ gewesen bis auf die Feststellung eines feinfleckigen Exanths und des ANA-Titers von 1:320. Dabei sei das Vorliegen eines medikamenten-induzierten L.E. nicht erwogen worden. Aber auch eine solche "Erkrankung" sei ebenso wenig wie eine leichte Form der Kollagenose ohne Organbeteiligung leistungsmindernd. Bei der festgestellten Osteoporose handle es sich nur um eine initiale, behandelbare Erkrankung ohne Folgeleiden, der keine über dauernd leistungsmindernde Bedeutung zukomme. Nach alledem sei die vorgenommene Leistungsbeurteilung der Dr. H. sozialmedizinisch nicht nachvollziehbar.

Die Klägerin legte ein Attest des behandelnden Arztes Dr. W. vom 07.07.1997 vor ("deutliche Verschlechterung in den letzten sechs Monaten, starke Schmerzen in Muskeln und Gelenken schon bei leichtester Tätigkeit, die zu einem sofortigen Abbruch der begonnenen Arbeiten zwingen"). Auf ihren Antrag kam es zu einer ergänzenden Stellungnahme der Dr. H. vom 24.08.1998, in welcher diese ihre Einschätzung einer nicht mehr vollschichtigen Leistungsfähigkeit aufgrund des generalisierten Schmerzbildes bei Osteoporose und begleitendem weichteilrheumatischen Beschwerdekomples bekräftigte. Weiter hieß es darin, Medikamente, nach deren Einnahme positive ANA-Titer auftreten könnten, seien bei der Klägerin nicht zum Einsatz gekommen. Es liege bisher nur eine leichtere Verlaufsform der Kollagenose vor, die zu keiner Schädigung innerer Organe geführt habe. Die Abweichung der Laborbefunde im Gutachten Dr. T. könne durch verschiedene Labors zustande kommen. Ganz wesentlich für die Gesamtsituation sei die Osteoporose verantwortlich, die Dr. T. nicht erkannt habe.

In der mündlichen Verhandlung schilderte die Klägerin auf Befragen Einzelheiten ihrer letzten Tätigkeit (Schwierigkeiten beim Auffüllen der Regale unten am Boden in vorgeneigter Haltung oder Hockstellung, Schmerzen der Finger- und Handgelenke beim Heben und Drehen der gekauften Waren an der Kasse, ebenso Schmerzen im Bereich des Oberkörpers beim Hinwenden zum Kunden, Schmerzen beim längeren Stehen in der Lendenwirbelsäule, an Knien, Füßen und Zehengelenken). Sie beantragte nunmehr Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit.

Das SG verpflichtete die Beklagte mit Urteil vom 04.11.1998 zur Zahlung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit ab 01.02. 1998 bis längstens 31.01.2001. Es stützte sich auf das Gutachten der Dr. H. vom 21.11.1997 und deren ergänzende Stellungnahme vom 24.08.1998, durch die die Einwendungen der Beklagten entkräftet worden seien. Das Gutachten stehe auch nicht in Widerspruch zu dem vorangegangenen Gutachten des Dr. T. , da sich Dr. H. maßgeblich auf die Diagnose einer Osteoporose stütze, die laut Befund vom 24.07.1997, also nach der Begutachten durch Dr. T. , erstmals erhoben worden sei. Das danach nur mehr mögliche halb- bis unvollschichtige Restleistungsvermögen der Klägerin lasse auch Tätigkeiten wie die zuletzt im zeitlichen Umfang von sechs Stunden täglich ausgeübte Verkaufstätigkeit nicht mehr zu, die die Klägerin gesundheitlich überfordert habe. Ausgehend von einem am 24.07.1997 eingetretenen Leistungsfall bei einem Rentenanspruch vom 08.01.1996 sei gemäß [§§ 99 Abs.1 Satz 1](#), [101 Abs.1](#) und [102 Abs.2 Satz 1 Nr.2 SGB VI](#) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Zeit, beginnend ab 01.02.1998, zu gewähren und zwar unter Ausschöpfung der gesetzlichen Frist des [§ 102 Abs.2 Satz 3 SGB VI](#) bis zum 31.01.2001.

Gegen dieses Urteil wandte sich die Beklagte mit der Berufung. Sie trug vor, die bei der Klägerin festgestellte Osteoporose sei leichter Art und behandelbar. Leichte körperliche Arbeiten seien zu ihrer Behandlung förderlich, da sich jede Immobilität kontraproduktiv auswirke. Eine Leistungsminderung sei durch diesen Befund nicht zu begründen. Gleiches gelte auch für die ebenfalls im Raum stehende Diagnose einer Fibromyalgie.

Die Klägerin vertrat demgegenüber die Auffassung, das angefochtene Urteil berücksichtige zutreffend das Ergebnis des Gutachtens der Dr. H. , während der beauftragte Gutachter Dr. T. weder die Kollagenose genügend gewürdigt noch die Osteoporose berücksichtigt habe.

Auf Antrag der Beklagten setzte der Senat mit Beschluss vom 17.02.1999 die Vollstreckung aus dem angefochtenen Urteil bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Berufungsinstanz aus.

Der Senat holte Befundberichte und ärztliche Unterlagen der behandelnden Ärzte Dr. E. vom 24.02.1999 (Diagnosen: Spannungskopfschmerz, Weichteilrheumatismus mit Fibromyalgie-Syndrom, neurotisches Somatisierungssyndrom mit im Vordergrund stehender Depression), Dr. W. vom 18.03.1999 (Diagnose: u.a. Interphalangealarthrose beider Hände und Vorfüße, Peri- arthrosis humeroscapularis rechts) und Dr. S. vom 13.04.1999 (Diagnosen: Somatoforme Schmerzstörung, Störung in der Persönlichkeit). Er beauftragte zunächst die Internistin und Rheumatologin Dr. R. mit einer weiteren Begutachtung der Klägerin. In ihrem Gutachten vom 12.05.1999 erhob diese die Diagnosen: - Fibromyalgie-Syndrom, - anamnestisch positive Antinukleärfaktoren, - Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulensyndrom bei Fehlstatik und Zustand nach Morbus Scheuermann, - Osteoporose, - Abnutzungserscheinungen der Schulterweichteile rechts mit Kalkablagerung, - beginnende Abnutzungserscheinungen der Fingergelenke, - Zwerchfellbruch mit unvollständig schließendem Mageneingang und Speiseröhrentzündung, - Zustand nach Schilddrüsenoperation, - Übergewicht, - neurotische Somatisierungstendenz.

Die Gutachterin führte dazu aus, dass bei der Klägerin das klassische Bild eines Fibromyalgie-Syndroms vorliege. Für eine Bindegewebserkrankung bestünden dagegen weder klinisch noch angesichts der erhobenen Laborwerte chemisch Anhaltspunkte. Die bestehende Osteoporose sei leichter Natur. Nach den entsprechenden Messungen sei es seit 1993 zu einer Zunahme der Knochendichte von 85,5 % auf 88 % der Normalwerte gekommen. Insgesamt seien daher noch leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung, ohne häufiges Bücken und Heben und Tragen schwerer Lasten, in geschlossenen Räumen, ohne Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft sowie von Stressbelastung vollschichtig zumutbar.

Die Klägerin lehnte dieses Gutachten ab mit der Begründung, die Gutachterin sei befangen. Mit Beschluss vom 22.05.2000 wies der Senat nach Einholung einer Stellungnahme der Dr. R. vom 21.07.1999 das Ablehnungsgesuch wegen Besorgnis der Befangenheit zurück.

In der Folgezeit machte die Klägerin zusätzliche orthopädische Beschwerden geltend. Der Senat holte Befundberichte und ärztliche Unterlagen des Orthopäden Dr. H. vom 08.01.2002 sowie des praktischen Arztes Dr. W. vom 19.11.2002 ein und beauftragte Dr. A. mit der Erstellung eines orthopädischen Gutachtens. Dieser diagnostizierte - chronisches Wirbelsäulensyndrom mit leichten Funktionseinschränkungen bei degenerativen Veränderungen - ohne Anhalt für eine Nervenwurzelirritation, Engesyndrom der rechten Schulter mit leichter Funktionseinschränkung bei gesicherter Kalkablagerung ohne Anhalt für eine Läsion der Rotatorenmanschette, - Überlastungssyndrom im Bereich beider Vorfüße bei Spreizfußsituation und beginnender Großzehengrundgelenksveränderung ohne Funktionseinschränkungen, ferner - Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung.

Der Gutachter setzte sich ausführlich mit den Beschwerden der Klägerin und den bisher dazu vertretenen ärztlichen Auffassungen auseinander. Nach seiner Ansicht handelt es sich bei der Klägerin nicht um das klassische Bild einer Fibromyalgie, allerdings sei der Übergang zwischen einem klassischen Fibromyalgie-Syndrom und der seines Erachtens eher naheliegenden Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung fließend. Eine bindegewebsartige Erkrankung liege allenfalls in leichter, nur wenig aktiver, bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung nicht relevanter Form vor, im Übrigen sei von einer Osteopenie mit fließender Grenze zur präklinischen Osteoporose auszugehen. Bei nahezu gleichbleibender subjektiver Beschwerdesymptomatik und nahezu gleichbleibenden klinischen Befunden seit der Erstbegutachtung im Januar 1997 bis heute sei lediglich die Interpretation dieser Befunde unterschiedlich ausgefallen. Der Gutachter vertrat die Auffassung, die Klägerin könne noch leichte körperliche Tätigkeiten mit wechselnder Körperhaltung bei Vermeiden von statischen Wirbelsäulenzwangshaltungen, besonderen Kraftanstrengungen für das rechte Schulter-Arm-System, häufigen Überkopparbeiten sowie von Kälte, Nässe, Zugluftexposition und erhöhter Unfallgefahr vollschichtig verrichten, darunter auch die letzte Erwerbstätigkeit einer Verkäuferin in der Kosmetikabteilung eines Kaufhauses. Er hielt eine nervenärztliche Begutachtung für angezeigt (Gutachten vom 21.01.2003).

Diese erfolgte durch das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 08.05.2003 durch Prof. Dr. G ... Der Sachverständige gelangte nach ausführlicher Beschwerdeerhebung, Anamnese, Erhebung eines körperlichen und psychischen Befundes, technischer Untersuchungen (EEG,

EKG, elektromyographische Untersuchungen, somatosensible corticale Antwortpotentiale) und einer testpsychologischen Untersuchung (Freiburger-Persönlichkeits-Inventar) zu der Beurteilung, bei der Klägerin bestünden seit Antragstellung ausgeprägte und anhaltende Schmerzen des Bewegungsapparates, deren Ursache nicht ausreichend geklärt werden könnten, denen jedoch ein Krankheitswert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung mit Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beizumessen sei; zumindest seit Antragstellung sei die Klägerin nur noch vier- bis sechstündig für körperlich leichte Tätigkeiten abwechselnd im Sitzen, Stehen und Gehen einsetzbar; nicht möglich seien Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, in Zwangshaltungen, Tätigkeiten mit häufigem Bücken oder Heben, unter Einfluss von Kälte und Nässe, auch keine Tätigkeiten unter Zeitdruck, Akkord oder Schichtarbeit. Als Verkäuferin sei die Klägerin nur noch unterhalbschichtig einsetzbar. Relevante Einschränkungen der Wegefähigkeit bestünden nicht. Eine Besserung in absehbarer Zeit hielt der Gutachter nicht für wahrscheinlich, eine Stabilisierung mittelfristig aber für möglich.

Die Beklagte wandte gegen dieses Gutachten ein, es enthalte Widersprüche bei der neurologischen Untersuchung. Zutreffend sei herausgearbeitet worden, dass eine somatoforme Deutung der Schmerzen nicht ausgeschlossen sei, aber auch nicht sicher belegt werden könne; insofern könne aber auch nicht von einem eigentlichen psychischen Leiden ausgegangen werden, das eine inadäquate Schmerzverarbeitung begründen könnte. Eine quantitative Leistungsminderung sei nach alledem nicht gerechtfertigt.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04.08.2003 bekräftigte der Gutachter seine bisherigen Ausführungen, in denen ein Widerspruch seines Erachtens nicht erkennbar sei. Er gehe weiterhin von einem vorrangig durch körperliche Faktoren verursachten, als erheblich zu bewertenden chronischen Schmerzzustand aus; die Einwendungen der Beklagten seien wenig stichhaltig. Er verwies auf die Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Hinweise zur Begutachtung, DRV-Schriften Band 30, Oktober 2001, in denen zur Beurteilung der somatoformen Schmerzstörungen ausgeführt werde: "Bei weitgehender Einschränkung der Fähigkeit zur Teilnahme an den Aktivitäten des täglichen Lebens ..., beispielsweise in dem Bereich Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Antrieb, Konzentrationsfähigkeit, Interesse oder Aufmerksamkeit, ist von einer Minderung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens auszugehen".

In einer weiteren Stellungnahme aus beratungsärztlicher Sicht bezeichnete die Beklagte diese Stellungnahme als nicht überzeugend, zumal infolge der geklagten Schmerzen die Minderbelastbarkeit bisher nicht so ausgeprägt sei, dass Muskelverschmächtigungen vorhanden seien, regelmäßig potente Schmerzmittel eingenommen würden oder sich als Folge der Schmerzen eine Depression entwickelt hätte; auch seien die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht im Sinne einer "Vita minima" eingeschränkt. Es sei davon auszugehen, dass nach optimaler schmerztherapeutischer Behandlung weniger Schmerzen geklagt würden. Daher sei übereinstimmend mit den Gutachtern auf orthopädischem und internistisch-rheumatologischem Fachgebiet weiterhin von einem vollschichtigen Leistungsvermögen für leichte körperliche Arbeiten auszugehen.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 04.11.1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt bisher, die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie auf die beigezogenen Rentenakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Sie erweist sich auch als begründet.

Entgegen der Auffassung des Erstgerichts war ein Anspruch der Klägerin auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit gemäß [§ 44 Abs.2 SGB VI](#) in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung aufgrund des angenommenen Leistungsfalles vom 27.04.1997 nicht gegeben; darüber hinaus lagen auch die Voraussetzungen einer Rente wegen Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 43 Abs.2 SGB VI](#) in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung (als ein im Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit enthaltenes Minus) oder einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung nach § 43 Abs.1 und Abs.2 n.F. bzw. wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufs- unfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) n.F. nicht vor.

Nach [§ 44 Abs.2 SGB VI](#) a.F. waren erwerbsunfähig Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt; erwerbsunfähig war nicht, wer eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt.

Diese Voraussetzungen waren nach Auffassung des Senats bereits aufgrund der Beweisaufnahme des Erstgerichts nicht zu bejahen. Der seinerzeit beauftragte Gutachter Dr. T. hatte schlüssig dargelegt, dass bei der Klägerin zwar ein weichteil- rheumatisches Beschwerdebild im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms vorliege, dass sich aber die daneben von den behandelnden Ärzten geäußerte Verdachtsdiagnose einer undifferenzierten Kollagenose nicht bestätigt habe. Er hatte zutreffend darauf hingewiesen, dass es bisher an den einer wesentlichen aktiven Kollagenose entsprechenden Symptomen gefehlt habe, und dass selbst bei Vorliegen einer leichten aktiven Form dieser Erkrankung leichtere körperliche Arbeiten nicht ausgeschlossen seien. Die festgestellten Gesundheitsstörungen führten nach seiner Auffassung lediglich zu Einschränkungen für schwere und mittelschwere Arbeiten mit Nässe- und Kälteeinwirkung sowie längerdauernden einseitigen körperlichen und nervlichen Belastungen, während leichte Arbeiten ohne diese Einschränkungen von ihm als vollschichtig möglich angesehen wurden.

Gegen diese für den Senat klar nachvollziehbaren Darlegungen hatte die nach [§ 109 SGG](#) auf Antrag der Klägerin gehörte Dr. H. - wie schon in ihren Arztberichten seit 1993 - die Kollagenose neben einem weichteilrheumatischen Beschwerdebild bei neu hinzugetretener Osteoporose in den Vordergrund gestellt und ein auch zeitlich auf halb- bis unter vollschichtig eingeschränktes Leistungsvermögen für leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperposition angenommen. Sie begründete letzteres vor allem mit der angeblich bereits fortgeschrittenen Osteoporose, wobei sie von einer Befundbesserung bei adäquater Behandlung innerhalb von ein bis zwei Jahren ausging.

Diese Einschätzung vermochte jedoch - wie die Beklagte zu Recht einwandte - nicht zu überzeugen. Auch für den Senat erschien es folgerichtig, dass der erhobene körperliche Befund allenfalls einer leichteren Verlaufsform der Kollagenose entsprach - wie es auch Dr. H. in ihrer ergänzenden Stellungnahme einräumte -, ferner dass diese ebenso wie die tatsächlich nur leichtgradige Osteoporose zumindest für leichtere körperliche Arbeiten im Wechselrhythmus nach den Regeln sozialmedizinischer Beweiswürdigung - die das SG in seinem Urteil verkannt hat - (vgl. "Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", herausgegeben vom VDR, 1995, S.179) nicht zu einer zeitlichen Leistungseinschränkung führen konnte. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, die Osteoporose sei behandelbar und jedenfalls in ihrer leichteren Form nicht leistungsmindernd. Darüber hinaus wirkt sich jegliche Immobilität bei diesem Leistungsbild eher negativ aus.

Im Übrigen formulierte die behandelnde Ärztin Dr. H. in späteren Arztberichten dann auch wesentlich vorsichtiger, die Kollagenose sei letztlich für die Frage der Erwerbsminderung wohl eher unwesentlich, und legte den Schwerpunkt der Befunderhebung stärker auf das weichteilrheumatische Beschwerdebild, welches aber nach den vorangegangenen Ausführungen des Dr. T. ebenfalls noch nicht zu einer sozialmedizinisch relevanten Leistungseinschränkung geführt hatte.

Das nach alledem aus Sicht des Senats mit Dr. T. noch anzunehmende Leistungsbild einer vollschichtigen Erwerbsfähigkeit bestätigt sich durch die weitere Beweisaufnahme im Wege der Begutachtung auf internistisch-rheumatologischem Gebiet durch Dr. R. sowie auf orthopädischem Gebiet durch Dr. A. ... Dr. R. bekräftigte im Wesentlichen die Einschätzung des Dr. T., dass für eine Bindegewebserkrankung weder klinisch noch chemisch ausreichende Anhaltspunkte vorlägen. Angesichts der übrigen Befunde einschließlich der nicht schwerwiegenden, inzwischen auch erfolgreich behandelten Osteoporose (Zunahme der gemessenen Knochendichte auf 88 % des Normalwerts) kam auch sie zu der Einschätzung eines vollschichtigen Leistungsvermögens für leichte körperliche Arbeiten mit den von den Vorgutachtern schon genannten qualitativen Einschränkungen (wechselnde Körperhaltung, keine Stressbelastung, keine Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft). Zu diesem Ergebnis gelangte auch der Orthopäde Dr. A., der auf seinem Fachgebiet ebenfalls nur leichtere Funktionseinschränkungen an der Wirbelsäule und der rechten Schulter fand und lediglich vom Vorliegen einer Osteopenie bzw. "präklinischen Osteoporose" sprach. Im Übrigen wies er darauf hin, dass die subjektive Beschwerdesymptomatik ebenso wie die klinischen Befunde seit der Erstbegutachtung im Jahre 1997 bis heute nahezu gleichgeblieben seien und lediglich die Interpretation der Befunde unterschiedlich ausgefallen sei. Aufgrund seiner für den Senat überzeugenden Darlegungen waren im Rahmen von vollschichtigen leichteren körperlichen Arbeiten vor allem statische Wirbelsäulenzwangshaltungen und besondere Kraftanstrengungen für den Schulter-Arm-Bereich rechts sowie häufige Überkopparbeiten zusätzlich zu vermeiden.

Nicht zu folgen vermochte der Senat demgegenüber dem zuletzt auf Anraten des Dr. A. gehörten nervenärztlichen Gutachter Prof. Dr. G., der aufgrund seiner Untersuchung der Klägerin am 02.05.2003 zu der Diagnose eines chronischen Schmerzzustandes des Bewegungsapparates ungeklärter Ursache und einer auch zeitlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit (unter halbschichtig als Verkäuferin, vier bis sechs Stunden für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung), rückwirkend ab Antragstellung, kam. Zwar ist die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms aufgrund seiner Feststellungen und den Ausführungen des Dr. A. als widerlegt anzusehen (die geklagten Beschwerden bezüglich Druckschmerzhaftigkeit auch sog. negativer Kontrollpunkte gehen über das Krankheitsbild hinaus), die von Dr. A. statt dessen in Betracht gezogene somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung wurde von Prof. Dr. G. jedoch ebenfalls nicht eindeutig verifiziert. Er erhob bei seiner Untersuchung - abgesehen von einer leicht eingeschränkten Antriebs- und Schwingungsfähigkeit - keinen auffälligen psychischen Befund, ebenso ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine belangvolle Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems als Ursache der geklagte Schmerzen. Allerdings fanden sich in der biographischen Entwicklung der Klägerin nicht unerhebliche Belastungsfaktoren (Kindheitsentwicklung mit unzureichender Zuwendung, Angstentwicklung, belastend erlebte Ehe mit Psychoterror), so dass anzunehmen ist, dass psychische Faktoren an der Entwicklung des ausgeprägten Beschwerdebildes zumindest mitwirken. Dennoch ging der Gutachter aufgrund seines "intuitiven Eindrucks" nicht von einer überwiegend psychisch verursachten Schmerzstörung aus, vielmehr sah er in erster Linie körperliche Faktoren als Ursache. Eine korrekte Klassifizierung als anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10) erschien ihm insoweit allenfalls mit der Anschlussklassifizierung R 52 ("Schmerz, andernorts nicht klassifizierbar") möglich.

Prof. Dr. G. bevorzugt die Diagnose "ausgeprägte und anhaltende Schmerzstörung des Bewegungsapparates ohne ausreichend klärbare Ursache", wobei das Beschwerdebild letztlich im Sinne sog. seelischer Funktionsstörungen zu bewerten sei (in Anlehnung an die von der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung 2002 aufgestellten "Empfehlungen zur Schmerzbegutachtung"). Der Gutachter verweist auf die Plausibilität der Angaben der Klägerin, fehlende Simulation oder Aggravation, Leidensdruck, Einschränkung der Aktivitäten im täglichen Leben, und ordnet dem Beschwerdebild einen Krankheitswert zu, der auch die Erwerbsfähigkeit in dem beschriebenen Umfang beeinträchtigt.

Hier sind nach Auffassung des Senats die Einwendungen der Beklagten nicht von der Hand zu weisen, wonach das festgestellte Schmerzsyndrom unklarer Genese noch nicht zu Depressionen als Folge der Schmerzen oder zu erheblichen Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne einer "Vita minima", zu Muskelverschmächtigungen als Zeichen der Minderbelastbarkeit, zu Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und Gelenke sowie zu regelmäßiger Einnahme potenter Schmerzmittel geführt habe. Tatsächlich findet nach dem Akteninhalt eine konsequente Schmerztherapie nicht statt, die frühere vorübergehende ambulante Verhaltenstherapie bzw. neurologisch-psychiatrische Behandlung betraf wohl vor allem Eheprobleme. Im Spannungsfeld zwischen den verschiedenen ärztlichen Meinungen geht der Senat angesichts bestehender erheblicher Zweifel an einem auch zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögen bei leichten körperlichen Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen in Übereinstimmung mit den für ihn nachvollziehbar erscheinenden Beurteilungen durch die Fachgutachter Dr. T. (Sozialmediziner), Dr. R. (Internistin/Rheumatologin) und Dr. A. (Orthopäde), - die ihrerseits die von der Klägerin geklagten Schmerzen aufgrund der jeweils festgestellten körperlichen Befunde mitbeurteilt haben -, weiterhin von einem vollschichtigen Leistungsvermögen der Klägerin aus und sieht insoweit auch keinen Widerspruch zu den aus seiner Sicht unzulänglichen anders lautenden Feststellungen der Dr. H., denen nicht zu folgen ist.

Angesichts des damit noch bestehenden vollschichtigen Leistungsvermögens für leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung bei Vermeiden von statischen Wirbelsäulenzwangshaltungen, besonderer Kraftanstrengung des rechten Armes und häufiger Überkopparbeiten, ferner vor Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition sowie stressbelasteten Tätigkeiten ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne von [§ 44 Abs.2 SGB VI](#) a.F. nicht gegeben.

Das verbliebene Leistungsvermögen kann aber auch nicht zu einer Rente wegen Berufsunfähigkeit nach [§ 43 Abs.2 SGB VI](#) a.F. führen. Zwar ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Verkäuferin im Hinblick auf das damit verbundene ständige Stehen sowie die im Rahmen von Regalpflege anfallenden Hebe- und Tragearbeiten, Überkopfarbeiten und Tätigkeiten mit häufigem Bücken nicht mehr zumutbar. Die Klägerin, die eine zweijährige abgeschlossene Ausbildung zur Fachverkäuferin der ehemaligen DDR durchlief - was laut Facharbeiterzeugnis vom 15.07.1974 auch u.a. Ausbildung in Grundlagen der Elektronik und der Datenverarbeitung, in Handelstechnik, Einkauf und Bestandshaltung, Kassierung und Abrechnung einschloss - und die im Übrigen nach früheren eigenen Angaben in den Jahren 1975 bis 1977 auch als Bankangestellte gearbeitet hat, ist insoweit verweisbar auf zumutbare leichtere Arbeiten, wie die von der Beklagten im Widerspruchsbescheid genannte Tätigkeit einer Kassiererin an Sammelkassen bzw. Etagenkassen von Kaufhäusern oder großen Bekleidungshäusern. Diese Tätigkeiten können stehend oder sitzend ausgeübt werden und erfordern Dank der modernen elektronischen Lesegeräte auch keine ständig wechselnden schnellen Fingerbewegungen beim Eintippen von Zahlbeträgen an der Kasse; Tätigkeiten dieser Art ist gelernten Verkäufern zumutbar.

Keiner näheren Darlegung bedarf, dass die Voraussetzungen einer teilweisen oder einer vollen Erwerbsminderung im Sinne von [§ 43 Abs.1](#) und [2 SGB VI](#) n.F. angesichts der noch vollschichtigen Leistungsfähigkeit für leichtere körperliche Arbeiten der genannten Art nicht gegeben sind.

Bei dieser Sachlage war - bei fehlender Anschlussberufung der Kläger-Seite - der Berufung stattzugeben, das angefochtene Urteil aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 19. März 1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. September 1996 abzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-05-05