

L 4 R 1540/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 R 4235/08
Datum
24.02.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 1540/10
Datum
01.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 24. Februar 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Rente wegen Erwerbsminderung ab dem 21. Juli 2007.

Die am 1962 in der Türkei geborene Klägerin, die im Jahr 1977 in die Bundesrepublik Deutschland zuzog, erlernte keinen Beruf. Nach verschiedenen Hilfsarbeiten war sie von 1987 bis 1995 im familieneigenen Imbiss als Selbständige erwerbstätig. Vom 01. Juni 1995 an begann die Klägerin eine versicherungspflichtige Beschäftigung als Reinigungskraft im Klinikum Mannheim. Zum 27. Dezember 2006 wurde sie darin arbeitsunfähig krankgeschrieben. Vom 08. Februar 2007 bis zum 24. Juni 2008 bezog sie Krankengeld sowie ab 25. Juni 2008 ein Jahr lang Leistungen der Arbeitsförderung. Seit 25. Juni 2009 steht die Klägerin im Bezug von Arbeitslosengeld II.

Am 18. April 2007 stellte die Klägerin zunächst Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie fügte ihrem Antrag verschiedene medizinische Unterlagen, insbesondere ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg durch Dr. F. vom 19. April 2007 bei. Darin berichtete Dr. F. vom Vorliegen eines polytopen Schmerzsyndroms, einer Somatisierungsstörung sowie einer depressiven Entwicklung. Aufgrund körperlicher Beschwerden und wegen erheblicher Somatisierungstendenzen bei psychischer Überlagerung körperlicher Beschwerden sei bei der Klägerin das Leistungsvermögen auf unter drei Stunden pro Tag selbst für körperlich leichte Tätigkeiten eingeschränkt. Mit Bescheid vom 14. August 2007 bewilligte die Beklagte der Klägerin eine medizinische Reha-Maßnahme in der I.-Klinik S. a. I., an der diese in der Zeit vom 20. November 2007 bis 22. Januar 2008 teilnahm.

Entweder am 27. April 2007 oder am 21. Juli 2007 (Akten insoweit unklar) stellte die Klägerin zudem Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei der Beklagten. Sie gab an, sich seit 2004 aufgrund von Spannungskopfschmerz, Depressionen, Schmerzen an BWS, LWS und HWS, eines Fersensporns sowie von Arthrose an vielen Gelenken für erwerbsgemindert zu halten.

Die Beklagte zog bei der die Klägerin behandelnden Hausärztin Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin Dr. G.-Y. Arztbriefe vorwiegend aus den Jahren 2006 und 2007 sowie den Reha-Entlassungsbericht des Dr. L. vom 22. Januar 2008 bei und ließ diese durch ihren beratenden Arzt R. sozialmedizinisch auswerten (vgl. dessen Stellungnahme vom 25. Februar 2008). Arzt R. berichtete von einer zurückgebildeten depressiven Episode, einer teilgebesserten somatoformen Schmerzstörung, von Übergewicht sowie von Verschleißleiden des Stütz- und Bewegungsapparats mit ausreichender Funktion für körperlich leichte Tätigkeiten. Er gelangte - wie Dr. L. im Entlassungsbericht vom 22. Januar 2008 - zu der Auffassung, in ihrer letzten Tätigkeit als Reinigungskraft könne die Klägerin nur noch unter drei Stunden täglich erwerbstätig sein, unter Berücksichtigung gewisser qualitativer Leistungseinschränkungen im Hinblick auf die geistige/psychische Belastbarkeit, den Bewegungs-/Haltungsapparat und Gefährdungs- und Belastungsfaktoren könne die Klägerin jedoch noch sechs Stunden täglich und mehr erwerbstätig sein.

Mit Bescheid vom 05. März 2008 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Rente wegen Erwerbsminderung ab.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch der Klägerin zog die Beklagte über die Hausärztin Dr. G.-Y. aktuelle Befundberichte insbesondere der Radiologen Dr. Fa. und Dr. Ma., des Neurologen Dr. Fl., der Ärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. Au. sowie des Orthopäden Dr.

W. bei und veranlasste sozialmedizinische Begutachtungen der Klägerin auf nervenfachärztlichem Gebiet durch Nervenfacharzt Dr. B. sowie auf orthopädischem Gebiet durch Facharzt für Orthopädie Dr. Lo ... Dr. B. berichtete in seinem Gutachten vom 28. August 2008 aufgrund einer Untersuchung der Klägerin am selben Tage vom Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen, affektlabilen Zügen, begrenzter Frustrationstoleranz, gelegentlicher Neigung auch zu impulsivem Verhalten sowie nur begrenzter Konfliktfähigkeit, von einer anklingenden psychogenen Essstörung, von Adipositas, von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie von multiplen Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparats ohne zusätzlich assoziierte neurologische Ausfälle. Aus diesen Erkrankungen ergäben sich qualitative Leistungseinschränkungen. Die Klägerin könne Tätigkeiten nur ohne ständigen Zeitdruck, ohne ständige nervöse Anspannung, ohne Nacht- oder Wechselschicht, nur zu ebener Erde und ohne überdurchschnittlich fordernde soziale Interaktion verrichten. Mit diesen Einschränkungen sei aber aus nervenärztlicher Sicht für leichte bis zum Teil mittelschwere Tätigkeiten ohne ständige Zwangshaltungen ein vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben. Dr. Lo. berichtete in seinem Gutachten vom 20. September 2009 aufgrund einer Untersuchung der Klägerin am 11. September 2009 von einer kernspintomographisch beschriebenen Bandscheibenprotrusion im Segment C3/4, einem Hohlrundrücken, beginnender Spondylose der BWS und Gefügelockerung L3/4, von kernspintomographisch beschriebenen multisegmentalen Bandscheibenprotrusionen mit relativer Spinalkanalstenose und Spondylarthrose L3/4, einer beginnenden Schultergelenksarthrose beidseits, einer leichten Hüft dysplasie beidseits, einer beginnenden medialen Gonarthrose und beginnenden Retropatellararthrose beidseits, einer kernspintomographisch beschriebenen Innenmeniskushinterhornschädigung im linken Kniegelenk, einem unteren Fersenbeinsporn und einer Haglund-Ferse beidseits, einem Senk-Spreizfuß beidseits und einer Adipositas. Unter Berücksichtigung der Anamnese und des aktuellen klinischen und röntgenologischen Untersuchungsbefundes sei das Leistungsvermögen der Klägerin aus orthopädischer Sicht nicht wesentlich eingeschränkt. Aus seiner Sicht könne die Klägerin sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch sechs Stunden täglich und mehr erwerbstätig sein.

Nach Auswertung beider Gutachten durch den beratenden Arzt R. am 15. Oktober 2008 wies die bei der Beklagten gebildete Widerspruchsstelle mit Widerspruchsbescheid vom 25. November 2008 den Widerspruch der Klägerin zurück. Die Klägerin sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Aus den im Widerspruchsverfahren zusätzlich eingeholten Gutachten ergäben sich keine weiteren Befunde, die zu einer Änderung der im Rentenverfahren bereits getroffenen sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung führten. Eine körperlich leichte bis zeitweise mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen, Wechselschicht und hohe Stressbelastung entspreche dem festgestellten Leistungsvermögen.

Die Klägerin erhob am 22. Dezember 2008 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) und begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 21. Juli 2007. Entgegen der Ansicht der Beklagten sei ein negatives Leistungsbild gegeben. Nach Ansicht der sie behandelnden Ärzte sei sie nicht mehr in der Lage, eine Tätigkeit auszuüben, welche täglich mehr als drei Stunden umfasse. Auch eine durchgeführte Reha-Maßnahme habe keine Verbesserung des Gesundheitszustands gebracht. Bei ihr liege mittlerweile ein Grad der Behinderung von 50 vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte die Stellungnahme des beratenden Arztes R. vom 22. Mai 2009 vor, der keine quantitative Leistungseinschränkung sah.

Das SG hörte die die Klägerin behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen an. Diese fügten ihren Auskünften jeweils ihnen zugewangene Arztbriefe oder Befundberichte über die Klägerin bei. Lungen- und Bronchialheilkundler Dr. Bo. berichtete in seiner Auskunft vom 27. Februar 2009 von einer Erstvorstellung der Klägerin wegen gastrointestinaler Beschwerden mit geblähtem Leib und Krämpfen, außerdem Heuschnupfensymptomen und asthmatischen Beschwerden, der Diagnose einer Polymorbidität bei Sensibilisierung auf Aspergillus-Arten und einer computertomographisch festgestellten asbestosetypischen pleuralen Behinderung, die jedoch arbeitsanamnestisch keine plausible Erklärung finde. Im weiteren Verlauf seiner Behandlung seien die gastrointestinalen Beschwerden nicht mehr beklagt worden. Beeinträchtigungen durch die asbestosetypischen Veränderungen ergäben sich für das Leistungsvermögen der Klägerin nicht. Ihr sei in einer körperlich leichten Berufstätigkeit noch ein Arbeitstag von sechs Stunden zuzumuten. Gastroenterologe und Ernährungsmediziner Prof. Dr. Kr. gab in seiner Auskunft vom 25. Februar 2009 an, bei der Klägerin sei eine Helicobacter pylori assoziierte Gastritis diagnostiziert worden, die zu keiner beruflichen Einschränkung führe. Zudem liege bei der Klägerin ein Reizdarmsyndrom vor, welches bei starker Ausprägung mitunter zu psychischen und physischen Einschränkungen führen könne. Dr. Fl. (Auskunft vom 03. März 2009) berichtete von einem Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, wahrscheinlich auf dem Boden degenerativer Wirbelsäulenveränderungen, sowie einer rezidivierenden depressiven Störung und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Symptomatik bestehe seit der Erstbehandlung der Klägerin im Februar 2007 in wechselnder Intensität fort. Hinsichtlich der daraus resultierenden Leistungseinschränkungen der Klägerin werde der Einschätzung des Dr. B. in seinem Gutachten vom 28. August 2008 zugestimmt. Unter Berücksichtigung gewisser qualitativer Leistungseinschränkungen sei bei der Klägerin noch ein vollschichtiges Leistungsvermögen gegeben. Weiter gab er auf die telefonische Anfrage des SG am 19. Januar 2010 an, der (gesundheitliche) Zustand der Klägerin habe sich seit März 2009 nicht geändert. Dr. W. berichtete in seiner Auskunft vom 04. März 2009 von polytopen Schmerzen, vorrangig im Bereich der Lendenwirbelsäule und Ferse, auch von Schmerzen in Kniegelenken und im Hüftbereich. Er habe ein rezidivierendes Lumbalsyndrom bei leichter Spondylose der unteren Lendenwirbelsäule, ein pseudoradikuläres Halswirbelsäulensyndrom, eine leichte Gonarthrose beidseits, eine Achillodynie, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, Adipositas und Asthma bronchiale diagnostiziert. Aufgrund seiner Untersuchung könne eine eingeschränkte Belastbarkeit der Kniegelenke dahingehend festgestellt werden, dass längeres Arbeiten in hockender oder kniender Stellung als ungünstig anzusehen sei, weiterhin sei das Treppengehen sowie das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten eingeschränkt. Durch die Befunde im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sei die Arbeit in Zwangspositionen sowie das Tragen und Heben von schweren Lasten nur eingeschränkt möglich. Die stärkste Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit werde jedoch durch das erhebliche Übergewicht erzeugt. Im Widerspruch zum Gutachter im Verwaltungsverfahren werde daher orthopädischerseits eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit gesehen. Dr. G.-Y. (Auskunft vom 24. März 2009) gab an, die Klägerin sei seit Oktober 1998 bei ihr in hausärztlicher Behandlung. Seit Jahren klage sie über rezidivierende Schmerzen im ganzen Körperbereich. Die Klägerin wirke deutlich depressiv und hoffnungslos, die Stimmung sei gedrückt, der Antrieb deutlich reduziert, jedoch bewusstseinsklar und in allen Sinnen orientiert. Sie habe eine chronische Depression, psychosomatische Beschwerden, ein chronisches Schmerzsyndrom, ein chronisches LWS-Syndrom, ein chronisches HWS-Schulter-Arm-Syndrom, chronische Kopfschmerzen, chronische Gelenkschmerzen, chronische Bronchitis, chronische Gastritis und eine Adipositas per magna diagnostiziert. Aufgrund dieser Gesundheitseinschränkungen könne die Klägerin höchstens noch unterhalbschichtig mit Einschränkungen arbeiten. Proktologin Dr. We. berichtete von einer kurzen Behandlung einer Analfissur (Auskunft vom 05. Mai 2009).

Auf Veranlassung des SG erstattete der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Notfallmedizin und Sozialmedizin Dr. Th. das

fachorthopädisch-sozialmedizinische Gutachten vom 04. November 2009. Auf orthopädischem Fachgebiet leide die Klägerin an einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung der Lendenwirbelsäule bei computertomographisch nachgewiesener relativer Spinalkanalstenose ohne radikuläre Ausfallsymptomatik und ohne funktionelle Beeinträchtigung, einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung beider Kniegelenke mit Betonung des medialen und retropatellaren Gelenkkompartimentes ohne funktionelle Beeinträchtigung, einer Fasziiitis plantaris bei kleinem knöchernen Fersensporn ohne Beeinträchtigung des Gangbildes und einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung beider Schulterergelenke ohne Funktionsbeeinträchtigung der Schultergelenke. Gleichwohl seien der Klägerin noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten sechs Stunden und mehr täglich zumutbar. Es sollten wechselnde Körperhaltungen eingenommen werden können, bei der keine Zwangshaltungen wie ständiges Bücken oder Knien erforderlich seien. Das Tragen und Heben von Lasten über zehn kg ohne technische Hilfsmittel sollte vermieden werden. Permanente Arbeiten über Kopf und auf Leitern und Gerüsten oder Arbeiten in ständigem Gehen und Stehen oder mit ständigem Treppensteigen verbunden, seien der Klägerin nur noch gelegentlich zumutbar. Auch zusätzliche Faktoren wie ständiges Arbeiten im Freien oder Arbeiten unter Exposition von Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft, Temperaturschwankungen und Dämpfen seien der Klägerin aufgrund der Verschleißerkrankung sowie des allergischen Asthma bronchiale nur noch gelegentlich zumutbar. Tätigkeiten in Nachtschicht könne die Klägerin nicht mehr verrichten. Auch die Wegefähigkeit der Klägerin sei nicht derart eingeschränkt, dass sie nicht in der Lage wäre, viermal täglich eine Fußstrecke von 500 Metern innerhalb von 20 Minuten zurückzulegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 24. Februar 2010 wies das SG die Klage ab. Auf pulmonologischem sowie auf gastroenterologischem Fachgebiet seien nach den Auskünften der behandelnden Ärzte keine Leistungseinschränkungen bei der Klägerin gegeben. Die bei ihr vorliegenden nervenfachärztlichen Gesundheitsstörungen in Form einer Persönlichkeitsakzentuierung, einer anklingenden psychogenen Essstörung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führten ebenfalls zu keiner Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens. Insoweit werde den Ausführungen des Dr. B. in seinem Verwaltungsgutachten gefolgt. Die bei der Klägerin vorliegenden orthopädischen Leiden in Form einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung an der Lendenwirbelsäule, einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung beider Kniegelenke, einem Fersensporn und einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung beider Schulterergelenke bedingten qualitative, nicht jedoch quantitative Leistungseinschränkungen. Leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten seien der Klägerin noch sechs Stunden täglich und mehr zumutbar. Auch Einschränkungen der Wegefähigkeit seien bei der Klägerin nicht gegeben. Insoweit werde dem Gutachten der Sachverständigen Dr. Th. voll umfänglich gefolgt.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 02. März 2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 01. April 2010 Berufung eingelegt. Tatsächlich lägen bei ihr schwerwiegende Gesundheitsstörungen vor, die es ihr unmöglich machten, selbst körperlich leichteste Tätigkeiten zu den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von drei Stunden und mehr arbeitstäglich zu verrichten. Das SG habe die Ablehnung im Wesentlichen mit dem von Amts wegen eingeholten orthopädischen Gutachten begründet. Ihr Hauptleiden liege jedoch auf psychiatrisch-psychosomatischem Fachgebiet. Sie hat insoweit ein Schreiben vom 04. März 2010 an die AOK und ein ärztliches Attest vom 17. Mai 2010 der Dr. G.-Y., eine fachärztliche Bescheinigung vom 11. Dezember 2009, einen Arztbrief vom 06. April 2010 und eine Notfallverordnung von Krankenhausbehandlung vom 20. April 2010 des Dr. Fl. sowie ein fachärztliches Attest vom 12. Januar 2010 und eine Verordnung von Krankenhausbehandlung des Orthopäden Dr. Reu. vom 21. April 2010 vorgelegt. Aus diesen Unterlagen könne entnommen werden, dass eine schwerwiegende psychiatrische bzw. psychosomatische Erkrankung sowie eine erhebliche Störung der Schmerzverarbeitung bestehe. Ferner hat die Klägerin den Bericht des Dr. St., Leitender Oberarzt der Schmerzklinik des S. M. und S. A.-krankenhauses L., vom 03. Dezember 2010 über die dortige erstmalige Vorstellung am 26. November 2010 eingereicht, wonach mit der Klägerin vereinbart worden sei, als Vorbedingung für eine Aufnahme in die Tagesklinik die körperliche Aktivität zu steigern. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin über eine teilstationäre Aufnahme in der Schmerztagesklinik des S. M. und S. A.-krankenhauses L. in der Zeit vom 26. April bis 16. Mai 2011 den Bericht des Schmerztherapeuten Dr. G. vom 16. Mai 2011 vorgelegt, ausweislich dessen die Klägerin an den verschiedenen psychologisch-psychotherapeutischen wie auch physiotherapeutischen Angeboten teilgenommen hat. Insbesondere körperliche Tätigkeiten wie Nordic Walking, Bewegungsbad und Muskelaufbau hätten sie positiv gestimmt. Die Klägerin sei intensiv psychologisch betreut worden. Ihr sei dringend eine stationäre Behandlung der bestehenden depressiven Symptomatik nahegelegt worden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 24. Februar 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 05. März 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. November 2008 zu verurteilen, ihr ab 21. Juli 2007 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Der Senat hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. Reu. hat in seiner Auskunft vom 21. Juni 2010 angegeben, die Klägerin habe sich bei ihm erstmals im April 2009 unter dem Bild eines multimodalen polyarthralgieformen Ganzkörperschmerzes vorgestellt. Diagnostisch lägen bei ihr Rückenschmerzen LWS-seitig, Kniegelenksbeschwerden sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung vor. Diese Erkrankungen seien nicht gravierend auf orthopädischem Fachgebiet, sondern vielmehr im Sinne eines gestörten Schmerzerlebens zu beurteilen. Orthopädischerseits bestehe eine Leistungsfähigkeit für sechs Stunden je Arbeitstag bei 30 Stunden pro Woche. Dr. G.-Y. (Auskunft vom 02. Juli 2010) hat ihr als Hausärztin zugegangene Befundberichte und Arztbriefe aus den vergangenen drei Jahren vorgelegt sowie die Einschätzung abgegeben, die Klägerin sei aufgrund der belastungsabhängigen Atembeschwerden sowie des Ganzkörperschmerzes bei Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom und bei chronischer Depression und Persönlichkeitsstörung mit Konzentrationsstörung und zunehmender Vergesslichkeit so weit reduziert, dass sie nicht mehr in der Lage sei, irgendeiner Tätigkeit täglich nachzugehen. Dr. Fl. hat in seiner Auskunft vom 06. Juli 2010 angegeben, Veränderungen gegenüber der Auskunftserteilung an das SG hinsichtlich der Beschwerdeschilderung, der erhobenen Befunde und der gestellten Diagnosen hätten sich nicht ergeben. Die medikamentöse Therapie werde unverändert fortgeführt. Mehrfache Versuche, die Klägerin psychiatrisch anzubinden (im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, in der Psychosomatischen Klinik M. und im Psychiatrischen Zentrum N.) seien gescheitert,

insbesondere da in den genannten Kliniken keine ausreichende Therapiemotivation gesehen worden sei. Zuletzt sei eine Vorstellung im Psychiatrischen Zentrum N. erfolgt, wobei eine elektive Aufnahme auf die Migrantenstation zur Weiterbehandlung vereinbart worden sei, was bis dato jedoch nicht stattgefunden habe. Die ihm bekannten Erkrankungen der Klägerin in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei pathologischer Schmerzverarbeitung, einer rezidivierenden depressiven Störung und eines chronischen Schmerzsyndroms der Wirbelsäule schlossen die Ausübung einer körperlich leichten Berufstätigkeit mit Möglichkeit zum selbst bestimmten Haltungswechsel und ohne erhöhte nervliche Belastung im Umfang von sechs Stunden am Tag nicht aus.

Auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat sodann Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Schmerztherapie PD Dr. Wö. über die Klägerin das Gutachten vom 18. Oktober 2010 erstattet. Die Klägerin leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer Dysthymie und einem abnormen Krankheitsverhalten. Der gegenwärtige, chronifizierte, durch Somatisierungstendenz ausgestaltete Krankheitszustand habe sich seit 1999 allmählich entwickelt und chronifiziert. Er gehe zurück auf eine Interaktion von Belastungen am Arbeitsplatz 1999 (wobei die Klägerin fünf Kinder geboren und aufgezogen habe), dem Auftreten von Gelenkbeschwerden, einer chronisch verlaufenden depressiven Störung und der Entwicklung von Muskelverspannungen. Bezüglich der depressiven Störung sei in den letzten Jahren in medikamentöser Hinsicht eine angemessene Behandlung erfolgt; die depressive Störung sei im Ausmaß ihrer Ausprägung zurückgegangen. Im Zusammenhang mit Schonungsverhalten, Befreiung durch Aufgaben durch ihre Familienangehörigen (wie Einkaufen, regelmäßiges Zubereiten von Mahlzeiten) sei es jedoch hinsichtlich der somatoformen Beschwerde zu einer Dekonditionierung im Laufe der Zeit gekommen. Im Zusammenhang mit zahlreichen ärztlichen Untersuchungen und der Neigung, in passiver Weise Behandlungen anzunehmen (wie Akkupunktur, Massagen) habe sich in den letzten Jahren ein abnormes Krankheitsverhalten mit paraverbalen und nicht-sprachlichen Leidensbekundungen entwickelt. Nach dem Ergebnis seiner Untersuchung sei die Klägerin nur noch in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten zu verrichten, mittelschwere und schwere dagegen nicht mehr, insbesondere auch wegen der schmerzhaften Muskelverspannungen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Arbeiten unter zeitlicher Belastung bei starkem Publikumsverkehr oder mit erhöhter Verantwortung, unter Akkordbedingungen oder im Wechsel zwischen Tag- und Nachtschicht seien der Klägerin nicht mehr zumutbar. Auch Tätigkeiten im ständigen Stehen oder Gehen seien krankheitsbedingt auszuschließen, während das Sitzen bis zu einer Dauer von einer Stunde möglich sei. Arbeiten in körperlicher Fehlbelastung, mit häufigem Ersteigen von Leitern und Treppen kämen aufgrund der vorliegenden Anomalien des Bewegungsapparates nicht mehr in Betracht. Gleiches gelte für Tätigkeiten vorwiegend in Kälte oder Nässe. Unter den genannten Einschränkungen könne die Klägerin jedoch noch sechs Stunden pro Arbeitstag, vorwiegend in temperierten Räumen, erwerbstätig sein. Bei den beschriebenen Einschränkungen wären im Rahmen von sechs Stunden pro Arbeitstag auch keine betriebsunüblichen Pausen oder besonderen Arbeitsbedingungen unerlässlich. Die Klägerin sei zwar von Polyarthrosebeschwerden in der unteren Körperhälfte betroffen, im Zusammenhang mit Adipositas und schmerzhaften Muskelverspannungen hätten sich jedoch keine nervalen Ausfälle gezeigt, sodass eine Gehstrecke von 500 Metern noch viermal täglich zumutbar erscheine. Tatsächlich könne das vorliegende Schonungsverhalten mit der Tendenz zur Auflösung der Tagesstruktur durch entsprechende Tätigkeiten in gesundheitsfördernder Weise verringert werden. Die bei der Klägerin bestehende Lungenkrankheit sei internistisch zu bewerten.

Zu dem Gutachten hat die Klägerin eine Stellungnahme der sie behandelnden Anästhesistin und Schmerztherapeutin Dr. B. vorgelegt (Schreiben vom 05. November 2010). Die Klägerin sei sehr gründlich und emphatisch untersucht und ihres Erachtens nach richtig beurteilt worden. Die Schwere der Erkrankungen und die zunehmende Tendenz zur Verschlechterung mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei sehr richtig beschrieben worden. Die "Geschichte" werde ihres Erachtens aber nicht zur Ruhe kommen, so lange nicht ein Abschluss des Rentenverfahrens stattfinde und die Klägerin aus den Kreisen zwischen den Institutionen herauskomme. Erst dann mache eine Therapie wirklich Sinn. Um eine sinnvolle Therapie durchzuführen, befürworte sie eine zeitliche Berentung für etwa zwei Jahre.

Im Nachgang zu dem Gutachten hat der Senat auch die behandelnde Lungenfachärztin Dr. Au. als sachverständige Zeugin angehört. Diese hat in ihrer Auskunft vom 16. Dezember 2010 angegeben, sie habe aufgrund von Untersuchungen der Klägerin in den Jahren 2007 bis 2010 die Diagnose einer chronischen Bronchitis im Sinne einer COPD Grad 0-I gestellt. Insofern bestünden keine Beeinträchtigungen der körperlichen oder der geistigen Leistungsfähigkeit. Die Klägerin sei wegen der geringen Blutbeimengung an die Thoraxklinik R. überwiesen worden. Die ihr bekannten Beeinträchtigungen schlossen jedoch eine leichte körperliche Berufstätigkeit mit Möglichkeit zum Haltungswechsel ohne erhöhte nervliche Belastung bei einem sechsständigen Arbeitstag nicht aus.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch nicht begründet. Mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 24. Februar 2010 hat das SG die Klage zu Recht abgewiesen. Die Ablehnung des Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung durch den Bescheid der Beklagten vom 05. März 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. November 2008 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Gegenstand des Rechtsstreits sind die genannten Bescheide, soweit sie einen Anspruch der Klägerin auf Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit ab 21. Juli 2007 ablehnen. Ansprüche auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung sowie für die vorangegangenen Monate ab 01. April 2007 hat die Klägerin nach den sowohl in der Klagebegründung als auch Berufungsbegründung formulierten Anträgen weder in der ersten noch in der zweiten Instanz geltend gemacht. Es kann daher dahingestellt bleiben, ob die Klägerin bereits im April 2007 einen Rentenanspruch gestellt hatte bzw. ob der damals unstreitig gestellte Antrag auf medizinische Reha-Maßnahmen gemäß [§ 116](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) in einen Rentenanspruch umzudeuten ist.

Für den streitgegenständlichen Zeitraum hat die Klägerin keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung gegen die Beklagte. Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)

Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Die Klägerin ist seit 21. Juli 2007 nicht voll erwerbsgemindert. Sie kann Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Das steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der im Berufungsverfahren von den behandelnden Ärzten der Klägerin eingeholten Sachverständigenauskünfte, des auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholten Sachverständigengutachtens des Nervenfacharztes und Schmerztherapeuten PD Dr. Wö. sowie des erstinstanzlich eingeholten Gutachtens des Orthopäden Dr. Th. vom 04. November 2009 fest.

Im Vordergrund stehen bei der Klägerin Beschwerden auf nervenfachärztlichem Gebiet. Es liegen insoweit Gesundheitsstörungen in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer chronisch depressiven Störung, aktuell vom Ausmaß einer Dysthymie und eines abnormen Krankheitsverhaltens hinsichtlich der beiden erstgenannten Störungen vor. Das Gericht stützt dies auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten des PD Dr. Wö. vom 18. Oktober 2010, welches hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung durch den Arztbericht des Dr. Fl. vom 06. Juli 2010 bestätigt wird, bezogen auf das abnorme Krankheitsverhalten jedoch über diesen noch hinausgeht und insoweit das von Dr. G.-Y. schon in erster Instanz mitgeteilte, seit Jahren bestehende Klageverhalten über Ganzkörperschmerzen (vgl. die Auskunft vom 24. März 2009) diagnostisch erstmals als eigenes Krankheitsbild erfasst.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet die Klägerin an einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung der Lendenwirbelsäule bei computertomographisch nachgewiesener relativer Spinalkanalstenose ohne radikuläre Ausfallsymptomatik, einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung beider Kniegelenke, einer Fasciitis plantaris bei kleinem knöchernen Fersensporn und einer beginnenden degenerativen Verschleißerkrankung beider Schulterergelenke. Das Senat legt insoweit das in erster Instanz eingeholte fachorthopädisch-sozialmedizinische Gutachten des Orthopäden Dr. Th. vom 04. November 2009 zugrunde, der unter Anwendung bildgebender Verfahren eine umfassende orthopädische Untersuchung der Klägerin durchgeführt hat. Darüber hinausgehende Befunde hat auch Dr. Reu. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 21. Juni 2010 nicht mitgeteilt.

Daneben besteht bei der Klägerin ein Leiden auf lungenfachärztlichem Gebiet. Bei ihr wurde durch Dr. Au. ausweislich der sachverständigen Zeugenauskunft vom 16. Dezember 2010 eine chronische Bronchitis im Sinne einer COPD nach GDOL Grad 0-I diagnostiziert.

Weitere relevante Gesundheitsstörungen sind derzeit bei der Klägerin nicht gegeben. Nachdem auch die behandelnde Hausärztin Dr. G.-Y. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 02. Juli 2010 eine Erkrankung des Darmbereichs nicht mehr berichtet hat, geht der Senat vom Vorliegen dieser Erkrankung in leistungsrelevanter Weise nicht aus.

Aus den bei der Klägerin nachgewiesenen Gesundheitsstörungen ergeben sich nach Überzeugung des Senats Leistungseinschränkungen qualitativer Art. Die Klägerin ist aufgrund der Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule, der Kniegelenke sowie der Schulterergelenke in der Belastbarkeit des Bewegungs- und Haltungsapparates eingeschränkt. Sie kann nur noch leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten verrichten, wobei Tätigkeiten im ständigen Stehen oder Gehen krankheitsbedingt ebenso auszuschließen sind wie Arbeiten in körperlicher Fehlbelastung, mit häufigem Ersteigen von Treppen und Leitern sowie Tätigkeiten vorwiegend in Überkopffpositionen. Der Senat vermag diese Leistungseinschränkung anhand des Gutachtens des Dr. Th. vom 04. November 2009 gut nachzuvollziehen. Auch aus den auf nervenfachärztlichem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen der Klägerin resultieren qualitative Leistungseinschränkungen. Wegen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung kann sie Arbeiten unter zeitlicher Belastung bei starkem Publikumsverkehr oder erhöhter Verantwortung für Personen oder Maschinen nicht mehr verrichten. Auch mit Blick auf die psychische Störung sollten Tätigkeiten an gefährdenden Maschinen wegen der daraus resultierenden Unaufmerksamkeit generell ausgeschlossen werden. Aus demselben Grund sind auch Arbeiten unter Akkordbedingungen oder im Wechsel zwischen Tag- und Nachtschicht unzumutbar. Darüber hinaus kann die Klägerin Tätigkeiten vorwiegend in Kälte oder Nässe sowie vorwiegend im Freien wegen der chronischen Schmerzen nicht mehr verrichten. Der Senat folgt insoweit der Einschätzung des PD Dr. Wö. in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 18. Oktober 2010, der die beschriebenen körperlichen Einschränkungen aus den schmerzhaften Muskelverspannungen, vor allem aber den aus der Depression und der Schmerzstörung resultierenden Aufmerksamkeits- und Belastbarkeitsdefiziten schlüssig und nachvollziehbar ableitet. Wegen der lungenfachärztlich beschriebenen chronischen Bronchitis in Form einer COPD können auch Arbeiten unter Einwirkung von Staub, Gas oder Dämpfen nicht mehr verrichtet werden. Zwar hat Dr. Au. in ihrer Auskunft vom 16. Dezember 2010 angegeben, die bestehende chronische Bronchiserkrankung bedinge keine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, jedoch hat sie diese Auskunft lediglich bezogen auf eine körperlich leichte Tätigkeit abgegeben. Mit Blick auf die von Dr. G.-Y. in ihrer sachverständigen Zeugenauskunft vom 02. Juli 2010 angegebenen belastungsabhängigen Atembeschwerden geht der Senat von einer Einschränkung des der Klägerin noch möglichen Arbeitsumfeldes bezogen auf Temperatur- und Staubbelastung aus.

Die bei der Klägerin vorliegenden Erkrankungen auf orthopädischem und pulmologischem, vor allem aber auf nervenfachärztlichem Gebiet, die zu den beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen führen, bedingen indes keine Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Die Klägerin ist noch in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten sechs Stunden täglich und mehr zu verrichten. Der Senat stützt dies einerseits auf die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. Reu. vom 21. Juni 2010 sowie das erstinstanzlich eingeholte fachorthopädische Gutachten des Dr. Th. vom 04. November 2009 einerseits sowie auf das durch den PD Dr. Wö. erstattete neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 18. Oktober 2010 andererseits. Pulmologisch war für den Senat die Auskunft der Dr. Au. vom 16. Dezember 2010 maßgeblich.

Aus der Arztauskunft des Dr. Reu. vom 21. Juni 2010 ergibt sich für den Senat nachdrücklich, dass die bei der Klägerin bestehenden Krankheiten nicht als gravierend auf orthopädischem Fachgebiet, sondern vielmehr im Sinne eines gestörten Schmerzerlebens zu beurteilen sind. Entsprechendes hat auch der Gutachter Dr. Th. in seinem Gutachten vom 04. November 2009 nach einer umfassenden Untersuchung der Klägerin und Befunderhebung berichtet. Seinem Gutachten zufolge sind sämtliche nachgewiesene degenerative Veränderungen im Stütz- und Bewegungsapparat bislang ohne funktionelle Beeinträchtigung bzw. ohne Beeinträchtigung des Gangbildes geblieben. Orthopädischerseits lässt sich daher eine quantitative Leistungsminderung nach übereinstimmender Auffassung der Fachärzte nicht begründen.

Aber auch die bei der Klägerin im Vordergrund stehenden Gesundheitsstörungen auf nervenfachärztlichem Gebiet bedingen kein quantitativ herabgemindertes Leistungsvermögen. PD Dr. Wö. hat die Klägerin mit besonderer Beachtung der Schmerzproblematik begutachtet. Er hat den 1999 beginnenden Krankheitsverlauf im Zusammenhang mit einer Belastungssituation der Klägerin bei der Arbeit und im familiären Umfeld und das Krankheitsbild der Klägerin umfassend dargelegt. Aus seinen Ausführungen ergibt sich einerseits, dass die depressive Störung der Klägerin in ihrer Ausprägung zurückging. Sie ist derzeit in Form einer Dysthymie gegeben. Aus ihr lässt sich daher eine Herabminderung der Belastungsdauer in körperlichen Arbeiten nicht herleiten. Zum anderen wird daraus für den Senat deutlich, dass sich bei der Klägerin im Laufe der Jahre ein abnormes Krankheitsverhalten im Umgang mit den bei ihr bestehenden Schmerzen herausgebildet hat, das im Zusammenhang steht mit einem Schonungsverhalten von Seiten ihrer Familie, die ihr etwa das Einkaufen oder das regelmäßige Zubereiten von Mahlzeiten abgenommen hat. Der Gutachter hat darauf hingewiesen, dass diese Herausnahme aus festen Aufgabenbereichen die Krankheit der Klägerin gerade begünstigt. In entsprechender Weise geht der Gutachter davon aus, dass auch die Feststellung der behandelnden Ärztin Dr. G.-Y. in ihrem durch die Klägerin vorgelegten Attest vom 17. Mai 2010, wonach die Klägerin mindestens zwei Jahre nicht einsetzbar sei, nicht der richtige Umgang mit der Krankheit der Klägerin gewesen sei. Für den Senat war mit Blick darauf schlüssig und nachvollziehbar, dass bei Durchführung leichter Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht von einem quantitativ herabgesetzten Leistungsvermögen auszugehen ist, sondern umgekehrt Tätigkeiten dieser Art sogar zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Klägerin beitragen können. Diese Einschätzung entspricht im Übrigen auch derjenigen des Dr. Fl. in seiner Arztauskunft vom 06. Juli 2010. Auch danach schließen die bei der Klägerin vorliegende anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit pathologischer Schmerzverarbeitung und die rezidivierende depressive Störung die Ausübung einer körperlich leichten Berufstätigkeit ohne erhöhte nervliche Belastung im Umfang von sechs Stunden am Tag nicht aus. Im Übrigen hat er mehrmals versucht, die Klägerin psychiatrisch anzubinden. Alle angegangenen psychiatrischen Kliniken haben eine Aufnahme der Klägerin nach seiner Auskunft jedoch mit der Begründung abgelehnt, dass bei der Klägerin keine ausreichende Therapiemotivation vorliege. Dies spricht eher gegen als für das Bestehen eines besonderen Leidensdrucks, wie er bei Begründbarkeit auch einer quantitativen Leistungseinschränkung jedenfalls naheliegen würde. Schließlich hat auch Dr. Bü. in ihrer von der Klägerin selbst beigebrachten Stellungnahme vom 05. November 2010 dem Inhalt des Sachverständigengutachtens des PD Dr. Wö. inhaltlich durchgängig zugestimmt. Dr. Bü. hat insoweit angegeben, dass die Klägerin sehr gründlich und empathisch untersucht und ihres Erachtens nach auch richtig beurteilt worden sei. Die damit allesamt übereinstimmenden fachärztlichen Äußerungen zur psychosomatische Erkrankung der Klägerin werden durch die anders lautende Auffassung der Dr. G.-Y. in ihrer Auskunft vom 02. Juli 2010 nicht widerlegt. Diese hat lediglich angegeben, die Belastungsfähigkeit sei aufgrund der bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen mit Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit so weit reduziert, dass sie nicht mehr in der Lage sei, irgendeiner Tätigkeit unter drei Stunden täglich nachzugehen. Diese Behauptung erfolgt indes ohne konkrete Angabe dazu, woraus sich im Einzelnen die herabgesunkene Belastungsdauer ergeben soll. Insbesondere können der Hinweis auf Konzentrationsstörung und Vergesslichkeit nicht überzeugen, nachdem der Gutachter PD Dr. Wö. entsprechende Befunde auch nach eingehender Exploration der Klägerin mit Durchführung testpsychologischer Aufgabenstellung nicht erhoben hat.

Abweichendes ergibt sich auch aus dem von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Entlassungsbericht des Dr. G. von der Schmerztagesklinik des S. M.- und S. Krankenhauses L. (Bericht vom 16. Mai 2011) nicht. Auch Dr. G. berichtet wieder von den bereits bekannten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischen Gebiet. Soweit er aufgrund einer bestehenden akuten depressiven Symptomatik eine dringende Weiterbehandlung der Klägerin empfiehlt, resultiert daraus zwar eine akute Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin (der sie jedoch selbst mit verschiedenen Argumenten wieder entgegengetreten ist), nicht dagegen das Bestehen von Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#). Angesichts der Übereinstimmung der durch Dr. G. mit den durch PD Dr. Wö. festgestellten Befunden ergeben sich aus dem Arztbrief keine Anhaltspunkte für das Erfordernis einer von PD Dr. Wö. abweichenden Beurteilung des Restleistungsvermögens der Klägerin.

Die Gesundheitsstörungen auf pulmonologischem Fachgebiet bedingen ebenfalls keine quantitative Leistungseinschränkung. Nach Einschätzung von Dr. Au. in ihrer Auskunft vom 16. Dezember 2010, welcher der Senat folgt, ergeben sich aus der bei der Klägerin diagnostizierten chronischen Bronchitis im Sinne einer COPD keine Beeinträchtigungen der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, die eine körperlich leichte Berufstätigkeit mit Möglichkeit zum Haltungswechsel und ohne erhöhte nervliche Belastung ausschließen.

Schließlich ergeben sich dem Senat auch keine Anhaltspunkte für eine aufgehobene Wegefähigkeit. Zwar gehört neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit des Versicherten am Arbeitsplatz zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die es dem Versicherten nicht erlaubt, täglich viermal eine Fußstrecke von mehr als 500 Metern in jeweils weniger als 20 Minuten zurückzulegen, stellt bei dem anzuwendenden generalisierenden Maßstab eine derart schwere Leistungseinschränkung dar, dass der Arbeitsmarkt trotz vorhandenem vollschichtigen Leistungsvermögen als verschlossen anzusehen ist (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG -, vgl. z. B. Urteil vom 21. März 2006 - [B 5 RJ 51/04 R](#) - [SozR 4-2600 § 43 Nr. 8](#)). Nach den Ausführungen des Gutachters PD Dr. Wö. fanden sich jedoch bei der Klägerin in der unteren Körperhälfte keine nervalen Ausfälle, so dass er für den Senat schlüssig und nachvollziehbar zu der Einschätzung gelangt ist, dass die Klägerin die vom BSG zugrundegelegten Maßstäbe für eine Wegefähigkeit erfüllt.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2011-07-06