

L 9 R 3227/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 19 R 2928/09
Datum
03.05.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 3227/13
Datum
02.07.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 3. Mai 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Streitig ist ein Anspruch der Klägerin auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1974 geborene Klägerin war zuletzt bis Juli 2004 als Reinigungskraft in Teilzeit beschäftigt, seit 19.07.2004 war sie arbeitsunfähig erkrankt. Wegen anhaltender Lumboischialgien bei einem Bandscheibenvorfall im Bereich L4/5 befand sie sich vom 10.01. bis 04.02.2005 in ambulanter Rehabilitation im T. Zentrum für ambulante Rehabilitation in B ... Am 18.07.2005 erfolgte aufgrund der Zunahme von Beschwerden die Operation des Bandscheibenvorfalles. Aufgrund eines ersten Rentenanspruchs bezog die Klägerin in der Zeit vom 01.02.2005 bis 30.04.2006 Rente wegen Erwerbsminderung auf Zeit von der Beklagten. Grundlage war ein Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. K. vom 23.09.2005, der die Klägerin wegen noch deutlicher Beschwerden nach der durchgeführten Operation hauptsächlich lumbal, aber auch von Seiten des linken Kniegelenks für noch behandlungsbedürftig und zeitlich befristet für nur zwischen 3- bis unter 6-stündig leistungsfähig erachtete.

Die Fortzahlung der Rente über den 30.04.2006 hinaus lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 22.06.2006, Widerspruchsbescheid vom 18.08.2006). Die dagegen zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage blieb erfolglos. Mit Urteil vom 20.11.2007 wies das SG die Klage unter Bezugnahme auf ein orthopädisches Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. B. vom 13.02.2007 ab (S 13 R 4248/06). Seit 01.05.2006 bezieht die Klägerin Arbeitslosengeld II. Seit 03.12.2009 ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 bei ihr anerkannt.

Am 23.10.2008 beantragte die Klägerin erneut bei der Beklagten die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Sie halte sich für erwerbsgemindert seit Juli 2004 aufgrund des Bandscheibenvorfalles, einer Lähmung im rechten Unterschenkel und einer Inkontinenz. Sie legte medizinische Berichte aus den Jahren 2006 bis 2008 vor, darunter den endgültigen Arztbrief der Neurologischen Klinik des O. Klinikums L., in der die Klägerin sich zur erneuten Bandscheibenoperation am 10.10.2008 und bis 20.10.2008 in stationärer Behandlung befand. Vom 27.10. bis 21.11.2008 führte die Klägerin erneut eine Rehabilitation im T. Zentrum für ambulante Rehabilitation in B. durch. Sie wurde laut Entlassungsbericht vom 25.11.2008 als arbeitsunfähig entlassen. Bei unkompliziertem weiteren Heilungsverlauf seien der Klägerin leichte körperliche Tätigkeiten in einem Umfang von drei bis sechs Stunden täglich möglich.

Die Beklagte veranlasste eine erneute Begutachtung durch Dr. K. In seinem Gutachten vom 02.02.2009 diagnostizierte er fortgesetzte Lumboischialgien rechts bei Z. n. Bandscheibenvorfall L5/S1, Z. n. Bandscheiben-Operation L5/S1 am 10.10.2008, ein sensomotorisches L5- und S1-Syndrom rechts mit fast kompletter Peroneusparese rechts, Z. n. Bandscheiben-Operation L4/5 07/05, anhaltende rezidivierende Schmerzen am rechten ISG aufgrund incompletter Innervierung insb. der Pronation des rechten Fußes und dadurch bedingter Fehlartikulation. Als sonstige Diagnosen nannte er das Syndrom einer überaktiven Blase und fehlender Beckenbodenrelaxation, primär obstruktiver Ureter links, Zeichen der leichten Urininkontinenz, Gonalgie bei V. a. Gonarthrose u. Z. n. Meniskus-Operation am linken Kniegelenk sowie leichte schubweise neurodermitisähnliche Hautveränderungen. Er hielt die Klägerin bei weiter bestehender Arbeitsunfähigkeit für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Putzfrau für nicht mehr leistungsfähig. In Bezug auf leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe unter Beachtung qualitativer Einschränkungen ein über 6-stündiges Leistungsvermögen.

Mit Bescheid vom 12.02.2009 lehnte die Beklagte gestützt auf das Gutachten des Dr. K. den Antrag der Klägerin ab, weil weder volle noch teilweise Erwerbsminderung vorliege. Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28.05.2009 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 10.06.2009 Klage zum SG erhoben. Zur Begründung hat sie auf ihre Erkrankungen auf gynäkologischem, hautärztlichem und orthopädischem Gebiet verwiesen. Sie leide unter ständigen Schmerzen und neurologischen Ausfallerscheinungen aufgrund der Folgen des erlittenen Bandscheibenvorfalls. Eine Wegstrecke von 500 m könne sie keinesfalls viermal täglich zurücklegen.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Hinsichtlich der Auskünfte des Psych. Psychotherapeuten H. vom 16.09.2009, des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 16.09.2009, der Hautärztin Dr. N. vom 25.09.2009, des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. T. vom 23.09.2009, des Urologen Dr. B. vom 29.09.2009, des Facharztes für Orthopädie Dr. J. vom 18.10.2009 und des Facharztes für Neurochirurgie Dr. S. vom 14.12.2009 wird auf Bl. 32-86 der Klageakte des SG Bezug genommen. Hierzu hat die Beklagte eine Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie Dr. L. vom 19.01.2010 vorgelegt (Bl. 88-89 der Klageakte des SG).

Das SG hat zwei neurologische Gutachten bei Dr. G. eingeholt. In den Gutachten vom 06.10.2010 und 15.01.2012 hat sie auf neurologischem Fachgebiet eine inkomplette Wurzelläsion L5/S1 rechts mit Betonung der Wurzel L5 diagnostiziert. Eine wahrscheinliche Beeinträchtigung sei eine inkomplette Fußheber-, möglicherweise auch Fußsenkerparese. Darüber hinaus seien fortdauernde Rückenschmerzen nach dreimaliger Operation eines Bandscheibenvorfalls vorstellbar. Die Klägerin leide darüber hinaus unter einem chronifizierten Schmerzsyndrom, bei dem neben Ausfällen auf somatisch-neurologischem Gebiet auch psychische Störungen einen erheblichen Bestandteil darstellten, da diese im Rahmen des Chronifizierungsprozesses als fehlerhafte Verarbeitung von Schmerzen auftreten würden. Möglicherweise bestehe eine zusätzliche, von der Schmerzkrankheit unabhängige, psychische Störung. Dies müsse von einem schmerztherapeutisch erfahrenen psychiatrischen Kollegen evaluiert werden. Aus diesem Grund könne eine Aggravation nicht sicher von einer depressionsbedingten Darstellung des Krankheitszustandes getrennt werden. Die Klägerin sei aufgrund des somatischen Gesundheitszustandes in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aufgrund der noch zu bewertenden psychischen Dekompensation erscheine eine regelmäßige Erwerbstätigkeit fraglich. Aus rein neurologisch funktioneller Sicht wären auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen möglich.

Am 21.04.2011 wurde die Klägerin erneut in der Neurologischen Klinik des O. Klinikums L. operiert; wegen rechtsseitiger Lumboischialgie bei Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts hat Dr. S. eine mikrochirurgische Dekompression durchgeführt. Im Anschluss daran war die Klägerin vom 17.05. bis 10.06.2011 erneut im T. Zentrum für ambulante Rehabilitation zur Rehabilitation. Sie wurde laut Entlassungsbericht vom 14.06.2011 als arbeitsunfähig entlassen. Sie sei aktuell im Alltag maximal eingeschränkt und müsse über die Hälfte des Tages liegend verbringen, um ihre Schmerzen unter Kontrolle zu halten. Sie werde in Bezug auf die letzte Tätigkeit als Putzfrau und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für unter drei Stunden leistungsfähig erachtet.

Sodann hat das SG ein psychosomatisches Gutachten bei der Fachärztin für Neurologie, Psychotherapie und spezielle Schmerztherapie Dr. E. eingeholt. Im Gutachten vom 30.06.2012 hat sie neben der inkompletten Wurzelläsion L5/S1 rechts mit Betonung der Wurzel L5 unter Verweis auf das Gutachten der Dr. G. vom 15.01.2012 eine chronische Schmerzstörung bei somatischen und psychischen Faktoren sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert. Aus psychosomatischer Sicht liege keine wesentliche Beeinträchtigung der psychosozialen Leistungsfähigkeit vor, weder im emotionalen noch im kognitiven oder im interaktionalen Bereich. Es bestünden keine Beeinträchtigungen hinsichtlich der psychomotorischen Funktionen, der Funktion der psychischen Energie und des Antriebs, der emotionalen Funktionen oder der Aufmerksamkeit. Bei hohem sekundärem Krankheitsgewinn lägen motivationale Beeinträchtigungen vor. Aggravation hinsichtlich einer psychischen Erkrankung liege nicht vor, allerdings hinsichtlich der Präsentation der neurologischen Ausfallsymptomatik. Fortlaufende Rückenschmerzen nach dreimaliger Operation eines Bandscheibenvorfalls seien neurologischerseits vorstellbar. Die erhebliche Beeinträchtigung des Schlafes durch Schmerzen seit langer Zeit habe zu Symptomen psycho-physischer Erschöpfung und kognitiven Beeinträchtigungen geführt, die bei der Klägerin nicht vorlägen. Diesbezüglich lägen Verdeutlichungstendenzen vor. Die Klägerin sei nicht in der Lage, aus eigener Willensanstrengung die diagnostizierten Erkrankungen zu überwinden. Hierzu bedürfe es eines multimodalen Therapieansatzes in einer psychosomatischen Klinik. Aus psychosomatischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Somit könne die Klägerin Tätigkeiten im Rahmen der neurologischen Einschränkungen sechs Stunden und mehr täglich ausüben. Besondere Arbeitsbedingungen seien aus psychosomatischer Sicht nicht erforderlich. Auch die Wegefähigkeit sei aus psychosomatischer Sicht nicht eingeschränkt.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat das SG ein Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. B. eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 19.11.2012 auf schmerzpsychologischem Fachgebiet ein chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom nach Gerbershagen Stadium 2-3 diagnostiziert. Dieses sei bedingt durch multiple Operationen im LWS-Bereich wegen mehrerer Bandscheibenvorfälle und somit Failed-back-Syndrom. Diese orthopädischen Diagnosen würden nicht sein Fachgebiet betreffen. Psychiatrische Diagnosen (wiederum sein Fachgebiet) seien nicht zu stellen. Das Failed-back-Syndrom der Klägerin sei ein Postnukleotomie-Syndrom. Es beeinträchtigte die körperlichen Funktionen, insbesondere das Gangbild, die Fähigkeit, sich zu bücken, aus der Hocke oder z.B. der Badewanne wieder herauszukommen. Es gehe außerdem einher mit Sturzneigung, Stürzen, partieller Urininkontinenz, Beeinträchtigung des normalen Alltagslebens durch unkalkulierbare Schmerzspitzen mit dem Erfordernis des Körperlagewechsels. Eine Depression oder einen somatoformen Schmerstörungsanteil, eine Persönlichkeitsstörung oder eine anderweitige psychiatrische Erkrankung habe er nicht erkennen können. Er habe weder Hinweise für Simulation oder Aggravation gefunden. Eher bestehe das Bedürfnis, die körperliche Einschränkung zu verharmlosen. Die Klägerin könne nur noch leichte körperliche Arbeiten unter Vermeidung qualitativer Einschränkungen zwischen drei und sechs Stunden täglich ausüben. Hierbei müssten betriebsunübliche Pausen in Abhängigkeit von der Zuspitzung der Schmerzen und den damit verbundenen Lagewechseln einkalkuliert werden. Zu Fuß sehe er eine Wegstrecke von 2 x 500 m als zumutbar an, mit öffentlichen Verkehrsmitteln seien die üblichen vorkommenden An- und Abreisezeiten vorstellbar. Nachdem die Klägerin geäußert habe, sie sei in den letzten Monaten wieder in der Lage gewesen, ihren Haushalt selbstständig zu regeln, gehe er grob geschätzt davon aus, dass die von ihm festgestellte Leistungseinschränkung seit ca. April 2012 angenommen werden könne. Er stimme mit der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. S. überein. Mit dem Gutachten der Dr. E. stimme er insoweit überein, dass keine Einschränkung der psychischen Belastbarkeit bestehe. Nicht teilen könne er die Feststellung einer deutlichen Aggravationsneigung hinsichtlich der körperlichen Beschwerden und Einschränkungen im Alltag. Hier habe sich bei seiner Untersuchung der Klägerin eher eine Dissimulationstendenz feststellen lassen. Nur

durch hartnäckige Exploration habe sich z.B. herausgestellt, dass die Klägerin einen Rollator und gelegentlich auch eine Gehstütze benutze. Er teile die Einschätzung einer undifferenzierten Somatisierungsstörung nicht, sondern sehe eine klassische organisch bedingte Schmerzstörung. Auch die Einschätzung im neurologischen Gutachten, dass aus rein neurologischer und funktioneller Sicht mittelschwere körperliche Tätigkeiten vollschichtig möglich seien, könne er nicht teilen. Man frage sich, wie Patienten, die zeitweise mit Rollatoren oder Gehstützen unterwegs seien, bis 10 kg tragen und mittelschwer körperlich arbeiten sollten. Immerhin sei die axonale Teilschädigung dokumentiert.

Die Beklagte ist dem Gutachten des Prof. Dr. B. unter Vorlage einer sozialmedizinischen Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. N. vom 07.01.2013 entgegen getreten. Hierauf und auf Antrag der Klägerin hat das SG bei Prof. Dr. B. eine ergänzende Stellungnahme eingeholt. In dieser Stellungnahme vom 22.02.2013 hat er insbesondere hervorgehoben, dass er keine psychodynamisch relevante Erklärung für eine Schmerzgenese erkenne, damit bleibe eine orthopädisch komplexe Problematik. Hierzu hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Dr. N. vom 06.03.2013 vorgelegt.

Das SG hat die Akten des ebenfalls dort anhängigen Verfahrens der Klägerin wegen Erhöhung des bei ihr vorliegenden GdB (S 1 SB 4244/10) beigezogen. Zu dem darin befindlichen orthopädischen Gutachten des Prof. Dr. L. vom 27.01.2011 hat die Beklagte eine sozialmedizinische Stellungnahme des Chirurgen Dr. S. vom 11.02.2013 vorgelegt. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 03.05.2013 hat die Klägerin weitere Angaben gemacht. Hierzu wird auf die Niederschrift Bezug genommen.

Mit Urteil vom 03.05.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Die Klägerin sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Hierbei stütze sich die Kammer auf das Gutachten des im Verwaltungsverfahren tätigen Dr. K., die eingeholten sachverständigen Zeugenauskünfte und die Gutachten der Dr. G. und der Dr. E. Auf somatischem Gebiet leide die Klägerin an Beeinträchtigungen im neurologischen und orthopädischen Bereich. Diese würden jeweils für sich und auch zusammengekommen qualitative, nicht aber quantitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit begründen. Insoweit sei die Einschätzung des Dr. K. in seinem Gutachten vom 02.02.2009 in sich schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend. Angesichts der von der Klägerin selbst angegebenen maximalen Gehstrecke von 1 km habe die Kammer auch keine Zweifel an der Wegefähigkeit der Klägerin. Auch die von Prof. Dr. L. in seinem Gutachten vom 27.01.2011 angegebenen Befunde und Funktionsbeeinträchtigungen stünden einem vollschichtigen Leistungsvermögen nicht entgegen. Hierzu verweise die Kammer auf die überzeugende sozialmedizinische Stellungnahme des Chirurgen Dr. S. vom 11.02.2013. Schließlich lasse auch die nur niedrigfrequente orthopädische Behandlung der Klägerin, die nach eigenen Angaben lediglich ca. dreimal jährlich ihren Orthopäden aufsuche, keine schwerwiegendere orthopädische Beeinträchtigung vermuten. Hinsichtlich der neurologischen Beschwerden der Klägerin stütze die Kammer ihre Überzeugung auf die beiden Gutachten der Dr. G. Diese gelangte unter Berücksichtigung auch der dritten Bandscheibenoperation der Klägerin im April 2011 zu dem Ergebnis, dass aus rein neurologisch funktioneller Sicht mittelschwere körperliche Arbeiten unter qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zumutbar seien. Dieses Ergebnis sei für die Kammer plausibel und überzeugend. Die von Dr. G. erhobenen Befunde stünden im Einklang mit denen der sachverständigen Zeugenauskünfte. Die Sachverständige habe schlüssig darstellen können, dass die seitens der Klägerin dargestellte Lähmung des rechten Fußes nicht in Einklang mit dem Umstand zu bringen sei, dass dieser Fuß vorwiegend in Neutralstellung gehalten werde und sich ein deutlicher Muskeltonus finde. Insofern schließe sich die Kammer der Beurteilung durch Dr. G. an, dass die seitens der Klägerin gezeigten Lähmungserscheinungen von einer Aggravation überdeckt werden. Angesichts der lediglich recht geringen medizinisch nachweisbaren Beeinträchtigungen überzeuge auch die von Dr. G. abgegebene Einschätzung des zeitlichen Restleistungsvermögens der Klägerin, da die berichteten Beeinträchtigungen zwar qualitative, nicht aber quantitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit der Klägerin bedingten. Dieser Einschätzung stehe auch der ärztliche Entlassungsbericht der zuletzt durchgeführten Rehabilitation vom 14.06.2011 nicht entgegen. Zwar werde dort ein unter dreistündiges Leistungsvermögen angegeben. Die Rehabilitation sei aber unmittelbar nach der letzten Bandscheibenoperation der Klägerin im April 2011 durchgeführt worden, so dass die Rekonvaleszenz nach dieser Operation noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Unter diesen Umständen könne die im Entlassungsbericht aufgeführte Schilderung, die Klägerin müsse die Hälfte des Tages liegend verbringen, allenfalls den zum Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme vorliegenden Gesundheitszustand der Klägerin beschreiben, nicht jedoch eine dauerhafte rentenrechtlich relevante Erwerbsminderung der Klägerin begründen. Auch die im Entlassungsbericht genannte "neurologisch gestörte Harnblasenfunktion" habe sich zum einen wieder gebessert und könne zum anderen gerade nicht neurologisch begründet werden. Hierzu hat das SG auf Angaben der Klägerin gegenüber Prof. Dr. B. und das neurologische Gutachten der Dr. G. vom 06.10.2010 verwiesen und ausgeführt, die Kammer habe insgesamt keine Zweifel, dass die rein somatischen Beschwerden der Klägerin einem Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich unter gewissen qualitativen Einschränkungen zumindest für körperlich leichte Tätigkeiten nicht im Wege stünden. Auch auf psychosomatischem Gebiet sei die Kammer nicht vom Vorliegen krankheits- oder behinderungsbedingter Beeinträchtigungen der Klägerin überzeugt, die zu einer zeitlichen Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit auf unter sechs Stunden täglich für Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes führen würden. Insoweit stütze die Kammer ihre Überzeugung auf das Gutachten der Dr. E. vom 30.06.2012. Diese habe keine Beeinträchtigungen hinsichtlich der psychomotorischen Funktionen, der Funktion der psychischen Energie und des Antriebs, der emotionalen Funktionen oder der Aufmerksamkeit festgestellt. Sie sei vielmehr der Auffassung, dass bei hohem sekundären Krankheitsgewinn lediglich eine motivationale Beeinträchtigung vorliege. Eine regelmäßige Erwerbstätigkeit in einem zeitlichen Umfang von mindestens sechs Stunden arbeitstäglich sei möglich. Diese sei für die Kammer schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend. Überzeugend sei auch ausgeführt, dass die Klägerin entgegen der sachverständigen Zeugenauskunft des Dipl. Psychologen H. unter keiner depressiven Erkrankung leide. Auch Prof. Dr. B. habe keine depressive Erkrankung diagnostiziert. Die Überzeugungskraft des Gutachtens der Dr. E. werde auch nicht durch die Ausführungen des Prof. Dr. B. in seinem Gutachten erschüttert. Zwar gelange dieser zu einer auch in quantitativer Sicht eingeschränkten Restleistungsfähigkeit der Klägerin und begründe diese mit einer gegenüber Dr. E. stärker beurteilten Beeinträchtigung der Klägerin durch deren psychosomatische Erkrankung und dem Fehlen von Aggravation bzw. Simulation. Zweifel an dem Ergebnis des Gutachtens des Prof. Dr. B. bestünden aber bereits deshalb, weil dieser seine Bewertung des Leistungsvermögens wesentlich auf die fachfremde Diagnose eines "failed-back-Syndroms" stütze. Auch die geäußerte Ansicht, dass die Erfahrung zeige, dass Patienten mit chronischen Schmerzen "oft" eine raschere Erschöpfungsneigung hätten und überdies die Gefahr bestehe, dass diese depressiv erkrankten, könne zwar eine medizinisch haltbare Ansicht sein. Diese pauschale und im Hinblick auf den konkreten Fall auch spekulative Aussage könne aber kaum zum Nachweis dienen, dass der Klägerin aufgrund einer raschen Erschöpfungsneigung eine vollschichtige Erwerbstätigkeit nicht möglich sei. Weshalb der zeitliche Leistungsumfang zwischen drei und sechs Stunden liegen solle, begründe Prof. Dr. B. nicht individuell. Auch die von ihm angenommene Dissimulationstendenz erscheine zumindest hinsichtlich der körperlichen Beschwerden und der damit verbundenen funktionalen Einschränkungen zweifelhaft. Insoweit habe Dr. E. feststellen können, dass beispielsweise die Parese der Klägerin unbeobachtet und unter Ablenkung deutlich weniger ausgeprägt gewesen sei. Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

bei Berufsunfähigkeit scheide schon im Hinblick auf das Geburtsdatum der Klägerin aus.

Hiergegen richtet sich die am 06.08.2013 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie trägt vor, entgegen den Ausführungen des SG lasse sich insbesondere dem zweiten Gutachten der Dr. G. keine vollschichtige Leistungsfähigkeit entnehmen. Außerdem werde die zu Recht von Prof. Dr. B. aufgeworfene Frage, wie Patienten, die zeitweise auf Rollatoren angewiesen sind, Lasten tragen und mittelschwer körperlich arbeiten können sollen, nicht berücksichtigt. Die fehlende Wegefähigkeit der Klägerin werde nicht berücksichtigt. Auch verfüge sie nicht über einen Pkw. Sie sehe insbesondere ihre seit Jahren bestehende Harninkontinenz nicht ausreichend gewürdigt. Die Schwere der Fußheberparese sei nicht berücksichtigt. Insoweit verweise sie auf die sachverständigen Zeugenauskünfte des Dr. T. vom 28.09.2010, des Dr. J. vom 13.10.2010 und des Dr. S. vom 04.09.2011 aus dem vom SG beigezogenen Verfahren in Bezug auf ihren Grad der Behinderung, sowie die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. S. vom 03.01.2011 im vorliegenden Verfahren sowie einen von der Klägerin dem Senat vorgelegten Bericht des Dr. S. vom 30.04.2014.

Die Klägerin beantragt sachdienlich gefasst,

das Urteil Sozialgerichts Freiburg vom 3. Mai 2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Mai 2009 zu verurteilen, ihr bezogen auf ihren Antrag vom 23. Oktober 2008 Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat ein Gutachten bei dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. und ein psychologisches Zusatzgutachten des Psychologischen Psychotherapeuten und Klinischen Neuropsychologen Dr. phil. A. eingeholt. In seinem Gutachten vom 14.02.2014 hat Dr. B. unter Mitberücksichtigung des Zusatzgutachtens vom 17.02.2014 folgende Diagnosen gestellt: 1. Inkomplette, sensomotorische Wurzelläsion L5 und S1 rechts mit Betonung der Wurzel L5 (mehrere Bandscheibenoperationen L4/5 und L5/S1) 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren 3. Chronische, haltungs- und belastungsabhängig verstärkte Kreuzschmerzen infolge der Bandscheibenoperationen, eines Postnukleotomie-Syndroms und degenerativer Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule 4. Überaktive Blase mit Harndranginkontinenz 5. Chronische Nackenschmerzen durch degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, ohne radikuläre Ausfallerscheinungen 6. Menstruelle Migräne 7. leichter episodischer Spannungskopfschmerz. Bei einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren handle es sich nicht um bloße Krankheitsvorstellungen. Bezüglich der Fußheberlähmung rechts sei die Beurteilung schwierig. Es bestehe ein organischer Kern mit Nervenwurzelerschädigung L5 und S1 rechts, die zu Sensibilitätsstörungen und wahrscheinlich auch leichteren motorischen Ausfallerscheinungen des rechten Fußes führten. Das demonstrierte Ausmaß der Fußlähmung sei dadurch aber nicht zu erklären. Er nehme eine psychische Fehlentwicklung (möglicherweise dissoziative Störung) an. Eine bewusstseinsnähere psychogene Ausgestaltung, zumindest teilweise, könne er nicht sicher ausschließen. Nach dem psychologischen Gutachten bedinge die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren leichte Einschränkungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in der Durchhaltefähigkeit. Diese Beeinträchtigungen seien im Alltag spürbar, könnten jedoch mit zumutbarer Willensanstrengung kompensiert werden. Wegen des Postnukleotomie-Syndroms sollten der Klägerin nur noch leichte Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen, überwiegend im Sitzen zugemutet werden. Auszuschließen seien Tätigkeiten mit Wirbelsäulenzwangshaltungen, mit häufigem Bücken, ständigem Vorhalten des Rumpfes, Überkopparbeiten, Tätigkeiten in der Hocke oder im Knien, auch keine Tätigkeiten mit schwerem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten. Wegen der Fußheberlähmung seien Tätigkeiten mit Anforderungen an die Stand- und Gangsicherheit, auf Treppen, Leitern oder Gerüsten, auf rutschigem, unebenen Boden und mit erhöhter Unfallgefahr zu vermeiden, ebenso Tätigkeiten in besonderen Gefährdungsbereichen, an laufenden, ungeschützten Maschinen, mit besonderer Eigen- oder Fremdgefährdung. Wegen der psychischen Schmerzstörung seien Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Reaktions- und Konzentrationsvermögen und Tätigkeiten mit hohem Zeitdruck zu vermeiden, desgleichen Akkordarbeiten, aber auch weil diese in der Regel mit Zwangshaltungen verbunden seien. Schicht- und Nachtschichttätigkeiten, Tätigkeiten mit ständigem Publikumsverkehr und besonderer geistiger Beanspruchung sowie hoher Verantwortung oder nervlicher Belastung und Stress seien nicht zumutbar, auch keine beruflichen Fahrtätigkeiten. Leichte Tätigkeiten könne die Klägerin unter Beachtung dieser qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Hierbei seien keine besonderen Arbeitsbedingungen zu beachten. Die Klägerin sei auch in der Lage viermal täglich Wegstrecken von jeweils mehr als 500 m mit einem Zeitaufwand von jeweils bis zu 20 Minuten zurückzulegen. Zwar besitze die Klägerin keinen Führerschein, sie könne aber während der Hauptverkehrszeiten täglich zweimal öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Der jetzt festgestellte Gesundheitszustand bestehe mindestens seit Oktober 2008 und habe sich nicht wesentlich geändert seither. Mit den Gutachten der Dr. G. stimme er darin überein, dass das demonstrierte Ausmaß der Fußheberlähmung rechts nicht ausreichend organisch erklärt werden könne. Auch stimme er zu, dass psychische Faktoren bei den chronischen Schmerzen mit eine Rolle spielten. Abweichend sei er der Meinung, dass der Klägerin nur noch leichte Tätigkeiten zugemutet werden könnten. Mit den Feststellungen und Befunden im Gutachten der Dr. E. bestehe weitgehend Übereinstimmung. Auch insoweit weiche er dahingehend ab, dass nur noch leichte Tätigkeiten unter den genannten Einschränkungen möglich seien. In Abweichung zum Gutachten des Prof. Dr. B. sei er der Meinung, dass neben den organisch begründbaren Schmerzen auch eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und organischen Faktoren bestehe. Auch bestehe keine Nervus peroneus-Parese rechts, wie Prof. Dr. B. annehme, sondern eine inkomplette Nervenwurzelerschädigung L5 und S1 rechts mit Betonung der Nervenwurzel L5. Offensichtlich seien Prof. Dr. B. die Befunddiskrepanzen bzgl. der Fußlähmung rechts nicht aufgefallen und deshalb habe er sie auch nicht gewürdigt. Seiner Leistungsbeurteilung mit Annahme eines auch quantitativ geminderten Leistungsvermögens könne er sich nicht anschließen.

Weiter hat der Senat ein Gutachten bei dem Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, für Physikalische und rehabilitative Medizin Prof. Dr. C. eingeholt. Prof. Dr. C. hat in seinem Gutachten vom 09.04.2014 auf orthopädischem Fachgebiet folgende krankhafte Veränderungen angegeben: 1. Im Bereich der Lendenwirbelsäule - reizlose Narben nach 3-facher Bandscheibenoperation in den Segmenten L4/5 und L5/S1 - Verhärtungen und Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im Narbenbereich - Klopfschmerzangabe über den Dornfortsätzen der unteren Lendenwirbelsäule - Angabe einer zeitweise nässenden und sezernierenden Wunde - Einschränkung der Beweglichkeit insbesondere hinsichtlich der Vor- und Rückneigung Diesen klinischen Befunden entspreche der radiologische Befund eines nahezu vollständigen Aufbrauchens der Bandscheibenfächer L4/5 und L5/S1. 2. Im Bereich des rechten Beines als Folge der inkompletten Wurzelläsion L5/S1 -

Gefühlsstörung an der Außenseite des rechten Oberschenkels, des rechten Unterschenkels und des rechten Fußes entsprechend dem Versorgungsgebiet des 5. Lendennervs - Schwäche hinsichtlich der Fußhebung und -senkung - Einschränkung der Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks - hieraus resultierende Notwendigkeit, eine Peroneusschiene zu tragen. 3. Im Bereich des linken Kniegelenks bei freier Beweglichkeit - reizlose Narben nach zweimaliger Kniegelenksoperation (Meniskusektomie) - diskreter Druckschmerz am inneren Kniegelenksspal. Angesichts der diesbezüglich eher diskreten Beschwerden und des blauen klinischen Befundes habe er auf eine radiologische Untersuchung verzichtet. In Abweichung zur Untersuchung durch Prof. Dr. L. sei jetzt ein krankhafter Befund im Bereich der Halswirbelsäule nicht festzustellen. Aufgrund der fehlenden Beschwerden und der völlig freien Beweglichkeit sei auch hier auf eine radiologische Untersuchung verzichtet worden. Aus den Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule resultiere eine Einschränkung hinsichtlich Tätigkeiten, die ausschließlich oder überwiegend im Stehen oder Gehen auszuüben seien, die mit der Notwendigkeit des Hebens und Tragens von Lasten über 5 kg verbunden seien und die eine häufige oder überwiegend nach vorne gebeugte Haltung oder sonstige Rumpfwangshaltung erforderten. Aus den Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks resultiere eine Einschränkung hinsichtlich Tätigkeiten, die ausschließlich oder überwiegend im Knien oder Hocken auszuführen seien. Darüber hinaus seien Arbeiten im Freien sowie in Kälte oder Nässe zu vermeiden. Zumutbar seien dagegen leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit des gelegentlichen Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen. Auch sollte ein ergonomisch angepasster Arbeitsstuhl zur Verfügung stehen. In Übereinstimmung mit dem Gutachten des Dr. K. vom 02.02.2009 sei er der Auffassung, dass unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen leichte körperliche Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zumutbar seien. Dies entspreche auch in etwa dem, was die Klägerin im Rahmen ihres Tagesablaufs schildere. Unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrung mit Patienten mit einem gleichartigen Schadensbild gehe er davon aus, dass auch die Klägerin in der Lage sei, die erforderlichen Wegstrecken in dem definierten Zeitraum zurückzulegen und während der Hauptverkehrszeiten zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Der festgestellte Gesundheitszustand bestehe so seit Rentenanstellung mit einer vorübergehenden Verschlechterung mit Notwendigkeit einer operativen Behandlung zuletzt 2011. Auch unter Berücksichtigung der auf anderen Fachgebieten festgestellten Gesundheitsstörungen ergäben sich keine weiteren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Er stimme insoweit mit der Beurteilung des Dr. B., Prof. Dr. B. und Dr. K. überein. Seines Erachtens sei im Hinblick auf die bereits erfolgten Begutachtungen zur abschließenden Leistungsbeurteilung eine Abklärung auf weiteren Fachgebieten nicht erforderlich.

Mit Schreiben vom 19.07.2014 sind die Beteiligten auf die beabsichtigte Entscheidung des Senats durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) hingewiesen worden. Ihnen wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen, der weiteren beim SG geführten Verfahren S 13 R 4348/06, S 1 SB 4244/10 und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

II.

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, da die Klägerin keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung hat.

1. Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#). Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#). Darüber hinaus ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Eine volle Erwerbsminderung liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch dann vor, wenn der Versicherte täglich mindestens drei bis unter sechs Stunden erwerbstätig sein kann, der Teilzeitarbeitsmarkt aber verschlossen ist (Gürtner in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand Dezember 2013, [§ 43 SGB VI](#) Rn. 58 und 30 ff.).

Dass bei der Klägerin das berufliche Leistungsvermögen jedenfalls für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich gegeben ist, hat das SG in nicht zu beanstandender Würdigung der umfassend erhobenen Beweise festgestellt. Der Senat schließt sich daher den Entscheidungsgründen des mit der Berufung angefochtenen Urteils, insbesondere der dort vorgenommenen Beweiswürdigung, auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren an, macht sich diese aufgrund eigener Überzeugungsbildung vollinhaltlich zu eigen, sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe weitgehend ab und weist die Berufung aus den Gründen des angefochtenen Urteils zurück ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist lediglich auszuführen, dass auch die im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen ein Herabsinken des Leistungsvermögens auf unter sechs Stunden nicht bestätigt haben. Der Senat stützt seine Überzeugung daher auch auf die im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr. B., Dr. A. und Prof. Dr. C.

Bei der Klägerin liegen im Wesentlichen Gesundheitsstörungen auf neurologischem und orthopädischem Fachgebiet vor. Aus den vorliegenden Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der inkompletten Wurzelläsion L5/S1 resultiert eine Einschränkung

hinsichtlich mittelschwerer und schwerer Tätigkeit sowie Tätigkeiten, die ausschließlich oder überwiegend im Stehen oder Gehen auszuüben sind, die mit der Notwendigkeit des Hebens und Tragens von Lasten über 5 kg verbunden sind und für Tätigkeiten, die eine häufige oder überwiegend nach vorne gebeugte Haltung oder sonstige Rumpfwangshaltung erfordern. Wegen der Fußheberschwäche sind Tätigkeiten mit Anforderungen an die Stand- und Gangsicherheit, auf Treppen, Leitern oder Gerüsten, auf rutschigem, unebenen Boden und mit erhöhter Unfallgefahr zu vermeiden, ebenso Tätigkeiten in besonderen Gefährdungsbereichen, an laufenden, ungeschützten Maschinen, mit besonderer Eigen- oder Fremdgefährdung ausgeschlossen. Aus den Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks resultiert eine Einschränkung hinsichtlich Tätigkeiten, die ausschließlich oder überwiegend im Knien oder Hocken auszuführen sind. Darüber hinaus sind Arbeiten im Freien sowie in Kälte oder Nässe zu vermeiden. Zumutbar sind der Klägerin dagegen leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit des gelegentlichen Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen. Auch sollte ein ergonomisch angepasster Arbeitsstuhl zur Verfügung stehen. Es resultieren jedoch aus diesen Gesundheitsstörungen der Klägerin keine zeitlichen Einschränkungen. Zu dieser Einschätzung gelangen die Gutachter Dr. B. und Dr. A. sowie der Gutachter Prof. Dr. C. für den Senat widerspruchsfrei, nachvollziehbar und schlüssig aufgrund ihrer Befunderhebung. Der Senat schließt sich ihr nach eigener Prüfung vollumfänglich an. Sie entspricht auch der Einschätzung der Gutachter Dr. E., Dr. G. und Dr. K., allerdings mit der Einschränkung, dass nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar sind.

Auf psychosomatischem Fachgebiet leidet die Klägerin an einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Hieraus folgen leichte Einschränkungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in der Durchhaltefähigkeit. Für den Senat widerspruchsfrei und überzeugend haben die Sachverständigen Dr. B. und Dr. A. dargelegt, dass insoweit keine Aggravation oder Simulation der Klägerin vorliegt, dass Beeinträchtigungen im Alltag spürbar sind, jedoch mit zumutbarer Willensanstrengung kompensiert werden können. Sie sind der Einschätzung, dass dieser Erkrankung durch die qualitative Einschränkung hinsichtlich Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Reaktions- und Konzentrationsvermögen, mit hohem Zeitdruck, unter Akkord, in Schicht- und Nachtschicht, mit ständigem Publikumsverkehr, besonderer geistiger Beanspruchung, hoher Verantwortung oder nervlicher Belastung und Stress sowie Fahrtätigkeiten ausreichend Rechnung getragen wird. Der Senat schließt sich dieser Einschätzung von Dr. B. und Dr. A., die ausgehend von den durch diese erhobenen Befunden nachvollziehbar und überzeugend ist, an. Beide Sachverständigen schließen das Vorliegen einer tiefergehenden psychischen Störung aus. Auch dies ist für den Senat überzeugend und widerspruchsfrei und stimmt mit dem Ergebnis der Begutachtungen durch Dr. G., Dr. E. und insoweit auch durch Prof. Dr. B. überein.

Darüber hinaus leidet die Klägerin an einer überaktiven Blase mit Harndranginkontinenz. Sie ist in der Wahrnehmung des Harndrangs beeinträchtigt und muss aufgrund unbemerkten Harnverlustes Vorlagen tragen und vermehrt die Toilette aufsuchen. Der behandelnde Urologe Dr. B. hat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 20.09.2009 mitgeteilt, dass die Klägerin über vermehrten Harndrang mit einer Tagesmiktion 10-12 mal Nykturie 2 mal und einer Drangharn-Inkontinenz mit täglichem Bedarf von drei bis vier Vorlagen geklagt habe. Durch ein Biofeedback-Training und Medikation habe eine Beschwerdebesserung erreicht werden können. Wegen einer im Herbst 2009 berichteten Verschlimmerung mit stündlicher Tagesmiktion, zehnmaliger Nykturie sowie Drangharninkontinenz mit täglichem Bedarf von acht bis neun Vorlagen sei eine Vorstellung in der Klinik für Urologie im Klinikum O. zur Injektion von Botulinumtoxin A in den Blasendetrusor geplant. Solche Injektionen wurden nach eigenen Angaben der Klägerin im Jahr 2010 zweimal durchgeführt und haben zu einer weitgehenden Besserung geführt. Dr. B. sah das maßgebliche Leiden der Klägerin nicht auf seinem Fachgebiet. Auch Dr. T. hat in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 28.09.2010 im Verfahren S 1 SB 4244/10, auf die sich die Klägerin selbst bezieht, in Bezug auf die von ihr geschilderte Dranginkontinenz nur eine leicht- bis mittelgradige Einschränkung angenommen. Bei der Untersuchung durch Dr. G. am 15.09.2010 hat die Klägerin angegeben, seit der Botox-Injektion merke sie wieder, wenn sie zur Toilette müsse. Gegenüber Dr. A. hat sie bei der Untersuchung am 20.01.2014 angegeben, die im Jahr 2010 erhaltenen Botox-Behandlungen seien sehr erfolgreich gewesen. Sie habe sich danach "1a" gefühlt. Sie habe die Botox-Behandlung später aber nicht weitergeführt, da es sich dabei um schwere Eingriffe handle. Gegenüber Dr. E. hat die Klägerin bei den Untersuchungen im Juli 2011 angegeben, ohne Botoxinjektionen nachts achtmal Urin lassen zu müssen, unter den halbjährlichen Botoxinjektionen zweimal nachts zum Wasserlassen aufstehen zu müssen. Die Blasenentleerungsstörung bestehe unverändert, stündlich entleere sie die Blase, Harndrang verspüre sie nicht, sie spüre auch nicht, ob die Blase vollständig entleert sei. Gegenüber Dr. B. hat die Klägerin im Januar 2014 angegeben, die Blasenstörung sei auch nach der dritten Bandscheibenoperation unverändert. Sie müsse sehr häufig auf die Toilette gehen, etwa jede Stunde. Wenn sie Harndrang verspüre, müsse sie rasch eine Toilette aufsuchen, sonst bestehe die Gefahr, dass sie kleinere Urinmengen verliere. Ab und zu verliere sie tropfenweise Urin, weshalb sie sicherheitshalber Einlagen trage. Angesichts der von Dr. B., Dr. T. und von der Klägerin selbst gemachten Angaben ist der Senat der Überzeugung, dass die Auswirkungen der Erkrankung im Verlauf seit Oktober 2008 in unterschiedlichem Ausmaß ausgeprägt waren, dass der Erkrankung aber in jeder Ausprägung bislang durch Toilettengänge in noch üblicher Anzahl und das Tragen von Vorlagen ausreichend Rechnung getragen werden kann. Eine zeitliche Leistungseinschränkung folgt hieraus zur Überzeugung des Senats nicht, auch kein Erfordernis betriebsunüblicher Pausen.

Auch darüber hinaus liegen keine Gesundheitsstörungen vor, die eine Leistungseinschränkung in zeitlicher Hinsicht begründen. Dies gilt insbesondere für die Hauterkrankung der Klägerin, wie sich zur Überzeugung des Senat aus der sachverständigen Auskunft der Dr. N. vom 25.09.2009 ergibt. Danach können von der Klägerin trotz ihres schubweise aufgetretenen Handekzems Arbeiten im trockenen, sauberen Milieu aus dermatologischer Sicht uneingeschränkt, im feuchten oder staubigen Milieu mit Schutzmaßnahmen, wie z.B. Schutzhandschuhen ausgeübt werden.

Aus den bei der Klägerin insgesamt zu beachtenden qualitativen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit ergeben sich weder schwere spezifische Leistungsbehinderungen noch stellen die qualitativen Leistungseinschränkungen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 11.05.1999 - [B 13 RJ 71/97 R](#) = [SozR 3-2600 § 43 Nr 21](#) - Juris) dar. Ein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung besteht auch nicht aufgrund einer Einschränkung der Wegefähigkeit. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (BSG, Urteile vom 09.08.2001 - [B 10 LW 18/00 R](#) - [SozR 3-5864 § 13 Nr 2](#) m.w.N. und vom 14.03.2002 - [B 13 RJ 25/01 R](#) - Juris). Denn eine Tätigkeit zum Zwecke des Gelderwerbs ist in der Regel nur außerhalb der Wohnung möglich. Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist deshalb Teil des nach [§ 43 SGB VI](#) versicherten Risikos (BSG, Urteile vom 17.12.1991 - [13/5 RJ 73/90](#) - [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#), Urteil vom 09.08.2001 - [B 10 LW 18/00 R](#) - [SozR 3-5864 § 13 Nr. 2](#) und vom 14.03.2002 - [B 13 RJ 25/01 R](#) - Juris); das Defizit führt zur vollen Erwerbsminderung. Hat der Versicherte keinen Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht konkret angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm - auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs - möglich sein muss, nach einem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur

Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel und vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege zurücklegen muss. Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, viermal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 Meter mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß bewältigen und zweimal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z. B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen (BSG, Urteile vom 17.12.1991 - [13/5 RJ 73/90](#) - [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#), vom 19.11.1997 - [5 RJ 16/97](#) - [SozR 3-2600 § 44 Nr. 10](#) und vom 30.01.2002 - [B 5 RJ 36/01 R](#) - Juris). Dazu gehört auch die zumutbare Benutzung eines vorhandenen, ggf. im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 16 SGB VI](#), [§ 33 Abs. 3 Nr. 1](#), [Abs. 8 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)) subventionierten Kraftfahrzeugs (vgl. BSG, Urteile vom 19.11.1997 - [5 RJ 16/97](#) - [SozR 3-2600 § 44 Nr. 10](#), vom 30.01.2002 - [B 5 RJ 36/01 R](#) und vom 14.03.2002 - [B 13 RJ 25/01 R](#) - Juris). Zwar macht die Klägerin geltend, die erforderliche Wegstrecke nicht mehr zurücklegen zu können. Es konnte aber bei der umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes der Klägerin auf orthopädischem, neurologischem und psychosomatischem Fachgebiet nicht festgestellt werden, dass eine solche Einschränkung der Gehfähigkeit bestehen würde. Die Klägerin selbst hat gegenüber Dr. A. angegeben, sie habe eine maximale Gehstrecke von 1.000 m, bevor sie sich dann immer wieder hinsetzen und das Bein hochlegen müsse. Gegenüber Dr. B. hat die Klägerin angegeben, es komme nicht zu einer kontinuierlichen Schmerzzunahme beim Gehen. Nach 500 m müsse sie wegen Kreuzschmerzen eine kurze Pause von ca. 5 min einlegen. Gegenüber Prof. Dr. C. hat sie angegeben, etwa 15 min einigermaßen beschwerdefrei gehen zu können. Wie Dr. B., Dr. A. und Prof. Dr. C. zutreffend ausführen, gibt es auch unter Berücksichtigung der Angaben der Klägerin aufgrund der bei ihr nachgewiesenen Gesundheitsstörungen keinen Grund, weshalb sie eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern zu Fuß nicht viermal täglich in 20 Minuten zurücklegen könnte. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat vollumfänglich an. Soweit die Klägerin sich auf die sachverständige Auskunft des Dr. S. vom 04.09.2011 in dem beim SG geführten Verfahren hinsichtlich des Grades der Behinderung bezieht, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. S. die Klägerin ausschließlich im Rahmen der teilstationären ambulanten Rehabilitationsmaßnahme im T. Zentrum für ambulante Rehabilitation vom 17.05. bis 10.06.2011 behandelt hat. Dass im Entlassungsbericht vom 14.06.2011 kein rentenrechtlich relevanter längerdauernder Zustand, sondern die damalige Gesundheitssituation nach der dritten Bandscheiben-Operation, die im April 2011 durchgeführt wurde, vor Abschluss der Rekonvaleszenz beschrieben wird, hat das SG bereits zutreffend ausgeführt. Gleiches gilt für die Auskunft des Dr. S. ... Vor diesem Hintergrund besteht auch keine Veranlassung, bei Dr. S. eine (erneute) Auskunft einzuholen.

Auch kann die Klägerin nach der Einschätzung der genannten Sachverständigen, denen der Senat folgt, öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Dies deckt sich auch mit der Einschätzung von Dr. G. und Dr. E. in deren Gutachten, wie bereits vom SG ausgeführt. Erkrankungen auf anderen Fachgebieten, die sich auf die Wegefähigkeit des Klägers auswirken könnten, bestehen keine Anhaltspunkte. Insbesondere folgen solche auch nicht aus der Hauterkrankung und der urologischen Erkrankung der Klägerin, auch in nicht in der Zusammenschau aller Erkrankungen. Dies steht zur Überzeugung des Senat bei Würdigung aller vorliegenden medizinischen Unterlagen fest.

2. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit.

Nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte, die vor dem 01.02.1961 geboren und berufsunfähig sind, bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie die sonstigen Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin bereits wegen ihres Geburtsdatums im Jahr 1974 nicht.

Folglich hat die Berufung der Klägerin insgesamt keinen Erfolg.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-10