
S 11 RA 156/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 RA 156/96
Datum	24.09.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 14 RA 22/99
Datum	25.10.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24. September 1998 wird zurÄckgewiesen.
- II. AuÄrgerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die im Jahre 1949 geborene KlÄgerin stammt aus Tschechien (und verfÄhrt nicht Äber einen Vertriebenenausweis). Neben der weiter bestehenden tschechoslowakischen StaatsangehÄrigkeit hat sie die deutsche StaatsangehÄrigkeit erworben. Ab 1969 hielt sie sich vorÄbergehend, ab 1972 stÄndig in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) auf.

In Tschechien hat sie den Beruf einer KÄchin erlernt und zum Teil ausgeÄbt, in der BRD war sie â nach eigenen Angaben und Inhalt der Akte des Arbeitsamts Mainz â zwischen April 1969 und September 1973 als Serviererin, KÄchenhilfe, Haushaltshilfe und VerkÄuferin versicherungspflichtig beschÄftigt.

Nach einer beruflichen RehabilitationsmaÄnahme (MÄrz bis Juni 1975

Vorfürderung, August bis November 1976 Vorbereitungsmaßnahme für die Ausbildung zur technischen Zeichnerin, ab November 1976 Ausbildung als technische Zeichnerin, abgebrochen im April 1977) war sie, unterbrochen durch eine ca. dreieinhalb- monatige Krankheitszeit im Jahre 1979, arbeitslos. Im Wege der beruflichen Fürderung durch das Arbeitsamt durchlief sie sowohl von April 1980 bis April 1981 eine Ausbildung als Kosmetikerin als auch von Oktober 1981 bis September 1982 eine Praktikums- zeit in diesem Beruf bei einem monatlichen Entgelt von 300,00 DM.

Nach weiterer Arbeitslosigkeit war sie nur noch von Juni 1987 bis Dezember 1988 als technische Zeichnerin bei der I. Mess-, Regel- und Elektrotechnik in N. versicherungspflichtig bei einer außertariflichen Vergütung von 2.200,00 DM monatlich in "Heimarbeit" beschäftigt. Nach Auskunft des Arbeitgebers vom 25.05.1999 hatte die Klägerin nur Vorkenntnisse am PC und wurde als ungelernte Kraft beschäftigt, wobei die Arbeiten aufgrund von Vorlagen und schriftlichen oder mündlichen bzw. telefonischen Anweisungen ausgeführt worden sind. Es habe sich um Teilarbeiten bzw. Zuarbeiten gehandelt; die Klägerin habe außer ihren PC-Kenntnissen keine theoretischen und praktischen Kenntnisse einer Angestellten mit üblicher Ausbildung gehabt.

Die Klägerin gab die Beschäftigung Ende des Jahres 1988 wegen Heirat im Jahre 1989 auf und war bis 1995 arbeitslos, hierbei seit September 1985 wegen Anrechnung des Einkommens des Ehemanns auf die Arbeitslosenhilfe ohne Sozialleistungen.

Einen ersten Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit wegen Totaloperation, Skoliose, Gelenkschmerzen, Polyarthralgien und Brustoperation stellte sie im November 1984. Nach Einholung eines orthopädischen Gutachtens des Dr.T. vom 05.02.1985 und des Neurologen und Psychiaters Dr.H. vom 24.04.1985 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 21.05.1985, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 27.01. 1987, die Gewährung von Leistungen ab, weil die Klägerin trotz leichter Aufbraucherscheinungen am Bewegungsapparat und Schwäche der Wirbelsäulen-Muskulatur (laut Dr.T. ferner multiple Insertions- und Myotendinosen des Schultergürtels) sowie trotz depressiver Verstimmung (laut Dr.H. hypochondrische Entwicklung, depressive Verstimmungszustände und phobisches Syndrom) in ihrem bisherigen Beruf vollschichtig tätig sein könne. Das anschließende Klageverfahren beim Sozialgericht Mainz S 3 A 73/87 endete nach Einholung des Gutachtens des Nervenarztes Dr.G. vom 06.01.1988 (Diagnosen: Psychasthenische Grundstruktur und Zustand nach frühzeitiger operativer Hysterektomie und Ovaryektomie; vollschichtig leichte körperliche Tätigkeiten) mit Klagerücknahme im März 1988.

Den zweiten Rentenantrag wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stellte sie am 29.08.1995, nachdem ihr (zweiter) Ehemann in den Vorruhestand gegangen war und die Eheleute in ein eigenes Einfamilienhaus auf dem Lande umgezogen waren.

Nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen holte die Beklagte das Gutachten des

Orthopäden Dr.S. vom 14.02.1996 ein. Der Sachverständige diagnostizierte ein Fibromyalgie-Syndrom mit pseudoradikulärer Symptomatik vor allem am rechten Arm und Bein (die Funktionen seien jedoch nicht messbar beeinträchtigt), eine thoracolumbale Linksskoliose (geringe Fehlstatik bei freier Beweglichkeit) und eine Osteoporose (operationsbedingte Frühmenopause mit 29 Jahren). Zur Raynaud-Symptomatik vor allem der rechten Hand (Taubwerden der Finger, der rechte Mittelfinger werde plötzlich weiß, kaltes Wasser sei zu meiden) verwies er auf das internistische Fachgebiet. Dr.S. hielt die Klägerin für fähig, bis mittelschwere Arbeiten im Wechselrhythmus, ohne Heben und Tragen schwerer Lasten, ohne häufiges Bücken und Zwangshaltungen sowie ohne Exposition gegenüber Noise, Kälte und Zugluft vollschichtig zu verrichten und auch als technische Zeichnerin erwerbstätig zu sein.

Der weiterhin von der Beklagten als Sachverständiger herangezogene Nervenarzt Dr.K. kam in seinem Gutachten vom 12.02. 1994 zu dem Ergebnis, sowohl auf neurologischem als auch psychiatrischem Gebiet sei kein nennenswerter pathologischer Befund feststellbar. Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 22.03. 1996 lehnte die Beklagte die Gewährung von Rentenleistungen ab, weil die Klägerin im bisherigen Berufsbereich und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig tätig sein könne.

Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch holte die Beklagte das internistische Gutachten des Dr.D. vom 18.06.1996 ein. Dieser diagnostizierte Verdacht auf Raynaudsches Syndrom (gegen eine solche Erkrankung spreche aber die dopplersonographisch gesicherte normale Durchblutung der Fingerarterien), ein postthrombotisches Syndrom (bei anamnestisch noch gelegentlich auftretenden Schmerzen im linken Bein) und hypotone Kreislaufstörungen (bei gelegentlichem Auftreten von Schwindelerscheinungen). Aus internistischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit.

Der eingelegte Widerspruch wurde daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 09.08.1996 zurückgewiesen.

Mit der Klage vor dem Sozialgericht Regensburg machte die Klägerin eine Unzahl von Beschwerden geltend, von Taubheitsgefühlen und Schmerzen in den Fingern über ein schmerzhaftes Ziehen in den Waden (die Beine müssten dann 30 Minuten hochgelagert werden) bis hin zu "Koordinationsproblemen" (Stoßen an Hindernissen, vorzeitiges Loslassen von Gegenständen, Schneiden mit Messer in die Finger) und zu einer Phobie vor Spinnen (mit Gefahr der Ohnmacht und Notwendigkeit von 20 Minuten Ruhepause).

Das Sozialgericht hat die Schwerbehindertenakte des AVF Regensburg und ärztliche Unterlagen beigezogen und zunächst das Gutachten des Dr.W. , Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 05.03.1998 eingeholt. Dieser diagnostizierte ein depressives Syndrom, ein rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom bei Fehlhaltung und Osteoporose, Polyarthralgien ohne Nachweis einer bleibenden Bewegungseinschränkung in den Gelenken, hypotone Kreislaufregulationsstörungen, ein postthrombotisches Syndrom rechts und eine

Neigung zu Magenschleimhautentzündungen. Dr.W. hielt die Klägerin für fähig, leichte bis mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne Zwangshaltungen, ohne überwiegendes Sitzen oder Stehen, ohne Akkord- und Schicht- und ohne ungünstige Witterungsbedingungen vollschichtig zu verrichten. Eine abschließende Bewertung sei ohne ergänzende nervenärztlich-psychiatrische Begutachtung nicht möglich.

In dem daraufhin vom Sozialgericht eingeholten nervenärztlichen Gutachten vom 20.05.1998 diagnostizierte Dr.F. , gestützt auf seine Untersuchungen und das testpsychologische Gutachten des Diplom-Psychologen K. vom 29.04.1998 ein Karpaltunnelsyndrom rechts (neurographisch laut dem behandelnden Arzt Dr.R. , klinisch aber nicht sicher diagnostizierbar), eine Persönlichkeitsstörung vom vorwiegend psychasthenischen Typus gemäß F 60.7 ICD 10 und eine darauf aufbauende Persönlichkeitsstörung vom Typ F 45.0 ICD 10 (gestörte psychische Empfindlichkeit, wobei sich subjektive Erlebnisweisen eines gestörten Gedächtnisses, der Merkfähigkeit und der Konzentration weder in der psychiatrischen Exploration noch durch gezielte testpsychologische Untersuchungen verifizieren ließen). Aufgrund der Krankheitsbilder sei die Klägerin prinzipiell imstande, einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in gewisser Regelmäßigkeit nachzugehen, weil aber die Krankheitserscheinungen sehr viel Energie binden würden, lediglich halb- bis unter vollschichtig seit ca. zwei bis drei Jahren. Den Anforderungen des Berufs einer technischen Zeichnerin, den die Klägerin atypischerweise auf Heimarbeitsbasis ausgeübt habe, sei sie nicht gewachsen, ebensowenig den Anforderungen eines gleichartigen Berufs, wozu auch das nötige Anpassungs- und Umstellungsvermögen fehle. Herausgehobene Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts seien ihr wegen der psychasthenischen Tätigkeitsstruktur nicht zuzumuten. Auf der einen Seite stehe der Anspruch auf einem besseren Beruf und eine überzogene Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, auf der anderen Seite jedoch nur eine mangelnde Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit.

Die Beklagte bezweifelte ein unter vollschichtiges Erwerbsvermögen, weil sich die Klägerin zwar sehr intensiv mit ihren so genannten Krankheitserscheinungen beschäftige, ein reduziertes Leistungsvermögen hieraus nicht ableitbar sei. Sie versorge Haus und einen großen Garten, und es sei aus nervenärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar, warum sie entsprechende Aktivitäten nicht auch in eine vollschichtige leichte körperliche Berufstätigkeit einbringen könne. Der "neurologische Gutachter" habe deutlich auf den sekundären Krankheitsgewinn der Klägerin und den Umstand hingewiesen, dass bisher eine zielstrebige psychiatrische Behandlung, die erfolgversprechend und zumutbar sei, nicht stattgefunden habe.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 24.09.1998 ab. Der Klägerin stünde kein Berufsschutz zu. Den Beruf einer Köchin habe sie wieder aufgegeben, zur Kosmetikerin sei sie zwar umgeschult worden, habe diese Tätigkeit aber nie ausgeübt. Die sie als technische Zeichnerin nur eineinhalb Jahre tätig gewesen sei, sei sie nicht einmal in die Gruppe der Angestellten mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren einzustufen und auf den allgemeinen

Arbeitsmarkt verweisbar. Die Beurteilung des Leistungsvermögens als zeitlich eingeschränkt könne nicht nachvollzogen werden. Der Klägerin sei es bei willentlicher Anstrengung möglich, vollschichtig beruflich tätig zu sein. Im Einzelnen begründete das Sozialgericht in seinem Urteil, warum es nicht der Auffassung des Nervenarztes Dr.F. folgen könne.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung macht die Klägerin geltend, der Sachverständige Dr.W. habe ein halbschichtiges bis unter vollschichtiges Leistungsvermögen festgestellt. Ihr Leiden sei einer willentlichen Steuerung nicht mehr zugänglich. Bisherige Erwerbstätigkeiten seien nie unter regulären Arbeitsbedingungen erbracht worden. Sie sei zu vollschichtigen Erwerbstätigkeiten nicht fähig. Außerdem habe das Sozialgericht die Frage der Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen überhaupt nicht angesprochen.

Weiterhin habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. So sei im Bereich des Unterschenkels eine deutliche Verschlimmerung eingetreten, zusätzlich sei jetzt eine Polyneuropathie festgestellt worden, und die Hüftbeweglichkeit sei durch neuerliche Beschwerden erheblich eingeschränkt. Hierzu legt die Klägerin ein Attest des Allgemeinarztes Dr.H. vom 22.06.1999 über das Bestehen zweier nahezu therapieresistenter Ulcera cruris, Ein- und Zweifennigsstüßgroß, vor, weiterhin ein Attest des Nervenarztes Dr.R. vom 15.03.1999 mit der Bemerkung, dass die Einschätzung des Leistungsvermögens der Klägerin mit halb- bis untermittelschichtig (Gutachten des Dr.F.) vom Sozialgericht Regensburg ohne weitere Begründung oder Stellungnahme "nicht nachvollzogen" werden könne.

Die Beklagte wies darauf hin, dass das vom Hausarzt angegebene kleine Geschwür im Bereich des rechten Innenfußknöchels und die Beinvenenthrombose behandelbare Leiden seien, die zur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, aber nicht zu einer dauerhaften Minderung der Erwerbsfähigkeit führen könnten, dass in psychischer Hinsicht keine pathologischen Befunde erhoben seien und dass die Klägerin nur noch sporadisch in nervenärztlicher Behandlung gewesen sei.

Der Senat hat die Schwerbehindertenakte des AVF Regensburg sowie die Leistungsakte und ärztlichen Unterlagen des Arbeitsamts Weiden beigezogen, außerdem Befundberichte sowie Arztbriefe vom Nervenarzt Dr.R. , Chirurgen Dr.H. , Allgemeinmediziner Dr.H. , Orthopäden Dr.S. , Orthopäden Dr.H. und Chirurgen Dr.U. sowie die Auskunft der Firma I. vom 25.05. 1999 eingeholt und Röntgenfilme beigezogen. Anschließend wurden der Internist und Angiologe Dr.H. , der Nervenarzt Dr.S. sowie der Orthopäde und Chirurg Dr.M. mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung von Gutachten beauftragt.

Dr.H. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 28.03. 2000 eine Hyperlipoproteinämie (ohne Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit), eine periphere arterielle Verschlusskrankheit Typ II A des linken Beines und Nikotinkonsum (mit mittelgradiger Stenose der Beckenstrombahn links), weiche Plaques links an der linken Arteria carotis mit Turbulenzen bei 1) und Nikotinkonsum (ohne Stenosen), ein postthrombotisches Syndrom rechts (Zustand nach Dreietagen-

Thrombose 1992) mit chronischem Ulcus cruris rechts (derzeit zwei nichtinfizierte Ulcera von je zwei mm Größe), eine arterielle Hypertonie (140/90 und 135/85 mmHg und niedriger) sowie einen Zustand nach Ulcus ventriculi 1991 ohne Anhalt für Rezidiv.

Hinsichtlich des Ulcusleidens wies der Sachverständige darauf hin, dass die bisherige Therapie nicht maximal ausgeschöpft sei und sich durch adäquate Kompression speziell in der Ulcusgegend noch eine Besserung erzielen ließe. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Klägerin vollschichtig leichte körperliche Arbeiten (kein Heben und Tragen von Lasten über fünf kg), nicht ausschließlich im Gehen, überwiegend in geschlossenen Räumen (Entfall von extremen Witterungseinflüssen wie Kälte und Hitze) verrichten könne. Unzumutbar seien Arbeiten in Gefahrenbereichen (Leitern, Gerüste, gefährdende Maschinen, Fließband), das gewerbsmäßige Fahren eines Kfz zur Personen- und Güterbeförderung sowie Arbeiten unter Stress (z.B. Nachtschicht und Akkord). Die Klägerin könne demnach die vom Senat in der Beweisordnung geschilderten Tätigkeiten einer einfachen Registrarin und einer einfachen Postabfertigerin verrichten. Sie sei fähig, 900 m Gehstrecke innerhalb zumutbarer Zeit (einschließlich kleiner Pausen) zurückzulegen.

Die Klägerin wandte gegen das Gutachten unter Vorlage eines Attestes des Hautarztes Dr.W. vom 27.05.2000 ein, entgegen den Ausführungen des Dr.H. sei von der Therapieresistenz des Ulcus cruris auszugehen, und wegen Zweifel an der Sachkompetenz des Angiologen und Internisten Dr.H. werde eine erneute Begutachtung durch einen Phlebologen beantragt. Dr.W. führte aus, bei den vorliegenden Hautveränderungen müsse immer wieder mit Rezidiven gerechnet werden und es könne nicht behauptet werden, dass die Therapie bisher nicht maximal ausgeschöpft worden sei. Diese Behauptung stehe einem Internisten, der in der Ulcus-Versorgung nicht ausgebildet sei, nicht zu.

Dr.H. nahm hierzu am 19.07.2000 dahingehend Stellung, dass die Phlebographie ein Teil der Ausbildung zum Angiologen sei, und er könne als "phlebologisch tätiger angiologischer Internist" mit derartig kleinen Ulcera umgehen. Nachdem laut der Krankengeschichte eine Verringerung der Größe der (jetzigen) Ulcera eingetreten sei, sei er nach wie vor â wie Dr.H. â der Ansicht, dass bei spezieller Kompression mit einer raschen vollständigen Abheilung zu rechnen sei.

Dr.S. kam u.a. nach Erhebung technischer Befunde (EMG, Neurografie, SSEP, Ultraschall-Dopplersonografie, EEG) und Veranlassung eines psychologischen Zusatzgutachtens des Diplom-Psychologen K. vom 29.09.2000 in seinem Gutachten vom 28.09.2000 zu den Diagnosen Schwindel und gelegentliche Fallneigung bei hypoton-orthostatischer Kreislaufdysregulation, Somatisierungsstörung und diskret depressiv ausgelenkte Stimmungslage, wodurch keine wesentlichen Funktionsausfälle und Behinderungen verursacht würden. Er führte aus, dass sich weder bei seiner psychiatrischen Exploration noch bei der testpsychologischen Untersuchung irgendein Hinweis auf Persönlichkeitsstörungen gezeigt habe, allenfalls geringe depressive Einschlüsse. Eine Somatisierungstendenz sei nicht zu übersehen, für eine hirnorganische Beeinträchtigung ergäben sich keinerlei

Anhaltspunkte. Neurologisch finde sich ein völlig unauffälliger Status ohne irgendwelche Hinweise auf Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems. Zur zumutbaren Gehstrecke sei darauf hinzuweisen, dass die Klägerin in der Klinik einen Weg von ca. 800 m innerhalb von 10 Minuten zurückgelegt habe.

Sie könne leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeiten vollschichtig verrichten. Ungünstig seien Zwangshaltung, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, an Maschinen, am Fließband sowie allgemein mit Eigen- und Fremdgeräthredung. Als einfache Registratorin oder Hilfskraft in der Postabfertigung könne die Klägerin vollschichtig eingesetzt werden.

Der Orthopäde und Chirurg Dr.M. stellte in seinem Gutachten vom 19.02.2001 die Diagnosen: Statische Beschwerden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ohne Anhalt für periphere Nervenwurzelreizung oder -läsion bei dezent umformenden Veränderungen der Hals- und Brustwirbelsäule sowie umformenden Veränderungen der Lendenwirbelsäule, skoliotischer Wirbelsäulenverbiegung und hochsitzender Rundrückbildung (mittelgradiger Funktionsbehinderung), Polyarthrose (vielfach umformende Veränderungen) beider Hände mit rezidivierenden Reizzuständen (mittelgradige Funktionsbehinderung), Reizzustand beide Kniegelenke bei dezent umformenden Veränderungen (mit leichter Funktionsbehinderung), Reizzustand der Schultergelenksweichteile beidseits (Periarthritis humeroscapularis ohne bleibende Funktionsbehinderung), Reizzustand beide Ellenbogengelenke (ohne bleibende Funktionsbehinderung), Knochenhautentzündung an den großen Rollhüftgelenken beider Hüftgelenke (pelvitrochantales Muskelreizsyndrom) bei dezent umformenden Veränderungen beider Hüftgelenke (ohne bleibende Funktionsbehinderung), Reizzustand beide obere Sprunggelenke bei dezent umformenden Veränderungen (ohne bleibende Funktionsbehinderung).

Der Sachverständige war der Auffassung, gegenüber dem maßgeblichen Vorgutachten habe sich der Gesundheitszustand der Klägerin in wesentlichem Umfang verschlechtert durch Reizzustände von Seiten umformender Veränderungen beider Hände – Polyarthrosen – (röntgenologisch arthrotische Randauflagerungen und Zystenbildungen bei den klinischen Befunden: Handgelenksbeweglichkeit seitengleich frei bei reizlosen Gelenkverhältnissen, beidseitig vollständig und ausreichend kräftiger Faustschluss, Spitzgriff und Schlüsselgriff, einwandfreies Einwärtsfahren beider Daumen, keine Minderung der Handinnenmuskulatur, keine erkennbare Hohlhandbeschwellung). Der Sachverständige war der Auffassung, die Klägerin könne noch leichte körperliche Tätigkeiten (ohne Heben und Tragen von Lasten), im Wechselrhythmus und unter Schutz von Nase und Kälte verrichten. Vermieden werden müssten überwiegend einseitige Körperhaltung, andauerndes Knien und Hocken, Besteigen von Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten an gefährdenden Maschinen und erhöhte Beanspruchung an die Feinmotorik der Hände. Die zumutbare Wegstrecke betrage mehr als 500 m. Die Klägerin könne vollschichtig als Registratorin und Postabfertigerin eingesetzt werden.

Die Beklagte hat hierzu dahingehend Stellung genommen, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme alle Gesundheitsstörungen zumutbaren Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verrichten können.

Die Klägerin hat Antrag auf Anführung des Dr.A. gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) gestellt, aber dann den Kostenvorschuss für das zu fertigende Gutachten nicht eingezahlt.

Sie schildert erneut ihre Beschwerden und rügt, dass die Feststellungen des Dr.H. zu ihrem Ulcusleiden nicht stimmten, außerdem die Ergebnisse des betreffenden Gutachtens nur unter restloser Erschöpfung aller Kräfte und Überschreitung der Schmerzgrenzen (bei der Laufbandergometrie) erzielt worden seien, wobei der Sachverständige ihre Verletzung in Kauf genommen habe. Weiterhin hätten alle Gutachter eine Fibromyalgie und eine Niereninsuffizienz nicht berücksichtigt. Der Grad der Behinderung sei vom AVF Regensburg mit Bescheid vom 20.12.2000 von 60 auf 70 v.H. erhöht worden; zudem sei ihr das Merkzeichen "G" zuerkannt worden, was im Widerspruch mit den bisherigen Feststellungen der Sachverständigen zur Gehfähigkeit im Streitverfahren stehe.

Es werde beantragt, unter Beachtung der neueren ärztlichen Erkenntnisse eine zusätzliche Begutachtung nach [§ 106 SGG](#) anzuordnen, hilfsweise die bisherigen Gutachter unter Hinweis auf die gegebene Sachlage zu einer ergänzenden Begutachtung aufzufordern, und die persönliche Anführung der bisherigen Gutachter im Verhandlungstermin anzuordnen.

Eingereicht hat die Klägerin hierzu ein nicht datiertes Farbfoto ihres Fußknöchels mit Ulcus, einen Arztbrief des Internisten Dr.D. vom 21.11.2000, u.a. mit der Diagnose "Fingerpolyarthrose Typ Burchard und Heberden, sekundäre Fibromyalgie. Derzeit: Keine Evidenzen für eine aktive chronische Polyarthritits", weiterhin einen Arztbrief des Internisten und Nephrologen Dr.D. vom 29.11.2000 u.a. mit den Diagnosen "Niereninsuffizienz Stadium I, a) geringe Proteinurie b) Zustand nach Nephrolithiasis mit spontanem Steinabgang" und mit folgender Beurteilung: "Im Vergleich zur Voruntersuchung stabile Nierenfunktion, geringe Zunahme der Kreatininclearance, Eiweißausscheidung gering rückläufig. Die von der Patientin geschilderten leichten Nierenschmerzen dürften am ehesten vertebragen sein. Für eine entzündliche Reaktion besteht kein Anhalt". Zu einer nephrologischen Kontrolluntersuchung wird nach Ablauf von vier bis sechs Monaten geraten".

Der Senat hat die neueren Vorgänge des AVF Regensburg beigezogen. Hieraus ergibt sich, dass die Behörde auf einen Verschlimmerungsantrag vom 25.06.1999 ohne Untersuchung der Klägerin im Wesentlichen aufgrund der im Rentenstreitverfahren bekannten ärztlichen Unterlagen (Attest des Dr.W. vom 27.05.2000, Attest des Internisten Dr.D. vom 09.10.2000 und Teile des Gutachtens des Dr.H. vom 28.03.2000) den Grad der Behinderung von 60 auf 70 v.H. angehoben und das Merkzeichen "G" zuerkannt hatte (Bescheid vom 20.12.2000).

Der Klägerin ist vom Senat mitgeteilt worden, dass ein weiteres Gutachten nach

[Â§ 106 SGG](#) nicht geplant sei. Außerdem sind Hinweise erfolgt, dass Auswirkungen der Niereninsuffizienz Grad I auf die Erwerbsfähigkeit bei vorübergehender stärkerer Störung (Steinabgang) und stabiler Nierenfunktion ohne Anhaltspunkte für eine entzündliche Reaktion nicht vorliege und die Entscheidung des AVF Regensburg im Rechtsstreit irrelevant sei. Weiterhin erfolgten Hinweise auf die bereits von Dr.H. berücksichtigte Cholesterinwerte, die Diagnose eine Fibromyalgie und die Erfassung des postthrombotischen Syndroms durch das Gutachten des Dr.H. , so dass ein Ulcusrezidiv im Jahre 2001 nur vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und nicht anhaltende Erwerbsunfähigkeit begründen könne. Beigezogen worden sind in diesem Zusammenhang die Abhandlungen in der "Sozialmedizinischen Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", 5. Aufl., herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, zur Fibromyalgie und zum Krankheitsbild der Nieren (S.180 ff., S.320 ff.).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24.09.1998 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 22.03.1996 in der Form des Widerspruchsbescheides vom 09.08.1996 zu verurteilen, ihr ab Antrag Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zu gewähren, hilfsweise die mündliche Verhandlung zu vertagen, um durch Sachverständigen Gutachten das Vorliegen einer Fibromyalgieerkrankung festzustellen mit der Folge, dass durch diese Erkrankung das Leistungsvermögen in rentenrechtlicher Weise eingeschränkt ist.

Des Weiteren wird ausdrücklich der Antrag auf persönliche Anhörung der vom Gericht benannten Sachverständigen aufrechterhalten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider Rechtszüge vor. Zur Ergänzung des Tatbestands insbesondere hinsichtlich des Vortrags der Beteiligten und des Inhalts der Gutachten sowie ärztlichen Unterlagen wird hierauf sowie auf den Inhalt der beigezogenen Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Klägerin steht kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit zu.

Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres

bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind ([Â§ 43 Abs.2 Sätze 1 bis 3 des Sozialgesetzbuches Teil VI – SGB VI](#) in den vom 01.01.1992 bis 31.12.2000 geltenden Fassungen). Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann ([Â§ 43 Abs.2 Satz 4 SGB VI](#), zur Klarstellung eingefügt mit Gesetz vom 02.05.1996, [Bundesgesetzblatt I, 659](#), aber bereits vor und nach dem 01.01.1992 allgemeiner Rechtsgrundsatz, vgl. BSG vom 12.06.1996 – [5 RJ 2/96](#)).

Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit ausüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße bzw. 630,00 Deutsche Mark übersteigt; Erwerbsunfähig ist nicht, wer eine Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([Â§ 44 Abs.2 SGB VI](#) in den vom 01.01.1992 bis 31.12.2000 geltenden Fassungen). Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin nicht.

Bei ihr liegen auf orthopädischem Gebiet zum einen Beschwerden in allen Abschnitten der Wirbelsäule (ohne periphere Nervenwurzelreizung oder Nervenwurzelläsion) bei dezent umformenden Veränderungen sowie einem Reizzustand der Schultergelenksweichteile vor, zum anderen Reizzustände beider Kniegelenke (mit leichter Funktionsbehinderung), beider Ellenbogengelenke und beider oberen Sprunggelenke (ohne bleibende Funktionseinschränkung). Seit Rentenanspruch geltend gemacht wurde anfangs nur über Beschwerden in den Fingern mit geringerem Ausmaß und bei nicht eindeutigen Befunden ("Verdacht auf Raynaud sches Syndrom") ist eine Polyarthrose beider Hände mit rezidivierenden Reizzuständen hinzugekommen bzw. gesichert worden (Gutachten des Orthopäden Dr.M. vom 19.02.2001), weiterhin während des Berufungsverfahrens eine Knochenhautentzündung an den großen Rollhüftgelenken beider Hüftgelenke (Muskelreizsyndrom) bei dezent verformenden Veränderungen beider Hüftgelenke ohne bleibende Funktionsbehinderung.

Ein Großteil der Beschwerden kann unter dem Begriff der Fibromyalgie subsumiert werden, wie er synonym als generalisierte Tendomyopathie und früher als Fibrositis-Syndrom verstanden worden ist, d.h. als extraartikuläre "weichteilrheumatische" Erkrankung ohne strukturell fassbare Veränderungen, wobei chronische polytope Schmerzen der Bewegungsorgane, überprüfbar an Hand von (obligaten) zahlreichen definierten Schmerzpunkten (Tenderpoints), und häufig subjektives Schwellungsgefühl an den Gelenken oder Steifigkeit und Verspannungen in Gelenken und Muskulatur geklagt werden ("Sozialmedizinische Begutachtung", S.365 ff.). Zusätzliche Erkrankungen der Bewegungsorgane, z.B. eine Polyarthrose oder eine Polyarthrit, sind diagnostisch kein Ausschlussgrund. Nicht obligate Fibromyalgiesymptome außerhalb des Bewegungsapparates sind unter anderem psychovegetative Beschwerden und depressive Störungen; laborchemisch (internistisch) ist die Erkrankung mangels entzündlicher Reaktion

"nicht fassbar" ("Sozialmedizinische Begutachtung", a.a.O.).

Der Senat ist sich bewusst, dass im jetzigen Rentenverfahren bei manchen Ärzten durchaus Unklarheit über das Krankheitsbild der Klägerin bestand (nur "Verdacht" auf Fibromyalgie), zumal sich das Beschwerdebild der Klägerin weitgehend mit feststellbaren Veränderungen, die auf eine andere Gesundheitsstörung hinweisen (z.B. Polyarthrose der Fingergelenke), erklären lässt. Dennoch muss auch von einer sekundären Fibromyalgie so der Internist und Rheumatologe Dr.D. im Arztbrief vom 21.11. 2000 ausgegangen werden.

Der Orthopäde Dr.T. konnte anlässlich der Erstellung seines Gutachtens vom 05.02.1985 multiple Insertions- und Myotendinosen des Schultergürtels und beider Arme feststellen. Bereits im Jahre 1987 wurde im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität (Bericht vom 25.08.1987) die Diagnose einer Fibrositis (Polyarthralgie bei beginnenden arthrotischen Veränderungen sowie weichteilrheumatisches Syndrom ohne Hinweis auf eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischem Formenkreis) bei Ausschluss anderer typischer Erkrankungen gestellt. Dr.S. hat auch die Beklagte über das Ergebnis hat auch die Beklagte übernommen diagnostizierte dann in seinem Gutachten vom 14.02.1996 eine Fibromyalgie, wobei erkenntlich die notwendige Prüfung der "Tenderpoints" angestellt worden ist. Gerade deswegen schließt sich der Senat dieser Auffassung an.

Wenn manche ärztliche Sachverständige diesen Schritt aus verständlichen Gründen nicht nachvollzogen haben, so tat dies ihren Ausführungen im Übrigen keinen Abbruch. In zweiter Instanz wurden durch die Einholung von drei Fachgutachten die verschiedenen Aspekte der Krankheit aus unterschiedlicher fachärztlicher Sicht nochmals beleuchtet, und es ist ausdrücklich hervorzuheben, dass die herangezogenen Gutachter keineswegs, wie der Bevollmächtigte der Klägerin unter Hinweis auf die "Sozialmedizinische Begutachtung", S.181 ("Patienten fühlen sich oft als Simulant bzw. Rentenjäger diskriminiert") befürchtete, die angegebenen Beschwerden der Klägerin abgetan oder unbeachtet gelassen haben; es ist unter anderem darauf zu verweisen, dass in Augen von Laien herabsetzende vorrangige Wertungen wie hypochondrische Entwicklung (vgl. Gutachten des Neurologen und Psychiater Dr.H. vom 24.04.1985) oder "hypochondrisch-depressives Syndrom" (so der die Klägerin langjährig behandelnde Nervenarzt Dr.R. in seinem für das Sozialgericht erstellten Befundbericht vom 08.10.1999) fehlen.

Trotz Berücksichtigung der genannten Beschwerden und einer von Dr.S. im Gutachten vom 28.09.2000 festgestellten Somatisierungsstörung (psychosomatische Überlagerung) hat die im Berufungsverfahren durchgeführte Begutachtung der Klägerin aus drei fachärztlichen Richtungen hinsichtlich der Fibromyalgie mit Nebenerscheinungen nicht mehr an Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit erbracht als das Gutachten des Dr.S. , auf das sich der Senat wegen der Fibromyalgie maßgebend stützt, nämlich dass die Klägerin trotz dieser Erkrankung vollschichtig bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechselrhythmus ohne Heben und Tragen schwerer Lasten, ohne häufiges Bücken, ohne

Zwangshaltungen und Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft verrichten konnte. Diese im Jahre 1996 getroffene Beurteilung ist für die Folgejahre nur dahingehend abzuschwächen, dass aufgrund der zusätzlich festgestellten Gesundheitsstörungen der Klägerin nur noch leichte körperliche Tätigkeiten vollschichtig (ohne andauerndes Knien und Hocken und ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten) zumutbar sind und keine erhöhte Ansprache an die Feinmotorik beider Hände gestellt werden dürfen. Dem steht nicht das in erster Instanz erstellte Gutachten des Nervenarztes Dr.F. vom 20.05.1998 entgegen, der die Klägerin für halb- bis unter vollschichtig einsetzbar hielt. Dies geschah jedenfalls nicht wegen der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet und der Fibromyalgie (einschließlich des dazu gehörenden Schmerzsyndroms), sondern wegen einer nach (unten dargelegter) Ansicht des Senats nicht vorhandenen Persönlichkeitsstörung von vorwiegend psychasthenischem Typus.

Den Gesundheitsstörungen der Klägerin sind keine allzu gravierenden Einschränkungen des Erwerbsvermögens beizumessen, wobei sich im Einzelnen Folgendes ergibt: Die Armmuskulatur ist seitengleich regelrecht ausgeprägt ohne umschriebene Muskelatrophie. Beidseits war der Nacken- und Schürzengriff frei, ebenso die passive Beweglichkeit der Schultergelenke (vgl. Gutachten des Dr.M.). Die Ellenbogengelenke erschienen frei beweglich, die Unterarmdrehbeweglichkeit war trotz Angabe von Druck- und Bewegungsschmerz voll erhalten. Die Beweglichkeit der Handgelenke zeigte sich frei, der Faustschluss war vollständig und ausreichend kräftig, die Handinnenmuskulatur nicht gemindert, und die Daumen konnten einwandfrei einwärts geführt werden. Vor allem unter Berücksichtigung der Angaben der Klägerin zu einem Druck- und Bewegungsschmerz sowie der röntgenologisch objektivierbaren dezenten Veränderungen in den Fingergelenken mit hieraus glaubhaft erscheinenden Reizzuständen erscheinen dem Senat die von Dr.M. festgestellten qualitativen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit der Klägerin schlüssig.

Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war bei linkskonvexer Seitverbiegung der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelkyphose im Bereich der Halswirbelsäule und Brustwirbelsäule frei und zeigte sich im Bereich der Lendenwirbelsäule lediglich bei Links- seitneigung um ein Drittel behindert, ein wenig wesentlicher Befund. Gewisse Beschwerden sind auch hier bei Härten der Trapezmuskulatur und der paravertebralen lumbalen Rückenstreckmuskulatur und geringer Fehlstatik des Achsenorgans glaubhaft. Eine Osteoporose der Wirbelsäule, auf die die Klägerin ehemals eine Vorneigung beim Stehen in ihrer Küche zurückgeführt hatte, lag in den Jahren ab 1998 nicht vor. Bei der letzten orthopädischen Untersuchung (Dr.M.) zeigten sich die typischen röntgenologischen Zeichen nicht, und die Messung der Knochendichte durch Dr.K. am 25.02.1998 war normgerecht. Eine ehemalige Knochenentkalkung (Knochendichtemessung laut Arztbrief des Dr.C. vom 15.08.1994 89 % unter dem Durchschnittswert in der Altersgruppe der Klägerin) war damals laut dem Sachverständigen Dr.S. (Gutachten vom 14.02.1996) ohnehin ohne erhebliche Auswirkungen und hat sich seitdem entweder durch Kalziumtherapie gebessert oder der höheren Altersgruppe, der die Klägerin später angehörte, im Normwert

angeglichen.

Die Hüft-, Knie- und Sprunggelenke der Klägerin erwiesen sich bei flüssigem barfüßigen Gehen, regelrechtem Zehen- und Spitzengang auch zuletzt bei der umfassenden Prüfung des Dr.M. als frei beweglich. Im Wesentlichen hat die Klägerin einen Druckschmerz am Trochanter major-Hinterrand beidseits angegeben, woraus eine vorübergehende Knochenhautentzündung folgt. Bei dezent umformenden Veränderungen der Knie- und Sprunggelenke kann ferner unter Zugrundelegung der gesamten Krankengeschichte von rezidivierenden Reizzuständen ausgegangen werden. Wenn alle Gesundheitsstörungen der Klägerin auf orthopädischem Gebiet und der übergreifende Komplex der Fibromyalgie berücksichtigt wird, so bestehen dennoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin außerstande sein sollte, leichte Arbeiten vollschichtig zu verrichten.

Eine erhebliche Gehbehinderung in der Rentenversicherung bei dem Unvermögen, etwas über 500 m innerhalb angemessener Zeit (ca. 18 Minuten einschließlich Pausen) viermal am Tag zu gehen ist angesichts der nicht allzu gravierenden Gesundheitsstörungen der Klägerin nicht ersichtlich. Auch insoweit schließt sich der Senat den eingeholten Rentengutachten an. Demgegenüber können aus dem Änderungsbescheid des Amts für Versorgung und Familie vom 20.1.2000 (Erhaltung des GdB auf 70 v.H. und Feststellung einer erheblichen Gehbehinderung im Merkzeichen "G") keine Argumente abgeleitet werden. Die rechtlichen Wertungen im Schwerbehindertenrecht beruhen auf andersartigen Grundsätzen (und dort dient auch eine längere Gehstrecke als Maßstab) und sind im übrigen in keiner Weise für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit verbindlich. Nur nebenbei weist der Senat darauf hin, dass auch die Richtigkeit des Schwerbehindertenbescheids vom 20.12.2000 angezweifelt werden muss. Er beruht auf dürftigen ärztlichen Unterlagen (wobei hier noch von Seiten der Klägerin bei der Übermittlung ärztlicher Unterlagen selektiert worden ist), nämlich auf zwei sehr kurz gefassten Arztbriefen des Allgemeinmediziners Dr.H. vom 25.10.2000 und der Internistin Dr.G. vom 15.11.2000, dem Arztbrief des Internisten Dr.D. vom 21.11. 2000 und den Seiten 1, 9 und 10 des Gutachtens des Internisten Dr.H. vom 28.03.2000; eine Untersuchung und Begutachtung der Klägerin im Schwerbehindertenverfahren ist nicht erfolgt. Laut versorgungsärztlicher Stellungnahme des Dr.M. soll wegen der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet einschließlich der Fibromyalgie (Einzel-GdB 40 v.H.) und wegen des "postthrombotischen Syndroms rechts, wiederkehrende Beingeschwüre rechts" (Einzel-GdB 30 v.H.) das Merkzeichen "G" gerechtfertigt sein. Unbeschadet der wesentlich zu hoch angesetzten Einzel-GdB-Werte ist festzustellen, dass hier nichtbestehende Gesundheitsstörungen, so z.B. (degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit) Wurzelreizerscheinungen und Entkalkung des Knochens, Osteoporose, zugrunde gelegt worden sind, und die Behinderungen auf internistischem Gebiet, insbesondere das postthrombotische Syndrom, in Kenntnis der gesamten ärztlichen Unterlagen nicht so schwerwiegend wie im Jahre 1992 (Dreietagenthrombose) einzuschätzen gewesen ist. Worauf im jetzigen Alter der Klägerin ein Einzel-GdB um 30 v.H. für den (frühen) "Verlust der Gebärmutter

und der Adnexe (1972 bis 1978), klimakterische Beschwerden" beruht, vermag nicht nachvollzogen zu werden.

Ergänzend zu den orthopädischen Befunden sind jedenfalls die von der Klägerin dem Amt für Versorgung und Familie nicht vorgelegten Seiten des Gutachtens des Dr.H. mit der Laufbandergometrie und deren Auswertung zu sehen, wonach die ihr zumutbare Wegstrecke 600 m "an einem Stück" beträgt, aber in Wirklichkeit die Gehfähigkeit höher liegt, weil sie noch kürzere Pausen auf Fußwegen einlegen kann, ohne dass die zumutbare Zeit überschritten wird. Dr.H. hat daher die Zumutbarkeit des Zurücklegens von Gehstrecken bis 900 m festgestellt. Damit stimmt die Beobachtung des Sachverständigen Dr.S. überein, dass die Klägerin einen Weg in der Klinik von 800 m in ca. 10 Minuten zurückgelegt hat. Unter Berücksichtigung aller Gutachten ist davon auszugehen, dass die Klägerin tatsächlich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß zurücklegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit benutzen kann.

Im Vordergrund der Gesundheitsstörungen auf internistischem Gebiet stehen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und ein postthrombotisches Syndrom. Die PAVK hat sich im Laufe der Zeit verschlechtert. Während vor dem im Oktober 1995 gestellten Rentenantrag, im August 1995, und danach, im Juni 1996, eine asymptotische peripher-arterielle Verschlusskrankheit Stadium I bestanden hat (vgl. u.a. Gutachten des Internisten Dr.D. vom 18.06.1996), lag bei der Untersuchung des Sachverständigen Dr.H. eine peripher-arterielle Verschlusskrankheit vom Typ II A bei mittelgradiger Beckenstenose vor. Dr.H. hat die Diagnose (PAVK II A) auf Bl.12 seines Gutachtens richtig angeführt und ab Bl.21 ff. eingehend besprochen, so dass davon auszugehen ist, dass bei Wiederholung der Diagnosen auf Bl.21 des Gutachtens (hier steht PAVK I) nur ein Schreibfehler unterlaufen ist.

Glaubhafte Beschwerden in der Hüftgegend der Klägerin lassen sich weitgehend auf eine Ischämie im Bereich der Arteria iliaca interna distal der Stenose der Beckenstrombahn zurückführen. Soweit der Orthopäde Dr.M. auf seinem Fachgebiet eine nur vorübergehende Gesundheitsstörung (Knochenhautreizung) gesehen hat, trifft diese Bewertung nicht auf die "ischämischen" Beschwerden auf internistischem Gebiet zu. Es handelt sich hier um eine länger dauernde Gesundheitsstörung, und insoweit kann eine künftige Besserung zu erwarten sein, wenn die Klägerin den Nikotingenuss einstellt und eine Behandlung mit Thrombozyten- aggregationshemmern durchmacht und diese Therapie auch anschließt. Vorerst ist die Gesundheitsstörung, da schon mehr als sechs Monate vorliegend, im bestehenden Umfang bei der Beurteilung von Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit einzubeziehen. Als Nebenerscheinung der mittelgradigen Stenose der linken Beckenstrombahn ist noch ein sekundäres Raynaud-Phänomen an der linken unteren Extremität zu sehen (Kälte, weiß werden, Livid- verfärbung und Rötung unter Wärme). Aufgrund der PAVK II A verbieten sich Arbeiten unter extremen Witterungseinflüssen wie Kälte und ist die zumutbare Wegstrecke von und zur Arbeit auf maximal 900 m begrenzt.

Neben der PAVK II A, aber nicht durch diese verursacht, liegt ein Ulcusleiden im Bereich des rechten Fußknöchels vor. Dieses ist auf eine dem Beginn nach wohl ins Jahr 1991 (Beinschwellung) zurückzuführende und am 16.10.1992 im Sankt-Elisabeth-Krankenhaus M. diagnostizierte Dreietagenthrombose zurückzuführen, die sich nach einjähriger Markumarbehandlung laut Angaben der Klägerin und laut medizinischen Befunden (Ausbildung von Kollateralen, Absetzen der Markumartherapie) gebessert hat (vgl. Bericht des Hospitals M. vom 14.12.1993). Postthrombotische Veränderungen blieben, wie die Phlebographie des Dr.M. vom 28.10.1996 (Wandunregelmäßigkeiten nur im distalen Bereich der tiefen Leitvenen des Unterschenkels, Verschluss der proximalen Unterschenkelleitvenen) ausweist. Der Befund des Dr.H. (unter anderem Verschluss der Vena femoralis superficialis, aber ausgeprägte Kollateralen mit regelrechtem Klappenschluss, Restthrombosen in der Vena poplitea und variköser Umbau der Unterschenkelleitvenen) ist hierzu identisch. Das rezidivierende Ulcusleiden, die Hautatrophie am Unterschenkel rechts und eine Hyperpigmentierung sind typische Folgen der Phlebothrombose. Aufgrund des Krankheitskomplexes sind der Klägerin nur noch leichte körperliche Arbeiten (was das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg ausschließt) nicht ausschließlich im Gehen/ Stehen und ohne Einfluss extremer Witterungseinflüsse zumutbar.

Im Hinblick auf die Diagnosen und die Bewertung des Dr.H. ist der Einwand der Klägerin nicht nachvollziehbar, der Sachverständige habe eine vollständige Abheilung des Ulcusleidens festgestellt, die Abheilung habe dagegen kaum drei Wochen Bestand gehabt und das Gutachten sei inhaltlich unrichtig, außerdem sei Dr.H. nicht fachkompetent für die Beurteilung eines Ulcusleidens (bzw. die Prognose, ob durch adäquate Kompression die bei Untersuchung gesehenen Ulcera gebessert werden könnten). Dr.H. hat in einer ergänzenden Stellungnahme seine Fachkompetenz als Angiologe, die auch Nebenerscheinungen wie Ulcera erfasst, überzeugend dargelegt, im Übrigen in seinem Gutachten keine vollständige Abheilung des Ulcusleidens festgestellt, sondern zwei bestehende Geschwüre. Er hat auch nur darauf hingewiesen, dass diese konkreten Ulcera gebessert werden könnten, nachdem eine heilungsstärkende arterielle Durchblutungsstärkung an der rechten unteren Extremität nicht besteht, bereits früher eine Verkrustung festgestellt worden ist (Bericht des Klinikums W. vom 02.02.1999 über ein pfenniggroßes, verkrustetes Ulcus) und die jetzigen zwei ulcera der Klägerin, früher jeweils 1,5 cm groß, jetzt nur noch jeweils 2 mm groß sind. Richtig sind auch die Feststellungen des Sachverständigen, dass das Leiden wechselnde äussere Erscheinungen mit sich brachte. Entscheidend und wesentlich für den Senat ist letztlich vor allem, dass Dr.H. nicht von einem abgeheilten oder belanglosen Leiden ausgegangen ist, sondern seiner Beurteilung ein "postthrombotisches Syndrom rechts mit chronischen Ulcus cruris rechts", damit ein jetzt und auch in der Zukunft fortbestehendes Grundleiden zugrunde gelegt hat, woraus er auch die vom Senat bereits oben genannten Leistungseinschränkungen folgte.

Eine arterielle Hypertonie mit gering erhöhten Blutdruckwerten von 140/90 und 125/90 mmHg rechts sowie 135/85 und 130/95 mmHg links, medikamentös voll kompensiert, und eine mögliche Herzleistungsminderung ohne pathologische

Messwerte (Ergometrie bei 75 Watt wegen Erschöpfung abgebrochen, also im Grenzbereich zwischen leichten und mittelschweren Tätigkeiten im Erwerbsleben) vermögen eine zeitliche Leistungseinschränkung der Klägerin ebenfalls nicht zu begründen. Wenn Dr.H. im Hinblick auf die Hypertonie mit gelegentlichen Schwindelerscheinungen Arbeiten in Gefahrenbereichen (auf Leitern und Gerüsten, an gefährlichen Maschinen und am Fließband) sowie das gewerbsmäßige Fahren eines Kfz zur Personen- oder Güterbeförderung für unzumutbar hält, ist dies nicht zu beanstanden.

Dieselben qualitativen Einschränkungen des Erwerbsvermögens folgen vorsorglich aus Auflagerungen in den hirnersorgenden Gefäßen, insbesondere einer Bildung weicher Plaques im Bereich der linken Arteria carotis interna (ohne Stenosenbildung und ohne bisher hieraus folgenden Störungen).

Ohne leistungsrechtliche Relevanz ist eine Hyperlipoproteinämie, die insbesondere eine Hypercholesterinämie mit einschließt. Hierin liegt ein Risikofaktor für bestimmte häufige Erkrankungen, jedoch nicht eine aktuelle Gesundheitsstörung.

Wenig an Gewicht kommt einer Neigung zu Magenschleimhautentzündung (vgl. Gutachten des Internisten und Lungenarztes Dr.W.) bzw. einem Zustand nach Ulcus ventriculi 1991 ohne Anhalt für Rezidiv (vgl. Gutachten des Dr.H.) zu, nachdem sich nach Auftreten eines Ulcus im Jahre 1991 keinerlei Befunde oder Hinweise auf eine erneute Geschwürsbildung ergeben haben und eine Medikation (z.B. Magenschutzmittel bei Einnahme von Medikamenten) zumutbar ist.

Die vom Internisten und Nephrologen Dr.D. im Arztbrief vom 29.11.2000 bescheinigte Niereninsuffizienz Stadium I kann sozialmedizinisch noch keine Auswirkungen haben. Die Diagnose beruht auf einer Nephrolithiasis mit spontanem Steinabgang, einem vorübergehenden kurzzeitigen Zustand, der sich wieder gebessert und stabilisiert hat. Dr.D. selbst hat eine Besserung der Messwerte (Zunahme der Kreatininclearance, rückläufige Proteinurie) beschrieben, eine stabile Nierenfunktion ohne Anhaltspunkte für eine entzündliche Reaktion festgestellt und eine weitere Behandlung nicht für notwendig gehalten.

Nachdem bereits aufgrund anderer Gesundheitsstörungen der Klägerin leichte Arbeiten in geschützten klimatisierten Räumen (ohne extreme Temperaturen im Hitze- und Kältebereich) geboten erscheinen und dies auch bei Nierenerkrankungen zutrifft (vgl. hierzu die "Sozialmedizinische Begutachtung", S.320), bedarf es insoweit keiner gutachterlichen Feststellungen mehr.

In neurologischer Hinsicht hat Dr.S. die von Dr.H. festgestellten gelegentlichen Schwindelerscheinungen und eine Fallneigung bestätigt. Insoweit ergeben sich keine zusätzlichen und abweichenden Gesichtspunkte.

Daneben bestehen im Wesentlichen eine Somatisierungsstörung und eine diskret ausgelenkte Stimmungslage. Ein Carpal-tunnelsyndrom rechts, eine solche Diagnose hat Dr.R. einmal in seinem Befundbericht vom 02.12.1997 ohne Wiedergabe der

erhobenen Untersuchungsbefunde angegeben, hat sich bei mehreren Untersuchungen der KlÄxgerin nicht mehr objektivieren lassen. Dies gilt auch für das Gutachten des Dr.F. , der trotz negativer Befunde die Diagnose ausdrücklich unter dem Hinweis auf die Krankengeschichte übernommen hat, wobei er aber in der gutachterlichen Schlussbesprechung an erster Stelle betont hat, dass bei der neurologischen Untersuchung kein nennenswerter pathologischer Befund zu erheben gewesen sei. Befunde, die nicht sicher feststellbar sind, dürfen aber nicht als Gesundheitsstörungen gewertet werden, wobei vorliegend der Fehler aber wenig Bedeutung hat, da auch Dr.F. aus einem Carpal-tunnelsyndrom rechts keine Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit gefolgert hat.

Eine Polyneuropathie, von der KlÄxgerin erstmals im Berufungsverfahren geltend gemacht, besteht nicht. Aus welchen Gründen die KlÄxgerin zu solchen Mutmaßungen kommt, ist dem Senat nicht erkenntlich, zumal bereits der behandelnde Nervenarzt Dr.R. eine Polyneuropathie ausgeschlossen hat. Dieses Ergebnis steht auch aufgrund der Befunderhebungen des Dr.S. mit Sicherheit fest.

Eine Enzephalopathie, begrifflich gleichbedeutend mit hirnorganischer Schädigung, liegt bei der KlÄxgerin mit Sicherheit nicht vor. Hierfür fehlt es nach Inhalt aller erstellten Gutachten sowohl an organisch einschlägigen Befunden als auch an spezifischen Symptomen bzw. Verhaltensweisen und Reaktionen, die anlässlich einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung objektiviert werden können. Der Senat weist darauf hin, dass diese Diagnose in unfundierter Weise vom Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr.H. (Befundbericht vom 13.11.1995) gestellt worden ist, der eine "beginnende Enzephalopathie" daraus ableitete, dass die KlÄxgerin ihm gegenüber eine zunehmende Vergesslichkeit angegeben hatte. Die KlÄxgerin hat dies wiederum sofort aufgegriffen, so im erstinstanzlichen Schriftsatz vom 30.06.1997, in dem u.a. nun die Rede von Antriebschwäche, Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit ist, wobei diese Zustände an Häufigkeit und Intensität in einem Maße zugenommen haben sollen, dass sie krankhaften Charakter aufweisen würden, wobei zugleich in diesem Schriftsatz sehr ausführlich fünf Beispiele geschildert und der Ehemann als Zeuge einvernommen sowie Beweis durch ein Sachverständigen-gutachten erhoben werden sollte. Die danach erhobenen neurologisch-psychiatrischen und psychologischen Befunde (Gutachten des Dr.F. und des Dr.S. sowie zwei testpsychologische Gutachten) haben jedoch dann eindeutig ergeben, dass Hirnleistungsschwächen nicht vorhanden sind und bei langdauernden Explorationen (z.B. zweimal zwei Stunden), Untersuchungen und psychologischen Tests die KlÄxgerin sich als bewusstseinsklar, wach, in allen Qualitäten orientiert, konzentriert und ohne Mühen allen Fragen und Aufgaben folgend ("keine feststellbare Beeinträchtigung der Konzentrations- und Merkfähigkeit" ; keine merklichen Leistungsbeeinträchtigungen einzelner Intelligenzfunktionen und keine Teilleistungsschwächen") sowie emotional schwingungsfähig erwies; festgestellt worden sind eine gute und ungestörte Auffassungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, geordnetes logisch-abstraktives und planendes Denkvermögen, geistige Belastbarkeit und das Fehlen von Zeitgitter-, Wortfindungs- und aphasischen Störungen. Mit diesen Ergebnissen korrespondieren auch der neurologisch völlig unauffällige Status ohne

irgendwelche Hinweise auf Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, u.a. ohne Anhaltspunkte für lokalisierte oder diffuse cerebrale Funktionsstörungen.

Bei den von der Klägerin angegebenen Erscheinungen handelt es sich um Phänomene, die soweit objektivierbar die Grenzen des Subjektiven nicht überschreiten, und keiner der Sachverständigen konnte im Übrigen einen mit diesen "Empfindungen" verbundenen besonderen Leistungsdruck darlegen.

Eine Persönlichkeitsstörung liegt nicht vor, vorhanden sind vielmehr geringe depressive Einschlüsse und eine Somatisierungstendenz. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung waren Dr.F. und Dr.S. unterschiedlicher Ansicht. Nun kann bei der Klägerin von einer leichten Persönlichkeitsakzentuierung, die sich in einer leichten psychasthenischen Neigung äußert, durchaus gesprochen werden, nicht aber von einer spezifischen Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert. Sicherlich sind bei der Klägerin aus der gesamten Krankheitsgeschichte eine Selbstbezogenheit, eine gewisse Unterschätzung ihrer Person, eine gesteigerte Selbstbeobachtung, eine Klagsamkeit sowie auch eine Neigung zum Dramatisieren einerseits und zum Somatisieren andererseits erkennbar. Dr.F. hat aber eine "erheblich gestörte Selbstwahrnehmung", auf die er vor allem die Persönlichkeitsstörung stützte, nicht eingehend und überzeugend dargelegt. Worin solche Momente liegen, die von vielen variierenden Persönlichkeitsstrukturen im Normbereich so erheblich abweichen, dass eine behindernde Gesundheitsstörung besteht, ist nicht deutlich bzw. schlüssig geworden. Es kann sich hierbei um individuelle Persönlichkeitszüge handeln, die im Erwerbsleben ohne Relevanz sind. In diesem Zusammenhang nimmt der Senat Bezug auf die Umschreibung der Persönlichkeitsstörung, wie sie Dr.F. hat hierzu nichts Näheres ausgesagt und anlässlich der Begutachtung des Dr.S. formuliert worden ist: "Von spezifischen Persönlichkeitsstörungen ist dann zu sprechen, wenn dauerhafte Abweichungen in der Kognition (Denken, Einstellungen und Interpretation von Ereignissen und Menschen), in der Emotionalität und Affinität (emotionale Ansprechbarkeit, Intensität, Kontrolle von Gefühlen und Impulsen usw.) und in der zwischenmenschlichen Beziehung bei der jeweiligen Persönlichkeit festzustellen sind. Diese Abweichungen sollen so stark ausgeprägt sein, dass sie von langer Dauer sind (meist schon in der Jugendzeit liegend), mit einem starken persönlichen Leidensdruck verbunden sind und zu einem starren, unflexiblen Verhalten führen".

Im Hinblick hierauf hat der Senat nach Auswertung der ärztlichen Unterlagen weder stark ausgeprägte Abweichungen noch einen starken persönlichen Leidensdruck feststellen können. So konnte der Screening-Test zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, den nur der Diplom-Psychologe K. im Zusatzgutachten vom 29.09.2000 (zum Gutachten des Dr.S.) im Gegensatz zum Diplom-Psychologen K. (Test-Protokoll vom 29.04.1998 zum Gutachten des Dr.F.) angestellt hat, keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erbringen.

Bedeutsam sind daneben auch die psychiatrischen Befunde. So stellte Dr.S. einen depressiven Einschlag fest, die Klägerin sei aber durchaus aufzuheitern gewesen;

die Möglichkeit der "Aufheiterung" ist bei der von einer Depression zu unterscheidenden Niedergeschlagenheit (normale Reaktion eines Gesunden) und bei der depressiven Verstimmung möglich, nicht bei dem depressiven Syndrom (nach älterem Begriff Depression genannt). Die affektive Schwingungsfähigkeit der Klägerin wesentlich vorhanden war, und der Antrieb als unbeeinträchtigt (vgl. Gutachten des Dr.S.; auch nach dem Gutachten des Dr.F. bestand emotionale Schwingungsfähigkeit der Klägerin).

Bei der Klägerin ist auch ein krankheitswertiger Versagenszustand nicht nachweislich feststellbar. Sie hat mit Ausnahme der ersten Jahre ihres Aufenthalts in der BRD nahezu durchgehend Leistungen nach dem Arbeitsförderungsrecht bezogen. Laut den von Dr.S. und Dr.F. erhobenen Anamnesen bestand sie unabhängig von Gesundheitsstörungen kein besonderer Anreiz zur Arbeitsaufnahme; vielmehr sei die im Jahre 1989 zum zweiten Mal verheiratete Klägerin mit ihrem zweiten Ehemann seit 1973 bekannt gewesen; sie habe mit ihm in einer gemeinsamen Wohnung zusammen gelebt. Die im Jahre 1984 und 1995 gestellten Rentenanträge seien auf Veranlassung ("Drängen") des Arbeitsamts erfolgt. Die nach Umschulung zur Kosmetikerin (und Ableistung eines Praktikums bei einem monatlichen Entgelt von 300,00 DM) beabsichtigte Arbeitsaufnahme als Kosmetikerin sei daran gescheitert, dass der Ausbildungsbetrieb sie zwar in ein Arbeitsverhältnis übernehmen, aber einen schlechten Vertrag (geringer Lohn, keine Aufstiegsmöglichkeiten) habe aufzwingen wollen, so dass der Anwalt ihres Mannes davon abgeraten habe. 1987/88 sei sie zu Hause als "technische Zeichnerin" ("keine schwierige Arbeit") tätig gewesen, der Vertrag sei aber befristet gewesen. 1995 (nach Arbeitsaufgabe des Ehemanns) sei man in ein gekauftes Haus nach P. (Anmerkung: kleiner Ort im Bayerischen Wald) umgezogen, wo sie (auch jetzt) den Haushalt und den Garten (u.a. Züchten von Tomaten usw.) versorge.

Der Senat vermag nach Sachlage unter Berücksichtigung der medizinischen Feststellungen weder einen Druck auf die Klägerin zu einer Erwerbstätigkeit bzw. die Notwendigkeit hierzu noch eine medizinisch bedingte Versagenshaltung zu erkennen noch den Nachweis für eine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung, die sie in der Vergangenheit wie auch heute hindern hätte können, vollschichtig einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Bestätigt sieht sich der Senat letzten Endes auch dadurch, dass im Laufe der Jahre eine hypochondrische Neigung festgestellt worden ist. So hat der Neurologe und Psychiater Dr.H. einen depressiven Verstimmungszustand einerseits und eine hypochondrische Entwicklung andererseits diagnostiziert. Auch der behandelnde Nervenarzt Dr.R. führte nach Behandlung der Klägerin seit dem Jahre 1996 neben den Diagnosen "Involutional-depression" bzw. "larvierte Depression" in dem für den Senat erstellten Befundbericht vom 08.10.1999 ein hypochondrisch-depressives Syndrom im Involutionalalter (die Klägerin sei aber nicht wesentlich depressiv) an, wobei weder eine regelmäßige Behandlung erfolgt noch eine Therapie erforderlich gehalten worden ist (vgl. Arztbrief des Dr.R. vom 04.02.1998: Spezielle Maßnahmen sind aus meiner Sicht nicht erforderlich, ich empfehle ausreichende Trinkmenge). Dr.S. bemerkte auf Bl.19 des Gutachtens vom 28.09.2000: "Insgesamt kein Anhalt für Persönlichkeitsstörung, eher

hypochondrische Tendenzen, Somatisierungsneigung.

Nun geht der Senat zwar mit den Sachverständigen Dr.S. und Dr.F. davon aus, dass eine (klassische) Hypochondrie bei der KlÄgerin nicht vorliegt, was auch das Zusatzgutachten des Diplom-Psychologen K. belegt. Dies deutet darauf hin, dass bei der KlÄgerin â neben einordbaren GesundheitsstÄrungen (u.a. Somatisierungstendenz und depressiver Einschlag) â eine (nicht krankhafte) Neigung zu vermehrter Selbstbeobachtung und in manchen Punkten Äberzogenen Darstellungen besteht, ohne dass auf der anderen Seite ein Leidensdruck vorhanden ist.

Der Senat verkennt weiterhin nicht, dass neben der geschilderten Neigung der KlÄgerin gleichwohl GesundheitsstÄrungen wie geringe depressive EinschlÄge (diskret ausgelenkte Stimmungslage) und eine Somatisierungstendenz vorhanden sind. Die Untersuchungen des Dr.S. und des Diplom-Psychologen K. haben aber insoweit nicht sonderlich bedeutsame GesundheitsstÄrungen ergeben. Auch Dr.F. konnte in seinem Gutachten vom 20.05.1998 gravierende Kennzeichen eines depressiven Syndroms â so u.a. eine wesentliche BeeintrÄchtigung oder sogar Aufhebung des Antriebs und eine tiefergehende, lang anhaltende Verstimmung nicht feststellen; insoweit ist sein Gutachten zumindest IÄckenhaft. Vielmehr hat er â unter Zugrundelegung einer PersÄnlichkeitsstÄrung und SomatisierungsstÄrung â geschlossen, dass die Krankheitserscheinungen sehr viel Energie binden wÄrden, so dass eine regelmÄige Arbeitsleistung lediglich halb- bis unter vollschichtig noch zumutbar sei. Die Schlussfolgerung ist schon deshalb nicht haltbar, weil die Grundlagen, eine ernste, schwerwiegende PersÄnlichkeitsstÄrung sowie eine erhebliche Herabsetzung des Antriebs nicht dargetan worden sind. Hilfreich ist auch nicht â ohne Erhebung magebender Befunde â eine eingehende Schilderung des Lebensverlaufs der KlÄgerin, wie sie im Wesentlichen Dr.F. dargestellt hat. Hinzu kommt, dass dieser Sachverständige gleichzeitig sein Ergebnis abschwÄchende oder sogar einschrÄnkende Anmerkungen angefÄhrt hat, z.B., dass die KlÄgerin "zunÄchst prinzipiell imstande sei, einer ErwerbstÄtigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in gewisser RegelmÄigkeit nachzugehen", und dass es ihr trotz der "ernsten und schwerwiegenden LeidensqualitÄt" zuzumuten sei, sich mit einem (bisher nicht unternommenen) psychiatrischen Krankheits- und Therapiekonzept auseinanderzusetzen, statt immer wieder aufs Neue vergeblich auf eine somatische Verursachung zu hoffen.

Zum Schluss sei noch ausgefÄhrt, dass die letzthin ausschlaggebende BegrÄndung des Dr.F. fÄr eine quantitative LeistungseinschrÄnkung, nÄmlich dass seit etwa zwei bis drei Jahren, ca. seit Rentenantrag, eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands durch Ausbildung eines neuen Beschwerdekompleses, der (real nicht vorliegenden) somatisierten StÄrungen der Hirnleistung, eingetreten sei, wobei dies zu einer erheblichen BeeintrÄchtigung der BeziehungsfÄhigkeit gefÄhrt habe, nicht schlÄssig und nachvollziehbar erscheint. Eine BegrÄndung fÄr diese "Behauptung" oder "Ergebnis" (fehlende BeziehungsfÄhigkeit) hat Dr.F. nicht abgegeben. Vergleicht der Senat die von der KlÄgerin z.B. im Schriftsatz vom 30.06.1997 angegebenen PhÄnomene der

subjektiv empfundenen und objektiv widerlegten Hirnleistungsstörungen (Wortfindungsstörungen, Vergesslichkeit beim täglichen Einkauf, Vergessen des kurz vorher dem Ehemann Mitgeteilten, Schwierigkeiten bei der Lösung von Kreuzworträtseln, Äußerzeugung, unbekannte Umstände und Geschehnisse zu kennen oder wahrgenommen zu haben), so ist hieraus eine Störung der Beziehungsfähigkeit nicht ersichtlich. Wesentliche Beziehungsstörungen sind auch nicht anderweitig dargetan worden.

Der Senat weist zu den Gesundheitsstörungen der Klägerin insgesamt darauf hin, dass ein Schmerzbild im Rahmen der Fibromyalgie mit den Ausführungen zu dem Gesundheitszustand auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet nicht in Abrede gestellt wird. Die "Auffälligkeiten" der Klägerin sind aber insgesamt gering, und nicht alles und jedes kann auf das Konto der Fibromyalgie gebucht werden. Nach der "Sozialmedizinischen Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", Seite 181, wird bei der Fibromyalgie zusätzlich "oft" über psychovegetative Beschwerden geklagt (bei einer Häufigkeit mit bis zu 3 % der Bevölkerung), und gehören bestimmte Symptome wie depressive, gastrointestinale und orthostatische Beschwerden nicht zwangsläufig zu den Fibromyalgiesymptomen, abgesehen davon, dass Ätiologie und Pathogenese der Fibromyalgie bisher ungeklärt sind. Hierauf kam es aber nicht entscheidend an. Wichtig ist nicht die Ursachenforschung, sondern die Auswirkungen der feststellbaren Gesundheitsstörungen auf die Erwerbsfähigkeit. Insoweit ist der Zustand der Klägerin von mehreren Seiten gutachterlich beleuchtet worden. Hier ergibt sich im Wesentlichen keine Abweichung als bei einer Gesamtbetrachtung, und der Senat führt die wesentlichen Beschwerden der Klägerin nicht auf Simulation, Rentenwunsch oder Hypochondrie zurück, sondern sieht einen realen Kern mit einer allgemeinen Hyperalgesie im Sinne einer generell erniedrigten Schmerzschwelle oder Schmerztoleranz. Allerdings kann dies nicht zu einer Überbewertung der relativ geringfügigen Symptome führen.

In Anbetracht aller Umstände sind der Klägerin vollschichtig leichte Tätigkeiten in geschützten Räumen (ohne Heben und Tragen von Lasten) zumutbar, wobei überwiegend einseitige Körperhaltung, häufiges Bücken, Besteigen von Leitern und Gerüsten, andauerndes Knien und Hocken, gefährdende Maschinen und erhöhte Beanspruchung der Feinmotorik beider Hände zu vermeiden sind. Diese Beurteilung deckt sich durchaus mit den allgemeinen Hinweisen in der "Sozialmedizinischen Begutachtung", Seite 182, nämlich dass bei Patienten mit gesicherter Fibromyalgie und mit erheblichem Leidensdruck (der bei der Klägerin nicht gegeben ist) in der Regel eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten erhalten bleibt.

Eine nochmalige Begutachtung erschien dem Senat nicht erforderlich. Entgegen dem Vortrag der Klägerin in ihrem letzten Schriftsatz hat die Fibromyalgie in die sozialgerichtliche Begutachtung Eingang gefunden, ist von der Beklagten "anerkannt", und der Senat hat Schmerzzustände nicht als "vorgeschoben" angenommen.

Auch eine Anhörung der vom Gericht in zweiter Instanz herangezogenen

Sachverständigen erschien dem Senat nicht notwendig. Die von der Klägerin im Schriftsatz vom 27.04.2001 vorgetragene Schmerzzustände und Beschwerden, zu denen die Sachverständigen angehört werden sollen, sind von ihr bereits im Widerspruchs- und Klageverfahren sowie bei den Gutachtern vorgebracht worden. Eine Hälfte von Beschwerden ist durch (körperliche) Gesundheitsstörungen bedingt, ein Großteil fällt auch unter "Somatisierungstendenz", sei es, dass bestehende Beschwerden verstärkt oder dass organisch nicht feststellbare Mängel als existent empfunden werden. Der gesamte Komplex ist eingehend von den ärztlichen Sachverständigen abgehandelt worden.

Mit dem vorhandenen Restleistungsvermögen ist die Klägerin nicht berufsunfähig und erfüllt damit erst recht nicht die weitaus strengeren Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Ein Berufsschutz kommt ihr nicht zugute. Vom erlernten Beruf der Köchin, den sie nach ihren Angaben allenfalls kurzfristig in der ehemaligen Tschechoslowakei ausgeübt hat, hat sie sich gelöst. Diese Tätigkeit war außerdem hierfür kam es maßgebend an nicht prägend für ihr Versicherungsleben. Der Beruf der Köchin ist im Ausland erlernt und ausgeübt worden, jedoch nicht in der BRD. Nach dem Fremdretenrecht sind die tschechischen Versicherungszeiten aber nicht anrechenbar, so dass insoweit keine versicherungspflichtigen Beiträge für eine Beschäftigung (als Köchin) vorliegen.

Der durch Umschulung erlernte Beruf einer Kosmetikerin, der mit Zwangshaltungen der Wirbelsäule verbunden und daher der Klägerin zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr zumutbar ist, stellt keinen anerkannten Ausbildungsberuf dar. Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass sie diesen Beruf nie vollwertig ausgeübt hat; vielmehr blieb es beim einjährigen Besuch der Kosmetikschule, die mit Prüfung abgeschlossen worden ist, und einem Praktikum bei einem aktenkundigen Entgelt von 300,00 DM monatlich. Beides wurde vom Arbeitsamt im Wege der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen gefördert und zählt zur Berufsausbildung und nicht zur Tätigkeit eines Arbeitnehmers in diesem Beruf nach Ausbildung.

Aber auch wenn die Klägerin noch als Kosmetikerin berufstätig gewesen wäre, hätte sie den Beruf nicht aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Zwar hat sie das später einmal im Rechtsstreit behauptet. Nach ihren zeitnäheren Angaben im Gutachten des Dr.F. vom 20.05.1998 aber soll es sich so verhalten haben, dass der Ausbildungsbetrieb und Arbeitgeber sie nach Abschluss des Praktikums übernehmen wollte, sie aber wegen Fehlens von Aufstiegsmöglichkeiten und wegen des "schlechten Vertrags" abgelehnt hatte. Im Übrigen wäre die Klägerin auch bei Annahme der fehlenden Lösung von einem Ausbildungsberuf auf geeignete Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verweisbar. Nach dem von dem Bundessozialgericht aufgestellten Berufsgruppenschema (I = ungelernte Angestellte, II = Angestellte mit einer Ausbildungszeit oder gleichwertigen Anlern- oder Einarbeitungszeit von drei bis 24 Monaten, III = Fachangestellte mit einer Ausbildungszeit von mehr als 24 Monaten, regelmäßig von drei Jahren und IV = Angestellte hoher beruflicher Qualität) wäre sie in die Gruppe II einzuordnen und, da das Gesetz einen gewissen sozialen Abstieg zumutet, auf ungelernte Tätigkeiten der Gruppe I verweisbar.

Hinsichtlich des später von der Klägerin ausgeübten Beruf als "technische Zeichnerin" ist darauf hinzuweisen, dass sie eine entsprechende Ausbildung vorzeitig abgebrochen hat und danach nur 18 1/2 Monate mit Hilfs- und Zuarbeiten im Bereich Technisch Zeichnen bei relativ geringem Lohn von 2.200,00 DM monatlich beschäftigt gewesen ist, so dass auch hier keine Ausübung eines qualifizierten Berufs, der eine Ausbildung von mehr als einem Jahr voraussetzt, anzunehmen ist. Die Klägerin kann diesen Beruf wegen der damit verbundenen Zwangshaltungen (ständiges Arbeiten am Computer) zwar nicht mehr ausüben, ist aber auch insoweit auf andere zumutbare ungelernte Berufstätigkeiten verweisbar.

Bei der Klägerin liegen keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Behinderung vor, so dass ihr eine konkrete Verweisungsstätigkeit nicht benannt werden muss. Unabhängig davon wären ihr einfache Registraturarbeiten (Führung von Zettelkatalogen, Kontrolllisten, Karteien mit einfachen Ordnungsmerkmalen und Nummernverzeichnissen), wie sie nach der Vergütungsgruppe BAT X entlohnt werden, zumutbar. Die Tätigkeit eines Registrators ist nach Schwierigkeitsgrad gestaffelt, reicht von der vorwiegend mechanischen Tätigkeit (BAT X) und den einfacheren Arbeiten (BAT IX) über schwierigere Tätigkeiten (BAT VIII) bis zu Arbeiten mit gründlichen oder besonders qualifizierten Fachkenntnissen und/oder leitenden Funktionen (BAT VII bis V). Wenig beanspruchende Arbeiten, u.a. das Ordnen von Karteikarten, Schriftgut und sonstigen Materialien nach Buchstaben, Zahlen und Namen von Personen oder Orten, sind ohne Weiteres in einer Zeit bis zu drei Monaten erlernbar. Es genügt eine kurze Einarbeitungszeit.

Der Beruf des Registrators wird in geschätzten temperierten Räumen, entweder vorwiegend im Sitzen oder im Wechselrhythmus ausgeübt, so dass die Möglichkeit der Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates besteht. Das Heben und Tragen mittelschwerer Lasten fällt nicht an. Zwar geht aus den beigezogenen berufskundlichen Unterlagen hervor, dass unter Umständen auch das Bewegen von Akten unterschiedlichen Gewichts vorkommen kann (vgl. die beigezogenen Unterlagen aus der Berufungsakte des LSG Berlin L 5 J 71/88). Akten bzw. Aktenpakete (über 5 kg) sind aber selten und zudem teilbar; darüber hinaus stehen die üblichen, gängigen Hilfsmittel wie leichte Hand- und Korbwagen zur Verfügung. Im übrigen ist die Bewegung von Akten nicht unabdingbar mit der Tätigkeit des Registrators verbunden. Es handelt sich hier lediglich um einen Teilbereich, wie unter anderem aus dem vom Landessozialgericht Berlin ermittelten und dem Senat schlüssig erscheinenden Vorgängen hervorgeht. Schicht- und Nachtarbeit sowie Publikumsverkehr werden nicht gefordert, ebenso wenig Arbeiten im Akkord oder unter akkordähnlichen Bedingungen.

Für die Klägerin kommt weiterhin die Tätigkeit einer Angestellten in der Postabfertigung (öffentlicher Dienst) in Frage. Die Wahrnehmung der Aufgaben in vollem Umfang wird nach Vergütungsgruppe IX BAT bezahlt. Die der Klägerin jedenfalls noch zumutbaren Gruppe BAT X erfasst Hilfsleistungen bei der Postabfertigung, insbesondere die Anfertigung von Anschriften mit der Hand oder

auf mechanischem Wege, Kuvertieren, Stempeln (Porto, Absendedatum auf der Durchschrift), Führung von Tagebüchern für Einschreiben, Fertigung und Beilegung von Kopien, Versendung von Informationsmaterial und Fragebögen nach vorgegebenen Listen. Abgesehen von der hier nicht erforderlichen Aktenbewegung gilt das oben zum Beruf eines Registrators Ausgeführte entsprechend.

Da beide Tätigkeiten in Tarifverträgen beschrieben und eingeordnet sind, ist davon auszugehen, dass diesbezügliche Arbeitsplätze in hinreichender Zahl, gleich ob offen oder besetzt, vorhanden sind.

Die Feststellungen des Senats zu den Verweisungstätigkeiten ergeben sich aus den von ihm beigezogenen und auch der Klägerin zu Gehör gebrachten Beschreibungen der Tätigkeiten in den Vergütungsgruppen X und IX BAT (VKA) sowie der im Verfahren S 5 J 71/78 beim Sozialgericht Berlin (L 5 J 71/88 LSG Berlin) getätigten Sachverständigenaussage sowie der Auskunft der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr vom 30.04. 1993. Die Tätigkeiten einer ("einfachen") Registratorin und einer Postabfertigerin (Hilfsdienste) entsprechen dem Leistungsvermögen der Klägerin, wie sich aus ihren im Berufungsverfahren festgestellten Leistungseinschränkungen und den tariflich umschriebenen Tätigkeitsbereichen ergibt.

Nachdem die Klägerin über ein vollschichtiges Leistungsvermögen verfügt und nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, erfüllt sie auch nicht die Voraussetzungen, die [Â§ 43 SGB VI](#) in der ab 01.01.2001 geltenden Fassung (Bundesgesetzblatt I, 1827) an die Gewährung einer Rente wegen (teilweiser) Erwerbsminderung stellt.

Nach alledem war die Berufung der Klägerin mit der Kostenfolge aus [Â§ 193 SGG](#) zurückzuweisen.

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

Erstellt am: 03.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024