

## L 13 R 99/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG Bayreuth (FSB)

Aktenzeichen

S 2 R 136/09

Datum

30.01.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 99/12

Datum

15.12.2014

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zu den Voraussetzungen eines Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 30. Januar 2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1958 geborene Versicherte hat in der ehemaligen DDR von 1974 bis 1976 eine Ausbildung zur Fachverkäuferin erfolgreich absolviert, von Mai 1998 bis März 1999 hat sie an einer Weiterbildungsmaßnahme im Bereich Verkauf/Tourismus teilgenommen.

Die Klägerin war zunächst bis 1981 im erlernten Beruf und als Reinigungskraft, dann bis 1992 als Hausmeisterin, anschließend erneut als Verkäuferin, von 1993 bis 1997 als Arbeiterin in einer Kunststofffabrik, dann erneut als Verkäuferin (Wurstwaren) und zuletzt von September 2000 bis Juli 2006 als Verkäuferin in einem Kiosk versicherungspflichtig beschäftigt.

Die Klägerin begehrte erstmals mit Antrag vom 6. Juli 2006 Rente wegen Erwerbsminderung von der Beklagten unter Hinweis auf eine Fraktur am oberen Sprunggelenk rechts mit Sprunggelenksarthrodese.

Die Beklagte holte eine Auskunft des Kioskbetriebs Klinik A. vom 24. Juli 2006 ein. Danach war die Klägerin seit September 2000 als Verkäuferin im Kiosk und Ausschank beschäftigt. Zu ihren Tätigkeiten zählte der Verkauf im Kiosk, die Remission von Zeitungen, das Auffüllen der Regale, die Auslieferung von Getränkeboxen im Haus, der Verkauf von Kaffee, Kaltgetränken usw. an der Theke, Putzarbeiten. Es habe sich um Tätigkeiten gehandelt, die im allgemeinen von Arbeiterinnen verrichtet würden, die eine längere betriebliche Anlernung erfahren haben. Die Anlernung habe bei der Klägerin 12 Monate gedauert. Die Klägerin habe dabei Vorkenntnisse im Verkauf und als Kassiererin verwerten können. Erforderlich seien Zuverlässigkeit (Tätigkeit in Einzelschicht) und Freundlichkeit im Umgang mit Kunden gewesen.

Die Beklagte zog einen Entlassungsbericht der Klinik R. vom

28. März 2006 über Maßnahmen der stationären Rehabilitation bei, an denen die Klägerin vom 14. Februar bis 21. März 2006 teilgenommen hatte. Hierin sind folgende Diagnosen festgehalten:

1. Posttraumatische Sprunggelenksarthrose rechts bei Zustand nach Sprunggelenksfraktur, OP 1. Mai 2004, mit Zustand nach Zugschraubenarthrodese am 6. Mai 2005
2. Chronisches HWS-Syndrom mit Cervicobrachialgie beidseits, links stärker als rechts
3. Chronisches Lumbalsyndrom
4. Arterielle Hypertonie

5. Adipositas.

Die Klägerin könne noch 6 Stunden und mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten sowohl als Verkäuferin als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten.

Die Beklagte lehnte daraufhin den Rentenantrag mit Bescheid vom 18. September 2006 ab. Im darauf folgenden Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein chirurgisches Gutachten von Dr. T. vom 8. Januar 2007 ein. Dieser stellte bei der Klägerin ein eingeschränktes Steh- und Gehvermögen mit dem rechten Bein bei Zustand nach operativ behandeltem Maisonneuve-Bruch (Mai 2004), operativer Gelenksversteifung (Mai 2005) und erneuter Gelenksversteifung bei Pseudoarthrose (September 2006) mit Muskelminderung am rechten Bein, ein LWS-Syndrom ohne wesentliche Funktionseinbuße sowie Übergewicht fest. Die Klägerin könne als Verkäuferin nur noch unter 3 Stunden täglich und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus nur 3 bis unter 6 Stunden eingesetzt werden. Die zumutbare Wegstrecke liege bei 500 m. Es werde die zeitliche Befristung einer Rente bis 30. April 2007 empfohlen.

Daraufhin gewährte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 19. April 2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 1. Oktober 2006 bis 30. Juni 2007.

Auf den Weitergewährungsantrag der Klägerin hin holte die Beklagte erneut von Dr. T. ein chirurgisches Gutachten ein, das am 9. Juli 2007 erstellt worden ist. Dr. T. stellte im Wesentlichen dieselben Gesundheitsstörungen fest wie im Vorgutachten und kam auch zur selben Leistungsbeurteilung. Die Rente wegen voller Erwerbsminderung wurde daraufhin der Klägerin mit Bescheid vom 31. August 2007 bis 30. September 2008 weiter bewilligt.

Mit streitgegenständlichem Weitergewährungsantrag vom 6. Juni 2008 beehrte die Klägerin die Weitergewährung der Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 30. September 2008 hinaus. Der neuerlich beauftragte Sachverständige Dr. T. stellte in seinem Gutachten vom 7. August 2008 die vordiagnostizierten Gesundheitsstörungen sowie darüber hinaus ein HWS-Syndrom mit allenfalls geringfügiger Funktionseinbuße, eine geringe Funktionseinbuße des rechten Hüftgelenks bei Verschleiß, Hypertonie und einen Verdacht auf Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis fest.

Im Gegensatz zur Voruntersuchung zeige sich röntgenologisch nun eine vollständige knöcherne Durchbauung der Arthrodesen. Das Gangbild sei ausreichend flüssig. Die Klägerin sei für leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus mit vermehrt sitzendem Anteil vollschichtig einsetzbar. Die zumutbare Wegstrecke liege über 500 m.

Die Beklagte lehnte daraufhin mit angefochtenem Bescheid vom 22. Oktober 2008 den Weitergewährungsantrag ab. Die Klägerin könne wieder vollschichtig leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten.

Zur Begründung des hiergegen erhobenen Widerspruchs verwies die Klägerin auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte Dr. U. und Dr. G., die die Klägerin nach wie vor für voll erwerbsgemindert hielten. Die massiven Gesundheitsstörungen am rechten Fuß, rechten Hüftgelenk und an beiden Kniegelenken seien nicht entsprechend gewürdigt worden. Ein Attest des Chirurgen Dr. G. wurde vorgelegt. Der Widerspruch wurde daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 19. Januar 2009 zurückgewiesen. Die Klägerin könne als Bürohilfskraft, Pförtnerin oder Registratorin sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch mindestens 6 Stunden täglich Arbeiten verrichten.

Hiergegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Bayreuth erhoben. Das SG hat diverse Befundberichte sowie ein Gutachten nach Aktenlage von Dr. D. für die Agentur für Arbeit Hof vom 15. August 2006, wonach die Klägerin im erlernten Beruf weiterhin vollschichtig einsetzbar sei, beigezogen. Es hat ferner eine erneute Anfrage an den letzten Arbeitgeber der Klägerin gerichtet. Dieser hat gegenüber dem SG mitgeteilt, die von der Klägerin verrichteten Tätigkeiten als Verkaufskraft für Kiosk und Theke setzten eine Lehre oder einen Facharbeiterbrief nicht voraus. Eine ungelernete Kraft müsse mindestens ein halbes Jahr eingearbeitet werden, um die von der Klägerin verrichtete Tätigkeit ausüben zu können. Das SG hat dann zunächst gemäß § 106 Sozialgerichtsgesetz - SGG - Beweis erhoben durch ein orthopädisches Gutachten von Dr. S. vom 17. September 2009.

Dr. S. hat bei der Klägerin folgende Diagnosen gestellt:

1. Eingeschränktes Steh- und Gehvermögen rechts bei versteiftem rechten oberen Sprunggelenk, deutliche Minderung der Muskelummantelung des rechten Beins,

Beinverkürzung rechts 1 cm, wiederkehrende Reizzustände am rechten Sprunggelenk

2. Mäßige Einschränkung der Lendenwirbelsäulenentfaltbarkeit bei leichter Fehlstatik und Verschleiß im unteren Abschnitt ohne Anhalt für eine Nervenwurzelirritation

3. Muskuläre Verspannungen im Nackenbereich bei Verschleiß der unteren Halswirbelsäule ohne Funktionsbehinderung und ohne Anhalt für eine Nervenwurzelirritation

4. Beidseitige Coxalgien noch ohne Funktionsbehinderung bei beginnendem Verschleiß rechts mehr als links

5. Beidseitige Gonalgien noch ohne Funktionsbehinderung

6. Verdacht auf peripheres Engpasssyndrom (CTS) beidseits.

Die Klägerin könne noch leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung mit überwiegend sitzendem Anteil mindestens 6 Stunden täglich verrichten. Zu vermeiden seien länger anhaltende statische Wirbelsäulenzwangshaltungen insbesondere mit stark nach vorn gebeugtem Oberkörper, längere Arbeiten in gebückter, gehockter oder knieender Stellung, häufige Überkopfarbeiten, Kälte, Nässe, Zugluft ohne entsprechende Bekleidungsschutz, Besteigen von Leitern und Gerüsten. Gang- und Standsicherheit müsse gegeben sein. Mit entsprechender orthopädischer Schuhzurichtung könne die Klägerin mehrfach am Tag Strecken von über 500 m in einer angemessenen Zeit zurücklegen.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG hat das SG dann ein orthopädisches Gutachten von Dr. T. vom 12. April 2010 eingeholt. Dr. T. hat in seinem Gutachten folgende Gesundheitsstörungen aufgeführt:

1. Eingeschränktes Steh- und Gehvermögen mit dem rechten Bein bei Zustand nach operativ behandeltem Maisonneuve-Bruch (Mai 2004),

operativer Gelenksversteifung (Mai 2005) und erneuter Gelenksversteifung bei Pseudoarthrose (September 2006); Muskelverschmächtigung am rechten Bein

2. Coxarthrose beider Hüftgelenke
3. Gonarthrose beider Kniegelenke mit Retropatellaarthrose
4. Fortgeschrittene Osteochondrose der Lendenwirbelsäule in der Etage L 5/S 1 mit LWS-Syndrom und diskreter Funktionseinbuße der LWS
5. Halswirbelsäulensyndrom bei Spondylarthrose HWK 5/6 mit ausgeprägter Osteochondrose.

Die Klägerin könne nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts verrichten. Es sollten überwiegend sitzende Tätigkeiten mit wechselnden Körperhaltungen und häufigen Pausen ohne Zwangshaltungen ausgeübt werden. Das Heben und Tragen schwerer Lasten sowie häufiges Bücken seien nicht zuzumuten. Die Klägerin benötige unübliche Pausen. Insbesondere müsse ihr die Möglichkeit eingeräumt werden, ihren rechten Fuß des Öfteren hochzulagern. Die Wegstrecke dürfe maximal 500 m betragen. Öffentliche Verkehrsmittel seien nicht zumutbar; gegen das selbständige Führen eines Pkw bestünden aus orthopädischer Sicht keine medizinischen Einwände. Die Klägerin traue sich das Führen eines Pkw aus Angst vor Fremdfährdung jedoch nicht mehr selbst zu.

Nachdem sich der medizinische Dienst der Beklagten dieser Einschätzung nicht angeschlossen hatte, hat das SG eine ergänzende Stellungnahme von Dr. S. vom

12. Juli 2010 zum Gutachten von Dr.T. eingeholt, in dem Dr. S. an seiner Leistungsbeurteilung festgehalten hat. Dr.T. hat in seiner Stellungnahme vom 16. August 2010 an seiner Beurteilung festgehalten. Hierzu hat wiederum Dr. S. unter dem 21. September 2010 Stellung genommen.

Das SG hat daraufhin die Klage mit Gerichtsbescheid vom 30. Januar 2012 unter Berufung auf das Gutachten von Dr. S. abgewiesen. Danach sei noch ein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts gegeben und die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt. Es seien auch keine unübliche Pausen erforderlich. Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit sei nicht gegeben, weil die Klägerin als einfach angelernte Arbeiterin uneingeschränkt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden könne.

Hiergegen hat die Klägerin Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegt und auf das Gutachten von Dr.T. verwiesen. Danach hätten sich im Gegensatz zu den Feststellungen von Dr. S. eine schmerzhafte Rotationsprüfung des rechten Hüftgelenks und an den Kniegelenken röntgenologisch eine deutliche Gonarthrose dargestellt. Die radiologisch ausgeprägte Osteochondrose im Bereich C 5/ C 6 und L 5/S 1 mit Schmerzen sei von Dr. S. nicht hinreichend gewürdigt worden.

Der Senat hat nach Beiziehung diverser Befundberichte zunächst gemäß [§ 106 SGG](#) Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens von Dr. D. vom

4. September 2012. Dr. D. hat bei der Klägerin folgende Gesundheitsstörungen festgestellt:

1. Zustand nach operativ versorgter, rechtsseitiger Maisonneuve-Fraktur mit in Spitzfußstellung versteiftem rechtem oberem Sprunggelenk mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen
2. Durch Bildgebung gesicherte mittelgradige Coxarthrose rechts, derzeit in kompensiertem Zustand, mit noch ausreichender Beweglichkeit entsprechend einer mittelgradigen Leistungseinschränkung
3. Muskelminderung rechter Oberschenkel und rechter Unterschenkel
4. Lokales Lumbalsyndrom bei degenerativem Wirbelgleiten L 5/S 1 und Spondylarthrosen am lumbosacralen Übergang mit qualitativen Einschränkungen
5. Chronisch degeneratives Cervicalsyndrom verbunden mit gelegentlichen muskulären Verspannungen und eingeschränkter Drehfähigkeit bei bildgebend beschriebenen degenerativen Veränderungen derzeit ohne Anzeichen einer Wurzelkompression
6. Periarthropathie beider Schultern derzeit ohne klinische Auswirkung
7. Radiale Enthesiopathie des rechten Ellbogens
8. Bildgebend beschriebene erstgradige Gonarthrose beider Kniegelenke in kompensiertem Zustand mit geringer Leistungseinschränkung
9. Hohl-Spreizfuß linkes oberes Sprunggelenk
10. Adipositas
11. Somatoforme Schmerzstörung.

Die Klägerin könne noch leichte Arbeiten in Wechselpositionen, bevorzugt im Sitzen, in geschlossenen Räumen vollschichtig mit den arbeitsüblichen Unterbrechungen verrichten. Zu vermeiden seien das Heben, Tragen und Bewegen von mehr als mittelschweren Lasten, häufiges Bücken, Zwangspositionen, Nässe-, Kälte- und Zugluftexposition, Arbeiten an Maschinen, am Fließband und unter Zeitdruck, häufiges Ersteigen von Treppen, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten. Tätigkeiten als Bürohilfskraft, Pförtnerin oder Registratorin seien 6 Stunden täglich zumutbar. Das Restleistungsvermögen der Klägerin erlaube noch die Verrichtung von Tätigkeiten, die üblicherweise in ungelernten Tätigkeiten gefordert zu werden pflegen. Einschränkungen des Anmarschwegs zur Arbeitsstätte bestünden nicht.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat ein weiteres orthopädisches Gutachten von Dr. E. vom 18. Juli 2013 eingeholt. Dieser hat bei der Klägerin folgende Diagnosen gestellt:

1. Zustand nach operativ versorgter, rechtsseitiger Maisonneuve-Fraktur mit in Spitzfußstellung versteiftem rechtem oberem Sprunggelenk mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen
2. Ausgeprägte Coxarthrose rechts mit verschmälertem Gelenkspalt
3. Deutliche Arthropie des gesamten rechten Beins
4. Lumboischialgie rechts bei degenerativen Veränderungen besonders L 5/S 1
5. Cervicobrachialsyndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen und temporären Sensibilitätsstörungen der Hände
6. AC-Arthrose 1. Grades rechts mit Bewegungseinschränkung
7. Gonarthrose 1. Grades beidseits mit Beugekontraktur rechts
8. Hohl-Spreizfuß beidseits
9. Spitzfuß rechts (30°).

Die Klägerin könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch weniger als 3 Stunden Arbeiten im Sitzen (Gehen und Stehen unter 10 Minuten) in geschlossenen Räumen, ohne Wechsel von Stockwerken, verrichten. In Bezug auf qualitative Leistungseinschränkungen hat er über die Feststellungen von Dr. D. hinausgehend zusätzlich Überkopparbeiten sowie das Gehen und Stehen über 5 Minuten ausgeschlossen. Der Klägerin sollte das Hochlagern des rechten Beines stündlich möglich sein. Das Restleistungsvermögen erlaube aber noch eine leichte, sitzende Tätigkeit als Heimarbeitsplatz ohne Wegstreckenbelastung von 3 bis unter 6 Stunden.

Die Beklagte erklärte unter Übersendung einer Stellungnahme des Orthopäden Dr. V. hierzu, dem Gutachten von Dr. E. mangle es im Wesentlichen an der Nachvollziehbarkeit der angenommenen Leistungseinschätzung unter Nennung der angewandten Standards. Es werde empfohlen, dem eindeutig aussagekräftigeren Gutachten von Dr. D. zu folgen.

Die Klägerin beantragte daraufhin, erneut Dr. E. zu den Einwendungen von Dr. V. ergänzend zu hören. Dr. E. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. November 2013 erklärt, er halte an seiner Leistungsbeurteilung fest.

Dr. D. erklärte in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2014, er sehe keine Veranlassung, von seiner Leistungseinschätzung vom 4. September 2012 abzuweichen. Ein Befund, wie von Dr. E. beschrieben, würde eine dringliche Operationsindikation beinhalten und das Leistungsvermögen zum jetzigen Zeitpunkt deutlich beeinträchtigen. Allerdings sei eine solche Verschlimmerung innerhalb von 9 Monaten ungewöhnlich.

Der Senat hat daraufhin Dr. C. mit der Erstellung eines orthopädischen Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 3. Juni 2014 hat Dr. C. folgende Gesundheitsstörungen festgestellt:

1. Zustand nach Sprunggelenksfraktur rechts
2. Einsteifung des rechten oberen Sprunggelenks
3. Hüftgelenksarthrose rechts
4. Unkompliziertes Zervikalsyndrom
5. Unkompliziertes Lumbalsyndrom
6. Adipositas.

Die Klägerin könne noch leichte körperliche Arbeiten im leichten Wechselrhythmus, mit Bevorzugung der Sitzposition, dann aber mit gelegentlichen selbstbestimmten Haltungswechseln, in geschlossenen Räumen und mit angemessener Kleidung auch im Freien 6 Stunden und mehr verrichten. Nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten im ausschließlichen Stehen und mit ständigem Gehen, Tätigkeiten auf unebenem Grund, Besteigen von Leitern und Gerüsten, Heben, Fortbewegen oder Tragen von schweren Lasten, Arbeiten im Knien oder in gebückter Körperhaltung. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Als Bürohilfskraft und Pförtnerin könnte die Klägerin noch tätig sein, als Registratorin dann, wenn sie dabei keine Regalleitern besteigen müsse. Die Wegefähigkeit der Klägerin sei nicht eingeschränkt. Sie könne öffentliche Verkehrsmittel benutzen und auch ein Kfz führen.

In ihrer Stellungnahme hierzu hat die Klägerin geltend gemacht, sie leide unter Angst und einer depressiven Störung, sei aber bisher nie auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet untersucht worden. Auch bestünden auf HNO-ärztlichem Fachgebiet Gesundheitsstörungen. Es werde gebeten, einen aktuellen Befundbericht bei der behandelnden beizuziehen. Befundberichte des Psychiaters Dr. F. und des Neurologen und Psychiaters Dr. B. wurden vorgelegt.

Nach Beiziehung eines Befundberichtes von Dr. B. (Ohrgeräusche beidseits seit 7. Juli 2014) hat der Senat ein nervenärztliches Gutachten von Dr. H. vom 30. September 2014 eingeholt. Dr. H. hat bei der Klägerin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Dysthymie, Ohrgeräusche rechts, vorübergehend, Übergewicht, Zustand nach Sprunggelenksbruch rechts mit Einsteifung, Hüftgelenksarthrose rechts, Cervikal- und Lumbalsyndrom sowie einen Verdacht auf Bluthochdruck festgestellt. Die Klägerin könne noch leichte Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen, überwiegend im Sitzen, überwiegend in geschlossenen Räumen vollschichtig verrichten. Vermieden werden müssten Heben und Tragen von Lasten, häufiges Bücken, Zeitdruck und übermäßige Lärmeinwirkung. Als Bürohilfskraft und Pförtnerin könne die Klägerin noch tätig sein. Die Wegefähigkeit sei nicht eingeschränkt. Die Klägerin könne auch ein öffentliches Verkehrsmittel benutzen. Die Klägerin besitze zwar einen Führerschein, jedoch keinen eigenen PKW.

Die Klägerin hat daraufhin einen Befundbericht des Radiologen Dr. N. über eine MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks übermittelt. Hier wurde ein kleiner schräg verlaufender Einriss am Innenmeniskusvorderhorn mit Binnendegeneration des Hinterhorns und geringem Gelenkerguss, eine drittgradige Chondropathia femoropatellar und eine zweitgradige Chondropathie femorotibial festgestellt. Dr. C. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17. November 2014 hierzu ausgeführt, aus diesem Befundbericht ergebe sich kein Anlass für eine abweichende sozialmedizinische Bewertung.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Bayreuth vom 30. Januar 2012 sowie des Bescheids der Beklagten vom 22. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Januar 2009 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen Erwerbsminderung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Akten des SG und der Beklagten verwiesen, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage gegen den angefochtenen Bescheid vom 22. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Januar 2009 zu Recht abgewiesen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht für den Senat fest, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)), teilweiser Erwerbsminderung ([§ 43 Abs. 1 SGB VI](#)) bzw. teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§§ 240 Abs. 1, 2; 43 Abs. 1 SGB VI) über den 30. September 2008 hinaus hat.

Gem. [§ 43 Abs. 1, 2 SGB VI](#) haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs bzw. drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Erwerbsgemindert ist gem. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Nach den überzeugenden Feststellungen der erfahrenen Gerichtsachverständigen

Dr. S., Dr. D., Dr. C. und Dr. H. ist die Klägerin noch in der Lage, über den Zeitpunkt des Wegfalls der befristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung zum 30. September 2008 hinaus auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumindest 6 Stunden täglich leichte Arbeiten zu verrichten. Der hiervon abweichenden Leistungseinschätzung von Dr. E. und Dr. T. vermag der Senat nicht zu folgen.

Im Vordergrund stehen bei der Klägerin die Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet. Bei der Untersuchung der Klägerin durch Dr. D. ergab der grob orientierende allgemeinmedizinische Überblick - abgesehen von hypertonen Blutdruckwerten - keine Auffälligkeiten. Der Allgemein- und Kräftezustand war gut. Dr. D. stellte fest, dass der Bewegungsablauf der Klägerin beim An- und Auskleiden etwas verlangsamt, teils im Stehen, teils im Sitzen ohne Auffälligkeiten erfolgte. Die grob- und feinmotorischen Fähigkeiten und die Fähigkeit zum Stillsitzen sind bei der Klägerin erhalten, die Spontanmotorik war lebhaft.

Am gravierendsten sind bei der Klägerin zweifellos die Folgen eines häuslichen Unfalls am 1. Mai 2004, bei dem sie am rechten distalen Unterschenkel eine Maisonneuve-Fraktur erlitt mit anschließender zweifacher Arthrodeese des rechten oberen Sprunggelenks. Bei der Untersuchung durch Dr. D. zeigte sich an beiden Füßen ein hochgesprengtes Längsgewölbe mit Vorfußverbreiterung und einer Neigung zur Krallenzehenbildung der Zehen II bis IV. Am rechten Sprunggelenk liegt bei der Klägerin bedingt durch die Versteifung eine fixierte Spitzfußstellung vor, die mittlerweile fest knöchern durchbaut ist. Dr. D. hat darauf hingewiesen, dass sich hieraus eine Einschränkung für überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten in Hock- und Bückstellung ergeben. Auch Arbeiten auf unebenem Gelände, Leitern und Gerüsten sollten unterbleiben. Eine quantitative Einschränkung für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes lässt sich hiermit aber ebenso wenig begründen wie eine rentenrelevante Einschränkung der Wegefähigkeit. Zwar ist die Gehstrecke beeinträchtigt, der Klägerin sind aber noch Wegstrecken von mehr als 500 m täglich mehrmals in 20 Minuten täglich zumutbar. Nach den Ausführungen von Dr. D. lässt sich durch eine angepasste Schuhzurichtung auch noch eine deutliche Verbesserung erreichen. Die Klägerin trug bei der Untersuchung durch Dr. D. Konfektionsschuhe mit dünner Einlage ohne entsprechenden Höhenausgleich und Fersenunterstützung. Durch eine adäquate orthopädietechnische Schuhversorgung oder einer unterstützenden Orthese ist nach der Einschätzung von Dr. D. noch eine Verbesserung des Geh- und Stehvermögens möglich bei gleichzeitiger Reduzierung der Fehlbelastung des Bewegungsapparats.

Bei der Untersuchung der Wirbelsäule durch Dr. D. zeigte sich eine diskrete rechtskonvexe Fehlstellung ohne auffallende Fehlrotation bei geringem rechtsseitigem Beckentiefstand. Die Halswirbelsäule war ohne äußerliche Auffälligkeiten und ohne Fehlhaltung. Der Muskeltonus war normal. Seitneigung und Rechtsdrehung waren beidseits geringfügig eingeschränkt, wobei die Klägerin erheblichen muskulären Widerstand entgegensetzte. Hinweise auf eine Cervicobrachialgie, -zephalgie oder -neuralgie ergaben sich nicht.

Röntgenologisch zeigte sich an der Lendenwirbelsäule eine geringe Fehlstatik bei Überlastung des linken Kreuzdarmbeingelenks und verstärkter Lordose. Brust- und Lendenwirbelsäule entfalteten sich bei der Klägerin im Liegen deutlich besser als bei der Vorneigung im Stehen. Die Fingerspitzen beider Hände der Klägerin erreichten im Langsitz trotz erheblicher Adipositas die Zehenspitzen beider Füße bis auf einen Abstand von 10 cm, während die Klägerin im Stehen einen Finger-Bodenabstand von 50 cm demonstrierte. Hieraus hat Dr. D. nachvollziehbar abgeleitet, dass gewisse Verdeutlichungstendenzen nicht ganz ausgeschlossen werden können. Insgesamt entspricht das ermittelte Bewegungsmaß der Lendenwirbelsäule nur einer leichten, allenfalls mittelgradigen Funktionsstörung. Hinweise für eine Wurzelkompression oder einen Wurzelreiz lagen nicht vor. Das Zeichen nach Laségue war negativ, neuromuskuläre Ausfälle fanden sich nicht. Hieraus resultieren nur qualitative Leistungseinschränkungen in Bezug auf dauerhafte Zwangshaltungen und mehr als gelegentliche Arbeiten in gebückter Haltung oder das Hantieren von Lasten, die mehr als mittelschwer sind.

An den oberen Extremitäten imponierten äußerlich unauffällige Schulterkulissen mit ausreichend Muskelspiel in den Schultergelenken. Auch hier spannte die Klägerin bei der passiven Bewegungsprüfung für Abspreizung und Vorheben endgradig entgegen. Eine Affektion der Rotatorenmanschette konnte Dr. D. nicht feststellen. Kombinationsbewegungen wie Schürzen- und Nackengriff waren der Klägerin ohne Einschränkungen möglich, der Röntgenbefund war unauffällig.

Die Ellbogen waren frei beweglich ohne Hinweise auf ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom. Auch an beiden Handgelenken und Händen zeigte sich kein pathologischer Befund. Die grob- und feinmotorischen Fähigkeiten waren beidseits erhalten, die Muskelumfänge der oberen Extremitäten waren regelgerecht.

An den unteren Extremitäten fand sich an der hüftumgreifenden Muskulatur keine Athropie. Die Hüftgelenke waren adipositasbedingt endgradig in der Beugung eingeschränkt, jedoch beidseits vollständig streckbar und nahezu frei abspreizbar. Es ergab sich ein mäßiger

Leistendruckschmerz rechts und kein Trochanterverschiebeschmerz. Röntgenologisch zeigten sich Hinweise auf eine mittelgradige Coxarthrose rechts. Den Verdacht auf eine Hüftkopfnekrose konnte Dr. D. nicht bestätigen. Dr. D. hat darauf verwiesen, dass der Befund am rechten Hüftgelenk kompensiert sei. Zur Vermeidung einer Dekompensation sollten jedoch hüftgelenksstrapazierende Bewegungsmuster vermieden werden. Hieraus resultieren qualitative Leistungseinschränkungen für schwere und ausschließlich mittelschwere Tätigkeiten, gehockt oder gebückt zu verrichtende Arbeiten, häufiges Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, ausschließlich Steh- und Gehbelastung sowie die Notwendigkeit, Nässe, Kälte und Zugluftexposition zu vermeiden. Eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich aus diesen Befund jedoch nicht ableiten.

Die Kniegelenke waren äußerlich unauffällig ohne Anzeichen eines Ergusses. Die Kniescheiben war beidseits ohne wesentliche Einschränkungen verschiebbar. Aus einem Kernspintomogramm des rechten Kniegelenks ergab sich eine drittgradige retropatellare Chondropathie ohne Meniskusschädigung. Hieraus folgt eine Einschränkung für kniestrapazierende Tätigkeiten (Arbeiten im Knien und Hocken).

Nach alledem lässt sich eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens der Klägerin auch für körperlich leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht begründen.

Die hiervon abweichende Einschätzung von Dr. E. und Dr.T. konnte den Senat nicht überzeugen.

Das Gutachten von Dr.T. leidet schon darunter, dass in ihm keine Begründung für die von den Vorgutachtern abweichende Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens enthalten ist. Nach Darstellung der Beweisfragen, der Anamnese und der Befunde wendet sich der Sachverständige sofort der Beantwortung der Beweisfragen zu, ohne auch nur ansatzweise die erhobenen Befunde zu diskutieren, sie mit den Vorbefunden zu vergleichen und die eigene Leistungsbeurteilung plausibel zu erklären. Die Einschätzung, Arbeitszeiten zwischen 3 bis unter 6 Stunden seien zumutbar, wird ohne jede weitere Erläuterung schlicht in den Raum gestellt. In Bezug auf die erhobenen Befunde liegen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Feststellungen von Dr.T. und seinem Vorgutachter Dr. S. vor, auch wenn man mit Dr.T. von einer klinischen Verschlechterung von Coxarthrose und Osteochondrose ausgeht. Warum daraus jedoch eine quantitative Leistungseinschränkung auch für leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts, die überwiegend in sitzender Stellung verrichtet werden, resultieren soll, macht Dr.T. nicht deutlich. In seinen ergänzenden Stellungnahmen verweist Dr.T. auf die Beschwerdeschilderungen der Klägerin und die Ergebnisse bildgebender Verfahren, wonach eine deutliche Cox- und Gonarthrose bei der Klägerin vorliegen soll. In Bezug auf die Funktionalität dieser Gelenke hat Dr.T. aber auch nur eine leichte Einschränkung in Bezug auf die Beugung, rechts stärker als links, festgestellt. Auch dieser Befund macht die Annahme einer Reduzierung des quantitativen Leistungsvermögens für leichte, überwiegend sitzend zu verrichtende Tätigkeiten nicht plausibel. Insoweit ist auch darauf hinzuweisen, dass die Angaben von subjektiven Beschwerden im Rahmen eines Rentenverfahrens ebenso wenig wie die isolierte Betrachtung von Befunden aus bildgebenden Verfahren unter Außerachtlassung der Funktionsbefunde eine rentenrelevante Leistungseinschränkung begründen können. Hier ist vielmehr eine Gesamtbewertung vorzunehmen, die Dr.T. jedoch schuldig geblieben ist.

Das Gutachten von Dr. E. konnte den Senat ebenfalls nicht überzeugen. Es leidet - wie Dr. C. eindrucksvoll dargestellt hat - unter schwerwiegenden Mängeln.

Dr. E. hat in seinem Gutachten beschrieben, das Gangbild der Klägerin sei zu ebener Erde schwerhinkend, auch mit Schuhversorgung. Ohne Schuhe sei kein Schritt möglich. Der rechte Fuß knicke deutlich nach außen ab. Er beschrieb eine deutliche Athropie des gesamten rechten Beines mit Umfängen am Oberschenkel rechts von 50,5 cm, links 57 cm und am Unterschenkel rechts von 34,0 cm, links 40,0 cm. Die Ferse stehe 4 cm höher als der Vorfuß rechts. Die von der Klägerin getragene Schuhzurichtung mit Einlagen (Erhöhung rechts von 1,0 cm und Seitenaußenranderrhöhung) sei ausreichend. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe sich im Vergleich zum Gutachten von Dr. D. deutlich verschlechtert. Der Finger-Boden-Abstand betrage mittlerweile 70 cm. Auch die Bewegungsausmaße des rechten Hüftgelenks bei fortschreitender Coxarthrose hätten sich verschlechtert. Die Klägerin könne keinesfalls viermal täglich eine Wegstrecke von 500 m zurücklegen. Dadurch erhöhe sich die Gefahr einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands. Auch am rechten Kniegelenk liege bereits eine deutliche Beugekontraktur vor. Der Klägerin fielen bereits leichte häusliche Arbeiten wie saubermachen, einkaufen usw. schwer. Daraus resultiere nur noch ein Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts. Auch sei die Wegefähigkeit der Klägerin eingeschränkt. Sie könne eine maximale Wegstrecke von 100 m zurücklegen. Sie könnte auch keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen. Das Überwinden der Einstiegshöhe sei der Klägerin stark erschwert. Auch erschiene ein Anhalten oder Abstützen durch die Schultereinschränkungen schwierig. Die Benutzung eines Pkw sei nicht zumutbar. Es liege eine Gefährdung auch für andere Verkehrsteilnehmer durch die Athropie des rechten Beines vor.

Bereits die Beklagte hatte darauf hingewiesen, dass ein Finger-Boden-Abstand von 70 cm bei einer 1,65 m großen Klägerin bei gleichzeitiger Vorneigung des Oberkörpers und herabhängenden Armen nicht möglich sei, da bei dieser Körpergröße die Arme bereits im Stand einen Finger-Bodenabstand von unter 70 cm aufweisen. Dies hat dazu geführt, dass Dr. E. diese Angabe in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. November 2013 auf 40 cm korrigiert hat.

Aber auch weitere von Dr. E. in seinem Gutachten angegebene Messergebnisse und Feststellungen sind nach den eindeutigen Angaben von Dr. C., die mit denen von Dr. D. in Übereinstimmung stehen, in wesentlichen Punkten unzutreffend. So hat Dr. C. unmissverständlich klargestellt, dass die von Dr. E. mitgeteilte durchgängige Muskelminderung von rund 6 cm bei der Klägerin nicht vorliegt. Der Unterschied der beiden Umfängen liegt bei maximal 2,5 cm. Dies entspricht der Feststellung von Dr. D. ... Auch lag bei der Untersuchung durch Dr. C. bei der Klägerin kein schwer hinkendes Gangbild vor. Die Feststellung, der Klägerin sei ohne Schuhe kein Schritt möglich, ist ebenfalls nicht nachvollziehbar. Bei der Untersuchung durch Dr. C. zeigte die Klägerin nach Einsteifung des oberen Sprunggelenks rechts in leichter Spitzfußstellung ohne Schuhe ein den Vorfuß belastendes Gangbild, das zügig und flott war. Mit angelegten Schuhen war für den erfahrenen Gerichtssachverständigen nur ein mäßiges Rechtshinken zu erkennen.

Auch die von Dr. E. beschriebene Beugung des Hüftgelenks bis maximal 45° war von Dr. C. nicht reproduzierbar. Bei Dr. C. gelang der Klägerin eine Bewegung des rechten Hüftgelenks über den rechten Winkel bis 100° mit nur endgradig schmerzhaft eingeschränkter

Beweglichkeit. Rotationsbewegungen waren nur gering eingeschränkt, die Abduktion gelang der Klägerin frei. Die von Dr. E. postulierte deutliche Beugekontraktur des rechten Kniegelenks konnte Dr. C. ebenfalls nicht bestätigen. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks war frei, kernspintomographisch sind allenfalls leichte Knorpelschäden medial festgestellt worden. Der Befund war nach den Angaben von Dr. C. nahezu unauffällig. Beide Kniegelenke waren nicht überwärmt, eine Synovitis oder ein Erguss waren nicht zu tasten. Der Band- apparat war beidseits fest, die geprüften Meniskuszeichen waren negativ. Eine retropatellare Beschwerdesymptomatik war nicht zu erkennen oder auszulösen. Das Zeichen nach Zohlen war negativ. Die von der Klägerin bei Beginn der Untersuchung durchaus demonstrierte, in Streckstellung aufgehobene Beweglichkeit des Kniegelenks war nicht permanent und damit auch nicht konsistent. Auch aus dem nachgereichten radiologischen Befundbericht von Dr. O. vom 24. Oktober 2014, in dem über einen kleinen schräg verlaufenden Einriss am Innenmeniskusvorderhorn mit geringem Erguss berichtet wird, ergibt sich nach den Ausführungen von Dr. C. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17. November 2014 kein durchgreifend anderes sozialmedizinisches Ergebnis. Insoweit liegt auch erst ein Behandlungs- und noch kein Berentungsfall vor.

Nach Auffassung des Senats unzutreffend waren auch die Feststellungen von Dr. E. zu den deutlichen Bewegungseinschränkungen beider Schultergelenke mit Abduktion und Elevation unter der Horizontalen. Derartige Behinderungen an den oberen Extremitäten konnte Dr. C. nicht mehr erkennen. Bei ihm waren beide Schultergelenke frei beweglich. Die Funktionsgriffe gelangen der Klägerin zügig. Bei alltäglichen Situationen hob die Klägerin die Hände mehrfach über die Horizontale an. So hat sie beim An- und Auskleiden zügige und nahezu unbehinderte Bewegungsabläufe gezeigt. Sie konnte Schmerzpunkte an der Halswirbelsäule durchaus mit den Fingern berühren.

Bei der Untersuchung der Wirbelsäule demonstrierte die Klägerin auch bei Dr. C. eine sehr eingeschränkte Rumpfneigung mit einem weiten Finger-Boden-Abstand. Im Langsitz konnten die Fingerkuppen bei der Klägerin aber nahe an die große Zehe herangeführt werden. Auch beim Ablegen der Schuhe und Strümpfe zeigte die Klägerin eine weite Rumpfbeuge, bei der Demonstration der Vorfußbeschwerden beugte die Klägerin den Rumpf sehr weit nach vorne.

Diese Feststellungen von Dr. C. bestätigen nach Auffassung des Senats den auch schon von Dr. D. geschilderten Eindruck, wonach die Klägerin zu Verdeutlichungstendenzen neigt. Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass Dr. E. zum Teil falsche Angaben gemacht hat, zum Teil die von der Klägerin bei der jeweiligen Untersuchung demonstrierten eingeschränkten Bewegungsausmaße schlicht übernommen hat, ohne sie

- wie dies Dr. D. und Dr. C. getan haben - mit dem Bewegungsverhalten der Klägerin außerhalb der konkreten Untersuchungssituation abzugleichen. Der Senat sieht sich angesichts dieser schwerwiegenden Mängel des Gutachtens von Dr. E. nicht in der Lage, seine Leistungsbeurteilung auf dieses Gutachten zu stützen.

In nervenärztlicher Hinsicht hat Dr. H. das von Dr. D. und Dr. C. gefundene Ergebnis bestätigt. Dr. H. hat festgestellt, dass die Klägerin im Rahmen der neurologischen Befunderhebung eindeutige Verdeutlichungstendenzen bezüglich der Darbietung ihrer Schmerzen, der damit verbundenen Bewegungsstörungen und der Begrenzungen der angegebenen sensiblen Störungen gezeigt hat. Auch bei testpsychologischen Untersuchungen waren derartige Verhaltensweisen nicht auszuschließen. Aus neurologischer Sicht fanden sich zu keinem Zeitpunkt belangvolle motorische Ausfälle oder anderweitige zentrale oder periphere Störungen. Das Vorliegen eines Engpass-Syndroms an den Handgelenken konnte Dr. H. ausschließen. Die von der Klägerin angegebenen Gefühlsstörungen haben keine sozialmedizinische Bedeutung. Die bei ihr zeitweise auftretenden Ohrgeräusche rechts führen zwar zu einer Störung der Befindlichkeit der Klägerin, aber nicht zu einer Beeinträchtigung der sprachlichen Kommunikation.

Im psychischer Hinsicht hat Dr. H. festgestellt, dass die Klägerin bei klarem Bewusstsein und hinsichtlich aller Qualitäten vollständig orientiert war. Denk-, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen traten nicht auf. Die Klägerin äußerte sich sachbezogen und geordnet. Kognitive Beeinträchtigungen fielen Dr. H. nicht auf. Die Stimmungslage war deutlich depressiv bei etwas gemindertem Antrieb. Es fanden sich ängstlich-abhängige und asthenisch-sensitive Wesenszüge. Dr. H. hat bestätigt, dass durch die Schmerzen und Bewegungsbehinderungen im rechten Fuß eine depressive Symptomatik bei der Klägerin ausgelöst worden ist. Von einer eigentlichen krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung kann jedoch nicht gesprochen werden.

Im Vordergrund steht eine chronische Schmerzstörung, die zum Teil orthopädisch begründet ist, aber nicht in der von der Klägerin vorgebrachten Ausprägung. Insoweit sind psychische Faktoren von erheblicher Bedeutung. Zu nennen sind hier insbesondere noch andauernde eheliche Auseinandersetzungen. Dr. H. hat jedoch betont, dass das Ausmaß der affektiven Störung zu keinem Zeitpunkt gravierend gewesen ist. Auch der behandelnde Psychiater ist zunächst von einer Angst und Depression, gemischt, ausgegangen. Dies bedeutet, dass keine dieser Störungen so schwerwiegend ist, dass sie eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde. Mittlerweile bezeichnet er das Leiden als Anpassungsstörung oder Dystymie. Eine endogene oder majore Depression, eine endogene Psychose oder ein hirnganisches Geschehen liegen bei der Klägerin jedenfalls sicher nicht vor. Hierauf deutet auch die Medikation der Klägerin hin, die mit verschiedenen Psychopharmaka in einer eher niedrigen Dosierung behandelt wird. Eine Verhaltenstherapie wurde noch nie in Anspruch genommen. Dies spricht gegen einen größeren Leidensdruck der Klägerin.

Angesichts dessen ist die von Dr. H. - ausdrücklich unter Einbeziehung der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet - getroffene Feststellung für den Senat nachvollziehbar, dass die Klägerin noch leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten kann.

Nach alledem ist eine rentenrelevante Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens der Klägerin für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht überzeugend begründbar.

Trotz dieses festgestellten Leistungsvermögens der Klägerin von 6 Stunden und mehr für leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wäre ein Anspruch der Klägerin auf Rente wegen voller Erwerbsminderung jedoch dann gegeben, wenn bei ihr eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen bzw. eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegen würde und der Klägerin keine Tätigkeit benannt werden kann, die sie trotz ihrer qualitativen Leistungseinschränkungen noch mindestens 6 Stunden täglich verrichten könnte.

Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung meint die Fälle, in denen bereits eine einzige schwerwiegende Behinderung ein weites Feld

von Verweismöglichkeiten versperrt (BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003 - B5 RJ 64/02 R). Als Beispiel hierfür ist etwa die Einarmigkeit eines Versicherten zu nennen. Das Merkmal "Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen" trägt hingegen dem Umstand Rechnung, dass auch eine Vielzahl von Einschränkungen, die jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, zusammengenommen das noch mögliche Arbeitsfeld in erheblichem Umfang zusätzlich einengen können. In diesen Fällen besteht die Verpflichtung, ausnahmsweise eine konkrete Tätigkeit zu benennen, weil der Arbeitsmarkt möglicherweise für diese überdurchschnittlich leistungsgeminderten Versicherten keine Arbeitsstelle bereithält oder nicht davon ausgegangen werden kann, dass es für diese Versicherten eine ausreichende Anzahl von Arbeitsplätzen gibt oder ernste Zweifel daran aufkommen, ob der Versicherte in einem Betrieb einsetzbar ist (BSG Urteil vom 10. Dezember 2003, B5 RJ 64/02 R, in juris).

Bei der Prüfung der Frage, ob eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vorliegt, sind grundsätzlich alle qualitativen Einschränkungen zu berücksichtigen, die nicht bereits von dem Erfordernis "körperlich leichte Arbeit" erfasst werden. Es umfasst begrifflich unter anderem solche Leistungseinschränkungen, die das Seh- und Hörvermögen oder die Handbeweglichkeit betreffen (KassKomm, SGB, § 43 SGB VI Rn. 47).

Die bei der Klägerin vorliegenden qualitativen Leistungseinschränkungen sind jedoch weder ungewöhnlich noch stellen sie eine schwere spezifische Leistungsbehinderung dar. Insbesondere liegt bei der Klägerin kein ungewöhnlicher Pausenbedarf vor. Nach der Rechtsprechung des BSG ist davon auszugehen, dass der Arbeitsmarkt für einen Versicherten verschlossen sein kann, wenn dieser aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs nur unter nicht betriebsüblichen Arbeitsbedingungen arbeiten könnte.

Dr. T. und Dr. E. gehen wohl von einem Bedarf an ungewöhnlichen Pausen aus, da sie bei der Beantwortung dieser Beweisfrage - ohne Begründung - darauf hingewiesen haben, der Klägerin sollte das Hochlagern des rechten Beines stündlich möglich sein. Insoweit hat Dr. C. für den Senat jedoch nachvollziehbar ausgeführt, dass die Notwendigkeit für ein Hochlagern des Beines nicht erkennbar ist. Das obere Sprunggelenk sei eingesteift, die Arthrodeuse gut verheilt, das Sprunggelenk reizlos und ohne Schwellungen.

Aber selbst wenn man von einer derartigen Notwendigkeit ausginge, liegt kein ungewöhnlicher Pausenbedarf vor. Nach § 4 Arbeitszeitgesetz steht vollschichtig tätigen Arbeitnehmern eine Ruhepause von 30 Minuten zu. Die Ruhepause kann nach Satz 2 dieser Bestimmung in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. Diese Pausen kann die Klägerin somit für das Hochlagern des Beines nutzen. Über die nach dem Arbeitszeitgesetz vorgeschriebenen Pausen hinaus werden Arbeitnehmern in gewissem Umfang auch noch sogenannte Verteilzeiten zugestanden (Zeiten z. B. für den Weg vom Zeiterfassungsgerät zum Arbeitsplatz, das Vorbereiten beziehungsweise Aufräumen des Arbeitsplatzes, den Gang zur Toilette, Unterbrechungen durch Störungen durch Dritte usw.; vgl. z. B. Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 6. April 2001, Az.: L 5 RJ 641/98). Die Klägerin kann damit auch diese Verteilzeiten für ein kurzes Hochlagern des Beines nutzen.

Schließlich erlaubt das Leistungsvermögen der Klägerin nach den Feststellungen von Dr. D., Dr. C. und Dr. H. auch noch Tätigkeiten etwa als Bürohilfskraft und Pförtnerin, so dass selbst bei der Annahme einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung eine Rentengewährung nicht in Betracht käme.

Der Senat geht schließlich auch nicht davon aus, dass die Wegefähigkeit der Klägerin relevant eingeschränkt ist. Insoweit haben Dr. C., Dr. D. und Dr. H. übereinstimmend festgestellt, dass die Klägerin noch mehr als 500 m in weniger als 20 min ohne unzumutbare Schmerzen zurücklegen kann. Auch die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln ist ihr zumutbar. Der Senat folgt auch insoweit nicht den abweichenden Beurteilungen von Dr. E. und Dr. T., die im Wesentlichen nur auf den ungeprüften Angaben der Klägerin beruhen.

Die Gewährung einer Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung gemäß § 43 Abs. 1, 2 SGB VI über den 31. Januar 2009 hinaus kommt damit nicht in Betracht.

Der Klägerin steht auch keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 Abs. 1, 2 SGB VI i.V.m. § 43 Abs. 1 SGB VI zu.

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben auch vor dem 2. Januar 1961 geborene Versicherte, die berufsunfähig sind (§ 240 Abs. 1 SGB VI).

Berufsunfähig sind nach § 240 Abs. 2 SGB VI Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden verrichten kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Ausgangspunkt für die Beurteilung des "vergleichbaren Versicherten" ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG der "bisherige Beruf". Dieser ergibt sich in der Regel aus der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit. Es ist die Berufstätigkeit zugrunde zu legen, die bei im Wesentlichen ungeschwächter Arbeitskraft nicht nur vorübergehend eine nennenswerte Zeit ausgeübt wurde (BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 130, 164).

Zur Feststellung des qualitativen Werts des bisherigen Berufs und damit zur Bestimmung der zumutbaren Verweisungstätigkeiten hat das BSG ein Stufenschema zunächst für Arbeiter, dann jedoch auch für Angestellte ein Mehrstufenschema entwickelt (BSGE 55, 45 = SozR 2200 § 1246 Nr. 107; BSGE 57, 291 = SozR 2200 Nr. 126; SozR 3-2200 § 1246 Nr. 2, 41). Es sind folgende Stufen zu unterscheiden (vgl. zusammenfassend BSG, Beschluss vom 27. August 2009, Az. B 13 R 85/09 B):

1. Stufe: Ungelernte Berufe
2. Stufe: Berufe mit einer Ausbildung bis zu 2 Jahren
3. Stufe: Berufe mit einer Ausbildung von mehr als 2 Jahren
4. Stufe: Berufe, die zusätzliche Qualifikationen oder Erfahrung oder den erfolgreichen Besuch einer Fachschule voraussetzen; zu ihr gehören Facharbeiter mit Vorgesetztenfunktion gegenüber anderen Facharbeitern, Spezialfacharbeiter, Meister, Berufe mit Fachschulqualifikation als Eingangsvoraussetzung
5. Stufe: Berufe, die einen erfolgreichen Abschluss einer Fachhochschule oder eine zumindest gleichwertige Berufsausbildung voraussetzen
6. Stufe: Berufe, deren hohe Qualität regelmäßig auf einem Hochschulstudium oder einer vergleichbaren Qualifikation beruht.

Die insoweit steigenden Anforderungen stellen schweremächtig auf die Ausbildung ab. Es können aber auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Welcher Gruppe des Mehrstufenschemas eine bestimmte Tätigkeit zuzuordnen ist, richtet sich dabei nach der im Rahmen einer Gesamtschau zu ermittelnden Qualität der verrichteten Arbeit. In diese Gesamtschau einzustellende Kriterien sind: Ausbildung, tarifliche Einstufung, Dauer der Berufsausübung, Höhe der Entlohnung und Anforderungen des Berufes.

Die für die Beurteilung des Hauptberufs grundsätzlich maßgebliche letzte versicherungspflichtige Tätigkeit der Klägerin war die einer Verkaufs- und Thekenkraft in einer Cafeteria. Zwar hat die Klägerin eine Ausbildung zur Verkäuferin. Nach den Angaben des letzten Arbeitgebers gegenüber dem SG war aber eine Ausbildung für die Verrichtung dieser Tätigkeit nicht erforderlich. Es hat sich vielmehr um eine Tätigkeit gehandelt, für die eine ungelernete Kraft 6 Monate anzulernen gewesen wäre. Diese Tätigkeit ist damit nach dem Stufenschema des BSG dem Bereich der einfach angelernten Tätigkeiten zuzuweisen mit der Folge, dass die Klägerin uneingeschränkt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden kann. Selbst wenn man von einer oberen Anlernertätigkeit ausginge, käme keine Rentengewährung in Betracht, da die Klägerin dann jedenfalls auf die zumutbare Tätigkeit als Bürohilfskraft oder Pförtnerin verwiesen werden könnte.

Die Berufung war damit vollumfänglich zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ([§ 193 SGG](#)) berücksichtigt den Umstand, dass die Klägerin auch im Berufungsverfahren erfolglos geblieben ist.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-03-06