

L 4 R 3623/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 7 R 2464/09
Datum
24.06.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 3623/10
Datum
27.04.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 24. Juni 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die am 1962 geborene Klägerin erlernte in dreijähriger Ausbildung den Beruf der Friseurin und war im Anschluss daran zunächst im erlernten Beruf und in der Folge unterbrochen durch Zeiten der Schwangerschaft und Kindererziehung bis 28. Februar 1995 als Verkäuferin, Serviererin und Aushilfe versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 01. März 1995 bis 31. Juli 2000 war sie selbstständig und entrichtete hierfür teilweise freiwillige Beiträge an die Beklagte. Seit 13. November 2000 ist die Klägerin nach den Angaben der Firma G. vom 12. und 25. Juli 2011 bei der Firma als Anlagenbedienerin überwiegend stehend, eingeschränkt sitzend versicherungspflichtig beschäftigt, wobei ihre Arbeitszeit seit 01. Juni 2010 von 80 vom Hundert (v.H.) auf 53,33 v.H. reduziert ist. Der Grad der Behinderung der Klägerin beträgt 50 seit Juli 2011.

Vom 29. November bis 20. Dezember 2006 absolvierte die Klägerin eine Rehabilitationsmaßnahme in der Rheumaklinik B. W ... Der Entlassungsbericht des Prof. Dr. J. vom 21. Dezember 2006 nannte als Diagnosen rückläufige Lumboischialgien beidseits bei Fehlstatik, muskulärer Dysbalance und degenerativen LWS-Veränderungen, eine obere Sprunggelenksarthrose und Senkspreizfüße beidseits sowie eine Adipositas per magna. Ihre bisherige Tätigkeit als Fließbandarbeiterin könne die Klägerin nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich verrichten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Bücken, häufige einseitige Wirbelsäulenzwangshaltungen und andauernde stehende und gehende Tätigkeiten könne die Klägerin aber noch sechs Stunden und mehr täglich ausüben. Nach einer am 29. Juni 2007 durchgeführten Wirbelsäulenoperation befand sich die Klägerin in der Zeit vom 17. Juli bis 07. August 2007 zur medizinischen Rehabilitation in der F.-klinik in B. B ... Orthopäde/Rheumatologe Dr. M. diagnostizierte in seinem Reha-Entlassungsbericht vom 10. August 2007 eine degenerative Instabilität bei LWK 2/3 (Wirbelgleiten), Operation 24. (richtig 29.) Juni 2007, eine Gonalgie rechts bei beginnender Gonarthrose, eine Achillodynie links, eine Adipositas und eine kombinierte Hyperlipoproteinämie. Die Klägerin wurde wegen der noch bestehenden Rekonvaleszenzzeit nach interspinöser Stabilisierungsoperation lumbal arbeitsunfähig, jedoch mit einem Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich für ihre bisherige Tätigkeit als Fließbandarbeiterin und auch für sonstige leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Bücken, Zwangshaltung der Wirbelsäule und Arbeiten im Knien oder Hocken entlassen. Zwischen dem 07. April und 05. Mai 2008 befand sich die Klägerin nach einer am 05. März 2008 erfolgten Tibiakopfumstellungsosteotomie rechts erneut zur medizinischen Rehabilitation in der F.-klinik in B. B ... Nach dem Reha-Entlassungsbericht des Dr. M. vom 06. Mai 2008 wurde die Klägerin wegen noch bestehender Rekonvaleszenzzeit nach Tibiakopfumstellungsoperation erneut arbeitsunfähig und für ihre bisherige Tätigkeit als Fließbandarbeiterin nur noch mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden entlassen. Im Übrigen hielt Dr. M. leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Knien oder Hocken, Steigen auf Leitern oder Gerüsten, häufiges Bücken und Zwangshaltungen der Wirbelsäule noch mindestens sechs Stunden täglich möglich.

Am 13. Januar 2009 beantragte die Klägerin Rente wegen Erwerbsminderung. Sie gab an, sich seit 17. September 2005 für erwerbsgemindert zu halten. Die Beklagte zog u.a. den Entlassungsbericht des Dr. K., Fachklinik E., vom 24. Dezember 2008 über den stationären Aufenthalt der Klägerin im Interdisziplinären Schmerzzentrum in der Zeit vom 26. November bis 16. Dezember 2008, bei dem u.a. ein chronisches Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen diagnostiziert wurde, und den Entlassungsbericht des PD Dr. S., Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin des Kreiskrankenhauses S., vom 30. Januar 2009 über den stationären Aufenthalt der Klägerin vom

26. bis 30. Januar 2009 (Diagnosen: Hypertensiver Notfall, arterielle Hypertonie, Verdacht auf koronare Herzkrankheit, chronisches Schmerzsyndrom, Zustand nach Umstellungsosteotomie am rechten Unterschenkel März 2008 bei am rechten Knie medial betonter Gonarthrose, Bandscheibenverlagerung L 1/2 und L 2/3, Postnukleotomie-Syndrom nach Bandscheiben-Operation L 2/3 2007 mit anhaltender Lumboischialgie, Achillodynie beidseits, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige depressive Episode November 2008) sowie von der AOK Baden-Württemberg die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) über die Klägerin gefertigten sozialmedizinischen Gutachten, u.a. das von Dr. St. am 27. Januar 2009 erstattete Gutachten (Diagnosen Hypertensive Krise, Verdacht auf somatoforme Störung; Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor) bei. Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. F. nannte nach einer Untersuchung sowie der Auswertung vorliegender medizinischer Unterlagen (u.a. über einen am 27. Februar 2009 durchgeführten weiteren operativen Eingriff am rechten Knie der Klägerin) im Gutachten vom 01. April 2009 als Diagnosen einen pseudoradikulären Schmerzzustand der LWS bei degenerativer Instabilität und Fehllage eines flexiblen interspinösen Klammersystems (Operation Juni 2007), eine fortgeschrittene mediale Kniegelenksarthrose rechts, Zustand nach valgisierender Umstellungs-Operation März 2008 und Re-Osteosynthese bei Pseudarthrose Februar 2009, eine Achillodynie links, ein massives Übergewicht mit Überlastungsschmerzen der Sprunggelenke, ein Restless-Legs-Syndrom und als sonstige Diagnosen einen medikamentös eingestellten Bluthochdruck und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung sei derzeit nicht möglich, da sich die Klägerin noch in einer akuten Nachbehandlungsphase nach Umstellungsosteotomie des rechten Schienbeinkopfes befinde. Zum jetzigen Zeitpunkt könne jedoch festgestellt werden, dass das Leistungsvermögen der Klägerin keinesfalls aufgehoben sei. Ungeeignet seien alle mittelschweren und schweren körperlichen Arbeiten, Tätigkeiten, die vorwiegend im Gehen und Stehen erfolgten, insbesondere auf hartem und unebenem Untergrund, Arbeiten in knieender und hockender Position sowie verbunden mit Klettern und Steigen auf Leitern, Treppen und Gerüste, besondere Wirbelsäulenbelastungen wie anhaltende Zwangs- und Fehlhaltungen, häufiges Bücken sowie regelmäßige Hebe- und Tragebelastungen über zehn kg. Geeignet seien leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung, bevorzugt im Sitzen unter Meidung der Funktionseinschränkungen. Solche Tätigkeiten könne die Klägerin noch vollschichtig verrichten. Die bisherige Tätigkeit, die ausschließlich im Stehen erfolge, könne dauerhaft nur noch unter drei Stunden täglich ausgeübt werden. Derzeit sei die Wegefähigkeit nicht erreicht. Aufgrund der vorgegebenen Entlastung des rechten Beines sei die Klägerin aktuell nicht in der Lage, selbst einen PKW zu steuern. Nach vollständiger knöcherner Durchbauung des Tibiakopfes, was bei unkompliziertem Verlauf in ca. drei Monaten der Fall sein dürfte, sei von einem Wiedereintritt der Fahrtüchtigkeit auszugehen.

Mit Bescheid vom 06. April 2009 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung vorliege.

Ihren dagegen erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass ihr Leistungsvermögen auf unter drei Stunden täglich abgesunken sei. Selbst wenn die medizinischen Gutachten ein drei bis unter sechstündiges Leistungsvermögen bestätigen sollten, könne sie nicht mehr zu den üblichen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt beschäftigt werden. Ihr ganzer Bewegungsablauf sei nicht in Ordnung, da sie an der Wirbelsäule, am Knie und zweimal am Wadenbein operiert worden sei und dadurch immer noch Schmerzen habe. Im Moment könne sie nicht einmal etwas Hausarbeit erledigen. Ob die letzte Operation erfolgreich gewesen sei, stehe noch nicht fest. Die Wirbelsäulenoperation sei auch nicht von Erfolg gekrönt und solle wiederholt werden. Sie habe auch mehrfach Arthrose und aufgrund der Tatsache, dass sich niemand für einen einsetze und versuche, einem zu helfen, gehe die Psyche kaputt. Ergänzend legte die Klägerin den Arztbrief des Prof. Dr. H., Chefarzt des S.-Klinikums K., vom 10. Februar 2009, wonach bei ihr eine Osteochondrose L 1 bis L 4, eine dorsale Spacerimplantation in Höhe L 2/3, eine Instabilität L 2/3 und L 3/4 sowie spinale Enge L 2 bis L 4 und eine Pseudarthrose der rechten Tibia diagnostiziert wurde, vor.

In der Zeit vom 13. Mai bis 11. Juni 2009 absolvierte die Klägerin eine erneute Rehabilitationsmaßnahme in der F.-klinik in B. B ... Dr. M. diagnostizierte in seinem Entlassungsbericht vom 17. Juni 2009 eine Gonarthrose rechts, einen Zustand nach Arthroskopie am 27. Februar 2009 mit Innenmeniskusteilresektion, ein Knorpelgleiten und eine erneute valgisierende Tibiakopfumstellung rechts, Lumboischialgien beidseits bei Spinalkanalstenose L 2/3, L 3/4, eine Spondylolisthese L 2/3, eine Implantation eines interspinalen Klammersystems, eine Achillodynie links, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Adipositas. Dr. M. vertrat die Auffassung, dass die Klägerin ihre bisherige Tätigkeit nunmehr nur noch unter drei Stunden täglich verrichten könne. Leichte Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, häufiges Bücken, Ersteigen oder Begehen von Leitern und Gerüsten, Arbeiten im Knien oder in der Hocke seien der Klägerin jedoch noch sechs Stunden und mehr täglich möglich.

Die Beklagte hörte mehrmals Dr. F., der am bisherigen Leistungsvermögen der Klägerin festhielt und zuletzt auch die Wegefähigkeit wieder für gegeben erachtete. Sodann wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss mit Widerspruchsbescheid vom 03. September 2009 den Widerspruch der Klägerin zurück. Der sozialmedizinische Dienst habe sämtliche Unterlagen überprüft und sei nach Würdigung aller Umstände schlüssig und nachvollziehbar zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zeitweise im Stehen und Gehen, überwiegend im Sitzen, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, häufiges Bücken, Ersteigen oder Begehen von Leitern und Gerüsten, Arbeiten im Knien und in der Hocke sowie Nachtschichten mindestens sechs Stunden täglich verrichten könne. Sie sei daher weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) komme bei der Klägerin nicht in Betracht, da sie nach dem 01. Januar 1961 geboren sei.

Am 10. September 2009 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG). Sie legte den Entlassungsbericht des Dr. Kl., Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und des Interdisziplinären Schmerzzentrums der Fachklinik E., vom 11. September 2009 über ihre stationäre Behandlung vom 26. August bis 06. September 2009 (Diagnosen: Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) I. Grades am rechten Unterschenkel nach Umstellungsosteotomie, Bandscheibenvorfall L 2/3 mit Postnukleotomiesyndrom nach Bandscheibenoperation 2007 mit anhaltender Lumboischialgie, Achillodynie links, sonstige primäre Gonarthrose, Lumboischialgie, Radikulopathie im Lumbalbereich, essentielle Hypertonie und chronisches Schmerzsyndrom; Schmerzverbesserung um ca. 20 v.H. sei leider nicht anhaltend gewesen; es sei mit der Klägerin besprochen worden, dass eine betriebliche Umsetzung erforderlich sei und sie nach Umsetzung eine stufenweise Wiedereingliederung beginnen solle) vor und machte geltend, aufgrund ihres bisherigen Krankheitsbildes sei bei ihr prognostisch mit der Ausfallzeit hinsichtlich jeder geschuldeten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von jährlich mehr als 50 v.H. zu rechnen, sodass eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit begründet sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG hörte Orthopäden M. und Arzt für Allgemeinmedizin Sc. schriftlich als sachverständige Zeugen. Die Ärzte fügten ihren Auskünften ihnen zugewandene Arztbriefe oder Befundberichte bei. Arzt M. führte unter dem 04. November 2009 aus, dass es anhand der nur spärlich vorliegenden Unterlagen ohne aktuelle neurologische Befunde, Kernspinnbilder oder auch Bewegungsausmaße und Untersuchungsbefunde bezüglich der Wirbelsäulenproblematik äußerst schwierig sei, eine sichere Beurteilung bezüglich der Leistungsfähigkeit abzugeben. Außer Frage stehe, dass eine statische Tätigkeit ohne Bewegung am Arbeitsplatz aufgrund der Rückenbeschwerden nachteilig sei. Wechselnde Tätigkeiten, Bewegung am Arbeitsplatz wäre sicherlich für die Wirbelsäule und für das Knie rechts nach Umstellungsosteotomie vorteilhaft. Die Klägerin sei noch in der Lage, Tätigkeiten "vollsichtig ca. vier Stunden täglich" zu verrichten. Allgemeinarzt Sc. (Auskunft vom 05. Januar 2010) berichtete, bei der Klägerin bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom am rechten Unterschenkel nach Umstellungsosteotomie, eine Bandscheibenprotrusion, ein Postnukleotomiesyndrom mit anhaltender Lumboischialgie sowie muskulärer Dysbalance der Wirbelsäule und Unterschenkelmuskulatur und eine Achillodynie beidseits. Die Gesundheitsstörungen zeigten einen langen chronifizierenden Verlauf, sodass nach seiner Meinung die Klägerin erwerbsunfähig sei.

Sodann erstattete im Auftrag des SG Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Chefarzt der A.-klinik I. Dr. Z. über die Klägerin sein orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten vom 25. März 2010. Der Sachverständige berichtete, die Klägerin habe auf ebenem Gelände ein weitgehend flüssiges Gangbild gezeigt. Gehhilfen würden nicht benutzt. Die Übergangsbewegungen vom Sitzen zum Stehen und anschließendem Gehen würden verlangsamt durchgeführt. Das Besteigen einer Treppenstufe von 30 cm Höhe sei verlangsamt und mit Abstützung möglich. Das Treppenabwärtsgehen sei mit Hilfe der Benutzung des Treppengeländers möglich. Während der Erhebung der Anamnese, die sich über ca. 30 Minuten erstreckt habe, habe eine weitgehend uneingeschränkte Fähigkeit zum Sitzen auf einem leicht gepolsterten Stuhl bestanden. Ausgleichsbewegungen seien während dieser Zeit nicht feststellbar gewesen. Das rechte Kniegelenk sei zwischen 0/0/120 °, das linke Kniegelenk zwischen 0/0/130 ° beweglich gewesen. Im Bereich des rechten Unterschenkels sei insbesondere medialseitig bei der Palpation eine vermehrte Dellenbildung aufgefallen. Die Entfaltungsfähigkeit der Wirbelsäule im Brust- und Lendenwirbelsäulenabschnitt sei deutlich eingeschränkt. Der Finger-/Bodenabstand betrage 40 cm. Dr. Z. diagnostizierte bei der Klägerin chronisch-rezidivierende Lumboischialgien mit rezidivierenden Bewegungs- und Belastungseinschränkungen auf dem Boden morphologischer Veränderungen im Sinne von ausgeprägteren spondylytischen und Stenose fördernden Prozessen, eine mittelgradige Gonarthrose rechtsseitig bei Zustand nach mehrfachen operativen Eingriffen im Bereich des rechten Kniegelenkes, zuletzt Umstellungsoperation am 27. Februar 2009, eine Achillodynie linksseitig und auf nicht orthopädischem Fachgebiet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Aufgrund der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet ergäben sich qualitative Einschränkungen der Gestalt, dass der Klägerin mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten, das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf kg, Tätigkeiten mit überwiegendem Stehen, Gehen, gleichförmigen Körperhaltungen, häufigem Bücken und Treppensteigen, Steigen auf Leitern, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und Arbeiten an gefährdenden Maschinen nicht mehr möglich seien. Die persistierende Schmerzsituation lasse außerdem Tätigkeiten, die durch negative externe Einflüsse gekennzeichnet seien, nicht zu. Dazu gehörten Wechsel- und Nachtschicht, Hitze, Kälte, Zugluft, Nässe und Lärm. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne die Klägerin vollsichtig ausüben. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass diese Tätigkeit überwiegend in sitzender Position durchgeführt, jedoch gleichzeitig ein selbstständiger Haltungsverwechsel vollzogen werden könne. Die Klägerin sei auch in der Lage, arbeitstäglich vierfach eine Wegstrecke von über 500 m zurückzulegen. Für eine Wegstrecke von 500 m benötige sie unter Einschluss etwaiger Unterbrechungen eine Zeit von weniger als 20 Minuten.

Mit Gerichtsbescheid vom 24. Juni 2010 wies das SG die Klage ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung. Sie sei weder voll noch teilweise erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 SGB VI](#). Sie könne nämlich noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit einigen qualitativen Einschränkungen sechs Stunden täglich verrichten. Die für das aktuelle berufliche Leistungsvermögen der Klägerin wesentlichen Gesundheitsstörungen lägen im orthopädischen Bereich. Die Klägerin leide im Wesentlichen an einer chronisch rezidivierenden Lumboischialgie mit rezidivierenden Bewegungs- und Belastungseinschränkungen, einer mittelgradigen Gonarthrose rechts bei Zustand nach mehrfachen operativen Eingriffen im Bereich des rechten Kniegelenkes und einer Achillodynie linksseitig. Zusätzlich bestehe vor allem eine Adipositas und eine somatoforme Schmerzstörung. Dies ergäbe sich aus dem überzeugenden Gerichtsgutachten von Dr. Z., dem von Dr. F. erstatteten Gutachten und den Entlassungsberichten der F.-klinik B. B. ... Diese Gesundheitsstörungen führten dazu, dass die Klägerin bei einer beruflichen Tätigkeit qualitative Einschränkungen berücksichtigen müsse. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überwiegend in sitzender Position, wobei gleichzeitig ein selbstständiger Haltungsverwechsel möglich sein müsse, ohne Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf kg, Arbeiten im Knien oder Hocken, häufigem Bücken und Treppensteigen, Steigen auf Leitern, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und an gefährdenden Maschinen, Wechsel- und Nachtschicht, Exposition gegenüber Hitze, Kälte, Zugluft, Nässe und Lärm könne sie aber noch sechs Stunden täglich verrichten. Die qualitativen Einschränkungen entnehme die Kammer den Gutachten von Dr. Z. und Dr. F. und den ärztlichen Entlassungsberichten der F.-klinik in Bad Buchau. Der abweichenden Einschätzung des Arztes Sc. könne sich die Kammer angesichts des schlüssigen Gutachtens von Dr. Z. nicht anschließen. Die Einschätzung des Orthopäden M., wonach die Klägerin "vollsichtig ca. vier Stunden täglich" arbeiten könne, sei widersprüchlich. Hinweise darauf, dass die Klägerin für die Verrichtung leichter Tätigkeiten mit den von Dr. Z. beschriebenen qualitativen Einschränkungen so häufig leistungsunfähig wäre, dass von einer regelmäßigen Arbeitstätigkeit nicht mehr ausgegangen werden könne, ergäben sich aus dem Gutachten von Dr. Z. nicht. Auch eine Einschränkung der Wegefähigkeit liege nicht vor. Ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#) scheide bereits aufgrund des Geburtsjahrgangs der Klägerin aus.

Gegen den den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 05. Juli 2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 03. August 2010 Berufung eingelegt. Das SG habe ihren Gesundheitsstörungen nicht ausreichend Rechnung getragen. Dies gelte insbesondere für die vorhandene Schmerzstörung mit der damit einhergehenden depressiven Erkrankung. Vom 28. April bis 12. Mai 2010 habe sie sich erneut in stationärer Behandlung in der Fachklinik E. befunden. Dort sei ausweislich des beigefügten Entlassungsberichts des Dr. Kl. vom 20. Mai 2010 neben den schon bekannten Diagnosen auch eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt worden. Bereits aufgrund der Depression sei ihre Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit mit drei bis unter sechs Stunden eingeschätzt worden. Eine ambulante Psychotherapie und psychiatrische Mitbehandlung sei für dringend indiziert erachtet worden. Entsprechend der ärztlichen Empfehlung arbeite sie im Rahmen einer Wiedereingliederung vier Stunden täglich. Sie verrichte ihre Tätigkeit nur sehr eingeschränkt und unter erschwerten Umständen. Die beruflichen Probleme bestünden auch darin, dass sie jede Nacht Schmerzen habe und nicht schlafen könne. Ergänzend hat die Klägerin mitgeteilt, dass sie am 31. Januar 2011 einen Behandlungstermin bei dem Psychotherapeuten Dr. Wa. habe und sich seit Januar 2011 auch in Behandlung bei der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ka. befinde. Dass sie aus der vom 20. September bis 18. Oktober 2011 durchgeführten weiteren Rehabilitationsmaßnahme (hierzu im

Folgenden) arbeitsfähig entlassen worden sei, lasse nicht den Schluss auf eine Leistungsfähigkeit von sechs Stunden und mehr zu, weil die Arbeitsfähigkeit sich auf den konkreten Arbeitsvertrag beziehe und sie lediglich verpflichtet sei, vier Stunden tätig zu sein. Der Reha-Entlassungsbericht des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011 sei nicht nachvollziehbar. Dr. Ka. habe am 03. April 2012 erneute Krankenhausbehandlung in der Fachklinik E. verordnet. Außerdem hat sie eine Aufstellung über ihre ärztlichen Behandlungen, den Operationsbericht des Arztes Bo., V.-Krankenhaus K., vom 10. Dezember 2010, ausweislich dessen eine Metallentfernung und eine arthroskopische Knorpelglättung jeweils im rechten Kniegelenk durchgeführt worden ist, sowie Arztbriefe von Dr. Mi., Chefarzt des Krankenhauses Pfullendorf, vom 01. Januar 2011 (Diagnose: Fingerluxation des Mittelfingers der rechten Hand), von Dr. Ka. vom 13. Januar 2011 (Diagnosen: akute Belastungsreaktion, mittelgradige depressive Episode) und des Arztes für Radiologie R. vom 24. Februar 2011 über eine Kernspintomographie der LWS (Beurteilung: Zustand nach Implantation eines Spreizers bei L 2/3, der Spreizer liege zu weit dorsal, linksbetonte Bandscheibenprotrusion bei L 1/2, Zwischenwirbelraumverschmälerung bei L 1/2, L 2/3 und L 3/4), den Ambulanzbericht des Prof. Dr. G.-Z., Ärztlicher Direktor und Chefarzt der S.-klinik Z., vom 09. Februar 2011, der u.a. eine Spacerdislokation diagnostiziert hat, die Entlassungsberichte des Facharztes für Orthopädie Dr. Sch., Praxisklinik Dr. Sch., vom 01. April 2011 über die stationäre Behandlung vom 28. bis 31. März 2011, bei der eine Facetteninfiltration L2/3, eine periradikuläre Therapie L4 beidseits und eine epidurale Injektion L3/4 sowie dreimalige intravenöse Infusionen mit Tramal und Diazepam durchgeführt worden sind, und des Facharztes für Neurochirurgie Dr. So., Wirbelsäulenzentrum M., vom 21. Juni 2011 über die stationäre Behandlung vom 09. bis 18. Juni 2011, bei der eine ventrale Freilegung von links lateral, ventrale Diskektomie und Dekompression mit anschließender ventraler Spondylodese mittels Peek-Cage und Knochenersatz durchgeführt worden ist, sowie ärztliche Bescheinigungen von Dr. Ka. vom 09. Dezember 2011 (leider sei die Klägerin aus der letzten Rehabilitation arbeitsfähig [vollschichtig] entlassen worden. Dazu sei sie absolut nicht in der Lage. Sie habe sich mit ihrem Arbeitgeber besprochen, dass sie nur vier Stunden arbeitsfähig sei und habe dies auch so regeln können), des Orthopäden Dr. B. vom 13. Dezember 2011 (auf orthopädischem Fachgebiet sei er der Meinung, dass bei der Klägerin für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch eine vollschichtige Leistungsfähigkeit bestehe. Über die momentane psychotherapeutische Behandlung und die hier vorliegenden Befunde und Untersuchung habe er jedoch keine Berichte bzw. neuere Einschätzungen), des Dr. So. vom 05. Januar 2012 (die Klägerin könne zur Zeit nicht länger als vier Stunden täglich arbeiten) und des Arztes Sc. vom 26. Januar 2012 (aufgrund des Gesamtbeschwerdekomplexes könne die Klägerin derzeit nicht länger als vier Stunden täglich arbeiten) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 24. Juni 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 06. April 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03. September 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab 01. Januar 2009 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat zunächst unter Vorlage einer Stellungnahme des Internisten Dr. Jöst vom 15. Oktober 2010 angeregt bei der Klägerin anzufragen, bei welchem Arzt sie sich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde und von dort einen aktuellen Befundbericht anzufordern, und außerdem den Bericht über die wegen einer Dislokation des interspinösen Spaces L 3/4 stattgefundene Untersuchung beizuziehen. Im weiteren Verlauf des Berufungsverfahrens hat die Beklagte sozialmedizinische Stellungnahmen des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Bu. vom 11. April und 09. November 2011 sowie 15. Februar 2012 vorgelegt. Die von der Klägerin vorgelegten Befunde und die sachverständigen Zeugenbefragungen könnten in ihrer Gesamtheit nicht ausreichend begründen, warum ihr Leistungsvermögen nicht sechs Stunden täglich für den allgemeinen Arbeitsmarkt unter qualitativen Leistungseinschränkungen betragen solle. Aufgrund des vorliegenden aktuellen Behandlungsberichts aus der F.-klinik B. B. über den Aufenthalt (hierzu im Folgenden), aus der die Entlassung nicht nur leistungsfähig, sondern auch arbeitsfähig erfolgt sei, und im Rahmen dessen auch ein psychotherapeutisch-psychosomatisches Konsil durchgeführt worden sei, könne sich keine Notwendigkeit ergeben, um von der bisherigen Leistungsbeurteilung abrücken zu müssen. Dass die Behandler der Klägerin dies anders sehen würden, möge auch der besonderen therapeutisch-empathischen Bindung eines Behandlers an seine Patienten zumindest partiell geschuldet sein. Man müsse aber bedenken, dass eine vierwöchige vollstationäre Rehabilitation weit mehr eine valide Leistungsbeurteilung ermögliche, als dies durch jeweils nur kurze Kontakte im Rahmen einer ambulanten Behandlung jemals möglich sein könne.

Der Senat hat die genannten Auskünfte der Firma G. vom 12. und 25. Juli 2011 eingeholt, von Prof. Dr. L., V.-Krankenhaus, den Entlassungsbericht vom 16. Dezember 2010 über die stationäre Behandlung der Klägerin vom 10. bis 11. Dezember 2010 (Metallentfernung rechte Tibia, arthroskopische Knorpelglättung Kniegelenk rechts) beigezogen und die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. Wa. (Auskunft vom 26. März 2011) hat mitgeteilt, dass er die Klägerin seit 31. Januar 2011 behandle und bis zum 17. März 2011 vier Sitzungen stattgefunden hätten. Die Klägerin leide an einer Anpassungsstörung auf eine Belastungssituation und an einer längeren depressiven Reaktion. Die Höchstgrenze ihrer Leistungsfähigkeit an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz liege bei höchstens drei Stunden täglich. Auch eine leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei ihr sechs Stunden täglich nicht möglich. Einschränkungen der Wegefähigkeit bestünden nicht. Dr. Ka. hat unter dem 25. März 2011 ausgeführt, dass sich die Klägerin seit 04. Januar 2011 in ihrer Behandlung befinde. Ein zweiter Termin habe am 19. Februar 2011 stattgefunden. Bei der Klägerin handle es sich überwiegend um orthopädische Beschwerden, zu denen eine depressive Erkrankung hinzugekommen sei. Leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt - mit Möglichkeit von Sitzen und Gehen - wären bei der Klägerin bis zu sechs Stunden täglich möglich. Facharzt für Neurochirurgie Dr. R. (Auskunft vom 30. März 2011) hat über von der Klägerin seit über zehn Jahren bestehende Rückenschmerzen mit zunehmender Intensität berichtet. Aus seiner Sicht dürfte die Belastbarkeit der Klägerin als Montagearbeiterin eingeschränkt sein. Ihr Restleistungsvermögen dürfte sich auf ca. vier Stunden täglich belaufen. Leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dürften ihr für sechs Stunden täglich möglich sein. Eine Gehstrecke von über 500 m dürfte sie zurücklegen können. Er hat seinen Arztbrief vom 03. Juli 2007 beigelegt. Arzt Sc. hat unter dem 13. September 2011 unter Beifügung u.a. der Arztbriefe des Unfallchirurgen/Chirurgen Dr. Krämer vom 22. Juli 2010, des Radiologen R. über eine Computertomographie der LWS vom 02. September 2010 und des Dr. R. vom 30. September 2010 mitgeteilt, bei der Klägerin liege ein chronisches Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit rezidivierender Lumbalgie und Lumboischialgie vor. Weiter bestehe ein Zustand nach Umstellungsosteotomie des rechten Kniegelenkes bei primärer Gonarthrose. Die durchgeführte Wirbelsäulenoperation habe keine wesentliche Änderung der Beschwerden erbracht. Bezüglich ihres Berufs als Montagearbeiterin gehe er von einem Restleistungsvermögen von maximal zwei bis drei Stunden pro Tag aus. Die Frage, ob

die Klägerin leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ca. sechs Stunden täglich verrichten könne, verneinte er. Die Klägerin sei auch nicht in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen oder Wegstrecken über 500 m zurückzulegen. Orthopäde M. hat unter dem 05. Oktober 2011 unter Beifügung ihm zugangener Befundberichte und Arztbriefe ausgeführt, dass das für das medizinische Fachgebiet im Vordergrund stehende Leiden sicherlich das orthopädische unfallchirurgische Krankheitsbild sei. Nach durchgeführter umfassender Wirbelsäulenoperation und stationärem Aufenthalt in der Isarklinik im Juni 2011 sei es nicht möglich, eine adäquate gutachterliche Stellungnahme zu leisten. Vom bisherigen Krankheitsverlauf her könne man sagen, dass ein vollschichtiges Leistungsvermögen (sechs bis acht Stunden täglich) wahrscheinlich nicht mehr möglich und empfehlenswert sei. Leichtere körperliche Tätigkeit bei durchgeführter Spondylodese sollte aber möglich sein.

Vom 20. September bis 18. Oktober 2011 hat sich die Klägerin erneut in der F.-klinik in Bad Buchau befunden. Nach dem Reha-Entlassungsbericht des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011 sind hierbei persistierende Lumboischialgien, ein Zustand nach Dekompression, Diskektomie und ventrale Spondylodese mit Cage Juni 2011, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit depressiven Anteilen und Somatisierung, Gonalgien rechtsbetont, ein Zustand nach Umstellungsosteotomie 2009, Adipositas, Hyperlipidämie und arterielle Hypertonie diagnostiziert worden. Die Klägerin ist arbeitsfähig mit einem Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr für ihre bisherige Tätigkeit als Montagearbeiterin und für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen unter Vermeidung von Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, überwiegenden Arbeiten in gebückter Körperhaltung, im Knien oder in der Hocke und verbunden mit überwiegendem Besteigen oder Begehen von Leitern und Gerüsten entlassen worden. Während der Rehabilitationsmaßnahme ist am 26. September 2011 durch die Psychologische Psychotherapeutin Runggaldier ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Konsil durchgeführt worden. Danach ist bei der Klägerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden, die medizinisch und psychotherapeutisch behandelt werde. Von Seiten der Rehabilitationseinrichtung seien keine weiteren Maßnahmen notwendig. Bei der Abschlussuntersuchung sind das Schober'sche Zeichen mit 10/13 cm und der Finger-/Bodenabstand im Sitzen mit 20 cm sowie die Bewegungsmaße im Bereich der Kniegelenke für die Extension/Flexion rechts mit 0/0/130 ° und links mit 0/5/125 ° gemessen worden.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer 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 form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden hat, ist zulässig, aber unbegründet. Mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 24. Juni 2010 hat das SG zu Recht die Klage abgewiesen. Die Ablehnung des Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung durch den Bescheid der Beklagten vom 06. April 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03. September 2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat seit 01. Januar 2009 weder Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung noch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 01. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Die Klägerin ist seit 01. Januar 2009 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Dahingestellt bleiben kann insoweit, ob sie ihre langjährig verrichtete Tätigkeit als Anlagenbedienerin bei der Firma G. noch in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, denn sie kann jedenfalls mit qualitativen Einschränkungen sonstige leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund des in erster Instanz eingeholten Gutachtens des Dr. Z. vom 25. März 2010, aber auch des Verwaltungsgutachten von Dr. F. und insbesondere der Entlassungsberichte des Dr. M. und PD Dr. Kr. über die von der Klägerin durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen in der F.-klinik in B. B., zuletzt in der Zeit vom 20. September bis 18. Oktober 2011, sowie der sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Ka. vom 25. März 2011 und Dr. R. vom 30. März 2011 fest.

Die Klägerin leidet an rentenrelevanten Gesundheitsstörungen vorrangig auf orthopädischem Gebiet und hier speziell im Bereich der Wirbelsäule und des rechten Knies. Im Juni 2007 wurde bei der Klägerin wegen einer degenerativen Instabilität bei LWK 2/3 ein interspinales Klammersystem implantiert, das, wie sich im weiteren Verlauf zeigte, zu weit dorsal lag, weshalb im Juni 2011 im Bereich der Wirbelsäule eine ventrale Freilegung von links lateral, eine ventrale Diskektomie und Dekompression mit anschließender ventraler Spondylodese mittels Peek-Cage und Knochenersatz erfolgte. Daneben bestehen bei der Klägerin Lumboischialgien beidseits bei Spinalkanalstenose L 2/3 und L 3/4. Wegen der Gonalgie rechts wurde bei der Klägerin am 05. März 2008 eine Tibiakopfumstellungsosteotomie, am 27. Februar 2009 eine Re-Osteosynthese und am 10. Dezember 2010 eine Metallentfernung und arthroskopische Knorpelglättung im Bereich des rechten Kniegelenks durchgeführt. Dies ergibt sich aus den Reha-Entlassungsberichten des Dr. M. vom 10. August 2007, 06. Mai 2008 und 17. Juni

2009 und des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011, den Gutachten des Dr. F. vom 01. April 2009 und des Dr. Z. vom 25. März 2010, dem Arztbrief des Prof. Dr. H. vom 10. Februar 2009, dem Operationsbericht des Arztes Bo. vom 10. Dezember 2010 und dem Entlassungsbericht des Prof. Dr. L. vom 16. Dezember 2010, dem Ambulanzbericht des Prof. Dr. G.-Z. vom 09. Februar 2011, dem Arztbrief des Radiologen R. vom 24. Februar 2011 sowie dem Entlassungsbericht des Dr. So. vom 21. Juni 2011. Die sachverständigen Zeugenauskünfte des Orthopäden M. und des Allgemeinarztes Schw. vom 04. November 2009 und 05. Oktober 2011 bzw. 05. Januar 2010 sowie 13. September 2011 stimmen mit Blick auf die Diagnosen und den Verlauf der Erkrankung der Klägerin damit im Wesentlichen überein. Als Folge der Erkrankungen der Klägerin im Bereich der Wirbelsäule und des rechten Knies besteht bei ihr darüber hinaus ein chronisches Schmerzsyndrom, das in der Zeit vom 26. November bis 16. Dezember 2008 erstmals in der Fachklinik E. und dort erneut vom 26. August bis 06. September 2009 sowie vom 28. April bis 12. Mai 2010 behandelt wurde. Zuvor hatte bereits im November 2006 im Rehabilitationskrankenhaus U. (RKU) eine Facetteninfiltration L 4 bis S 1 mit Lokalanästhetikum und Triam stattgefunden. Eine weitere stationäre Behandlung der Klägerin zur Behandlung der Schmerzen erfolgte vom 28. bis 31. März 2011 in der Praxisklinik Dr. Sch. ... Während die Behandlungen im RKU und in der Praxisklinik Dr. Sch. sowie der erste Aufenthalt in der Fachklinik E. nach den Entlassungsberichten vom 06. Dezember 2006, 24. Dezember 2008 und 01. April 2011 zu einer Schmerzbesserung führten, war eine solche ausweislich des Entlassungsberichts vom 11. September 2009 beim zweiten stationären Aufenthalt in der Fachklinik E. nicht von Dauer und nach dem Entlassungsbericht vom 20. Mai 2010 von "fraglich anhaltendem Effekt". Zudem leidet die Klägerin auf orthopädischem Fachgebiet unter einer Achillodynie links. Des Weiteren bestehen Überlastungsschmerzen der Sprunggelenke aufgrund ihres massiven Übergewichts und auf internistischem Fachgebiet eine essentielle Hypertonie. Dies entnimmt der Senat den - bereits genannten - Entlassungsberichten über die durchgeführten Heilbehandlungen und den Gutachten des Dr. F. vom 01. April 2009 und des Dr. Z. vom 25. März 2010 sowie dem Entlassungsbericht des PD Dr. Seitz vom 30. Januar 2009. Darüber hinaus hat sich bei der Klägerin mittlerweile eine depressive Erkrankung eingestellt, die erstmals von PD Dr. Seitz im Entlassungsbericht vom 30. September 2009, erneut von Dr. Kl. im Entlassungsbericht vom 20. März 2010 erwähnt und auch ausweislich des Entlassungsberichts des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011 festgestellt wurde. Diese Erkrankung führte im Jahr 2011 zur Aufnahme einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. Ka. und Dr. Wa. ... Dies stützt der Senat auf die erwähnten Entlassungsberichte und die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Ka. vom 25. März 2011 und Dr. Wa. vom 26. März 2011. Soweit Dr. F. in seinem Gutachten vom 01. April 2009 darüber hinaus noch über ein Restless-Legs-Syndrom berichtete, ist der Senat vom Vorliegen eines Restless-Legs-Syndrom nicht überzeugt. Auch Dr. F. führt in seinem Gutachten insoweit nur aus, dass sich anamnestisch Hinweise auf ein Restless-Legs-Syndrom gefunden hätten. Befunde hat er insoweit jedoch nicht erhoben und aus den weiter vorliegenden ärztlichen Unterlagen geht eine entsprechende Erkrankung der Klägerin nicht hervor.

Die Gesundheitsstörungen, insbesondere die orthopädischen Erkrankungen mit der Folge eines Schmerzsyndroms und die psychischen Beschwerden, führen zu qualitativen Leistungseinschränkungen. Die Klägerin kann nur noch leichte körperliche Tätigkeiten unter Vermeidung von Wirbelsäulenzwangshaltungen, überwiegenden Arbeiten in gebückter Körperhaltung, im Knien oder in der Hocke, verbunden mit überwiegendem Besteigen und Begehen von Leitern und Gerüsten, häufigem Treppensteigen sowie Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel über fünf kg verrichten. Außerdem sollten die Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung, bevorzugt im Sitzen durchgeführt werden können. Nicht mehr zugemutet werden können der Klägerin auch Schichtarbeiten, Hitze, Kälte, Zugluft, Nässe und Lärm sowie Arbeiten an gefährdenden Maschinen und häufiges Bücken. Der Senat folgt insoweit der Einschätzung des Dr. F. in seinem Gutachten vom 01. April 2009 und des Dr. Z. in seinem Gutachten vom 25. März 2010, die diese Leistungseinschränkungen für den Senat überzeugend aus den bestehenden Wirbelsäulen- und Kniebeschwerden sowie der Schmerzsituation abgeleitet haben. Diese Einschätzung findet auch eine Bestätigung im Entlassungsbericht von Dr. M. vom 17. Juni 2009 und in den sachverständigen Zeugenauskünften von Dr. Ka. vom 25. März 2011 und Dr. R. vom 30. März 2011. Soweit PD Dr. Kr. in seinem Entlassungsbericht vom 21. Oktober 2011 und Dr. M. in seinen Entlassungsberichten vom 10. August 2007 und 06. Mai 2008 auch mittelschwere Tätigkeiten für durchführbar erachteten, vermag sich der Senat dem nicht anzuschließen. Die bei der Klägerin vorliegenden Beschwerden von Seiten der Wirbelsäule, des rechten Kniegelenkes und auch des Schmerzsyndroms stehen dem entgegen. Aus der internistischerseits bestehenden Bluthochdruckerkrankung ergeben sich derzeit keine weitergehenden Leistungseinschränkungen, nachdem diese medikamentös gut eingestellt ist und es nach der hypertensiven Krise im Januar 2009 zu keinem weiteren entsprechenden Vorfall kam. Der Achillodynie links und den Belastungsbeschwerden der Sprunggelenke kann mit den genannten Funktionseinschränkungen, insbesondere mit dem Ausschluss dauernden Stehens, begegnet werden. Weitere Einschränkungen ergeben sich daraus nicht.

Die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen, die zu den beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen führen, bedingen indes nach Überzeugung des Senats keine Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Die Klägerin ist noch in der Lage, leichte Tätigkeiten überwiegend sitzend mit der Möglichkeit zu Haltungsverwechseln und unter Berücksichtigung der genannten Funktionseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt dies auf die insgesamt schlüssige und nachvollziehbare Leistungsbeurteilung des Dr. F. in seinem Gutachten vom 01. April 2009, Dr. Z. in seinem Gutachten vom 25. März 2010 und die Entlassungsberichte über die durchgeführten Heilbehandlungen, die jeweils auch ein mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen bestätigten und die durch die Tatsache der Beurteilung auf der Grundlage eines drei- bis vierwöchigen Aufenthalts eine valide Leistungsbeurteilung abgeben. Im Einklang mit dieser Leistungsbeurteilung stehen auch die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Ka. vom 25. März 2011 und Dr. R. vom 30. März 2011 sowie das Attest des Dr. B.t vom 13. Dezember 2011. Auch der Orthopäde M. hielt in der sachverständigen Zeugenauskunft vom 05. Oktober 2011 ein Leistungsvermögen von sechs bis acht Stunden nur für wahrscheinlich nicht möglich. Ein sechsstündiges Leistungsvermögen hat er damit nicht verneint. Die gegenteilige Einschätzung von Dr. Wa., Dr. K. und Allgemeinmediziner Schw. sieht der Senat durch die Gutachten und die Reha-Entlassungsberichte sowie die sachverständigen Zeugenauskünfte von Dr. Ka. und Dr. R. als widerlegt an. Soweit Dr. So. in seinem Attest vom 05. Januar 2012 ein vierstündiges Leistungsvermögen bestätigte, hat er dies dahingehend eingeschränkt, dass die Klägerin wegen der am 10. Juni 2011 durchgeführten Operation "zur Zeit" nicht länger als vier Stunden täglich arbeiten könne. Ein auf Dauer auf vier Stunden limitiertes Leistungsvermögen hat er damit nicht bestätigt. Im Übrigen stehen auch dieser Einschätzung die genannten Gutachten, Reha-Entlassungsberichte und sachverständigen Zeugenauskünfte entgegen.

Zunächst lassen sich quantitative Leistungseinschränkungen nicht auf der Grundlage der bei der Klägerin orthopädischerseits bestehenden Gesundheitsstörungen herleiten. Zwar ist die Entfaltungsfähigkeit der Wirbelsäule der Klägerin im Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich, wie sich aus dem Gutachten von Dr. Z. vom 25. März 2010, aber auch zuletzt noch einmal aus dem jüngsten Entlassungsbericht des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011 ergibt, eingeschränkt. Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik ergaben sich jedoch jeweils nicht. Während der Erhebung der Anamnese durch Dr. Z., die sich über ca. 30 Minuten erstreckte, konnte die Klägerin nach dessen Feststellung auch weitgehend uneingeschränkt auf einem leicht gepolsterten Stuhl sitzen, ohne Ausgleichsbewegungen durchzuführen. Das Ablegen der

Kleidungsstücke der unteren und oberen Extremitäten wurde teilweise aus sitzender, teilweise aus stehender Position heraus vorgenommen, was eine noch ausreichende Beweglichkeit der Klägerin belegt. Auch aus den Gesundheitsstörungen von Seiten des Knies lassen sich Einschränkungen in der quantitativen Belastbarkeitsdauer bei Verrichtung leidensgerechter Tätigkeiten nicht ableiten. Dies wird insbesondere daraus deutlich, dass die Klägerin bei der Untersuchung durch Dr. Z. auf ebenem Gelände ein weitgehend flüssiges Gangbild ohne Gehhilfen demonstrierte. Etwas anderes lässt sich auch nicht darauf stützen, dass die Klägerin die Übergangsbewegungen vom Sitzen zum Stehen und anschließendem Gehen verlangsamt durchführte und das Treppengehen erschwert war. Denn die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes wurde von Dr. Z. mit 0/0/120 ° gemessen. Auch anlässlich der letzten Rehabilitationsmaßnahme war nach dem Entlassungsbericht des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011 das An- und Auskleiden selbstständig problemlos möglich und das Gangbild unauffällig. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes wurde bei der Abschlussuntersuchung mit 0/0/130 ° gemessen, bei der Aufnahme war noch eine Beweglichkeit zwischen 0/0/140 ° festgestellt worden. Im Übrigen bestanden über den Kniegelenken mit Ausnahme der Zeit unmittelbar nach den Operationen keine Entzündungszeichen und auch eine Schwellung oder ein Erguss war jeweils nicht festzustellen, das Kniegelenk war auch stabil. Gegen erhebliche Einschränkungen der Beweglichkeit der Klägerin spricht schließlich auch, dass sie im Rahmen der vom 20. September bis 18. Oktober 2011 erfolgten Rehabilitationsmaßnahme die vorgesehenen physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen durchführen konnte. Den genannten Schwierigkeiten beim Treppengehen und Bewegungswechseln kann daher mit den genannten Funktionseinschränkungen begegnet werden. Auch wegen des Schmerzsyndroms lassen sich mit Blick auf die erhobenen Befunde im Bereich der Wirbelsäule und des rechten Knies keine quantitativen Leistungseinschränkungen begründen. Entsprechendes gilt für die bei der Klägerin nunmehr diagnostizierte Depression, die erst seit Anfang des Jahres 2011 fachärztlich behandelt wird und nach dem jüngsten Entlassungsbericht des PD Dr. Kr. vom 21. Oktober 2011 mit einer leichten Medikation mit 50 mg Tryptilin einmal täglich eingestellt ist. Einen auffälligen psychopathologischen Befund hat insoweit auch Dr. Wa. ausweislich seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 26. März 2011 nicht erhoben und ein solcher geht auch aus dem Entlassungsbericht des Dr. K. vom 20. Mai 2010 nicht hervor. Die konsiliarisch in der F.-klinik B. B. hinzugezogene Psychologin Runggaldier sah ebenfalls keinen weiteren Handlungsbedarf. Im Übrigen hält auch Dr. Ka. eine leichte Tätigkeit der Klägerin mit Funktionseinschränkung noch mindestens sechs Stunden täglich für zumutbar.

Auch eine Einschränkung der Wegefähigkeit der Klägerin resultiert aus ihren Gesundheitseinschränkungen nicht. Zwar gehört neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit des Versicherten am Arbeitsplatz zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die es der 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 bei 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](#) -, in juris). Eine Einschränkung der Wegefähigkeit sah indessen nur der sie behandelnde Allgemeinmediziner Schw. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 13. September 2011, wobei er dies nicht weiter begründet hat. Im Übrigen gehen die behandelnden Ärzte, soweit sie sich hierzu äußerten, jedoch übereinstimmend von einer noch vorhandenen Wegefähigkeit aus und auch aus den Entlassungsberichten über die Rehabilitationsmaßnahmen und die von Dr. F. und Dr. Z. erstatteten Gutachten ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Wegefähigkeit. Das Gangbild der Klägerin wurde nach Abschluss der Rekonvaleszenzzeiten nach den durchgeführten Operationen jeweils als unauffällig bezeichnet. Eine Gehstütze benutzt die Klägerin nicht. Vor diesem Hintergrund geht der Senat mit dem Sachverständigen Dr. Z., dem Gutachter Dr. F. sowie Dr. Wa. und Dr. R. davon aus, dass sich eine Einschränkung der Wegstrecke in einem nach der Rechtsprechung des BSG maßgeblichen Ausmaß aus den bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen nicht ableiten lässt.

Insgesamt ist die Klägerin daher seit 01. Januar 2009 weder voll noch teilweise im Sinne des [§ 43 SGB VI](#) erwerbsgemindert.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-05-07