L 4 R 1480/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 3864/09
Datum
02.03.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 1480/11
Datum
24.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 2. März 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Weitergewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung über den 31. Juli 2009 hinaus.

Die am 1973 geborene Klägerin war zuletzt als Industriekauffrau versicherungspflichtig beschäftigt. Seit 5. Juli 2004 ist sie arbeitsunfähig erkrankt. Ein Grad der Behinderung von 70 wurde festgestellt.

Erstmals beantragte die Klägerin am 6. Juli 2005 die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Zur Begründung gab sie an, seit Juni 2004 wegen des Vorliegens von Morbus Crohn, eines Wirbelgleitens, einer Bandscheibenvorwölbung, eines Darmdurchbruchs, Abzessen, einer Thrombose und eines Klumpfußes erwerbsgemindert zu sein. Zur Untermauerung ihres Vortrags legte sie Arztbriefe des Ärztlichen Direktors der Abteilung Innere Medizin I - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie - des Universitätsklinikums T. (UKT) Prof. Dr. G. über stationäre Aufenthalte vom 9. bis 16. Juli 2004 (Bericht vom 16. Juli 2004), 22. bis 23. Dezember 2004 (Bericht vom 25. Januar 2005), 2. bis 3. Februar 2005 (Bericht vom 3. Februar 2005), 2. bis 3. März 2005 (Bericht vom 3. März 2005), 20. bis 22. April 2005 (Bericht vom 22. April 2005) sowie Untersuchungen in der Ambulanz am 27. September 2004 und 27. Oktober 2004 (Bericht vom 19. November 2004) vor. Zusammenfassend berichtete Prof. Dr. G. unter dem 22. April 2005 vom Vorliegen eines Morbus Crohn, Erstdiagnose 1990 (Ileozökalresektion mit Ileoaszendostomie 1998 bei Perforation perianales Fistel, Abzess-System und Zustand nach Oberschenkelfistel rechts), von Arthralgien der rechten Schulter, der Lendenwirbelsäule (LWS), des oberen Sprunggelenks beidseits sowie des rechten Handgelenks. Ferner bestünden bei der Klägerin Hüftnekrosen beidseits, rechts Stadium I, links Stadium I bis II. Auch stellte er einen Nikotinabusus, eine Cortisonakne, eine makrozytäre hypochrome Anämie (Differenzialdiagnose: medikamentös, Vitamin D 12 Folsäuremangel) sowie eine sekundäre Amenorrhoe fest. Seit April 2004 werde eine Imurek-Therapie durchgeführt. Nach Vorlage eines Berichts des Ärztlichen Direktors der Abteilung II der Medizinischen Klinik und Poliklinik - Hämatologie, Onkologie, Immunologie und Rheumatologie des UKT - Prof. Dr. K. vom 4. November 2004, eines sozialmedizinischen Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg vom 1. Juni 2005, in dem Dr. L. ausführte, dass im Rahmen der Behandlung der Klägerin in der chirurgischen Klinik des UKT immer wieder operative Eingriffe zur Entleerung von Abzesshöhlen und Fistelgängen erforderlich gewesen seien, gewährte die Beklagte der Klägerin zunächst mit Bescheid vom 1. August 2005 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 1. Juli 2005 bis 31. Juli 2007.

Unter dem 29. März 2007 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Weitergewährung ihrer Zeitrente über den 31. Juli 2007 hinaus. Die Beklagte veranlasste eine Untersuchung und Begutachtung der Klägerin durch Facharzt für Orthopädie Dr. M. zu V ... In seinem Gutachten vom 3. Mai 2007 führte dieser u.a. unter Berücksichtigung des Arztbriefes des Dr. Gr., UKT, vom 16. Dezember 2005 aus, die Klägerin leide an einem Morbus Crohn (Erstdiagnose 1990, Ileozökalresektion 1998, Azathioprin-Therapie von April bis August 2004 - Unverträglichkeit bei Alopezie, Infliximab [Remikadetherapie 12/2004] unter Steroidstoßtherapie mit fehlender Wirksamkeit, Methotrexad-Therapie seit Dezember 2004 kurzfristig wegen fehlender Behandlungseffekte wieder abgesetzt). Ferner bestünden bei der Klägerin eine Hüftnekrose beidseits sowie multiple Arthralgien an den Handgelenken, dem rechten Schultergelenk, den Kniegelenken, der Brustwirbelsäule (BWS), der LWS sowie beiden Sprunggelenken durch den Morbus Crohn. Im Ergebnis sei die Klägerin lediglich in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter drei Stunden täglich auszuüben. Beachtet werden müsse, dass lediglich Tätigkeiten unter regelmäßigem Wechsel zwischen Stehen, Gehen und sitzender Körperhaltung, ohne Wirbelsäulenzwangshaltung, ohne Überkopfarbeiten, ohne schweres

Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn kg sowie ohne häufiges Hocken ausgeübt werden könnten. Es sei von einer dauerhaften Erkrankung und dadurch bedingten dauerhaften Leistungsminderung auszugehen. Mit Bescheid vom 12. Juni 2007 gewährte die Beklagte der Klägerin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zum 31. Juli 2009.

Am 3. April 2009 beantragte die Klägerin die Weitergewährung der ihr gewährten Erwerbsminderungsrente. Die Beklagte beauftragte anschließend den Internisten und Gastroenterologen Dr. Ba. mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach Untersuchung der Klägerin führte Dr. Ba. unter dem 8. Mai 2009 aus, die Klägerin leide an einem Morbus Crohn, der seit Jahren medikamentös unbehandelt sei. Es bestünden chronische Durchfälle, eine Fistelneigung inguinal und perianal. Ferner leide die Klägerin an Gelenkschmerzen als Begleitphänomen der chronisch entzündlichen Darmerkrankung (enteropathische Arthropathie). Des Weiteren bestehe eine anamnestisch fragliche Hüftkopfnekrose beidseits, die weitgehend erscheinungsfrei sei. Seit Jahren werde die Klägerin nicht mehr mit entzündungshemmenden Medikamenten behandelt und befinde sich auch nicht in ambulanter gastroenterologischer Betreuung, da sie glaube, dass man mit Medikamenten ohnehin nichts Positives erreichen könne. Die Klägerin mache bei der Untersuchung keinen chronisch kranken und leidenden Eindruck. Sie sei schlank, beweglich und gut gelaunt, emotional schwingungsfähig. Ihr Gangbild und ihre übrige Beweglichkeit sei nicht eingeschränkt. Die Diagnose einer beidseitigen Hüftkopfnekrose sei vom Untersuchungseindruck her nicht nachvollziehbar. Bei den Crohn-assoziierten Beschwerden dominierten wässrige Durchfälle, angeblich zehn bis 15 über 24 Stunden. Diese würden nicht objektiviert, merkwürdigerweise niemals symptomatisch therapiert. Festgestellt worden seien geschlossene Fisteln, keine Sekretion und keine äußerlichen Hautentzündungszeichen, sowie belastungsabhängige Gelenkschmerzen ohne fassbares Korrelat. Die Durchfallneigung ließe sich durch Einsatz symptomatischer Medikamente günstig beeinflussen. Die entzündliche Aktivität des Morbus Crohn solle sich durch den Einsatz nebenwirkungsarmer Medikamente wie Budesonit oral bessern lassen, die enteropathische Arthropathie eventuell durch den intermittierenden Einsatz von Cortikoiden. Ein Fistelrezidiv könne natürlich zu einer kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit führen; insgesamt lasse sich aber weder mit der Fistelneigung noch mit den anderen Crohn-bedingten Beschwerden eine quantitative Leistungsminderung begründen. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten könnten daher vollschichtig geleistet werden. Die schnelle Erreichbarkeit einer Toilette am Arbeitsplatz sei jedoch hierfür Voraussetzung. Mit Bescheid vom 14. Mai 2009 lehnte die Beklagte daraufhin den Weiterbewilligungsantrag der Klägerin ab.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch mit der Begründung, gegenüber dem Gutachten von 2007 habe sich an ihrem Gesundheitszustand keine Veränderung ergeben. Das UKT habe festgestellt, dass nach Austestung aller gängigen Behandlungsvarianten eine kausale Behandlung des Morbus Crohn sowohl hinsichtlich der Entzündungssymptomatik als auch der Stuhlfrequenz ausgeschlossen sei. Sie sei damit auf die Behandlung mit krampflösenden Mitteln wie Buscopan angewiesen. Auch werde der Fistelzustand vom Gutachter völlig fehlerhaft beschrieben. Sie habe an einer Studie des Universitätsklinikums Ulm teilgenommen, bei der die Fisteln bestrahlt und anschließend noch nachoperiert worden seien. Mit der Behandlung habe jedoch kein Erfolg erzielt werden können. Aufgrund der häufigen Stuhlfrequenz und der Zeit, die aufgrund des krampfartigen Stuhlverhaltens auf der Toilette verbracht werden müsse, sei eine normale Arbeitstätigkeit nicht mehr möglich.

In einer erneuten ärztlichen Stellungnahme vom 29. Juli 2009 bestätigte Dr. Ba. die Feststellung einer inzwischen erreichten vollschichtigen Leistungsfähigkeit für leichte und mittelschwere Tätigkeiten. Nach erneuter Vorlage der bereits bei Stellung des ursprünglichen Rentenantrags vorgelegten Unterlagen des UKT wies der von der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 2009 zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 2. November 2009 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG). Zur Begründung führte sie aus, bedingt durch den Morbus Crohn leide sie unter erheblichen Skelettbeschwerden sowie einer massiven Einschränkung des Kräfte- und Ernährungszustandes. Sobald sie Nahrung zu sich nehme, löse dies extrem schnell krampfhaft heftige schmerzhafte und wiederholte Toilettenbesuche aus. Um dies zu vermeiden, könne sie tagsüber keine Nahrung zu sich nehmen, sondern müsse abends essen. Dies führe wiederum zu Verdauungsstörungen in der Nacht, weshalb sie nicht schlafen könne. Die häufigen Toilettengänge hätten längere betriebsunübliche Pausen zur Folge. Die Bauchschmerzen und der Stuhlgang könnten von ihr nicht gesteuert werden. Die Toilette müsse plötzlich aufgesucht werden und sich in der unmittelbaren Nähe zum Arbeitsplatz befinden. Aufgrund ihrer orthopädischen Beeinträchtigungen und der Stuhlproblematik sei sie nicht in der Lage, einen Arbeitsplatz aufzusuchen. Sie sei nicht bereit, mit dem PKW zur Arbeit zu fahren, da sie hierbei in Situationen kommen könne, in denen sie den Straßenverkehr nicht mehr sicher beherrsche. Auch leide sie unter den immer wieder auftretenden Fisteln. Sie habe alle Therapieoptionen, auch Off-Label-Behandlungen, erfolglos erprobt. Ferner befinde sie sich weiter in Behandlung im UKT. Aus dem Ultraschallbefund vom 31. März 2010 (Prof. Dr. G., Beurteilung: Morbus Crohn mit Darmbandverdickung in Projektion auf das neoterminale Ileum, kein Anhalt für Fisteln) ergebe sich im Vergleich zu den Vorbefunden aus 2005 eine gewisse Verschlechterung. Dies werde ferner durch die Arztberichte des Radiologen Dr. Kr. vom 23. April 2010 (Nachweis eines Fistelganges in der Magnetresonanztomographie [MRT] des Beckens) und des Prof. Dr. Cl., Abteilung für Radiologische Diagnostik des UKT, vom 31. März 2010 (in der Thoraxuntersuchung insbesondere keine akuten Stauchungzeichen oder umschriebenen Infilterrate abgrenzbar) bestätigt. Sie reichte den Arztbrief des Prof. Dr. G. vom 31. März 2010 ein. Dieser führte aus, zuletzt sei eine Vorstellung 2005 am Universitätsklinikum U. zur Teilnahme an einer Studie (UWADEX, extrakorporale Fotoimuntherapie) erfolgt. Die Methotrexattherapie sei 2006 beende wordent. Nach Teilnahme an der Studie habe sie keine Fistelprobleme gehabt. Nach sechs Monaten seien diese aber wieder aufgetreten. Eine Koloskopie vom 17. November 2009 (Dr. De.) habe eine narbige Einengung des Analkanals gezeigt, die Anastomase nach Ileozökalresektion sei unceriert und eingeengt, nicht passierbar gewesen. Die Histologie habe eine gering- bis mittelgradig chronische rezidivierende Entzündung im Bereich der Anastomose sowie im Bereich des Proktons gezeigt. Aufgrund der rezidivierenden Fistelproblematik anal und inguinal habe er mit der Klägerin die Durchführung einer MRT des Beckens zur Frage nach Fisteln besprochen. Die vorbereitenden Untersuchungen für eine mögliche perspektivische (eventuell postoperative) PTNF-Alpha-Antikörper-Therapie mit Adalimumab seien erfolgt und unauffällig gewesen. Zu den vom SG erhobenen Sachverständigengutachten trug die Klägerin vor, die Leistungsbeurteilung des Dr. Su. werde ebenso wenig geteilt wie diejenige des Dr. We ... Dr. Su. habe nicht erwähnt, dass sie im Januar 2011 im Klinikum A. G. wegen eines Leistenbruchs operiert werden müsse. Im Übrigen würde durch die vorgelegten Befunde bestätigt, dass bei ihr ein dauerhaft vorhandener, stark ausgeprägter Entzündungszustand vorhanden sei, mit entsprechender Schmerzsituation und Entzündungsschüben. Auch werde sie mit Buskopan und Vomex zur Dämpfung starker Übelkeit behandelt. Die Klägerin legte einen vorläufigen Entlassungsbericht des Prof. Dr. Ha. vom 24. Januar 2011 über eine durchgeführte Hernien-Operation und eine vaginale Hysterektomie vor. Ausweislich dieses Berichts folgte ein unkomplizierter postoperativer Verlauf mit reizlosen Wundverhältnissen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und legte sozialmedizinische Stellungnahmen des Lungenarztes MUDr. Ho. vom 9. März und 14. April

2010 (weder orthopädisch noch internistisch sei eine Progression eingetreten) sowie der Orthopädin Dr. Ha. vom 11. August 2010 (Gutachten Dr. We. sei schlüssig) vor.

Das SG befragte die die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen.

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie Dr. Ta. legte dar (Auskunft vom 12. Februar 2010), die Klägerin erst seit 21. Oktober 2009 zu kennen. Anschließend sei die Klägerin monatlich immer wieder in der Gemeinschaftspraxis gewesen. Die Klägerin habe über anhaltende Schmerzen in beiden Hüftgelenken wie auch über Rückenschmerzen geklagt. Bereits im UKT seien eine fortgeschrittene Abnützung in beiden Hüftgelenken im Sinne einer Coxarthrose sowie auch degenerative Veränderungen im Bereich der LWS festgestellt worden. Aufgrund ihrer orthopädischen Beeinträchtigungen sei die Klägerin nicht mehr in der Lage, eine leichte körperliche Arbeit länger als vier Stunden am Tag zu verrichten. Zusätzlich schränke auch die chronische Darmerkrankung ihr Einsatzvermögen auf dem gesamten Arbeitsmarkt ein. Die Klägerin dürfe keine schweren Lasten ziehen, heben und schieben und keine lang andauernde Arbeit in einseitiger bzw. gebeugter Körperhaltung verrichten. Ausgeschlossen seien ebenfalls Akkordarbeiten sowie Arbeiten an laufenden Maschinen. Ferner sei sie nicht mehr für Tätigkeiten geeignet, die mit Klettern und Steigen verbunden seien. Demgegenüber sei die Klägerin noch in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benützen sowie auch eine Wegstrecke von über 500 m zu Fuß zu bewältigen.

Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie Dr. De. führte unter dem 15. Februar 2010 aus, die Klägerin lediglich am 17. November 2009 anlässlich einer Koloskopie untersucht zu haben. Einwände oder Einschränkungen gegen eine vollschichtige, leichte körperliche Tätigkeit bestünden nicht. Lediglich der freie Zugang zu einer Toilette während der gesamten Arbeitszeit müsse gewährleistet werden. Die zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehenden Beschwerden seien nicht schwerwiegend gewesen. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit habe daher im Zeitpunkt der Untersuchung nicht vorgelegen. Eine weitere Besserung sei durch eine entsprechende Therapie zu erwarten, die jedoch von der Klägerin seit Jahren aus freier Entscheidung abgelehnt werde. Bereits ohne Therapie bestünden keine Einschränkungen, die üblichen Wege zu und von der Arbeitsstelle zurückzulegen, auch eine Wegestrecke von über 500 m könne zu Fuß zurückgelegt werden. Mit dem vorliegenden Gutachten des Dr. Ba. vom 8. Mai 2009 stimme seine eigene Beurteilung in vollem Umfang überein.

Orthopäde Dr. We. legte in seinem vom SG veranlassen Gutachten vom 11. Juli 2010 dar, die Klägerin leide auf orthopädischem Fachgebiet an einem chronischen Lendenwirbelsyndrom mit leichter Instabilität L4/5, ohne periphere Nervenwurzelreizerscheinungen, einer Kniefunktionsstörung rechts bei Kniescheibendysplasie mit sekundärer Kniescheibengelenksarthrose, einer Fußfunktionsstörung links nach dreifacher operativer Therapie eines angeborenen Klumpfußes, einer Hüftfunktionsstörung beidseits mit geringer Bewegungseinschränkung bei leichter Hüftdysplasie und auswärtig beschriebener Hüftkopfnekrose Stadium I sowie einer geringgradigen Handfunktionsstörung rechts mit Gefühlsminderung über dem Kleinfingerballen. Die Klägerin solle keine mittelschweren und schweren körperlichen Arbeiten mit regelmäßigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg ausüben. Dies gelte auch für Arbeiten regelmäßig im Bücken oder Überkopf sowie für regelmäßige Arbeiten im Knien oder in der tiefen Hocke. Ferner sollte sie häufiges Treppensteigen, regelmäßige Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Arbeiten mit hoher Anforderung an die Standsicherheit sowie Arbeiten im ständigen Stehen und regelmäßigem Gehen vermeiden. Leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes könne die Klägerin allerdings unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Eine gastroenterologische Begutachtung aufgrund des Morbus Crohn sei sinnvoll. Letztlich sei die Klägerin in der Lage, die üblichen Wege von und zur Arbeitsstelle zurückzulegen. Die Standsicherheit sei hierfür ausreichend, ebenfalls die Armkraft, um sich in öffentlichen Verkehrsmitteln sicher fixieren zu können. Die Einschätzung des Dr. Me. zu Verl zur Hüftkopfnekrose teile er nicht. Insbesondere beschreibe dieser unauffällige und altersentsprechend frei bewegliche Hüftgelenke. Auch sei kein massiv reduzierter Ernährungszustand festzustellen. Die Klägerin sei damals wie zum Zeitpunkt der Untersuchung durch ihn 1,64 m groß gewesen und habe 56 kg gewogen. Die Klägerin mache auch keinen allgemein abgeschlagenen Eindruck, sondern stehe voll im Leben, versorge Kinder im Alter von zwei und 14 Jahren und mache den Haushalt selbstständig. Die quantitative Einschränkung des Dr. Me. zu Verl sei daher nicht nachvollziehbar. Auch der die Klägerin behandelnde Dr. Ta., der ebenfalls ein unter vierstündiges Leistungsvermögen annehme, decke weder Funktionsstörungen auf, noch lege er Diagnosen vor, die auf die Ursache der geklagten Schmerzen hinwiesen. Eine fortgeschrittene Abnutzung an beiden Hüftgelenken zeigten die bei ihm (Dr. We.) durchgeführten Röntgenaufnahmen nicht.

Dr. G. legte in seiner anschließend vom SG angeforderten sachverständigen Zeugenauskunft vom 25. August 2010 dar, die Klägerin erstmals im Jahr 2004 gesehen zu haben. Anschließend hätten bis einschließlich Dezember 2005 15 Behandlungstermine stattgefunden. Nach einem längeren Intervall sei die Klägerin am 31. März 2010 und am 12. Mai 2010 wieder in seiner ambulanten Betreuung gewesen (Diagnosen: Morbus Crohn, der 1990 erstdiagnostiziert worden sei; Zustand nach Ileozökalresektion 1998, Azatioprin April bis August 2004 (Unverträglichkeit bei Alopezie); Remicade Dezember 2004 ohne Wirksamkeit; Methotrexat Dezember 2004 bis 2006, fehlende Wirksamkeit; Extraintestinal: Arthralgie; Rezidivierende perianale und inguinale Fisteln; Hüftkopfnekrose beidseits Stadium I; Nikotinabusus; Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose 1997).

Anschließend beauftragte das SG den Internisten Dr. Su. mit einer Untersuchung und Begutachtung der Klägerin. In seinem Gutachten vom 10. Dezember 2010 führte dieser aus, die Klägerin leide an einem Morbus Crohn sowie einem Zustand nach Beinvenenthrombose rechts 1997. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei laborchemisch keine relevante Entzündungsaktivität des Morbus Crohn objektivierbar. Eine Fistelbildung sei auch im Rahmen der Koloskopie bei Dr. De. im November 2009 nicht objektiviert worden. Inkontinenzereignisse bei Durchfallleiden seien bei der Klägerin nicht objektiviert. Vorlagen würden nicht getragen. Zwischenzeitlich sei es wiederkehrend zu perianalen und inguinalen Fisteln gekommen. Nicht erkennbar sei, weshalb nicht entzündungshemmende Medikamente eingesetzt worden seien. Eine Wirkungslosigkeit bei Morbus Crohn sei in der Literatur bei dieser Medikamentenart nicht beschrieben worden. Auffällig sei weiterhin, dass auch in Entzündungsschüben die Stuhlgänge ohne Schleim- oder Blutbeimengungen abgesetzt würden. Die Klägerin könne schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeiten sowie Arbeiten im Freien und solche, die mit häufigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg verbunden sind, nicht mehr verrichten; leichte körperliche Arbeiten im Gehen oder Stehen/Sitzen in geschlossenen Räumen seien ihr jedoch noch mindestens sechs Stunden täglich möglich. Aus internistisch-gastroenterologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen hinsichtlich der Fähigkeit der Klägerin, die üblichen Wege von und zur Arbeitsstelle zurückzulegen. Die Wegstrecke werde von der Klägerin hier mit zehn bis 20 Minuten angegeben. Es seien keine Befunde zu erheben, die die Vermutung rechtfertigen würden, dass die Klägerin eine Wegstrecke von mehr als 500 m zu Fuß viermal täglich in einer Zeit von weniger als 20 Minuten nicht zurücklegen könne.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. März 2011 wies das SG die Klage mit der Begründung ab, die Klägerin sei ab dem 1. August 2009 in der Lage, täglich wenigstens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu sein. Dies ergebe sich aus dem internistisch-gastroenterologischen Gutachten des Dr. Ba. vom 8. Mai 2009 sowie den gerichtlicherseits eingeholten Gutachten des Dr. We. und des Dr. Su ... Auch der die Klägerin behandelnde Gastroenterologe Dr. De. habe keine Bedenken gegen die Ausführung einer leichten vollschichtigen körperlichen Tätigkeit. Mit den von der Klägerin übersandten ärztlichen Unterlagen sei das Vorliegen einer Leistungseinschränkung für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht zu begründen. Dem Entlassungsbrief des Prof. Dr. Ha. vom 24. Januar 2011 sei zu entnehmen, dass sich die Klägerin wegen einer Hypermenorrhoe und einer Leistenhernie rechts in stationärer Behandlung befunden habe und eine Hernien-Operation und vaginale Hysterektomie durchgeführt worden sei. Der weitere postoperative Verlauf werde als unkompliziert mit reizlosen Wundverhältnissen beschrieben. Auch sei der Arbeitsmarkt für die Klägerin nicht verschlossen, denn diese könne unter betriebsüblichen Bedingungen erwerbstätig sein. Der Umstand, dass sie mehrmals täglich eine Toilette aufsuchen können müsse, führe nicht dazu, dass sie nur noch unter betriebsunüblichen Bedingungen erwerbstätig sein könne. Die Notwendigkeit von kurzen Pausen, um die Toilette aufzusuchen, sei noch im Rahmen der persönlichen Verteilzeiten möglich. Dies gelte auch dann, wenn die Klägerin an einem sogenannten Stuhldrang leide, also an einem schwer zu kontrollierenden Drang, auf die Toilette zu müssen. Arbeitgeber hätten nach der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) Toilettenräume bereitzustellen. Diese müssten sich in der Nähe der Arbeitsplätze und in der Nähe von Pausen- und Bereitschaftsräumen befinden. Im Übrigen sei zu beachten, dass Kurzpausen von weniger als 15 Minuten alle zwei Stunden beispielsweise im Bereich des öffentlichen Dienstes nicht als arbeitszeitverkürzende Pausen gälten. Im Übrigen habe auch Dr. Su. bestätigt, dass keine Inkontinenzereignisse bei Durchfallleiden hätten objektiviert werden können. Bei den Untersuchungen durch Dr. Ba., Dr. We. oder Dr. Su. sei eine Unterbrechung der Untersuchung und Befragung wegen eines Toilettengangs nicht erforderlich geworden. Schließlich sei auch die Gehfähigkeit der Klägerin nicht eingeschränkt. Zwar sei die Belastbarkeit des linken Beins durch den Klumpfuß beeinträchtigt; allerdings mache die Klägerin nach eigenem Bekunden Spaziergänge mit einer Dauer von 15 bis 20 Minuten. Hierbei nutze sie überwiegend, aber nicht ausschließlich ihre Unterarmgehstöcke. Sie verfüge darüber hinaus über einen eigenen PKW, den sie auch z.B. für Fahrten zum Arzt benutze. Zudem sei sie in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Die vorhandene Standsicherheit sei hierfür ausreichend.

Gegen den dem Bevollmächtigten der Klägerin am 8. März 2011 zugestellten Gerichtsbescheid legte diese am 8. April 2011 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) ein. Zur Begründung führt sie unter Berufung auf ihren Vortrag erster Instanz aus, das SG habe die Problematik der jederzeitigen Erreichbarkeit von Toiletten verkannt. Es reiche nicht aus, dass Betriebe entsprechend der ArbStättV ausgestattet seien. Dies werde ihren gesundheitlichen Einschränkungen nicht gerecht. Auch sei die Anzahl der Toilettengänge so häufig, dass nicht mehr von betriebsüblichen Unterbrechungen ausgegangen werden könne. Ferner habe das SG die Frage der Wegefähigkeit nicht in ausreichendem Umfang beleuchtet. Die Wegefähigkeit sei nicht nur durch ihre orthopädischen Erkrankungen eingeschränkt, sondern auch durch ihre erheblichen Bauchschmerzen. Sie habe bei Dr. Su. angegeben, lediglich noch zehn Minuten gehen zu können, 20 Minuten jedoch nur langsam. Zu Unrecht gehe das SG des Weiteren davon aus, dass sie einen PKW benutzen könne. Diesen benutze sie lediglich für Notfälle oder für Fahrten zum Arzt zur Begutachtung. Sie sei gerade nicht mehr in der Lage, arbeitstäglich einen PKW zu benutzen. Ferner sei zwischenzeitlich eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten. Weitere Toilettengänge seien erforderlich. Zudem seien starke Knochenbeschwerden hinzugetreten. Erneut sei es zu Fistelbildungen gekommen. Im Januar 2011 sei ein Leistenbruch operiert worden und die Gebärmutter entfernt worden. Seither bestünden nach wie vor täglich Schmerzen, die insgesamt schlimmer und großflächiger geworden seien. Wegen der Bildung von Fisteln an den Operationsnarben (Verweis auf vorgelegte Fotografien) müsse sie fast wöchentlich einen Arzt aufsuchen, der dagegen allerdings nichts unternehmen könne. Dies werde durch die folgenden (vorgelegten) Berichte, Notfalleinweisungen und Arztbriefe bestätigt:

• Arztbrief des Radiologen Dr. Kr. vom 17. Mai 2011 (Verdacht auf Narbenschmerzen nach operativer Versorgung einer Leistenhernie bei Morbus Crohn; Beurteilung: Unauffällige Narbenverhältnisse am rechten Unterbauch, Zustand nach Hysterektomie. Am terminalen Ileum unmittelbar proximal des ileozökalen Übergangs zirkulärer Darmwandbefall segmental bei bekanntem Morbus Crohn mit entzündlichen Darmwandveränderungen) • Notfallscheine des Ärztlichen Notdienstes T. vom 24. Juni 2011 (seit ca. vier Stunden zunehmende Bauchschmerzen, Übelkeit, Brechreiz, Gabe von Vomex und Buscopan), vom 28. September 2011 (klagt über starke Schmerzen Vomex und Buscopan verordnet), vom 16. Oktober 2011 (seit gestern krampfartige Bauchschmerzen; Übelkeit letzter Stuhlgang heute Mittag [dünnflüssig] nach Gabe von Buscopan und Vomex sofortige Besserung), vom 26 April 2012 (Bauchschmerzen; Therapie: Gabe von Buscopan), vom 12. Dezember 2012 (wieder starke Bauchschmerzen), vom 13. Januar 2013 (wieder akute Unterbauchschmerzen; Rezept für Novatrin und Buscopan), vom 25. Februar 2013 (wegen Bauchschmerzen), vom 31. März 2013 (seit ca. einer halben Stunde rezidivierende Unterbauchschmerzen. Überweisung in Chirurgie Brackenheim), vom 26. Januar 2014 (Infusion mit Buscopan und Vomex sowie 100 ml NaCl) und vom 1. März 2014 (Infusion mit Buskopan und Novamin und NaCl) • Arztbrief des Facharztes für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Sc. vom 29. März 2011 (Diagnose: Narbenschmerzen, Leistenhernie; Empfehlung: Vorstellung der Patientin beim Operateur gegebenenfalls Infiltrationstherapie erforderlich) • Arztbericht des Dr. Ta. vom 1. März 2012 (Diagnose: Rezidivierende Coxalgie beidseits, bei bekannter Coxarthrose beidseits; Rezidivierende Lumboischialgie; Rezidivierende Fußbeschwerden beidseits bei Hallux valgus beidseits und Klumpfuß links; Morbus Crohn, Zustand nach Ileozökal-Resektion mit ileozökalen Dostomie von 1998; Empfehlung: Intensive physikalische Therapie, Krankengymnastikübungen, Massagen und Bestrahlungen, Voltaren-Emolgen rezeptiert und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt) • Erneut den dem SG bereits eingereichten Arztbrief des Prof. Dr. G. vom 31. März 2010 • Arztbrief des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Pf. vom 16. Juni 2010 (Diagnose: Rippenbogendeformierung links, BWS-/LWS-Syndrom, Morbus Crohn, Hüftkopfnekrosen; Therapie: Chirotherapie, TLA durchgeführt, Physiotherapie empfohlen), den die Klägerin auch bereits beim SG eingereicht hat • Arztbrief des End- und Dickdarm-Zentrums Mannheim, vom 17. April 2012 (Diagnose: Verdacht auf perinalfistelnde Akne inversa, Morbus Crohn; proktologischer Befund: beidseits multiple Fistelherde, klinisch wie Akne inversa; proktologische Untersuchung von Patientin abgelehnt wegen Schmerzhaftigkeit; Prozedere: Weiterbehandlung in Sprechstunde für chronisch entzündliche Darmerkrankungen) • Arztbrief des PD Dr. A., Medizinischen Klinik I Universitätsklinikum F., vom 12. Juni 2012 (Morbus Crohn des terminalen Ileums mit makroskopischen Zeichen einer ausgeprägten Aktivität; Analkanalstenose, die mit dem Kinderendoskop passierbar ist; Empfehlung: Anmeldung und Aufklärung zur endoskopischen Dilatation der Anastomosenstenose, die auch klinisch im Vordergrund steht. Zusätzlich Beginn einer Budesonittherapie) • Vorläufiger Entlassungsbrief des Prof. Dr. D., S.-Klinikum H., Direktor der Medizinischen Klinik I, Kardiologie-Angiologie-Intensivmedizin, vom 29. Juni 2012 (stationärer Aufenthalt vom 26. Juni 2012 bis 29. Juni 2012; Diagnosen aktuell: rezidivierende Ischämien am linken Zeigefinger, ausgedehnter Spasmus der A. Brachialis, Differenzialdiagnose: Thrombangitis obliteranz) • Attest des Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin Dr. C. vom 17. September 2012 (Bei der Klägerin besteht eine schwere Darmerkrankung [Morbus Crohn] mit rezidivierenden starken Schüben. Dabei treten oft schleimige, blutige Stühle auf. Die Stuhlfrequenz ist dabei sehr häufig, sodass sie sehr oft am Tag die Toilette aufsuchen muss.) • Arztbericht des Prof.

Dr. H., Direktor der Chirurgischen Klinik - Schwerpunkte Visceral-/Tumor-/Kinder-Chirurgie/Proktologie - des Klinikums H. Klinikum A. G. vom 17. Dezember 2012 (Bei unklaren Schmerzen der Leiste rechts empfiehlt er die CT-Diagnostik des Unterbauchs und die Vorstellung beim Neurologen zur Klärung einer radikulären oder peripheren Nervenschädigung. Falls keine Symptomatik der LWS zugrunde liegt, kann die Patientin dort in unserer Sprechstunde vorgestellt werden) • Vorläufiger und endgültigen Entlassbrief des Dr. d. B., Chefarzt der Inneren Abteilung S.-Kliniken H., vom 26. und 28. Februar 2013 (Beurteilung und Verlauf: Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen eines akuten Schubs eines Morbus Crohn. Die Klägerin leidet unter dieser Erkrankung seit ca. 28 Jahren mit unregelmäßigen Schüben. So stark wie heute sei es noch nie gewesen. Sonographisch zeigten sich grenzgradig weite Dünndarmschlingen mit Pendelperistaltik im linken Mittelbauch. Röntgenologisch zeigten sich keine Spiegel. Keine freie Flüssigkeit im Abdomen. Wir therapierten mit Vomex und Buscopan. Aufgrund zusätzlich ausreichender Flüssigkeitssubstitution kam es zur Besserung des Allgemeinzustandes. Die Klägerin konnte am selben Tag entlassen werden.) • Arztbericht des Radiologen Dr. Mec. vom 7. März 2013 (MRT-Abdomen nativ. Befund: Kein Hinweis auf eine Fistelbildung oder Abzessbildung. Kein Hinweis auf eine Rezidivleistenhernie bei Zustand nach Herniotomie.) • Bescheinigung des Dr. Du., Leitender Arzt der Abteilung Chirurgie/Koloproktologie der Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH W., vom 25. April 2013 (Therapiestenosenerweiterung durch Inzision am 23. April und Koloskopie am 25. April 2013) • Laborbericht des Dr. L., Facharzt für Laboratoriumsmedizin, vom Juli 2013 • Arztbrief des Dr. He. vom 22. November 2013 (Diagnose: Fingerapoplexe C II links, Digiti mortoi D II und D III links; Beurteilung und weiteres Vorgehen: Die vor einiger Zeit beobachtete starke Blauverfärbung ist auf ein Hämatom zurückzuführen "und die Sache ist völlig harmlos". Im Bereich des II- und III-Fingers links besteht eine funktionelle Durchblutungsstörung. "Wenn die Finger aber weiß sind, so ist das nicht weiter tragisch, da durch die Anhäufung von sauren Metaboliten nach ca. 20 Minuten eine Kapillarlähmung eintritt und damit wieder ausreichend arterielles Blut in die Finger kommt"; Empfehlung: im Winter frühzeitig Handschuhe tragen) • Arztbericht des Dr. La. vom 21. Februar 2014 über ambulante Behandlung in den S.-Kliniken H. (Diagnosen: Knieschmerzen rechts, Gonarthrose rechts, Differenzialdiagnose Aduktorenzerrung; Therapieempfehlung: Knie hochlagern, kühlen schmerzadaptierte Belastung; bei Bedarf Ibuprophen, gegebenenfalls Pantozol Therapie nach Maßgabe des fachärztlichen Kollegen) • Arztbericht der Medizinischen Notfallambulanz des S.-Klinikums H., vom 12. Februar 2014 (Diagnose: akute Bauchschmerzen, mehrfache Allergien, Raynaud-Syndrom.; Therapie u.a. Vomex und Buscopan; ambulante Gastrosonokontrolle wird empfohlen) • Vorläufiger Entlassungsbrief des Prof. Dr. H., S.-Klinikum H., vom 9. Mai 2014 (stationäre Behandlung vom 7. bis 9. Mai 2014 wegen einschießender Schmerzen im rechten Leistenbereich. Die Klägerin wünscht ausdrücklich eine Freilegung des Bereichs und ist auch mit einem dabei möglicherweise notwendig werdenden kompletten Ausbau des jetzt vorhandenen Netzes einverstanden)

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Heilbronn vom 2. März 2011 sowie des Bescheids der Beklagten vom 14. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Oktober 2009 zu verurteilen, ihr Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, über den 31. Juli 2009 hinaus zu gewähren, hilfsweise ein internistisches Gutachten einzuholen, um zu klären, ob sie in der Lage ist, unter betriebsüblichen Bedingungen zu arbeiten, weiter hilfsweise ein orthopädisches Gutachten zur Klärung der Wegefähigkeit einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Leistungsvermögen der Klägerin nicht für quantitativ eingeschränkt. Insbesondere lägen keine Hinweise darauf vor, dass sich das Morbus-Crohn-Leiden der Klägerin verschlechtert habe oder dass aufgrund dieses Leidens betriebsunübliche Pausen erforderlich seien. Im Übrigen sei nicht nachvollziehbar, warum die Klägerin ihren PKW nur im Notfall nutze und aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein solle, diesen werktäglich zu verwenden. Die durch die Sachverständigen Dr. We. und Dr. Su. abgegebene Leistungseinschätzung werde auch nicht durch die im Rahmen des Berufungsverfahrens vorgelegten ärztlichen Unterlagen erschüttert. Insoweit beruft sie sich auf die sozialmedizinischen Stellungnahmen ihres Ärztlichen Dienstes, abgegeben durch den Sozialmediziner Dr. Schl. vom 26. und 29. Juni 2012, 23. Mai und 13. September 2013 sowie 5. Februar und 10. Juni 2014. Dr. Schl. hat insoweit auszugsweise ausgeführt, in der umfangreichen orthopädischen und internistischen Begutachtung durch Dr. We. und Dr. Su. sei ein aktueller Stand der Befundung mit nachvollziehbar abgeleitetem Leistungsvermögen festgestellt worden. Die Folge sei gekennzeichnet durch eine sehr unregelmäßige Arztvorstellung, ohne kontinuierliche Anbindung an ein Zentrum. Vorstellungen erfolgten primär abends und an den Wochenenden aufgrund akuter Bauchbeschwerden, die nach spasmolytischer Behandlung sofort sistierten. Der Morbus Crohn werde (Stand 26. Juni 2012) auch nicht behandelt. Eine wegweisende Änderung des Klagvortrags und auch der Befunde ergebe sich aus den sachverständigen Zeugenaussagen neben eingereichten Arztberichten nicht. Dr. Pr., der im Berufungsverfahren als sachverständiger Zeuge gehört worden sei, spreche von einem nur "oligosymptomatischen" Morbus Crohn, also nur wenigen Symptomen, was zu einer Nichtbehandlung auch gut passe. Aktuell (Stand 26. Juni 2012) sei die Versicherte an die Universitätsklinik Mannheim angebunden, sofern sie sich dort tatsächlich vorgestellt habe. Eine fundierte Betrachtung werde aber auch die dortige Spezialambulanz nur vornehmen können, wenn wirklich sämtliche Unterlagen der Vorgeschichte dort bekannt seien und nicht nur ein subjektives Bild aus der Erinnerung, das während der Anamneseerhebung abgegeben werde. Auch orthopädischerseits habe sich nichts Relevantes verändert. Die vereinzelten Notfallbehandlungen sprächen auch nicht gegen die erforderliche Regelmäßigkeit einer Arbeitsausübung leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten. Die Behandler relativierten die von der Klägerin angegebene Stuhlfrequenz. Dr. Pr. spreche nur noch von teilweise mehr als zehn Stühlen, d.h. an vielen Tagen sind es auch weniger, was sich wiederum mit den Beobachtungen bei den Begutachtungen decke. Einen krankheitsbedingten Grund, der gegen das Zurücklegen von Gehstrecken von über 500 m oder auch gegen das Autofahren sprechen würde, gebe es weiterhin nicht. Unter dem 29. Juni 2012 führte er aus, aus den jetzt erhobenen Befunden ergebe sich keine prinzipiell andere Wertung. Eine höhergradige Einschränkung des Leistungsvermögens ergebe sich auch aus dem Koloskopiebefund und durch die eingeleitete Therapie sei eher eine Besserung zu erwarten. Auch durch die im April 2013 erfolgte Indizierung der Engstelle am Analkanal an zwei Stellen und die anschließende Koloskopie ergebe sich keine Änderung der Situation. Nach wie vor zeige sich nur eine mäßige Aktivität des Morbus Crohn. Dieser Befund ähnele dem von 2010 und 2012. Wie bereits im Universitätsklinikum F. werde nun wieder die konservative Morbus-Crohn-Therapie mit jetzt salofalksuppositorien sowie eine gastroenterologische Anbindung empfohlen. Auch dies stelle keine neue Situation dar. In F. sei eine Crohn-Therapie mit Bodesonit empfohlen worden, auch die "Universität Mannheim" habe eine gastroenterologische Vorstellung zur Grundmedikation empfohlen. Der Morbus Crohn sei bis in aller letzter Zeit in keiner Weise therapiert, ein höhergradiger Schub habe sich in all den Jahren nicht mehr ergeben. Es bestehe jeweils nur eine mäßige lokal eng begrenzte Aktivität und es gebe weiterhin keinen Hinweis auf Abszess- oder Fistelbildungen wie in früheren Jahren. Mit der Erweiterung der Analstenose sei diese Engstelle jetzt im April 2013

beseitigt worden. Eine anhaltende, höhergradige Leistungseinschränkung als 2010 in den Gutachten festgestellt worden sei, könne aus den Berichten weiterhin nicht abgeleitet werden (sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. Schl. vom 23. Mai 2013). Auch aus den vorgelegten Aufnahmen könne lediglich entnommen werden, dass es sich um einen Eiterherd handele, im Sinne eines Furunkels, eines Schweißdrüsenabszesses o.Ä. Der Befund sei weit vom After entfernt, für eine Perianalfistel gebe es daher keinen Hinweis. Üblicherweise werde ein solcher Befund, wenn es sich um einen Eiterherd handele, in einem kleinen ambulanten Eingriff eröffnet und bedürfe einer offenen Wundbehandlung von einigen Tagen. Das Verrichten einer geeigneten Arbeit sei bis auf den akuten Arztkontakt zur Eröffnung dadurch nicht zwangsläufig behindert. Auch durch die vorgelegten Laborbefunde ergebe sich keine andere Beurteilung der Sach- und Rechtslage. Klar sei, dass bei der Klägerin ein Morbus Crohn vorliege. Damit überrasche der ermittelte Messwert in keiner Weise; im Gegenteil liege er für das Bestehen einer entzündlichen Darmerkrankung, laut Aussage des Labors sogar sehr niedrig (Stellungnahme vom 13. September 2013). Auch aus der Vorstellung der Klägerin in einer Praxisklinik für Gefäßerkrankungen in Heilbronn zur Diagnostik, weil ihr immer wieder Hämatome (Blutergüsse) im Bereich des linken Zeigefingers aufgefallen seien und bei Kälte das Abblassen des linken Zeigefingers und des linken Mittelfingers vorgekommen sei, ergebe sich an der linken Hand keine gravierende Krankheit, die eine Minderung des Leistungsvermögens auf ein unter sechsstündiges Maß erreichen könnten (Stellungnahme vom 5. Februar 2014).

Der Senat hat den die Klägerin behandelnden Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. C. und den Internisten Dr. Pr. als sachverständige Zeugen gehört. Nach Auskunft des Dr. C. vom 30. Januar 2012 habe die Klägerin immer wieder über starke Bauchschmerzen und ausgeprägte Müdigkeit, meist abends, nachts und am Wochenende geklagt. Daher seien die Akutbehandlungen meistens beim Ärztlichen Notdienst erfolgt. Die Klägerin habe zudem von den Untersuchungen im UKT und von den bisher nicht angeschlagenen Therapie berichtet. Dr. Pr. hat unter dem 30. März 2012 ausgeführt, dass eine spezifische Therapie des Morbus Crohn im Behandlungszeitraum nicht stattgefunden habe, sondern lediglich symptomatisch Lopiramid, Digestodoron und Novaminsulphon zum Einsatz gekommen seien. Ferner sei eine orale Folsäure- und eine parentherale Vitamin-B-12-Substitutiojnstherapie erfolgt. Insgesamt sei die Klägerin von Seiten des Morbus Crohn oligosymptomatisch, die Beschwerdeintensität sei wechselnd gewesen, behandelt worden. Eine anhaltende Besserungs- oder Verschlechterungstendenz habe nicht festgestellt werden können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte erster und zweiter Instanz sowie die vorgelegten Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144, 151 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 14. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung über den 31. Juli 2009 hinaus.

Bei einem Antrag, eine befristet bewilligte Rente wegen Erwerbsminderung weiterzuzahlen, bedarf es keines Nachweises, dass eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen im Sinne von § 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gegenüber denen, die der Bewilligung zugrundelagen, eingetreten ist. Die Entscheidung, ob dem Versicherten nach Ablauf des Bewilligungszeitraums der Rente wegen Erwerbsminderung auf Zeit zusteht, ist nicht bloß die Verlängerung einer früher bereits dem Grunde nach anerkannten Sozialleistung, sondern stellt die eigenständige und vollinhaltlich erneute ("wiederholte") Bewilligung der beantragten Rente dar. Bei der Zuerkennung einer Rente auf Zeit richtet sich der Wille des Versicherungsträgers von vornherein nur auf die Gewährung von Rente für diese Zeit und es fehlt infolgedessen für die darüber hinausreichende Zeit an jeder für den Versicherten positiven Regelung durch den Versicherungsträger (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 26. Juni 1990 - 5 RJ 62/89 -, in juris).

1. Versicherte haben nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, BGBl. I, S. 554), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Nach diesen Maßstäben ist die Klägerin ab 1. August 2009, wie das SG zutreffend entschieden hat, weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren sowie der vom SG und vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin seit 1. August 2009 in der Lage ist, zumindest leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat entnimmt dies dem bereits im Verwaltungsverfahren eingeholten internistisch-gastroenterologischen Gutachten des Dr. Ba. vom 8. Mai 2009, den im Verfahren vor dem SG erstatteten Gutachten des Orthopäden Dr. We. vom 11. Juli 2010 und des Internisten Dr. Su. vom 10. Dezember 2010 sowie der vor dem SG eingeholten sachverständigen Zeugenauskunft des behandelnden Gastroenterologen Dr. De. vom 15. Februar 2010.

a) Der Schwerpunkt der Leiden der Klägerin liegt auf internistischem Fachgebiet. Bei der Klägerin besteht ein Morbus Crohn, der seit 1990 bekannt ist. 1998 wurde eine Iliozökalresektion vorgenommen. Wiederkehrend ist es zu perianalen und inguinalen Fisteln gekommen. Bei den im November 2009 bei Dr. De. und im April 2013 bei Dr. Du. erfolgten Koloskopien konnten Hinweise auf eine Fistelbildung nicht

objektiviert werden. Eine Azathioprintherapie zwischen April und August 2004 wurde wegen Unverträglichkeit bei Alopezie abgebrochen. Gleiches gilt für eine Behandlung durch Infliximap (Remicadetherapie im Dezember 2004) unter Steoidstoßtherapie wegen fehlender Wirksamkeit. Auch eine Methotrexattherapie zwischen Dezember 2004 und 2006 wurde wegen fehlender Wirksamkeit beendet. Ferner bestehen bedingt durch den Morbus Crohn Arthralgien der Handgelenke, der rechten Schulter, der LWS, des oberen Sprunggelenks beidseits und rezidivierend perianale und inguinale Fisteln. Auf internistischem Fachgebiet leidet die Klägerin ferner an einem Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose am rechten Unterschenkel 1997. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. Su. vom 10. Dezember 2010 sowie dem Arztbericht des Prof. Dr. G. vom 31. März 2010. Des Weiteren leidet die Klägerin an rezidivierenden Ischämien im linken Zeigefinger und einem ausgedehnten Spasmus der Arteria Brachialis. Dies entnimmt der Senat dem vorläufigen Entlassungsbrief des Prof. Dr. Dengler vom 26. Juni 2012. Schließlich besteht bei der Klägerin ein Zustand nach Hernienoperation und vaginaler Hysterektomie 2011. Dies folgt aus dem vorläufigen Entlassungsbrief des Prof. Dr. Ha. vom 24. Januar 2011.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet die Klägerin an einem chronischen LWS-Syndrom mit leichter Instabilität L4/5, ohne periphere Nervenwurzelreizerscheinungen, einer Kniefunktionsstörung rechts bei Kniescheibendysplasie mit sekundärer Kniescheibengelenksarthrose, einer Fußfunktionsstörung links nach dreifach operativer Therapie eines angeborenen Klumpfußes, einer Hüftfunktionsstörung beidseits mit geringer Bewegungseinschränkung bei leichter Hüftdysplasie und einer geringen Handfunktionsstörung rechts mit Gefühlsminderung über dem Kleinfingerballen. Dies folgt für den Senat aus dem Gutachten des Dr. We. vom 10. Juli 2010. Ferner besteht bei der Klägerin eine Rippenbogendeformierung links. Dies folgt aus dem Arztbrief des Dr. PfeilMe. vom 14. Juni 2010.

Ferner besteht bei der Klägerin eine Depression. Dies entnimmt der Senat dem vorläufigen Entlassbrief des Dr. d. B. vom 26. Februar 2013, ohne dass allerdings insoweit eine Behandlung erfolgte oder empfohlen wurde.

b) Aus den bei der Klägerin als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats qualitative Leistungseinschränkungen. Die Klägerin sollte aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine mittelschweren und schweren körperlichen Arbeiten mit regelmäßigem Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, keine Arbeiten, die mit regelmäßigem Bücken, Überkopfarbeiten oder im Knien sowie der tiefen Hocke oder auf Leitern und Gerüsten verbunden sind, ausüben. Ebenfalls sollte die Klägerin Tätigkeiten meiden, die mit häufigem Treppensteigen oder mit hoher Anforderung an die Standsicherheit verbunden sind. Auch das Berufskraftfahren sollte ausgeschlossen werden. Ebenso sollten Tätigkeiten im ständigen Gehen, im Freien sowie solche, die mit Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeiten verbunden sind, vermieden werden. Dies entnimmt der Senat den Gutachten des Dr. Ba. vom 8. Mai 2009, des Dr. Su. vom 10. Dezember 2010 sowie des Dr. We. vom 7. Juli 2010.

Die bei der Klägerin zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats zu keiner Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Die Klägerin ist zumindest seit 1. August 2009 wieder in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat schließt sich dabei den Beurteilungen des Dr. Ba. vom 8. Mai 2009, des Dr. We. vom 10. Juli 2010, des Dr. Su. vom 10. Dezember 2010, des Dr. De. vom 15. Februar 2010 sowie des Dr. Schl. vom 26. und 29. Juni 2012, 23. Mai 2013, 13. September 2013, 5. Februar und 10. Juni 2014 an. Insbesondere die Leistungsbeurteilung des Dr. Su. ist schlüssig. Denn er konnte laborchemisch keine relevante Entzündungsaktivität des Morbus Crohn feststellen. Zu Recht hat er auch darauf verwiesen, dass Dr. De. bei der Koloskopie im November 2009 keine Fistelbildung objektivieren konnte. Die fehlende Fistelbildung bestätigen das MRT des Abdomens vom 7. März 2013 (Arztbrief des Dr. Me. vom 7. März 2013) und die im April 2013 bei Dr. Du. durchgeführte Koloskopie. Letzterer berichtete ebenso über eine nur mäßige Aktivität des Morbus Crohn (Bericht des Dr. Du. vom 25. April 2013). Insoweit hat Dr. Schl. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 23. Mai 2013 auch für den Senat nachvollziehbar ausgeführt, der Befund ähnele demjenigen von 2010 und 2012. Weiterhin hat Dr. Su. zu Recht aus den anamnestischen Angaben der Klägerin, unter zehn bis 15 Durchfällen täglich sowie ein- bis zweimal nachts zu leiden, keine quantitative Leistungsminderung abgeleitet. Denn er hat zutreffend ausgeführt, dass Inkontinenzereignisse nicht objektiviert sind. In keinem der zu den Akten gelangten Berichte über stationäre Behandlungen ist solches berichtet. Gerade dort hätte ein vermehrter Toilettengang täglich auffallen müssen. Auffällig bei der Untersuchung durch PD Dr. A. vom 12. Juni 2012 war insoweit, dass die Klägerin zwar über häufige dünnflüssige Stuhlgänge berichtete, allerdings zum Zeitpunkt der Untersuchung um den After herum keine Rötung und keinerlei Ekzem festzustellen waren.

Die im Berufungsverfahren vom Senat eingeholte sachverständige Zeugenauskunft des die Klägerin behandelnden Dr. Pr. vom 30. März 2012 bestätigt die Leistungsbeurteilung des Dr. Su ... Dr. Pr. führte aus, die Klägerin habe bei ihm über wiederkehrende Durchfälle geklagt, mit teilweise mehr als zehn Stühlen täglich. Bezüglich des Morbus Crohn sei die Klägerin "oligosymptomatisch" gewesen. Dies bedeute, so die schlüssigen Ausführungen des Dr. Schl., sie habe nur wenige Symptome gehabt, die Beschwerdeintensität sei wechselnd gewesen ohne anhaltende Besserung, aber auch ohne Verschlechterung. Auch hiernach kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass eine Verschlechterung des Zustandes eingetreten ist. Bereits im Rahmen der Begutachtungssituation des Dr. Su. gab die Klägerin an, zehn- bis fünfzehnmal täglich Durchfall zu haben.

Im Hinblick auf die überzeugenden und übereinstimmenden Ausführungen dieser Ärzte, vermochte sich der Senat der abweichenden Einschätzung des Dr. Ta. vom 2. Februar 2010 nicht anzuschließen. Dieser war der Meinung, die Klägerin sei nicht mehr in der Lage, leichte körperliche Arbeiten länger als vier Stunden täglich zu verrichten. Er begründete dies mit ständigen Schmerzen im Bereich des rechten und linken Hüftgelenks als auch mit Rückenschmerzen. Tatsächlich führte er jedoch keine Funktionsstörungen auf, die auf die Ursache der geklagten Schmerzen hinwiesen. Auch konnte durch die anschließend vom Sachverständigen Dr. We. gefertigten Röntgenaufnahmen eine fortgeschrittene Abnutzung an beiden Hüftgelenken nicht objektivieren.

Eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergibt sich ferner nicht aus dem Arztbrief des Dr. Kr. vom 17. Mai 2011, der im Rahmen einer MRT den bei der Klägerin vorhandenen Narbenschmerzen nach operativer Versorgung einer Leistenhernie bei Morbus Crohn nachgehen sollte. Wie von Dr. Kr. wurde im Jahr zuvor der im UKT beobachtete Bereich im Unterbauch als wandverdeckt beschrieben. Angesichts der Tatsache, dass sich klinisch nach den Ausführungen des Dr. Pr. in diesem Zeitraum nichts verändert hat, hat dieser MRT-Befund auch keine weitergehende Bedeutung, als der ein Jahr zuvor. Dies folgt aus den schlüssigen Darlegungen des Dr. Schl. in dessen Stellungnahme vom 26. Juni 2012.

Auch der Bericht des End- und Dickdarmzentrums Mannheim vom 17. April 2012, in dem der Verdacht auf perianalfistelnde Akne inversa

geäußert wurde, führt zu keinem anderen Ergebnis. Denn die Klägerin lehnte eine proktologische Untersuchung wegen Schmerzhaftigkeit ab. Der proktologische Befund konnte daher nur unter Berücksichtigung der von der Klägerin nur lückenhaft angegebenen Anamnese und inguinal beidseits erhoben werden. Die Feststellung der beidseits vorhandenen multiplen Fistelherde kann daher nur bedingt Berücksichtigung finden. Dies folgt aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Dr. Schl. in dessen Stellungnahme vom 26. Juni 2012.

Anderes ergibt sich auch nicht aus den zahlreichen Vorstellungen der Klägerin beim Ärztlichen Notdienst in T ... Die Klägerin nahm den Ärztlichen Notdienst jeweils in Anspruch wegen kurzzeitig aufgetretener akuter Bauchbeschwerden. Durch die Gabe von Buskopan und Vomex, ein krampflösendes und brechreizreduzierendes Medikament, erfolgte zum Teil eine sofortige Besserung. Dies entnimmt der Senat den diversen Notfallscheinen wie beispielsweise demjenigen vom 16. Oktober 2011. Insoweit ist festzustellen, dass es ausweislich der von der Klägerin vorgelegten Unterlagen anschließend nie zu weitergehenden Konsultationen der sie behandelnden Ärzte kam. Dies beschreibt auch Dr. C. in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2012. Dort hatte er dargelegt, dass die Klägerin in der Sprechstunde über starke Bauchschmerzen, primär abends, nachts oder am Wochenende berichtet habe.

Aus dem Arztbrief des PD Dr. A. vom 12. Juni 2012 ergaben sich ebenfalls keinerlei Hinweise auf irgendwie geartete Fistelbildungen im Bereich des Analkanals und des Rektums. Auffällig bei dieser Untersuchung war zudem, dass die Klägerin zwar über häufige dünnflüssige Stuhlgänge berichtet, allerdings zum Zeitpunkt der Untersuchung um den After herum keine Rötung und keinerlei Ekzem festzustellen waren. Wie Dr. Schl. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 29. Juni 2012 nachvollziehbar ausführt, zeigte sich lediglich kurz vor der Anastomose eine Aktivität des Morbus Crohn. Gleichzeitig sollte eine Therapie des Morbus Crohn erstmals seit Jahren wieder mit einem Cortisonpräparat eingeleitet werden. Durch die eingeleitete Therapie ist wie Dr. Schl. schlüssig darlegt, gegenüber der bisher bekannten Situation eher eine weitere Besserung als eine erneute Verschlechterung eingetreten. Auch wurden die von PD Dr. A. empfohlenen Behandlungen (Dehnungsbehandlung und Budesonittherapie) anschließend nicht durchgeführt. Ebenso lehnte die Klägerin die von Dr. Du. empfohlene konservative Morbus-Crohn-Therapie (jetzt mit Salofalksupositorien) sowie eine gastroenterologische Anbindung ab. Dies stellt im Vergleich zur Situation bei Vorstellung der Klägerin im Universitätsklinikum F. sowie im End- und Dickdarmzentrums M. keine veränderte Situation dar. Mit der Erweiterung der Analstenose ist die zu Morbus-Crohn-Schüben führende Engstelle seit April 2013 beseitigt. Damit liegt eher eine verbesserte, denn eine verschlechterte Situation gegenüber der Situation 2010 und somit der Begutachtung durch Dr. Su. vor.

Die Behauptung der Klägerin (Schriftsatz vom 29. Juli 2013), sie müsse fast wöchentlich den Arzt aufsuchen, wenn sich wieder eine Fistel gebildet habe, ist angesichts der fehlenden Dokumentationen nicht glaubhaft. Auch die vorgelegten Aufnahmen, die einen ca. fingernagelgroßen Herd am linken proximalen Oberschenkel innenseitig, leicht erhaben mit unterschiedlichen Graustufen zeigen, führen nicht zu einer anderen Beurteilung. Im Hinblick auf die Entfernung vom After ergibt sich hieraus kein Anhalt für eine Perianalfistel. Im Übrigen wird bei Vorliegen eines solchen Befundes, wenn es sich um einen Eiterherd handelt, in einem kleinen ambulanten Eingriff mit anschließender Wundbehandlung vorgegangen. Eine entsprechende Behandlung führt damit lediglich zu einer kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit, nicht hingegen zu einer Aufhebung des körperlichen Restleistungsvermögens.

Auch die sich aus dem Laborbefund vom Labor B. vom 11. Juli 2013 ergebenden Befunde weisen nicht auf eine deutliche Erhöhung der Morbus-Crohn-Aktivität hin. Dies folgt aus der sozialmedizinischen Stellungnahme des Dr. Schl. vom 13. September 2013. Denn laut Aussage des Labors liegt der entsprechende Entzündungswert unter dem Vergleichswert. Auch dies bestätigt die Feststellung des Sachverständigen Dr. Su., der laborchemisch keine wesentliche Entzündungsaktivität fand.

Auch die von Dr. H. in dessen Arztbrief vom 22. November 2013 geschilderten Blutergüsse im Bereich des linken Zeigefingers und das bei Kälte erfolgende Abblassen des linken Zeigefingers und des linken Mittelfingers führen nicht zu einer Einschränkung des Leistungsvermögens der Klägerin. So führt Dr. H. nachvollziehbar und schlüssig aus, die Blutergussbildung sei völlig harmlos. Schwerere scharfkantige Gegenstände sollten nur mit Handschuhen getragen werden. Ferner bestehe eine funktionelle Durchblutungsstörung bei Kälte, im Sinne eines Raynaud-Syndroms. Auch diese Erkrankung sei "völlig harmlos". Hieraus resultieren allenfalls Einschränkungen qualitativer Art (keine Arbeiten in kalter Umgebung, Arbeiten in Kühltheken sowie Arbeiten in kaltem Wasser).

c) Ob der Klägerin ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI). Maßgebend ist, ob die Klägerin mit dem ihr verbliebenen Restleistungsvermögen - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, sie also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2010 - B 13 R 78/09 R - in juris). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

d) Eine konkrete Verweisungstätigkeit müsste der Klägerin nur benannt werden, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG a.a.O.). In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsstündigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten. Dies ist nicht der Fall. Bei der Klägerin liegen zwar - wie dargelegt - einige qualitative Leistungseinschränkungen vor, diese sind jedoch nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Darin ist weder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen zu sehen. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können - unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände - beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - B 5 R 68/11 R -; in juris m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen ist bei der Klägerin vorhanden.

Nichts anderes gilt unter Berücksichtigung der behaupteten häufigen Toilettengänge der Klägerin. Insoweit wird auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids, die, unter anderem Bezugnahme auf das Urteil des LSG vom 26. Oktober 2010 (L 11 R 5203/09, in juris), verwiesen. Nach § 4 ArbZG steht vollschichtig tätigen Arbeitnehmern eine Ruhepause von 30 Minuten bzw. 2 mal 15 Minuten zu. Neben den betriebsüblichen Pausen werden den Arbeitnehmern in gewissem Umfang darüber hinaus

auch noch sog. Verteilzeiten zugestanden (z. B. für den Weg vom Zeiterfassungsgerät zum Arbeitsplatz, das Vorbereiten bzw. Aufräumen des Arbeitsplatzes, Gang zur Toilette, Unterbrechungen durch Störungen durch Dritte usw.; vgl. z. B. Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 9. April 2013 - L 13 R 459/12 -; in juris). Die Klägerin kann nach Auffassung des Senats die ihr zustehenden Verteilzeiten nutzen, soweit nach Arbeitsbeginn noch außerhalb der üblichen Pausenzeiten Toilettenbesuche erforderlich sind (siehe hierzu auch Urteile des Senats vom 16. April 2010 - L 4 R 2563/08 -, 6. April 2011 - L 4 R 5110/10 - und 25. Oktober 2013 - L 4 R 978/13 -, alle nicht veröffentlicht). Im Übrigen ist - wie dargelegt - die behauptete hohe Anzahl der Toilettengänge nicht belegt und beruht lediglich auf den eigenen Angaben der Klägerin gegenüber ihren Behandlern oder den Sachverständigen. Auch hat die Klägerin die Zeitkorridore ihrer Nahrungsaufnahme entsprechend angepasst; nach ihrem eigenen Vortrag nimmt sie ihre Mahlzeiten nunmehr überwiegend am Abend ein, um über den Tag verteilte Durchfallsituationen zu vermeiden.

e) Auch die Wegefähigkeit der Klägerin ist gegeben. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit zwar auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Das BSG hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 Metern zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 13. Juli 1988 - 5/4a RJ 57/87 -, in juris). Wegefähigkeit setzt darüber hinausgehend auch voraus, dass solche Wege in noch zumutbarer Zeit bewältigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 - 13/5 RJ 73/90 -, in juris). Das BSG hat hierzu ausgeführt, dass für die Beurteilung dieses Zeitfaktors ein generalisierender Maßstab anzuwenden ist. Dabei kann von dem nach der Rechtsprechung des BSG zum Schwerbehindertenrecht noch üblichen Zeitaufwand von 30 Minuten für zwei km ausgegangen werden, der bereits kurze Wartezeiten und Zeiten des Herumstehens einbezieht. Umgerechnet auf 500 Meter ergibt sich so eine normale Gehzeit von 7,5 Minuten. Der Bereich des Zumutbaren wird dann verlassen, wenn der Gehbehinderte für 500 Meter mehr als das Doppelte dieser Zeit, also etwa 20 Minuten benötigt (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991, a.a.O.; zum Ganzen siehe zuletzt auch BSG, Urteile vom 12. Dezember 2011 - B 13 R 21/10 R und B 13 R 79/11 R -; beide in juris).

Nach diesem Maßstab ist eine rentenrelevante Einschränkung der Wegefähigkeit der Klägerin nicht gegeben. Eine Gehstrecke von 500 m zu Fuß ist ihr in adäquater Zeit möglich, sie kann auch öffentliche Verkehrsmittel zur Hauptverkehrszeit benutzen und einen Pkw in einem Radius von 50 km fahren. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. We. vom 11. Juli 2010 und des Dr. Su. vom 10. Dezember 2010. Gegenüber Dr. Su. hatte die Klägerin persönlich angegeben, ihre Wegstrecke betrage zehn bis zwanzig Minuten. Dr. Su. führte nachvollziehbar aus, keine Befunde erhoben zu haben, die die Vermutung rechtfertigten, dass die Klägerin eine Wegstrecke von mehr als 500 m zu Fuß viermal täglich in einer Zeit von weniger als 20 Minuten nicht zurücklegen könnte. Auch Dr. We. legte nachvollziehbar dar, dass unter Berücksichtigung des Fehlens schwerer arthrotischer Veränderungen an den unteren Extremitätengelenken, auch unter Berücksichtigung der Wirbelsäulenfunktion durchaus Wegstrecken von 500 m zu Fuß in weniger als 20 Minuten Gehzeit zurückgelegt werden könnten. Gleiches gilt für die Ausführungen des Dr. De. vom 15. Februar 2010, der ebenfalls die Wegefähigkeit der Klägerin bejaht. Im Übrigen hatte die Klägerin selbst angegeben, einen PKW zu besitzen. Eine nachvollziehbare Begründung dafür, diesen lediglich - wie von der Klägerin angegeben - in Notfällen oder zur zu Fahrten zur Begutachtung von Ärzten zu verwenden, erschließt sich dem Senat nicht.

2. Das Erfordernis zur weiteren Einholung eines internistischen Gutachtens zur Frage, ob die Klägerin in der Lage ist, unter betriebsüblichen Bedingungen zu arbeiten sowie eines orthopädischen Gutachtens zur Klärung der Wegefähigkeit der Klägerin ergibt sich aus den im Berufungsverfahren vorgelegten Unterlagen und den vom Senat durchgeführten Ermittlungen nicht. Denn daraus ergibt sich im Vergleich zur Begutachtung durch Dr. We. und Dr. Su. keine maßgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Klägerin. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen Bezug genommen.

Das Tatsachengericht ist im Übrigen nur dann zu weiteren Beweiserhebungen verpflichtet, wenn die vorhandenen Gutachten grobe Mängel oder unlösbare Widersprüche im Bereich der Befunderhebung enthalten und von unzutreffenden sachlichen Voraussetzungen ausgehen oder Anlass zu Zweifeln an der Sachkunde des Gutachters geben (vgl. BSG, Beschluss vom 12. Dezember 2003 - B 13 RJ 179/03 B -, in juris). Derartige Umstände sind indes vorliegend nicht ersichtlich.

3. Da die Klägerin am 2. Juni 1973 und damit nicht vor dem 2. Januar 1961 geboren ist, besteht auch kein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGBVI.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-07-02