L 3 R 139/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Stendal (SAN)
Aktenzeichen
S 2 R 26/05
Datum
24.02.2006
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 3 R 139/06
Datum
12.08.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 13 R 309/10 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Erwerbsminderung, Beweislast, Gehvermögen
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

: Die Beteiligten streiten über die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI).

Die am ... 1950 geborene Klägerin absolvierte eine Schulausbildung von acht Klassen. Sie war ab dem September 1964 als Arbeiterin in einer Konservenfabrik, ab September 1967 als Verkäuferin in einem Konsum-Geschäft und ab Mai 1968 als Montiererin bzw. Wicklerin für Elektrogeräte/Nachrichtentechnik beschäftigt. Ab Januar 1979 war sie Mitglied einer Landwirtschaftlichen Produktionsgenossenenschaft und von Januar 1985 bis April 1989 als Genossenschaftsbäuerin/Melkerin beschäftigt.

Im Jahr 1988 erlitt sie eine distale Unterschenkelfraktur links. Sie nahm im Mai 1989 eine Beschäftigung als Kantinenkraft auf und war ab Mai 1989 als Wägerin bzw. Reinigungskraft beschäftigt. Die Klägerin war in mehreren Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) tätig, u.a. vom 1. Mai 2001 bis zum 28. Februar 2002 montags bis donnerstags acht Stunden und freitags vier Stunden als Tischlerhelferin in der handwerklichen Herstellung von Vogelhäusern in Jahrstedt.

Mit Bescheid vom 1. Februar 1994 wurde ein Grad der Behinderung (GdB) der Klägerin von 60 festgestellt. Sie beantragte im Jahr 1999 und 2000 jeweils die Bewilligung einer Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit auf Grund der Unterschenkelfraktur eines Herzinfarkts mit Herzstillstand. Nach dem von der Beklagten im zweiten Rentenverfahren eingeholten Gutachten von der Internistin Dipl.-Med. S. vom 26. März 2001 war die Klägerin relativ gut belastbar. Sie sei für leichte körperliche Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig einsetzbar. Zu diesem Ergebnis kam auch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. in ihrem von der Beklagten eingeholten Gutachten vom 28. Mai 2001 vor dem Hintergrund, dass eine ernsthafte neurologischpsychiatrische Erkrankung nicht vorliege.

Aus dem in dem Verfahren über die Ablehnung des zweiten Rentenantrags vor dem Sozialgericht Stendal Az. S 2 RI 150/01 erstellten Gutachten vom Dr. L., Chefarzt der Inneren Medizin I des Kreiskrankenhauses St. Marienburg in H., vom 7. März 2002 gehen als Vorerkrankungen u.a. eine Unterschenkelfraktur links (Pilonfraktur) 1988, ein Postero-Lateral-Infarkt 1989 und ein Kammerflimmern im Mai 1999 hervor. Sie leide unter Herzrasen und Schweißausbrüchen und zunehmenden depressiven Phasen mit einem zunehmenden Alkoholkonsum seit dem vorangegangenen Jahreswechsel. Hierbei komme es nach einer Abstinenz von zwei bis drei Wochen zu einem exzessiven Alkoholmissbrauch mit Spirituosen. Das begründe sie mit einem Unmut und Ängsten bezüglich der für Ende Februar 2002 abzusehenden Beendigung der jetzigen Arbeitstätigkeit, mit der sie sehr zufrieden sei. Sie habe auf Nachfrage eine Minderung der Belastbarkeit, eine Dyspnoe bei Treppen über zwei Stockwerke sowie ein eingeschränktes Gehvermögen bei Belastungs- und Ermüdungsschmerzen im linken Sprunggelenk angegeben. Die Klägerin habe sich bei der Untersuchung in einem guten Allgemeinzustand befunden mit einem Body-Mass-Index von 34,1 (1,57 m/ 84 kg). Ihre Gemütslage sei unauffällig erschienen. Der Blutdruck habe 120 bzw. 130/80 mm/Hg betragen. Das Herz weise eine normfrequente regelmäßige Aktion ohne Nebengeräusche oder Pulsdefizit auf. Die

Fahrradergometrie und das Langzeit-EKG hätten keine signifikanten Veränderungen gezeigt. Der Gang sei alters- und konstitutionsentsprechend. Manchmal falle eine geringe Unregelmäßigkeit des Gangbildes, mit verlängertem Bodenkontakt des linken Fußes, auf. Beim Aufsteigen einer Treppe bestehe ein unauffälliges Gangbild; beim Absteigen wechsele sie nicht die vorangehende Körperseite. Es handele sich um eine knöchern konsolidierte distale Tibiafraktur mit einer fortgeschrittenen Arthrose im oberen Sprunggelenk. Bei der Klägerin lägen folgende Krankheiten bzw. Gebrechen vor: Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Postero-Lateral-Infarkt 1989 auf Grund einer langstreckigen Einengung des Ramus circumflexus. Ventrikuläre Extrasystolie mit zweimaligem Kammerflimmern und erfolgreicher Defibrillation (1989 und 1999). Zustand nach Implantation eine Einkammerdefibrillators (Ventak Mini IV + AICD) 1999. Arterieller Hypertonus. Hypertriglyceridämie. Hyperurikämie. Sprunggelenksarthrose links nach Pilonfraktur links (1988). Knick-/Senk-/Spreizfüße beidseits. Depressive Episoden. Alkoholkrankheit (Epsilontyp). Nikotinabusus. Adipositas.

Eine organische Grundlage für die depressiven Episoden der Klägerin mit Alkoholmissbrauch sei nicht zu erkennen. Die Herzerkrankung, das Übergewicht und eine Verminderung der Lungenfunktion (u.a. bei Nikotinabusus) führten zu einer allgemeinen Minderung ihrer körperlichen Belastbarkeit. Die Angst vor einem erneuten Ereignis auf Grund der Herzrhythmusstörungen stelle trotz des eingebauten Defibrillators eine Belastung dar und habe Krankheitswert. Der aktuelle Zustand der Alkoholkrankheit schränke die Funktions- und Belastungsfähigkeit des Gesamtorganismus nicht sicher ein. Auf Grund der allgemeinen Belastbarkeitsminderung seien Tätigkeiten nur im Sitzen oder nur in wechselnder Körperhaltung unter Vermeidung von Zwangshaltungen geeignet. Zu vermeiden seien Arbeiten über Kopf und über längere Zeit in gebückter Haltung oder mit einem schweren Heben oder Tragen. Auf Grund der allgemeinen geistigen Struktur und depressiven Phasen seien nur Tätigkeiten mit geringer geistiger Belastung, ohne Daueraufmerksamkeit und Verantwortung für die Sicherheit anderer geeignet. Wegen der Herzrhythmusstörungen und der möglichen einsetzenden Bewusstlosigkeit sei es nicht vertretbar, dass die Klägerin an Maschinen mit besonderer Verletzungsgefahr, auf Leitern oder Gerüsten, mit Verantwortung für andere oder im Bereich von Magnetfeldern arbeite. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne sie noch im Rahmen der üblichen Arbeitszeit sieben bis acht Stunden arbeiten; so komme sie auch mit ihrer Arbeit in der ABM mit einer 36-Stunden-Woche zurecht. Auf Grund der schweren schmerzhaften Sprunggelenksarthrose links erscheine nur eine Gehstrecke der Klägerin von viermal täglich höchstens 200 Metern zumutbar. Diese Einschränkung bestehe seit 1988. Wegen der Herzrhythmusstörungen sollte der Klägerin weder das Führen eines Kfz noch das Fahrradfahren gestattet sein. Es bestünden keine Einschränkungen für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln.

Die Beklagte verpflichtete sich daraufhin im Rahmen eines vor dem Sozialgericht Stendal am 23. April 2002 geschlossenen Vergleichs, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Leistungsfall am 30. März 2002 ab dem 1. Oktober 2002 bis voraussichtlich zum 30. September 2004 nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren, und führte diesen Vergleich mit Bescheid vom 20. September 2002 aus. Die Klägerin war dann noch vom 1. Mai bis zum 30. September 2002 als Tischlerhelferin in Jahrstedt im Rahmen einer Verlängerung ihrer ABM mit einem Bruttoarbeitsentgelt in Höhe von 989,86 EUR monatlich tätig. Sie kündigte die ABM "auf Grund gesundheitlicher Probleme" und des "bevorstehenden Bezugs von EU-Rente ab Oktober 02 zum 30.09.02".

Die Klägerin stellte am 10. Juni 2004 den dem vorliegenden Streitverfahren zugrunde liegenden Weitergewährungsantrag. Auf Grund des von ihrem Ehemann erzielten Einkommens erhielt die Klägerin nach Wegfall der Rente keine Sozialleistungen. Seit dem 1. März 2010 bezieht sie Altersrente für schwerbehinderte Menschen (Bescheid vom 23. Februar 2010).

Die Beklagte zog zunächst die Unterlagen aus dem vorangegangen Rentenverfahren bei. Sie holte einen Befundbericht von dem Facharzt für Innere Medizin Dr. K. vom 11. Juni 2004 ein, der angab, die Klägerin leide unter einer Luftnot nach Belastung, teilweise mit Anginapectoris-Beschwerden. Die Beklagte holte ein Gutachten von dem Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie/Spezielle Schmerztherapie Dipl.-Med. H. vom 23. August 2004 ein. Die Klägerin, die sich nicht in laufender orthopädischer Betreuung befinde, habe über ständige und im Laufe des Tages zunehmende Fußbeschwerden links geklagt. Sie sei nach ihren Angaben nicht in der Lage, zu stehen und weit zu gehen; ihre beschwerdefreie Gehstrecke betrage 50 Meter. Das Gangbild im Untersuchungszimmer sei kurzschrittig und unauffällig gewesen. Als Diagnosen bestünden eine ausgeprägte posttraumatische Arthrose im oberen Sprunggelenk links und blande rezidivierende funktionelle Lumbalbeschwerden. In Bewertung der erhobenen klinischen, röntgenologischen und funktionellen Beschwerden müsse eine deutliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiv erhobenen Befunden festgestellt werden. Die Klägerin könne leidensgerecht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Sitzen vollschichtig erbringen. Sie könne auch viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern in 20 Minuten zurücklegen. Bei einer Versorgung der mit orthopädischen Schuhen sei auch ihr vollschichtiger Einsatz als Reinigungskraft möglich.

Die Beklagte lehnte den Weitergewährungsantrag der Klägerin mit Bescheid vom 1. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Dezember 2004 ab. Die Klägerin sei noch fähig, sechs Stunden und mehr leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung, überwiegend im Sitzen, ohne starken Zeitdruck (z.B. Akkord), Wechsel-/Nachtschicht, häufiges Klettern und Steigen, erhöhte Unfallgefahr (z.B. Absturzgefahr, ungesicherte Maschinen) oder Nähe zu elektromagnetischen Feldern unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr täglich zu verrichten.

Mit ihrer am 27. Januar 2005 bei dem Sozialgericht Stendal erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiterverfolgt. Ein Anspruch auf Weiterzahlung der Rente ergebe sich bereits daraus, dass ihre gesundheitliche Situation dieselbe sei wie im Zeitpunkt der Gewährung der befristeten Rente. Zumindest sei der Arbeitsmarkt für sie verschlossen.

Das Sozialgericht hat zunächst durch Einholung von Befundberichten von Dr. K. vom 5. März 2005 und von Dr. R. vom 4. März 2005 emittelt. Dr. K. hat angegeben, die Klägerin habe Beschwerden in Form einer Herzbeklemmung, Luftnot nach Belastung und Erschöpfung angegeben. Die Befunde hätten sich verschlechtert mit einer hinzugetretenen Niereninsuffizienz und Hyperurikämie/Gicht. Dr. R. hat angegeben, die Klägerin habe (bei einer letzten Konsultation in dieser Praxis am 29. April 2004) über ständige Schmerzen im Bereich des linken Sprunggelenks geklagt; längeres Gehen bzw. ständges Stehen sei ihr nicht möglich.

Das Sozialgericht hat eine Arbeitgeberauskunft der Agrarhandel M. GmbH vom 3. Mai 2005 und sodann ein Gutachten von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. vom 2. September 2005 eingeholt. Nach Angaben der Klägerin habe der Defibrillator in den sechs Jahren einmal angeschlagen; sie habe immer ´mal wieder solche Stiche und dann Angst und Herzrasen. Nach Benutzung des Nitrosprays trete nach zehn Minuten wieder Ruhe ein. Sie habe auch (wetterabhängig) starke Beschwerden am linken Fuß. Sie könne nicht auftreten. Manchmal sei der Fuß dreimal so dick wie normal und sie knicke weg. Auch wenn sie länger auf den Beinen sei, werde es schlimmer; sie könne höchstens

500 Meter gehen. Sie beabsichtige, sich demnächst orthopädische Schuhe zuzulegen. Sie sei jetzt weniger von Depressionen als von Ängsten wegen des Geldes, der Arbeit und der Zukunft betroffen. Alkohol konsumiere sie jetzt nur noch bei Feiern. In sechswöchigem Abstand nehme sie nervenärztliche Behandlung in Anspruch. Eine ganz wesentliche Bereicherung seien die im oberen Geschoss ihres Hauses wohnenden Enkelkinder, um die sie sich kümmere. Sie stehe morgens um 7 Uhr auf und gehe dann hoch und gucke nach den Enkelkindern. Am Tag vor der Untersuchung habe sie die Kinder dann zum Kindergarten gebracht und dann mit ihrem Ehemann gefrühstückt. Nach dem Mittagsschlaf habe sie die Kinder dann wieder abgeholt. Die Kinder hätten dann im Garten gespielt, sie habe sie gebadet. Abends seien sie eingeladen gewesen. Dies sei ein üblicher Tagesablauf. Am auf die Untersuchung folgenden Wochenende werde sei mit den Kindern zu einem Fest in den Nachbarort gehen, während ihr Ehemann in den Wald gehe, um Holz für die Heizung zu machen.

Die Klägerin habe sich bei der Untersuchung in einem guten, aber deutlich übergewichtigen Zustand befunden (1,58 m/102 kg). Sie habe normales Schuhwerk getragen (leichte Sommerschuhe). Das Fußgelenk linksseitig sei etwas deformiert ohne Bewegungsschmerz. Die Umfangmaße der Unterschenkelmuskulatur seien seitengleich. Der Gang sei etwas schaukelnd mit einer verkürzten Belastungsphase des linken Beines. Jeweils mit verkürzter Belastungsphase des linken Beines und alternierendem Vorsetzen erfolge das Treppaufgehen zügig, das Treppabgehen mit leichter Seitstellung des Körpers. Der Zehengang sei links gegenüber rechts deutlich erschwert, der Hackengang ebenfalls links mühsamer als rechts. Von Seiten des neurologischen wie auch des psychiatrischen Fachgebiets ergäben die Untersuchungsbefunde keine leistungsrelevanten Abweichungen. Als Gesundheitsstörungen lägen bei der Klägerin eine extreme Übergewichtigkeit vor. Das Leistungsvermögen der Klägerin sei ausreichend für eine vollschichtige Verrichtung von leichten bis mittelschweren Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten. Auf Grund des Übergewichts bestehe eine verringerte Belastbarkeit des Bewegungsapparats mit Einschränkungen gelenk- und wirbelsäulenbedingter Bewegungsabläufe. Ausgeschlossen seien Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von schweren Lasten, Zwangshaltungen und ständige Überkopfarbeiten. Die Auswirkungen der Sprunggelenkserkrankung seien aus Sicht des orthopädischen oder chirurgischen, die Auswirkungen der Herzerkrankung aus Sicht des internistischen Fachgebiets abschließend zu würdigen. Aus Sicht des neurologischpsychiatrischen Fachgebiets sei die Klägerin auch in der Lage, viermal täglich mindestens 500 Meter zurückzulegen. Die Ausführungen von Dipl.-Med. H. in seinem Gutachten vom 23. August 2004 seien schlüssig. Die in dem internistischen Gutachten von Dr. L. vom 7. März 2002 formulierte Wegstreckeneinschränkung könne nicht ohne weiteres nachvollzogen werden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 24. Februar 2006 abgewiesen. Die Klägerin sei über den 30. September 2004 hinaus weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Sie sei noch in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig auszuüben. Nicht zumutbar seien ihr Tätigkeiten mit ständigem/häufigem Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten, Zwangshaltungen und ständige Überkopfarbeiten. Aus dem Gutachten von Dipl.-Med. H. gehe hinreichend deutlich hervor, dass nach September 2004 keine Einschränkung der Fähigkeit der Klägerin, viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern in 20 Minuten zurückzulegen, bestehe. Das Gericht habe sich deshalb nicht gedrängt sehen müssen, den Sachverhalt von Amts wegen weiter aufzuklären.

Die Klägerin hat gegen den ihr am 2. März 2006 zugestellten Gerichtsbescheid am 24. März 2006 Berufung bei dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Das Sozialgericht habe versäumt, ein aktuelles orthopädisches Gutachten einzuholen. Unberücksichtigt geblieben sei u.a. ihre Gichterkrankung. Sie sei nicht mehr in der Lage, regelmäßig zu arbeiten. Zumindest sei der Arbeitsmarkt für sie verschlossen, weil sie nicht in der Lage sei, eine Wegstrecke von viermal 500 Metern am Tag in angemessener Zeit zurückzulegen. Nach der erstinstanzlichen Entscheidung hätten sich ihre Schmerzen im linken Sprunggelenk verstärkt, sodass sie eine Versteifungsoperation zunächst am 12. Dezember 2006 habe durchführen lassen wollen, die dann auf Grund der instabilen Narbe an der Unterschenkelvorderseite bzw. einer das Blut verdünnenden Medikation erst am 2. April 2007 habe durchgeführt werden können. Sie habe nun auch Wasser in der Lunge.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 24. Februar 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 1. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Dezember 2004 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr vom 1. November 2007 bis zum 28. Februar 2010 Rente wegen Erwerbsminderung zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Der Senat hat zunächst einen Befundbericht von Dr. R. vom 10. Januar 2007 eingeholt, bei dem sich die Klägerin zuletzt am 19. Juli 2006 vorgestellt hatte. Er hat angegeben, eine erhebliche Verschlechterung der schweren posttraumatischen Arthrose des oberen Sprunggelenks links seit 2001 festgestellt zu haben. Dr. K. hat in seinem Befundbericht vom 12. Januar 2007 von einer Verschlimmerung des Diabetes und der Omarthrose und einer Verbesserung der Zeichen einer Niereninsuffizienz berichtet. Nach dem Befundbericht des Johanniter-Krankenhauses in S. vom 11. Januar 2007 hat sich die Versorgung der Klägerin mit einem Einkammer-Defibrillator problemlos gestaltet. Aus dem Befundbericht des Fachärztlichen Zentrums am Altmark-Klinikum G. vom 11. Januar 2007 geht ein Sturz der Klägerin vom Fahrrad Ende des Jahres 2006 hervor, durch den eine Einschränkung der Beweglichkeit entstanden sei. Der Klägerin sei der Schürzen- und Nackengriff nicht mehr möglich gewesen. Die ca. 1,6 cm große Ulceration im Narbenbereich des linken Unterschenkels sei bei Abschluss der Behandlung am 29. November 2006 vollständig ausgeheilt gewesen.

Die Klägerin hat dem Senat den Arztbrief der Orthopädischen Klinik der Universitätsklinik M. vom 19. April 2007 über die dort im Rahmen einer stationären Behandlung vom 2. bis zum 20. April 2007 durchgeführte Arthrodese links am oberen und unteren Sprungelenk (am 10. April 2007 mit Versanail 10mm x 20 cm) übersandt. Eine Mobilisierung der Klägerin sei primär an Unterarmgehstützen unter Entlastung erfolgt. Im Rahmen eines von dem Senat eingeholten Befundberichts vom 3. September 2007 hat der Stationsarzt Dr. J. über die weitere stationäre Behandlung der Klägerin in der vorgenannten Einrichtung berichtet. Eine Dynamisierung der Verriegelungsschraube sei am 3. August 2007 erfolgt. Die Befunde hätten sich deutlich verbessert, die Behandlung sei jedoch noch nicht vollständig abgeschlossen. Es

bestünden weiterhin leichte Wundheilungsstörungen. Lockerungs- oder Entzündungszeichen seien nicht vorhanden.

Die Klägerin hat der Einschätzung einer Verbesserung mit Schriftsatz vom 16. Oktober 2007 widersprochen. In Rückschau hätte sie sich der Versteifungsoperation auf Grund der damit verbundenen Schmerzen nicht unterziehen sollen. Sie könne ohne Gehstütze nur auf ebener Erde in der Wohnung laufen, wobei sie sich auf Möbel stützen müsse. Im Übrigen benötige sie eine Gehstütze, habe aber auch bei einer Teilbelastung Schmerzen. Auf Grund einer Schwellung passe der orthopädische Schuh nicht. Ihre maximale Gehstrecke betrage 50 Meter. Sie habe auch nachts Schmerzen, müsse Stützstrümpfe tragen und die Beine häufig hochlegen. In einem Schriftsatz vom 25. Oktober 2007 hat sie den Senat über eine akute Verschlimmerung des Befundes unterrichtet.

Dr. R. hat in einem daraufhin von ihm angeforderten weiteren Befundbericht vom 24. Oktober 2007 angegeben, über den jetzigen Zustand nicht informiert zu sein.

Der Senat hat sodann ein Gutachten von dem Facharzt für Orthopädie/Sportmedizin/ Chirotherapie/Physikalische Therapie Dr. S. eingeholt, der zunächst einen ersten Teil des Gutachtens unter dem 24. September 2008 auf der Grundlage einer Untersuchung am Vortag erstellt hat. Die Klägerin habe von einer ständigen Schwellung des linken Beines mit einer weiteren Verschlechterung und Schmerzzunahme nach der Operation berichtet. Die ihr mögliche maximale Gehstrecke betrage 50 Meter. Danach müsse sie anhalten und sich ausruhen. Sie gehe nur noch an Unterarmgehstützen. Als Medikation nehme sie regelmäßig ein: Beloc-Zok, Enahexal und Monoclair 100, Disalunil, Locol, Godamed und Allopurinol 300.

Bei der Untersuchung habe sich die Klägerin in einem ausreichenden Allgemein- und stark adipösen Ernährungszustand (1,60 m/105 kg) befunden. Beim Gang zum Arztzimmer auf ebener Erde und beim Barfußgang habe sich ein deutliches Schonhinken linksseitig bei aufgehobener Abrollfunktion des linken Fußes an zwei Unterarmgehstützen gezeigt. Zehenspitzen- und Fersengang seien linksseitig nach aufgehobener Beweglichkeit des oberen und unteren Sprunggelenks duch die Versteifung nicht möglich gewesen. Beide Beine seien voll belastet worden. An den unteren Extremitäten hätten sich beidseits im Wesentlichen gerade Beinachsen bei ausgeprägter Adipositas mit Umfangsvermehrung des gesamten linken Beines gegenüber rechts und einer deutlichen Varicosis gezeigt. Am linken Unterscheinkel fänden sich deutliche typische Hautveränderungen wie bei einem postthrombotischen Syndrom bei einem Zustand nach Ulcus cruris mit einer reizlosen Narbe. Auffällig sei eine leichte Hyperextensionsstellung der linken Großzehe seit der Versteifungsoperation. In der Röntgendiagnostik zeige sich eine Kalksalzminderung, aber kein Anhalt für frische knöcherne Verletzungen mit einer reizlosen Lage des retrograd eingebrachten Verriegelungsmarknagels. Das obere Sprunggelenk sei vollständig knöchern konsolidiert, das untere Sprunggelenk erscheine nicht komplett versteift. Neben einer Druckschmerzhaftigkeit finde sich eine deutliche Schwellung des Sprunggelenks mit typischen Zeichen eines postthrombotischen Syndroms. An die Kniegelenken bestehe ein Druckschmerz im Bereich des medialen Kniegelenkspalts beiderseits bei freier Beweglichkeit. Die Beweglichkeit an den unteren Extremitäten sei seitengleich intakt und an der rechten Schulter endgradig schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Bei der Klägerin lägen als Gesundheitsstörungen vor: Belastungs- und Ruheschmerzen mit Schwellung des linken Sprunggelenks bei Zustand nach Versteifung des linken oberen und unteren Sprunggelenks bei Zustand nach posttraumatischer Arthrose. Postthrombotisches Syndrom des linken Beines ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung. Rezidivierende Belastungsschmerzen in beiden Kniegelenken medialseitig bei leichter bis mäßiger Arthrose bei noch freier Beweglichkeit. Lumbalgie bei statischmuskulärer Insuffizienz und endgradig schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit bei radiologisch nachweisbaren beginnenden degenerativen Veränderungen ohne radikuläre Ausfallsymptomatik. Endgradige Bewegungsschmerzen der rechten Schulter bei beginnender Arthrose der rechten Schulter. Adipositas per magna. Anamnestische Hyperurikämie. Anamnestisch bestehender Hypertonus, medikamentös eingestellt. Zustand nach Defibrillatorimplantation bei ventrikulären Tachykardien und Zustand nach Kammerflimmern. Koronare Herzkrankheit und Zustand nach zweimaligem Herzinfarkt.

Im Vordergrund der von der Klägerin geklagten Beschwerden stünden die ständigen Belastungs- und Ruheschmerzen im linken Sprunggelenk. Durch die - komplikationslos verlaufene - Versteifungsoperation sei es nach Angaben der Klägerin zu einer weiteren Zunahme der Schmerzsymptomatik von Seiten des linken Sprunggelenks mit einer deutlich auf 50 Meter eingeschränkten Wegstrecke gekommen. Die nicht komplett erfolgte Versteifung des unteren Sprunggelenks könne möglicherweise die Ursache der Schmerzproblematik sein. Für die geklagten Beschwerden in den Kniegelenken finde sich kein organisches Korrelat. Die von der Klägerin vorgetragenen rezidivierenden Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne Ausstrahlung in die Beine und radikuläre Ausfallsymptomatik und die endgradigen Bewegungsschmerzen in der rechten Schulter seien auf eine statischmuskuläre Insuffizienz und beginnende degenerative Veränderungen zurückzuführen. Im psychiatrischen Befund hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Eine Aggravation habe nicht bestanden. Auffällig sei aber eine deutliche Diskrepanz zwischen den von der Klägerin vorgebrachten stärksten Beschwerden bei Belastung, aber auch in Ruhe im linken Sprunggelenk und der radiologisch nachweisbaren guten Stellung des Verriegelungsnagels mit kompletter Arthrodese des oberen Sprunggelenks. Um der Klägerin nicht Unrecht zu tun, halte der Sachverständige die Durchführung einer Computertomografie (CT) des linken unteren Sprunggelenks für unausweichlich. Wenn hier eine nicht ausreichende Versteifung erkennbar sei, könnte die Klägerin möglicherweise nicht mehr in der Lage sein, die Gehstrecke zur Arbeit zu bewältigen. Bis April 2007 seien der Klägerin leichte körperliche Tätigkeiten, vorwiegend im Sitzen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Zwangshaltungen, ohne Hocken, Knien und Bücken, unter Vermeidung von Kälte, Nässe und Zugluft vollschichtig möglich und es sei ihr auch eine Gehstrecke von 500 Metern am Stück in 20 Minuten zumutbar gewesen.

Nachfolgend ist nach den Angaben der Klägerin in ihrem Schriftsatz vom 24. März 2009 eine medikamentöse Schmerztherapie aufgenommen worden. Eine weitere Operation am Sprunggelenk lehne sie ab. Die Anfertigung einer CT sei von den sie behandelnden Ärzten als Teil der Behandlung nicht für notwendig erachtet worden.

Im Rahmen der Beweiserhebung durch den Senat hat sodann Dr. S. am 6. Mai 2009 die CT-Bilder von dem Arzt für Diagnostische Radiologie Dr. S. anfertigen lassen. In seinem Befund vom 6. Mai 2009 hat Dr. S. ausgeführt, die Gaseinschlüsse in den nicht knöchern überbrückten subtotalen Gelenken (posterior und medial) bewiesen als Vakuumphänomen die Restbeweglichkeit und die anhaltende Belastung in den subtotalen Gelenken. Hier sei die Arthrodese hinsichtlich des unteren Sprunggelenks erfolglos geblieben. Dazu passend lägen im Calcaneus ein lockerungsbedingter Spalt in der Umgebung des Verriegelungsnagels, sekundäre Ossifikationen in der plantarseitigen Umgebung, die den Verriegelungsnagel partiell einschlössen, und die ausgeprägte Sklerose vor, die als reaktive Veränderung bei unvollständiger Fixierung des Nagels zu bewerten sei. Dr. S. hat im zweiten Teil seines Gutachtens vom 9. Mai 2009 ausgeführt, durch den CT-Befund seien eine unvollständige Versteifung des linken unteren Sprunggelenks der Klägerin und eine ausgeprägte Arthrose in diesem Bereich belegt. Deshalb

sei die von der Klägerin geklagte starke Schmerzsymptomatik bei Belastung, aber auch in Ruhe im Sprunggelenk mit deutlich eingeschränkter Gehstrecke auf unter 100 Meter glaubhaft. Aus diesem Grund sei von einer aufgehobenen Leistungsfähigkeit auch für leichte körperliche Tätigkeiten ab April 2007 auszugehen. Als weiteres therapeutisches Vorgehen seien eine erneute Operation des linken Sprunggelenks unumgänglich und über die Versorgung mit einem orthopädischen Schuh zur Stabilisierung des unteren Sprunggelenks nachzudenken.

Die Beklagte hat sich dieser Leistungseinschätzung nicht angeschlossen und zur Begründung auf eine Stellungnahme ihrer Prüf-/Gutachterärztin - Sozialmedizin - Dr. K. vom 17. August 2009 verwiesen. Unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten sei die Leistungseinschätzung von Dr. S. in seinem zweiten Gutachten nicht nachvollziehbar. Die Beweglichkeit sei im oberen und unteren Sprunggelenk der Klägerin aufgehoben. Eine Überwärmung als Zeichen einer Entzündungsaktivität, Hinweise auf eine schonungsbedingte muskuläre Atrophie oder eine Schmerzmittelmedikation seien in den Gutachten nicht dokumentiert. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei beeinträchtigt; die Befunde ließen jedoch nicht ausreichend erkennen, dass sie eine Gehstrecke von viermal 500 Metern täglich in 20 Minuten unter Nutzung von Hilfsmitteln (Unterarmstütze, adäquates orthopädisches Schuhwerk) nicht zurücklegen könne.

Die Klägerin hat die von der Beklagten akzeptierte vergleichsweise Beendigung des Rechtsstreits auf der Grundlage eines Leistungsfalles der vollen Erwerbsminderung am 23. September 2008 abgelehnt und die Einholung eines Gutachtens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von dem Facharzt für Chirurgie/Notfallmedizin MR Doz. Dr. sc. med. Müller beantragt. Dieser hat in seinem daraufhin vom Senat eingeholten Gutachten vom 25. Mai 2010 ausgeführt, die Klägerin befinde sich in einem altersgerechten Allgemein- und adipösen Ernährungszustand. Die Haltung sei aufrecht, das Gangbild massiv links hinkend, das Schrittmaß nicht raumgreifend. Die Klägerin benutze eine Unterarmgehstütze. An den Sprunggelenken fänden sich reizlose Narben, die oberen Sprunggelenke seien beiderseits aktiv und passiv frei beweglich. Es bestünden Wackelbewegungen im linken oberen und unteren Sprunggelenk bei einer nicht vollständig erzielten operativen Versteifung. An der erste Zehe links liege eine Fehlstellung nach oben vor. Das Gutachten sei auf der Grundlage der Röntgenaufnahmen der LWS in zwei Ebenen, der Beckenübersicht, der rechten Schulter, beider Kniegelenke sowie des linken Sprunggelenks vom 23. September 2008 erstellt worden. Bei der Klägerin bestünden folgende Gesundheitsstörungen, die ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigten: Hochgradige Funktionsbeeinträchtigung des linken Fußes nach Pilontibiafraktur und operativem Versteifungsversuch des oberen und unteren Sprunggelenks. Die Versteifung (Arthrodese) sei nicht vollständig. Engesyndrom des rechten Schultergelenks mit konzentrischer Einsteifung der Beweglichkeit in allen Richtungen. Umformender Verschleiß in beiden Kniegelenken mit Belastungsschmerz. Z.n. zweimaligem Herzinfarkt mit belastungsabhängiger Atemnot und Implantation eines Defibrillators. Lymphödem linker Unterschenkel. Übergewichtigkeit.

Die von der Klägerin angegebenen Beschwerden könnten anhand der erhobenen Befunde nachvollzogen werden. Sie könne noch sechs Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten im regelmäßigen Wechsel der Haltungsarten - mit einem Anteil sitzender Tätigkeit von mindestens 80 Prozent - verrichten. Zu vermeiden seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen, mit häufgem Bücken oder Knien sowie häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel. Für Bewegungen, die einen Einsatz der Hände über Kopf erforderten, sei der rechte Arm der Klägerin nicht gebrauchsfähig. Temperaturschwankungen, Zugluft und Nässe seien wegen der umformenden Verschleißerkrankungen am Haltungs- und Bewegungsapparat, aber auch der durchgemachten Herzinfarkte sowie des Lymphstaus im linken Unterschenkel zu vermeiden. Die Klägerin solle überwiegend in geschlossenen Räumen arbeiten, ohne Einwirkung von Staub, Gas, Dampf oder Rauch. Arbeiten an laufenden Maschinen, auf Gerüsten oder Leitern, unter Zeitdruck, im Akkord oder am Fließband und Schichtarbeit könne sie nicht, leichte Sortier- oder Büroarbeiten könne sie durchführen. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei eindeutig nicht mehr ausreichend gegeben. Sie könne nicht mehr ohne unzumutbare Beschwerden und ohne längere Pausen eine Gehstrecke von 500 Metern zurücklegen. Die nicht mehr vorhandene vollständige Wegefähigkeit resultiere aus der Summation der Gesundheitsstörungen. In Zusammenschau aller Gesundheitsstörungen, die sich auf die Wegefähigkeit auswirkten (herzbedingte Luftnot, Schmerz in der LWS, Schmerz in den Kniegelenken bei umformendem Verschleiß, hochgradige Gebrauchsunfähigkeit des linken Fußes, Lymphstau linker Unterschenkel) betrage die Wegstrecke, welche die Klägerin maximal zusammenhängend ohne unzumutbare Schmerzen und ohne weitere Gefährdung ihrer Gesundheit zurücklegen könne, nachvollziehbar zwischen 50 und 100 Metern. Für eine Wegstrecke von 500 Metern benötige sie mit jeweils längeren Pausen nach etwa 50 bis 100 Metern zwischen 30 und 35 Minuten. Die Klägerin könne noch öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Da die Regionen einer hochgradigen Destruktion mit ausgeprägtem umformenden Verschleiß unterlägen, bereite jede Wackelbewegung einen massiven Arthroseschmerz. Diesbezüglich habe er nach den Angaben der Klägerin keinerlei Zweifel. Die festgestellte Minderung der Leistungsfähigkeit, insbesondere unter Bezug auf die Wegefähigkeit, bestehe seit der erstmaligen Gewährung der Rente im Jahr 2002, da ein erkennbarer Befundwandel nicht stattgefunden habe und der Versuch der Versteifung des Sprunggelenks nicht vollständig im Sinne der beabsichtigten Schmerzlimitierung gelungen sei. Eine relevante Änderung habe sich insoweit seit dem Jahr 2002 nicht mehr vollzogen.

Diesem Gutachten hat sich die Beklagte unter Bezugnahme auf eine prüfärztliche Stellungnahme von Dr. K. vom 25. Juni 2010 in Bezug auf das festgestellte quantitative Leistungsvermögen der Klägerin angeschlossen. Aus der objektiven Befundlage könne aber weiterhin nicht hinreichend sicher abgeleitet werden, dass die Klägerin Gehstrecken von etwas mehr als 500 Metern in bis zu 20 Minuten täglich unter Nutzung von Hilfsmitteln (Unterarmstütze, versteifendes Schuhwerk) nicht zurücklegen könne.

Die Beklagte hat nachfolgend auf Anfrage des Berichterstatters mitgeteilt, das Angebot einer Erledigung des Rechtsstreits im Rahmen eines Vergleichs mit Beginn einer Rente wegen vollen Erwerbsminderung am 1. April 2009 zu wiederholen. Die Klägerin hat erklärt, weiterhin eine Rentenbewilligung auf Grund einer seit April 2007 aufgehobenen Leistungsfähigkeit zu verfolgen.

Der Senat hat die Klägerin im Rahmen der mündlichen Verhandlung zu ihrer ABM in Jahrstedt im Jahr 2002 und zu ihrem Tagesablauf seit dieser Zeit befragt. Bezüglich der Einlassungen der Klägerin wird auf das Protokoll der öffentlichen Sitzung vom 12. August 2010, Bl. 424 Bd. III der Gerichtsakte, Bezug genommen.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird im Übrigen auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

: Die Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Bewilligung einer Rente voller wegen Erwerbsminderung für die Zeit vom 1. November 2007 bis zum 28. Februar 2010. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist, soweit er von der Klägerin noch angefochten wird, rechtmäßig und verletzt sie deshalb nicht in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG).

Gemäß § 43 Abs. 2 SGB VI haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Voll erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI 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. Erwerbsgemindert ist nach § 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.

Die Klägerin ist in dem noch streitigen Zeitraum nicht erwerbsgemindert in diesem Sinne gewesen. Sie ist in der Zeit vom 1. April 2007 bis zum 28. Februar 2010 noch in der Lage gewesen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr täglich leichte körperliche Arbeiten im regelmäßigen Wechsel der Haltungsarten - mit einem Anteil sitzender Tätigkeit von mindestens 80 Prozent - in geschlossenen Räumen zu verrichten. Zu vermeiden gewesen sind Tätigkeiten in Zwangshaltungen, mit häufigem Bücken oder Knien sowie häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel. Für Bewegungen, die einen Einsatz der Hände über Kopf erforderten, ist der rechte Arm der Klägerin nicht gebrauchsfähig gewesen. Zu vermeiden gewesen sind Arbeiten mit Temperaturschwankungen, Zugluft und Nässe, Einwirkung von Staub, Gas, Dampf oder Rauch, Arbeiten an laufenden Maschinen, auf Gerüsten oder Leitern, unter Zeitdruck, im Akkord oder am Fließband und Schichtarbeit. Ausgeschlossen werden sollten auch Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, an Maschinen mit besonderer Verletzungsgefahr oder mit einer Verantwortung für andere Menschen. Im Übrigen hat eine volle Gebrauchsfähigkeit der Hände bestanden; die geistigen Fähigkeiten der Klägerin sowie ihr Seh- und Hörvermögen haben durchschnittlichen Anforderungen genügt.

Dieses Leistungsbild ergibt sich aus den Feststellungen im Gutachten von Doz. Dr. sc. med. M. vom 25. Mai 2010. Dieser hat zuletzt auf ein im Wesentlichen unverändertes Leistungsbild der Klägerin seit dem Jahr 2002 verwiesen. Der Senat hat damit für den hier maßgebenden Zeitraum ergänzend auch auf die Feststellungen in den Gutachten von Dipl.-Med. H. vom 23. August 2004 und von Dr. S. vom 2. September 2005 zurückgreifen können, die jeweils ein entsprechendes Leistungsbild bestätigen. Die Ausführungen von Dr. S. in dem zweiten Teil seines Gutachtens vom 9. Mai 2009 zu einem auch quantitativ geminderten Leistungsvermögen der Klägerin kann der Senat einer abschließenden Feststellung des Leistungsbildes der Klägerin nicht zugrunde legen, da sie durch das Gutachten von Doz. Dr. M. in Frage gestellt worden sind. Die Feststellung von Dr. L. hält der Senat nur insoweit für eine tragfähige Grundlage für eine Leistungseinschätzung, soweit sie sich auf Diagnosen und daraus resultierende Leistungsparameter auf seinem (d.h. dem internistischen) Fachgebiet beziehen.

Bei der Klägerin liegen Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet in Form eines Zustands nach zweimaligem Herzinfarkt mit belastungsabhängiger Atemnot vor. Die Klägerin ist bereits nach ihren eigenen Angaben mit dem implantierten Defibrillator und der medikamentösen Therapie insoweit ausreichend versorgt, um ihr Leistungsvermögen für leichte Arbeiten nicht quantitativ einzuschränken. Aus dem kurz vor dem hier maßgebenden Leistungszeitraum erstellten Bericht des Johanniter-Krankenhauses in S. vom 11. Januar 2007 ergibt sich ein gutes Ansprechen der Klägerin auf den implantierten Einkammer-Defibrillator. Auch die von den Sachverständigen gemessenen Werte stehen einer täglich sechsstündigen überwiegend im Sitzen zu verrichtenden Arbeit ohne besondere Belastungen nicht entgegen. Den körperlichen Einschränkungen der Klägerin durch ihr erhebliches Übergewicht und das Ödem am linken Unterschenkel wird im Rahmen dieses Leistungsbildes hinreichend Rechnung getragen. Nachvollziehbar haben die Sachverständigen, zuletzt Doz. Dr. M. in seinem Gutachten vom 25. Mai 2010, auch die Vermeidung inhalativer Belastungen und ungünstiger Temperatur- und Witterungsbedingungen für erforderlich gehalten. Der Senat berücksichtigt auch die von Dr. L. in seinem Gutachten vom 7. März 2002 - wohl vor dem Hintergrund der Defibrillatorversorgung - geforderte Vermeidung von Arbeiten im Bereich von Magnetfeldern, an Maschinen mit besonderer Verletzungsgefahr und einer Verantwortung für andere Menschen.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet die Klägerin im Bereich von LWS, Schultern und Knien an degenerativen Veränderungen, die aber nicht zu weitergehenden Einschränkungen im Hinblick auf das Leistungsvermögen führen, als solche bereits auf Grund der Erkrankungen auf internistischem Fachgebiet zu berücksichtigen sind. Für die Gichterkrankung der Klägerin sind keine im orthopädischen Befund zu berücksichtigenden Bewegungsbeeinträchtigungen dokumentiert. Der Zustand am linken Sprunggelenk und Fuß der Klägerin steht einer überwiegend sitzenden Tätigkeit vom funktionalen Aspekt her nicht entgegen. Der Gebrauch einer Gehstütze und stützenden orthopädischen Schuhwerks ist für ein gelegentliches Stehen und Gehen während der Arbeit zumutbar. Kürzere Wegstrecken im Arbeitsbereich kann die Klägerin unter Zuhilfenahmen solcher Hilfsmittel bereits nach ihren eigenen Angaben zurücklegen.

Im Hinblick auf die Leistungseinschränkungen aus Sicht des neurologischpsychiatrischen Fachgebiets hat der Senat eine Alkoholkrankheit für den hier maßgebenden Leistungszeitraum nicht berücksichtigt. Dem Alkoholismus vom Epsilontyp nach Jellinek ("Quartalstrinker"), den Dr. L. im Rahmen der Diagnosestellung angegeben hat, wird vom Senat der Krankheitswert nicht abgesprochen. In keinem der Gutachten, die dem Senat vorliegen, ist jedoch eine akute Phase dieser Erkrankung dokumentiert. Das entspricht auch dem phasenweisen Charakter dieser Art der Alkoholkrankheit, die mit einer Abstinenz über lange Zeiträume einhergehen kann (vgl. z.B. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl. 2007, zum Stichwort "Alkoholkrankheit"). Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 2. September 2005 erheblich leistungsmindernde Krankheitsbefunde auf neurolgischem und psychiatrischem Fachgebiet ausgeschlossen.

Es kann offen bleiben, ob die von der Klägerin geklagten Schmerzen bei Belastung vorrangig von Seiten des orthopädischen oder psychiatrischen Fachgebiets zu würdigen sind. Ein quantitativ gemindertes Leistungsvermögen hat unter diesem Gesichtspunkt nur Dr. S. im seinem unter dem 9. Mai 2009 erstellten zweiten Teil seines Gutachtens angenommen. Dem stehen aber die Einschätzungen sämtlicher anderen Sachverständigen entgegen. Insoweit ist im Übrigen zu berücksichtigen, dass Schmerzen subjektiv unterschiedlich empfunden werden. Damit haben die Angaben des Untersuchten hier - neben den körperlichen Untersuchungsbefunden und dem Ergebnis der bildgebenden Verfahren - eine eigenständige Bedeutung. Der Senat sieht es insoweit auf der Grundlage des Gesamtergebnisses der Ermittlungen nicht als erwiesen an, dass bei der Klägerin im hier maßgebenden Zeitraum das quantitative Leistungsvermögen regelmäßig auf unter sechs Stunden täglich gesunken war. Denn er kann nicht außer Acht lassen, dass mehrere Sachverständige eine deutliche Diskrepanz zwischen den von der Klägerin angegebenen Schmerzen und den messbaren und röntgenologisch dokumentierten Befunden

angegeben haben. Entsprechende Ausführungen enthält sowohl das Gutachten von Dipl.-Med. H. vom 23. August 2004 als auch der von Dr. S. unter dem 24. September 2008 erstellte erste Teil seines Gutachtens in Bezug auf die von der Klägerin angegebenen Kniebeschwerden. Der Senat hat deshalb auch zu prüfen gehabt, ob die Angaben der Klägerin ohne weiteres einer Leistungseinschätzung zugrunde gelegt werden können. Insoweit ist der Senat nicht zu dem Ergebnis gelangt, dass dies uneingeschränkt möglich ist. Unklarheiten ergeben sich in Bezug auf die Schmerzbeeinträchtigung unter mehreren Gesichtspunkten. So hat die Klägerin während des hier maßgebenden Zeitraums im Einzelnen zu der von ihr eingenommenen Medikation befragt, gegenüber Dr. S. angegeben, Beloc-Zok, Enahexal und Monoclair 100 (jeweils Arzneimittel bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen), Disalunil (ein Arzneimittel zur Wasserausscheidung), Locol (ein Arzneimittel zur Senkung des Blutfettspiegels), Godamed (ein Arzneimittel zur Hemmung der Blutgerinnung) und Allopurinol 300 (ein Arzneimittel zur Senkung des Harnsäurespiegels) einzunehmen. Für die Behandlung von Schmerzen verordnete Arzneimittel fehlen hier. Die Klägerin hat auch gegenüber dem Senat in der mündlichen Verhandlung angegeben, Schmerzmittel nur "nach Bedarf" eingenommen zu haben. Die bei dem von der Klägerin geklagten Dauerschmerz auch in Ruhe nahe liegende Schmerzmedikation ist als Therapieversuch erst in ihrem Schriftsatz 24. März 2009 mitgeteilt. Zu berücksichtigen sind die Ausführungen von Doz. Dr. M., dass bei der Klägerin ein im Wesentlichen seit dem Jahr 2002 unveränderter Zustand vorliegt, der sich durch die Operation im April 2007 zwar nicht verbessert, aber auch nicht verschlechtert haben könne. Damit kann auch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Klägerin nach dem der ersten Rentengewährung zugrunde gelegten Leistungsfall noch bis September 2002 im Umfang von 36 Stunden in einer ca. 7 km von zu Hause entfernten ABM gearbeitet hat und diese Tätigkeit taggenau erst mit Beginn der Rentenzahlung selbst beendet hat. Die Klägerin hat sich diese Tätigkeit also selbst zugetraut und hat diese nach den ihren im Gutachten von Dr. L. vom 7. März 2002 zeitnah wiedergegebenen Angaben auch gern verrichtet. Der von Dr. S. in seinem Gutachten vom 2. September 2005 wiedergegebene Lebensrhythmus der Klägerin entspricht ebenfalls nicht einem im Wesentlichen von Schmerzen bestimmten Tagesablauf.

Bei der Klägerin liegen auch keine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die trotz des Leistungsvermögens von mehr als sechs Stunden täglich zur Verschlossenheit des allgemeinen Arbeitsmarktes führen würden. Die Beklagte war daher nicht verpflichtet, einen konkreten Arbeitsplatz zu benennen. Das Restleistungsvermögen des Klägers reicht vielmehr noch für zumindest leichte körperliche Verrichtungen im Wechsel der drei Körperhaltungen wie z.B. Zureichen, Abnehmen, leichte Reinigungsarbeiten ohne Zwangshaltungen, Kleben, Sortieren, Verpacken und Zusammensetzen von Teilen aus (vgl. die Aufzählungen in dem Beschluss des Großen Senats (GS) des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Dezember 1996 - GS 2/95 - SozR 3-2600 § 44 Nr. 8 = BSGE 80, 24, 33 f.).

Auch liegt im Fall der Klägerin kein Seltenheits- oder Katalogfall vor, der zur Pflicht der Benennung eines konkreten Arbeitsplatzes führen würde (vgl. BSG, GS, a.a.O.,= S. 35). Der Arbeitsmarkt gilt unter anderem als verschlossen, wenn einem Versicherten die sog. Wegefähigkeit fehlt. Zur Erwerbsfähigkeit gehört auch das Vermögen, einen Arbeitsplatz aufsuchen zu können. Dabei ist nach der Rechtsprechung des BSG ein abstrakter Maßstab anzuwenden. Ein Katalogfall liegt nicht vor, soweit ein Versicherter täglich viermal Wegstrecken von mehr als 500 Metern mit einem zumutbaren Zeitaufwand von bis zu 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten unter Berücksichtigung aller ihm zur Verfügung stehender Mobilitätshilfen benutzen kann.

Allein die körperlichen Befunde begründen eine Unfähigkeit der Klägerin, seit April 2007 500 Meter - ggf. an Gehstützen - zu gehen, nicht. Es ist auch nicht erkennbar, dass sie selbst unter Schonung des linken Beines hierfür mehr als 20 Minuten benötigen würde, da sie bereits im April 2007 das Krankenhaus nach der Versteifungsoperation im Wesentlichen mobilisiert verlassen hat. Die von Doz. Dr. M. vorgenommene Zusammenschau der Beschwerden der Klägerin ist für den Senat nicht nachvollziehbar, da die von ihm berücksichtigten internistischen Beschwerden keinen Niederschlag in den vorangegangen Gutachten, insbesondere dem auf diesem Fachgebiet erstatteten Gutachten von Dr. L. gefunden haben. Eine Unzumutbarkeit der Wegstrecke könnte sich allein unter dem Gesichtspunkt der mit dem Gehen verbundenen Schmerzen ergeben. Auch insoweit hat der Senat nicht unberücksichtigt lassen können, dass Diskrepanzen zwischen der von der Klägerin angegebenen ihr möglichen Wegstrecken von 50 Metern und ihren tatsächlichen Verrichtungen seit dem Jahr 2002 nicht auszuräumen gewesen sind. Die Behauptung der Klägerin gegenüber den gerichtlichen Sachverständigen und Gutachtern, beschwerdefrei maximal 50 Meter und viermal 500 Meter täglich nicht zurücklegen zu können, hält der Senat deshalb nicht für glaubhaft. Denn die Klägerin hat bei ihrer Befragung durch den Senat bestätigt - wie bereits in dem Gutachten von Dr. S. vom 2. September 2005 widergegeben - ihre in den Jahren 2000 bzw. 2002 geborenen Enkel regelmäßig morgens in die Kinderbetreuung gebracht und nachmittags dort wieder abgeholt zu haben. Auf Befragung des Senats hat die Klägerin unter Vorlage des Stadtplanes und der Wegstreckenberechnung aus "Google Maps" durch Anzeige des Ortes der Kinderbetreuung bestätigt, dass es sich hierbei jeweils um Wegstrecken (einfach) von ca. 600 Metern handelte. Sie hat diese zudem mit einem Bollerwagen und zumindest zeitweise den darin fahrenden Enkeln bewältigt. Die Klägerin hat auch nicht abgestritten, gelegentlich (ohne nähere Konkretisierung) von zu Hause aus auch den Bus als Verkehrsmittel zu benutzen. Während sie dargelegt hat, die ca. 750 Meter von ihrer Wohnung entfernte Bushaltestelle mit dem Fahrrad erreichen zu können, ist offen geblieben, in welcher Weise sie ihren Transport nach dem Aussteigen aus dem Bus sichergestellt habe. Damit sind die zeitnah hierzu gegenüber Dipl.-Med. H. von der Klägerin gemachten Angaben zu einer "beschwerdefreien" Wegstrecke von 50 Metern nicht einer für den Rentenanspruch maßgebenden Reduzierung der möglichen Wegstrecke auf unter knapp über 500 Meter gleichzusetzen. Diese Einschätzung wird auch durch die Feststellungen in den Gutachten von Dipl.-Med. H. und Dr. S. bestätigt. Schließlich sind die Angaben der Klägerin damit keine valide Grundlage für die Einschätzung der Wegefähigkeit, die Dr. S. und Doz. Dr. M. vorgenommen haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor. Es handelt sich um eine Entscheidung auf gesicherter Rechtsgrundlage, ohne dass der Senat von einer Entscheidung der in § 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG genannten Gerichte abweicht.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-01