

L 11 R 1046/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 2641/04
Datum
09.02.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 1046/07
Datum
10.07.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Februar 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Weitergewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1947 geborene Klägerin hat keinen Beruf erlernt. Sie war als Fabrikarbeiterin und Verkäuferin in einer Bäckerei sowie zuletzt bis 1999 in einem Kiosk versicherungspflichtig beschäftigt. Bis Oktober 2003 arbeitete sie noch als Zeitungsausträgerin. Im übrigen ist sie seit Beendigung der Tätigkeit im Kiosk arbeitsunfähig krank bzw. arbeitslos.

Aufgrund eines von der Klägerin im Juli 2001 wegen Arthrose und eines insulinpflichtigen Diabetes gestellten Rentenantrags bewilligte ihr die BfA, damalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, gestützt auf die Entlassungsberichte über in den Jahren 2000 und 2001 durchgeführte Heilbehandlungen, befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 01.02.2002 bis 31.07.2003 (Rentenbescheid vom 28.03.2002).

Am 30.07.2003 beantragte die Klägerin die Weiterzahlung der Rente. Die Beklagte zog hierauf zunächst einen Befundbericht der Ärztin für Allgemeinmedizin K. bei. Diese nannte als Diagnosen eine Polyarthrose (Gonarthrose rechts, Zustand nach Knie-TEP 10/01, Osteochondrose LWS/BWS, Arthrose der Großzehengrundgelenke beidseits), einen Diabetes mellitus Typ II b (insulinpflichtig), eine arterielle Hypertonie, derzeit gut eingestellt, eine Struma nodosa ohne Autonomie, eine Harninkontinenz bei Descensus uteri und einen Hallux Valgus. Als Funktionseinschränkungen gab sie einen Klopfschmerz und eine Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule an. Die Klägerin habe derzeit Schmerzen im Mittel- und Vorfuß, nach längerer Belastung auch noch Schmerzen im rechten Knie und chronische Rückenschmerzen sowie nächtliche Wadenkrämpfe. Die Ärztin fügte Arztbriefe des Klinikums O., des Kreiskrankenhauses A. sowie der Urologin B., des Orthopäden R., des Frauenarztes Dr. R., des Chirurgen Dr. H. und des Orthopäden Dr. N. bei. Im Anschluss daran veranlasste die Beklagte eine Begutachtung der Klägerin durch den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. von der Ärztlichen Untersuchungsstelle in O ... Der Arzt diagnostizierte 1. mit Knie-TEP 10/01 erfolgreich therapierte ausgeprägte Gonarthrose des rechten Knies mit Residualbeschwerden, aber ausreichend guter Funktion, 2. degeneratives Wirbelsäulensyndrom, BWS- und LWS-Syndrom mit bis mittlerer funktioneller Irritation, 3. Diabetes mellitus Typ II B, insulinpflichtig, ohne schwerwiegende Sekundärschädigung, 4. arterielle Hypertonie, derzeit gut eingestellt, und 5. massive Fußdeformierungen beidseits, Fußgewölbeermüdung, Hallux Valgus II, Arthrose in den Großzehengrundgelenken beidseits. Als sonstige Diagnosen nannte er eine Struma I ohne Autonomie, eine Harninkontinenz bei Descensus uteri, einen Tennisellenbogen links, eine Coxarthrose beidseits III, mit bis jetzt mäßiger funktioneller Einschränkung und einen Zustand nach Unterschenkelthrombose rechts 1996. Er führte aus, die Situation im Bereich des rechten Kniegelenks habe sich deutlich stabilisiert. Leichte Arbeiten ohne ständiges Gehen oder Stehen, Klettern und Ersteigen, Absturzgefahr, an laufenden ungeschützten Maschinen, Nachtschicht, Zeitdruck und Einflussnahme extremer Klimafaktoren wie Hitze und starke Temperaturschwankungen könne die Klägerin wieder vollschichtig verrichten. Als Verkäuferin oder Zeitungsausträgerin könne sie nur noch unter drei Stunden täglich arbeiten.

Mit Bescheid vom 03.09.2003 lehnte die Beklagte hierauf den Antrag auf wiederholte Gewährung der Rente ab.

Im Rahmen des dagegen erhobenen Widerspruchs teilte die Klägerin mit, dass sie seit 26.11.2003 stationär in der Psychiatrischen Klinik in O. (Klinik L.) behandelt werde.

Die Beklagte zog hierauf zunächst einen Befundbericht der Klinik an der L. bei. Diese teilte mit, die Klägerin leide an einer schweren depressiven Episode mit Suizidversuch, einem Diabetes mellitus insulinpflichtig, einer diabetischen Polyneuropathie, einer arteriellen Hypertonie und einer Inkontinenz bei Descensus. Im Anschluss daran hörte die Beklagte ihren Beratungsarzt, den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G ... Dieser vertrat die Auffassung, dass es sich bei der schweren depressiven Episode um eine Akuterkrankung handele, die derzeit noch im Sinne einer Arbeitsunfähigkeit zu betrachten sei. Es könne noch nicht von einer Leistungsminderung ausgegangen werden. Das Leistungsbild sei weiterhin vollschichtig für leichte Tätigkeiten mit entsprechenden Funktionseinschränkungen zu bewerten. Des Weiteren veranlasste die Beklagte eine Begutachtung der Klägerin durch den Orthopäden Dr. K. von der Ärztlichen Untersuchungsstelle in K ... Der Gutachter diagnostizierte 1. Lumbalsyndrom mit ischialgieformer Schmerzausstrahlung links bei Diskose L5/S1 mit Minderbelastbarkeit des Achsenorgans, 2. Ansatzentendiose Trochanter major links, 3. Arthralgie beider Vorfüße bei Knick-/Senk-/Spreizfußfehlbildung beidseits, 4. initiale Verschleißveränderungen beider Hüftgelenke ohne Funktionseinschränkung ohne Minderbelastbarkeit und 5. Knie-TEP rechts 2001 bei Gonarthrose rechts. Als sonstige Diagnosen nannte er eine Adipositas, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus, eine rezidivierende depressive Störung, eine medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie und eine Stressinkontinenz. Unter Berücksichtigung des vorläufigen Entlassbriefs der Klinik an der L. über den teilstationären Aufenthalt der Klägerin vom 19.01. bis 14.05.2004 vertrat er die Auffassung, die Klägerin könne leichte Tätigkeiten überwiegend im Gehen und Sitzen und zeitweise im Stehen, ohne überwiegende Wirbelsäulen-Zwangshaltung, häufiges Knien, Bücken, Hocken, auf Leitern und Gerüsten sowie solche, die mit Klettern oder Steigen verbunden seien, sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Eine Tätigkeit als Verkäuferin, Zeitungsausträgerin käme nur noch unter drei Stunden täglich in Betracht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.06.2004 wies die Beklagte hierauf den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG). Zur Begründung trug sie vor, sie sei nicht mehr in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich berufstätig zu sein.

Das SG hörte die Allgemeinmedizinerin K. und den Orthopäden R. als sachverständige Zeugen.

Die Ärztin teilte mit, bei der Klägerin bestünden als Grunderkrankungen eine langjährige arterielle Hypertonie, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II b, eine Polyarthrose mit chronischem Lumbalsyndrom, eine Rhizarthrose des linken Daumens, ein Zustand nach Knie-TEP rechts, eine Arthrose des Großzehengrundgelenks, ein Hallux Valgus beidseits, eine schwere Depression mit Zustand nach Suizidversuch und eine Harninkontinenz. Intermittierend seien darüber hinaus weitere Erkrankungen aufgetreten. Ob die Klägerin noch Tätigkeiten verrichten könne, könne sie nicht beurteilen. Hierzu sei eine fachärztliche, orthopädische und psychiatrische Beurteilung notwendig. Der Orthopäde führte aus, die Klägerin sei nach seiner Einschätzung nur noch in der Lage, leichte Tätigkeiten drei bis weniger als sechs Stunden mit Funktionseinschränkungen zu verrichten.

Die Beklagte legte zusammen mit ihrer Rehabilitationsakte eine Stellungnahme der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie S. vor. Die Rehabilitationsakte enthält neben Arztbriefen und Befundberichten aus den Jahren 2002 bis 2006 u.a. ein sozialmedizinisches Gutachten des Dr. K. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg vom Juni 2004. Danach besteht bei der Klägerin eine rezidivierende depressive Störung und ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie und ein Zustand nach Knie-TEP rechts. Der Klägerin seien körperlich leichte Tätigkeiten mit Funktionseinschränkung in wechselnder Körperposition vollschichtig möglich. Die Ärztin S. führte in ihrer Stellungnahme aus, die Zeitrente sei der Klägerin aufgrund der orthopädischen Problematik, nämlich der Knie-TEP-Implantation rechts im Oktober 2001 und wegen eines Lumbal- und Cervicalsyndroms, gewährt worden. Der Orthopäde Dr. K. habe die Klägerin jetzt wieder für fähig gehalten, leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr zu verrichten. Die nunmehrige Depression hänge mit Bedingungen zusammen, die nicht unmittelbar mit der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt korrelieren würden. Die Klägerin habe zuvor ohne psychiatrische Behandlung ihr Leben ausreichend gut strukturieren können. Sie sei jetzt depressiv dekompenziert im Rahmen einer drohenden Verhaftung. Hieraus könne nicht der Schluss gezogen werden, dass sie leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr sechs Stunden und mehr verrichten könne. Ergänzend empfahl die Ärztin die Einholung einer Zeugenauskunft in der Klinik an der L. ...

Hierauf wandte sich das SG an die Klinik an der L., für die der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie G. mitteilte, dass die Klägerin seit 26.11.2003 in der Klinik behandelt werde. Zurzeit stelle sie sich einmal monatlich in der Ambulanz vor. Es bestehe bei ihr eine sogenannte rezidivierende depressive Störung mit aktuell abklingender schwerer depressiver Episode. Bei psychosozialen Belastungen und Überlastung bestehe jederzeit die Gefahr einer erneuten schweren Dekompensation. Zusätzlich leide die Klägerin an multiplen körperlichen Beschwerden. In der Kombination von psychiatrischen und somatischen Erkrankungen sei sie aktuell deutlich minderbelastbar. Sie sei nur noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten weniger als drei Stunden ohne Unterbrechung zu verrichten.

Hierzu gab die Ärztin S. eine nervenärztliche Stellungnahme dahingehend ab, dass die Auskunft der Klinik an der L. die bisherige Leistungseinschätzung nicht ändern könne. Die seelische Situation der Klägerin habe sich durch die Behandlung gebessert. Da sie weiter in psychiatrischer Betreuung stehe, werde es möglich sein, die Belastung der Haft zu überstehen und Krisensituationen mit Zuspitzungen der Symptomatik zu überwinden.

Im Anschluss daran beauftragte das SG die Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Dr. H. mit der Erstattung eines Gutachtens auf psychiatrischem Fachgebiet. Dr. H. nannte als Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet einen Zustand nach reaktiver subdepressiver Verstimmung und Suizidversuch (November 2003) und eine unausgereifte Persönlichkeitsentwicklung bei histrionischer Persönlichkeitsstörung und auf anderen medizinischen Fachgebieten ein massives Übergewicht, eine schmerzhaft Polyarthrose und Zustand nach Teil-Knieendoprothese rechts, einen insulinpflichtigen Typ II - Diabetes mellitus, ein Asthma bronchiale, eine Unterschenkelvarikose, eine Mononeuropathie vom rechten Knie abwärts mit Sensibilitätsstörungen und eine Varikosis. Die Ende November 2003 reaktiv ausgelöste Depression sei seit mindestens zehn bis zwölf Monaten remittiert. Von einer zukünftigen Rückfallsgefährdung, die sich auf die Erwerbsfähigkeit in psychischer Hinsicht auswirken könnte, könne nicht ausgegangen werden. Von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes bestehe eine Leistungsfähigkeit von täglich sechs Stunden und mehr. Die Ärztin empfahl eine orthopädische Zusatzbegutachtung.

Hierauf beauftragte das SG Dr. S., Chefarzt der Orthopädischen Klinik der Stadtklinik G., mit der Erstattung eines Gutachtens auf

orthopädischem Fachgebiet. Dr. S., der sich der Mitarbeit von Dr. J. bediente, teilte mit, auf orthopädischem Gebiet ergäben sich folgende Diagnosen: Impingement beider Schultern, eine rezidivierende Epikondylitis humeri ulnaris rechts, ein Zustand nach Operation des rechten Ellenbogens wegen Epicondylitis humeri radialis rechts, eine Rhizarthrose beidseits mit rezidivierenden Bursitiden und Tendovaginitis des linken Daumens mit Polyarthrose der rechten Hand, ein chronisches Lumbalsyndrom bei Osteochondrose L5/S1, ein Zervikalsyndrom bei Osteochondrose C5/6 und C6/7, eine Coxarthrose beidseits mit rezidivierender Bursitis trochanterica links, ein Zustand nach Knie-TEP rechts 10/2001, ein Hallux Valgus beidseits und eine Metatarsalgie beidseits. Weitere Diagnosen auf nicht orthopädischem Fachgebiet seien eine arterielle Hypertonie, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II b, eine schwere Depression mit Suizidversuch 2003, eine Adipositas, ein Asthma bronchiale, eine Unterschenkelvarikosis beidseits, eine diabetische Neuropathie des rechten Unterschenkels, ein Perikarderguss ohne Zeichen einer Perikardtamponade und ein Zustand nach Unterschenkelvenenthrombose vor 20 Jahren. Aufgrund der Polymorbidität allein im Bereich des orthopädischen Fachgebiets erscheine eine regelmäßige Erwerbstätigkeit nicht möglich. Die Klägerin sei nur noch in der Lage, leichte körperliche Arbeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über fünf kg, Verharren in immer derselben Position, Akkord-, Fließband-, Schicht-, Nachtarbeit und Arbeiten in Kälte, Nässe oder Arbeiten im Freien zu verrichten. Pausen seien regelmäßig einzuhalten. Ein Bewegungswechsel sei notwendig. Auch unter Beachtung dieser Funktionseinschränkungen sei jedoch nur von einer maximalen Höchstdauer von weniger als drei Stunden pro Tag auszugehen. Zu Fuß sei der Klägerin eine Gehstrecke von maximal zehn Minuten zuzumuten.

Für die Beklagte äußerte sich die Chirurgin Dr. L. dahingehend, dass die Begründung für die zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens bei Beachtung der Funktionseinschränkungen nicht nachvollziehbar sei. Es ergebe sich weiterhin ein sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten mit Funktionseinschränkungen. Die Gehstrecke sei nicht in rentenrelevantem Umfang eingeschränkt.

Dr. S. und Dr. J. legten zunächst noch zusätzliche von der Klägerin mitgebrachte Befundberichte der Jahre 2004 und 2005, die zur Begutachtung hinzugezogen worden seien, vor.

Auf Nachfrage des SG hielten sie zusammenfassend fest, dass die Klägerin auch nach nochmaliger Durchsicht der Akten und mit Rücksicht auf die schwierig objektivierbaren Beschwerden sowie unter Einbeziehung weniger berechtigter Argumente von Frau Dr. L. nur noch in der Lage sei, leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus weniger als drei Stunden täglich zu verrichten. Bei einer Tätigkeit über diesen Zeitraum hinweg sei eine Progredienz der durch Überlastung bedingten multilokulären Tendinitiden zu erwarten. Eine Tendinitis werde u. a. mittels Schonung behandelt. Tätigkeiten von mehr als drei und erst recht mehr als sechs Stunden täglich würden die erforderliche Schonung nicht erlauben. Zusätzlich sei eine Progredienz des chronischen Lumbalsyndroms zu befürchten. Hinzu komme aufgrund des langjährigen und der nie zur Ruhe kommenden Beschwerden eine gewisse psychische Komponente. Nicht die einzelnen Krankheitsbilder für sich alleine genommen würden zu einer so starken Einschränkung der Erwerbsfähigkeit führen, sondern die Gesamtheit mit den häufigen Rezidiven und der langen Krankengeschichte.

Die Beklagte legte hierzu noch einmal eine Stellungnahme von Dr. L. vor, die bei ihrer bisherigen Leistungsbeurteilung verblieb.

Mit Urteil vom 09.02.2007 hob das SG den Bescheid vom 03.09.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.06.2004 auf und verurteilte die Beklagte, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.08.2003 bis 31.07.2009 zu gewähren. In den Entscheidungsgründen führte es im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. S. aus, die Klägerin sei nur noch in der Lage, weniger als drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein und sei deshalb voll erwerbsgemindert. Eine Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit sei nicht unwahrscheinlich, weshalb die Rente zu befristen sei.

Hiergegen hat die Beklagte am 28.02.2007 Berufung eingelegt. Sie führt aus, dass gestützt auf die Gutachten von Dr. H. und Dr. K., die Beurteilung durch Dr. H. und die vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen eine rentenrelevante Leistungsminderung über den 31.07.2003 hinaus nicht mit der erforderlichen, an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit bewiesen sei. Die Einschätzung im Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme von Dr. S. zur maximalen Gehstrecke der Klägerin sei nicht schlüssig begründet. Eine Auseinandersetzung mit dem orthopädischen Gutachten des Dr. K. sei nicht erfolgt. Die Einschätzung von Dr. S., dass die Klägerin psychisch am Ende ihrer Kräfte zu sein scheine, sei durch die Darlegungen von Dr. H. widerlegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Februar 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für richtig und führt aus, dass sie gestützt auf das Gutachten von Dr. S. nur noch in der Lage sei, leichte körperliche Arbeiten weniger als drei Stunden täglich zu verrichten. Ergänzend hat sie ein Attest des Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie G.-S. sowie Bescheinigungen des Orthopäden Dr. R. und ihrer Hausärztin K. vorgelegt.

Der Senat hat den Orthopäden Dr. Dr. S. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dr. Dr. S. hat bei der Klägerin, bei der nach ihrer Aussage bei der Begutachtung seit Ende 2006 keine spezifische orthopädische Therapie mehr stattfindet, eine deutliche mediale Gonarthrose links sowie eine mittelgradige Retropatellararthrose links, ein Impingementsyndrom am linken Schultergelenk, radiologisch geringfügige Veränderungen an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, eine geringfügige Daumensattelgelenksarthrose links, klinische Hinweise auf ein sogenanntes Carpaltunnelsyndrom links und an beiden Hüftgelenken einen Leistendruckschmerz sowie eine eingeschränkte Rotationsfähigkeit diagnostiziert. Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Zwangshaltung, Rumpfvorwölbung, Arbeiten in Vorhalte bzw. über Kopf, in der Hocke bzw. auf Leitern oder Gerüsten könne die Klägerin noch vollschichtig verrichten. Die Tätigkeit sollte in geschlossenen Räumen und unter normalen klimatischen Verhältnissen stattfinden. Eine freie Wegstrecke mit zumutbaren zwei km in 20 Minuten sollte möglich sein. Die Abweichungen zum Vorgutachten von Dr. S. beruhten darauf, dass nach seiner Ansicht eine Tendovaginitis kein Grund sei, keine berufliche Tätigkeit auszuüben. Die Befunde von seiten der Wirbelsäule und des

linken Kniegelenkes seien nicht so gravierend, dass quantitative Einschränkungen erforderlich wären. Der Befund am linken Schultergelenk sei sicherlich auch teilweise subjektiv eingefärbt. Die Funktionsbeeinträchtigungen aktiv und passiv würden deutlich differieren. Sie bedingen, dass Arbeiten in Vorhalte bzw. über Kopf nicht mehr durchgeführt werden könnten. Ansatzdendrosen seien nicht mehr nachweisbar. Im Übrigen seien solche gut therapierbar. Eine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei übereinstimmend mit dem von Dr. K. erstatteten Gutachten nicht gegeben.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG - ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig und begründet. Zu Unrecht hat das SG die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit verurteilt. Die Klägerin ist über den 31.07.2003 hinaus weder teilweise noch voll erwerbsgemindert. Das Urteil des SG ist deshalb aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung in der hier anzuwendenden ab 01.01.2001 gültigen Fassung sind im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug.

Diese Voraussetzungen liegen im Falle der Klägerin nicht vor. Es kann dahingestellt bleiben, ob sie die Wartezeit und die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Rentenanstellung erfüllt hat; sie ist nach Überzeugung des Senats entgegen der Auffassung des SG auf jeden Fall weder teilweise noch voll erwerbsgemindert.

Bei der Beurteilung des gesundheitlichen Leistungsvermögens der Klägerin stützt sich der Senat auf die schlüssigen und überzeugenden Darlegungen der Sachverständigen Dr. H. und Dr. Dr. S., die urkundsbeweislich verwertbaren Gutachten von Dr. H. und Dr. K. und die Stellungnahmen der Beratungsärzte der Beklagten S. und Dr. L. ... Ergänzt wird auch auf das von Dr. K. im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erstattete Gutachten Bezug genommen. Danach leidet die Klägerin im Wesentlichen unter einem Lumbalsyndrom, einem Impingement-Syndrom der linken Schulter, einer Arthralgie beider Vorfüße bei Knick-/Senk-/Spreizfußbildung beidseits und Beschwerden der linken Hand. Die Knie-TEP rechts, die 2001 durchgeführt wurde, war erfolgreich. Bereits im Januar 2002 berichteten die Orthopäden Dr. N., dass das operative Ergebnis des rechten Kniegelenkes bei der Klägerin als sehr gut zu bezeichnen sei. Sie fanden eine Beweglichkeit von 0/0/105° bei noch mäßigem intraartikulärem Erguss und stabilen Seitenbändern. Im Januar 2003 führten die Ärzte des Kreiskrankenhauses A. in ihrem Arztbrief aus, dass bei der klinischen Untersuchung am rechten Kniegelenk äußerlich reizlose Hautverhältnisse vorgelegen hätten. Die Narbe sei reizlos verheilt, es bestehe weder eine Rötung, Schwellung, Überwärmung noch ein Erguss. Die Kniegelenksbeweglichkeit im rechten Kniegelenk sei frei (Extension/Flexion 0-0-110°). Auch Dr. H. stellte bei seiner Begutachtung eine freie Streckung und ausreichend freie Beugung rechts fest. Dr. K. maß die Beweglichkeit für die Extension/Flexion rechts mit 0-5/0/125°. Bei der Begutachtung durch Dr. Dr. S. war das Kniegelenk ebenfalls reizlos, ohne Erguss und Kapselschwellung. Die Beweglichkeit war mit Streckung/Beugung 0/0/110° praktisch nicht eingeschränkt. Mittlerweile stellte Dr. Dr. S. jedoch am linken Kniegelenk eine mediale Gonarthrose und eine mittelgradige Retropatellararthrose fest. Außerdem besteht bei der Klägerin nach wie vor ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, eine medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie, eine Stressinkontinenz und des weiteren eine rezidivierende depressive Störung. Darüber hinaus leidet sie unter einem massiven Übergewicht.

Der Befund von Seiten der Wirbelsäule, der in Form eines Druckschmerzes über den Dornfortsätzen und interligamentär der gesamten Brust- und Lendenwirbelsäule, einer Verhärtung der Muskulatur und einer Bewegungseinschränkung besteht, wobei Muskelschwächen oder -lähmungen nicht festgestellt werden konnten und auch das Lasegue'sche Zeichen beidseits jeweils negativ war, bedingt zweifelsohne, dass die Klägerin nur noch leichte körperliche Arbeiten ohne Zwangshaltung, Rumpferwindung und Heben und Tragen von Lasten über acht bzw. kurzfristig zehn kg verrichten kann. Die Beschwerden von Seiten der linken Schulter, die sich darin zeigen, dass die Seitwärtsführung aktiv und geringfügiger auch passiv eingeschränkt ist und außerdem über einen Druckschmerz geklagt wird, haben zur Folge, dass der Klägerin Tätigkeiten, die in Vorhalte bzw. über Kopf ausgeübt werden müssen, nicht mehr möglich sind. Zu beachten ist insoweit jedoch, dass darüber hinausgehende Einschränkungen wegen dieses Befundes nicht bestehen, nachdem die Muskulatur der linken und rechten oberen Extremität seitengleich ausgebildet ist und auch die Umfangmaße nicht differieren, woraus geschlossen werden kann, dass die Klägerin den Arm nicht schont. Der Befund von Seiten der Füße führt ebenfalls zu einer eingeschränkten Belastbarkeit im täglichen Leben. Dauernde stehende und auch gehende Tätigkeiten sind der Klägerin nicht mehr möglich. Die festgestellte Beeinträchtigung an der linken Hand durch die demonstrierte Kraftminderung ist nicht mit einer Funktionsbeeinträchtigung der Finger verbunden. Auch die Handgelenksbeweglichkeit ist frei, der Faustschluss durchführbar. Sie hat deshalb lediglich zur Folge, dass die linke Hand bei Tätigkeiten kraftmäßig nur minderbelastbar ist. Der Zustand nach Knie-TEP rechts und die nunmehrige Kniearthrose links bedingen, dass die Klägerin rein sitzende oder stehende Tätigkeiten auf Dauer nicht mehr ausüben kann. Auch Arbeiten in der Hocke sowie auf Leitern oder Gerüsten sind ihr nicht mehr möglich. Auszuscheiden haben auch Tätigkeiten, die mit häufigem Knien oder Bücken sowie Klettern oder Steigen verbunden sind. Die von der Klägerin beklagten Beschwerden von Seiten der Hüfte verursachen, nachdem sich hierfür weder ein radiologisches noch ein richtiges klinisches Korrelat findet, noch keine Einschränkung. Von Seiten des Diabetes mellitus ist festzuhalten, dass dieser zwar insulinpflichtig, jedoch noch ohne relevante Sekundärschädigung ist. Hierdurch sind mittelschwere und auch schwere Arbeiten und Tätigkeiten, die an laufenden ungeschützten Maschinen zu verrichten sind oder Schichtarbeit und Zeitdruck bedingen, ausgeschlossen. Auch die gut eingestellte arterielle Hypertonie hat lediglich zur Folge, dass nur noch leichte Tätigkeiten verrichtet werden können. Wegen der Harninkontinenz sind ebenfalls mittelschwere und schwere Tätigkeiten ausgeschlossen. Bezüglich des Befundes auf psychiatrischem Fachgebiet ist schließlich zu konstatieren, dass die depressiven Verstimmungszustände der Klägerin, die im November 2003 zu einer suizidalen Kurzschlussreaktion geführt haben, ihre Ursache im strafbaren Verhalten der Klägerin und dem nachfolgenden Gerichtsverfahren mit dessen Folgen hatte. Wegen eines Haftbefehls ist die Klägerin schließlich psychisch dekompenziert. Mittlerweile wird die Klägerin jedoch behandelt. Sie hat nach den Ausführungen von Dr. H. die suizidale Kurzschlussreaktion verarbeitet und ist, nachdem sie ihre Bewährungs- und Rückzahlungsaufgaben erfüllt hat, seit Anfang des Jahres 2005 nicht mehr depressiv. Entsprechendes geht auch aus

der sachverständigen Zeugenauskunft des Psychiaters und Psychotherapeuten G., Klinik an der L., hervor. Dieser teilte mit, dass die Klägerin im Dezember 2004 von psychiatrischer Seite stabil erschienen sei. Im Januar 2005 sei eine weitere Verbesserung der Stimmung bei guter Stabilität gesehen worden. Einen Rückschlag habe es Anfang April 2005 im Rahmen einer schweren Grippe gegeben. Hierbei handelt es sich jedoch nur um eine vorübergehende Erkrankung. Der Zustand von Seiten der Psyche der Klägerin hat deshalb insgesamt allenfalls zur Folge, dass ihr keine Schichtarbeit und keine Tätigkeiten unter Zeitdruck sowie solche, die mit erhöhter Verantwortung einhergehen, mehr möglich sind. Das Übergewicht selbst verursacht keine Einschränkung. Anders wäre es nur dann, wenn aufgrund des Übergewichts Folgeerkrankungen bestehen würden. Über die genannten Erkrankungen hinaus sind jedoch keine weiteren Krankheiten beschrieben. Unter Beachtung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen sind der Klägerin entsprechend den übereinstimmenden und überzeugenden Beurteilungen durch die Sachverständigen Dr. Dr. S., Dr. H., Dr. K. und Dr. H., des Arztes des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg Dr. K. und der Beratungsärzte der Beklagten Tätigkeiten vollschichtig möglich. Dieser Einschätzung nicht zu folgen, sieht der Senat keinen Anlass, da sie im Einklang mit den erhobenen und dokumentierten Befunden und Funktionsbeeinträchtigungen steht, schlüssig und nachvollziehbar ist.

Das dieser Einschätzung widersprechende Gutachten von Dr. S. und Dr. J. vermag den Senat nicht zu überzeugen. Die von diesen beiden Ärzten genannten Diagnosen sind mit den von ihnen erhobenen Befunden teilweise nicht in Einklang zu bringen. So sind z.B. die von den Ärzten mitgeteilten sehr schlechten aktiven und passiven Bewegungsausmaße für die Schulter beim Koordinationstest nicht mehr nachweisbar gewesen. Eine Muskelminderung im Bereich der Schultergürtel lag nicht vor und bei der kurze Zeit zuvor stattgefundenen psychiatrischen Begutachtung wurden bezüglich der Schulter ganz andere Befunde erhoben, ohne dass die Gutachter sich hierzu geäußert hätten. Ein Befund von Seiten der Ellenbogengelenke, der für die Leistungsbeurteilung relevant wäre, wird nicht beschrieben. Es wird lediglich über einen Druckschmerz rechts über dem Epicondylus humeri ulnaris bei im Übrigen freier Beweglichkeit berichtet. Die linke Hand wurde überhaupt nicht untersucht, da die Klägerin eine Gipsschiene trug. Der Befund von Seiten der Hüftgelenke ist nicht gravierend, es wird lediglich eine Schmerzhaftigkeit für das linke Hüftgelenk auf Druck und bei Bewegung angegeben. Die Beugung ist nur endgradig eingeschränkt. Der Befund von Seiten des rechten Kniegelenkes wird auch von diesen Gutachtern als inzwischen regelrecht bezeichnet. Für das linke Kniegelenk werden keine Beschwerden beschrieben. Soweit die Gutachter die Auffassung vertreten, dass bei der Klägerin von einer maximalen täglichen Höchstdauer einer Arbeitsleistung von weniger als drei Stunden auszugehen sei, ist dies deshalb nicht nachvollziehbar. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter. Zum einen ist danach eine Progredienz der Tendinitiden nur zu "erwarten", zum anderen könnte einer möglichen Überlastung dadurch begegnet werden, dass nur noch leichte Tätigkeiten verrichtet werden. Gleiches gilt auch für die zu "befürchtende" Progredienz des chronischen Lumbalsyndroms. Auch diese ist nicht sicher und führt nur dazu, dass mittelschwere und schwere Tätigkeiten ausgeschlossen sind. Soweit sich die Gutachter darüber hinaus dann noch auf die psychische Komponente stützen, urteilen sie fachfremd. Insoweit ist dem von Dr. H. erstatteten Gutachten der Vorrang einzuräumen.

Nichts anderes ergibt sich auch aus dem zuletzt von den Ärzten G.-S., K. und Dr. R. vorgelegten Attesten bzw. Bescheinigungen. Neue Befunde gehen daraus nicht hervor. Von psychiatrischer Seite fand eine Abklärung durch die Gutachterin Dr. H. und von orthopädischer durch Dr. S. und Dr. K. statt. Im übrigen hält Dr. R. die Klägerin nur für arbeits-, nicht erwerbsunfähig, was im Hinblick auf die bevorstehende Operation richtig sein dürfte. Die Ärztin K. sah sich bisher nicht in der Lage, die Erwerbsunfähigkeit zu beurteilen. Welche neuen Erkenntnisquellen sie nunmehr hat, ist nicht bekannt.

Mithin ist festzustellen, dass die Klägerin über den 31.07.2003 hinaus weder teilweise noch voll erwerbsgemindert ist. Die Knie-TEP rechts, die zur zeitlich befristeten Rentengewährung führte, ist erfolgreich gewesen und die mittlerweile vorliegenden Erkrankungen führen lediglich zu qualitativen Leistungseinschränkungen.

Eine rentenrelevante Einschränkung der Wegefähigkeit ist nicht zu erkennen. Die Klägerin ist - wie es das Bundessozialgericht (BSG) voraussetzt (vgl. zuletzt BSG B [5 RJ 37/01](#) R und Urteil vom 28.08.2002 - [B 5 RJ 8/02 R](#) -) - in der Lage, täglich viermal Wegstrecken von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß zu bewältigen und zweimal täglich während der Hauptverkehrszeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Zwar hat die Klägerin ihre Angaben insoweit mittlerweile eingeschränkt und Dr. Dr. S. mitgeteilt, es bestehe eine freie Wegstrecke von einem km in 15 Minuten. Eine solche Einschränkung ist nach den Ausführungen von Dr. Dr. S., denen sich der Senat, da sie für ihn überzeugend sind, anschließt, mit den erhobenen klinischen und radiologischen Befunden indessen nicht nachvollziehbar.

Auch die Voraussetzungen für eine Rente wegen Berufsunfähigkeit sind nicht erfüllt. Die Klägerin ist aufgrund der Tatsache, dass sie keinen Beruf erlernt hat und zuletzt als Verkäuferin an einem Kiosk bzw. als Zeitungsausträgerin tätig war, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, auf dem sie vollschichtig tätig sein kann, breit verweisbar.

Auf die Berufung der Beklagten war hiernach das angefochtene Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-12