

L 7 R 171/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 13 R 1271/11
Datum
09.12.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 171/12
Datum
28.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Dezember 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch der Klägerin auf Rente wegen Erwerbsminderung streitig.

Die 1958 geborene Klägerin absolvierte in der e. D. von September 1974 bis Juli 1976 eine Ausbildung zur Hauswirtschafterin. In der Zeit vom 1. August 1976 bis zum 31. Dezember 1990 war sie - unterbrochen durch Mutterschutz und Schwangerschaft - dort als Viehpflegerin versicherungspflichtig beschäftigt. Im Versicherungsverlauf der Klägerin sind vom 9. Juli 1991 bis zum 30. Mai 1992 Zeiten der Arbeitslosigkeit dokumentiert. Vom 1. Juni 1992 bis zum 17. Juli 1992, vom 22. Juli 1992 bis zum 10. November 1992, vom 15. Februar 1993 bis zum 18. März 1993, vom 1. April 1993 bis zum 21. Mai 1993, vom 24. Mai 1993 bis zum 16. Juni 1993, vom 1. August 1993 bis zum 31. August 1993, vom 24. November 1993 bis zum 15. Oktober 1994 war die Klägerin versicherungspflichtig beschäftigt und zwar als Hauswirtschaftspflegerin und Verkäuferin. Nach Zeiten der Arbeitslosigkeit vom 17. Oktober 1994 bis zum 22. Mai 1995 sind im Versicherungsverlauf der Klägerin für die Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juli 1999 Pflichtbeitragszeiten für Kindererziehung dokumentiert. Seit 1999 war die Klägerin nun als Küchenhilfe tätig. Vom 1. Oktober 1999 bis zum 29. Februar 2000 war sie in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen beschäftigt. In der Zeit vom 6. November 2000 bis zum 9. Dezember 2000, vom 8. Januar 2001 bis zum 2. Februar 2001, vom 1. Juli 2001 bis zum 23. Juli 2001, vom 15. Juni 2002 bis zum 3. Oktober 2002, vom 4. Oktober 2002 bis zum 2. Mai 2003 weist der Versicherungsverlauf der Klägerin Pflichtbeitragszeiten auf. Vom 1. April 2004 bis zum 15. August 2004, vom 1. Juni 2005 bis zum 29. Juni 2005, vom 1. April 2006 bis zum 31. Dezember 2006 war die Klägerin in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis tätig. Im Versicherungsverlauf der Klägerin sind schließlich Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung vom 16. März 1977 bis zum 30. Juli 1991, vom 1. Juli 1991 bis zum 8. September 1993 sowie vom 27. Juni 1996 bis zum 26. Juni 2006 dokumentiert.

Bei der Klägerin ist seit 2007 ein Grad der Behinderung von 50, seit 2011 von 60 und seit 24. Januar 2011 von 80 festgestellt.

Im April 2009 beantragte die Klägerin bei der Beklagten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Beklagte leitete diesen Antrag an die Krankenversicherung der Klägerin, die I. Baden-Württemberg und Hessen weiter. Dem Rehabilitationsantrag waren ärztliche Befundberichte beigelegt. Der Facharzt für Diagnostische Radiologie L. beschrieb in seinem Bericht vom 9. Januar 2006 eine bilaterale degenerative Foramenstenose C5/6 beidseits bei älterem, linksbetontem flachen Bandscheibenvorfall und bilateralen Unkarthrosen und retrospondyloischen Appositionen. Im Befundbericht vom 9. Februar 2009 beschreibt dieser Arzt linksseitige Bandscheibenvorfälle und Unkarthrosen C5/6 und C6/7 mit beginnender Einengung der Neuroforamina und äußerte den Verdacht auf Kompressionsmyelopathie und kleine Hydrosyringomyelie auf Höhe C6/7. Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. V. stellte auf Grund einer nervenärztlichen Untersuchung am 27. Februar 2009 die Diagnosen linksseitige Bandscheibenvorfälle C5/C6 und C6/C7 und Verdacht auf Kompressionsmyelopathie in Höhe C5 (Befundbericht vom 1. März 2009). Der behandelnde Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. führte im ärztlichen Bericht zum Antrag auf Teilhabeleistungen vom 29. März 2009 u. a. aus, dass die Einschränkungen mittelgradig seien und ein Normalbefund bzw. eine normale Funktion bzgl. der Sinnesorgane, der Haut, der Atmungsorgane, Herz/Kreislauf, der Bauchorgane, der Kontinenzorgane, der unteren Extremitäten, des Nervensystems, der Psyche und der geistigen Leistungsfähigkeit vorlägen. Es sei zu erwarten, dass die Klägerin ihre bisherige berufliche Tätigkeit weiterführen könne.

Am 22. Februar 2010 beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine Rente wegen Erwerbsminderung. Die Klägerin reichte verschiedene

medizinische Befundunterlagen ein. Der Facharzt für Diagnostische Radiologie L. berichtete im Befundbericht vom 16. Februar 2010 über ein bildgebendes Verfahren hinsichtlich des Thorax ohne Nachweis einer frischen Rippenfraktur und indirekter Frakturzeichen. Der Internist und Kardiologe Dr. Tränkle konnte für das Vorliegen einer kardialen Genese keine Hinweise finden (Befundbericht vom 12. März 2010).

In der Zeit vom 5. Mai bis zum 26. Mai 2010 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung in der M.-Klinik Bad B ... Der Chefarzt Dr. J. und der Stationsarzt P. diagnostizierten im Entlassungsbericht vom 4. Juni 2010 eine chronische Cervicobrachialgie beidseits bei degenerativen Veränderungen, Neuroforaminastosen, NPP C5 - C6/C7, rezidivierende Lumbalgien bei muskulärer Dysbalance und eine depressive, somatisierende Episode.

Mit Bescheid vom 13. Juli 2010 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch ab, weil die Klägerin die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfülle. Dagegen legte die Klägerin am 30. Juli 2010 Widerspruch ein. Sie habe in der Zeit von 2001 bis 2006 auf 400 EUR-Basis gearbeitet. Im Jahr 2006 hätten die Ärzte einen Bandscheibenvorfall festgestellt. Der Arzt habe gesagt, dass sie ihre Arbeit im Bereich der Gastronomie nicht mehr ausführen dürfe.

Der Ärztliche Dienst der Beklagten nahm am 14. Dezember 2010 durch Dr. T. zu den eingereichten Befunden dahingehend Stellung, dass sich aus den verfügbaren ärztlichen Unterlagen eine quantitative Leistungsminderung bereits im Juli 2008 sich nicht ableiten lasse.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. Februar 2011 als unbegründet zurück. Die erforderliche Wartezeit von 5 Jahren mit anrechenbaren Zeiten sei erfüllt. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rentengewährung seien hingegen nicht erfüllt. Im maßgeblichen Zeitraum vom 1. November 2000 bis zum 21. Februar 2010 seien nur 17 Kalendermonate mit entsprechenden Beiträgen belegt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nur erfüllt, wenn der Leistungsfall der Erwerbsminderung spätestens am 31. Juli 2008 eingetreten wäre. Zu diesem Zeitpunkt sei die Klägerin noch in der Lage gewesen, mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Dagegen hat die Klägerin am 14. März 2011 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Bei der Klägerin bestünden seit mindestens 5 Jahren zunehmende Beschwerden an der HWS mit beidseitigen Ausstrahlungen in beide Hände und Finger. Des Weiteren bestünden phasenweise auftretende Schmerzen im unteren bis mittleren LWS-Bereich, die seit 6 Monaten zunähmen. Zusätzlich bestünden seit einem Jahr eine vornehmlich im Herbst, Winter und Frühjahr auftretende Müdigkeit und Schlafstörungen, Antriebsschwäche sowie Lustlosigkeit mit einhergehender allgemeiner Kraftlosigkeit. Die Klägerin habe 2005 ihre Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgeben müssen. Eine Erwerbsminderung habe bereits vor dem 31. Juli 2008 vorgelegen. Die Klägerin reichte einen Befundbericht des Orthopäden Dr. G. vom 28. Mai 2003 ein, wonach eine Blockierung des 8. und 9. Brustwirbelkörpers, ein Thorakalsyndrom und ein alter Scheuermann vorgelegen habe.

Das SG hat die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Der Facharzt für Diagnostische Radiologie L. teilte mit Schreiben vom 26. Mai 2011 mit, dass von der Klägerin - abgesehen von der Untersuchung des Thorax - jeweils Schmerzen in Nacken und Armen beidseits sowie Schmerzen rechtsseitig am Übergang der Brustwirbelsäule zur Lendenwirbelsäule beklagt worden seien. Bei der Untersuchung am 9. Februar 2009 seien Bandscheibenvorfälle in den Etagen 5/6 der Halswirbelsäule und 6/7 der Halswirbelsäule mit beginnender Einengung der Nervendurchtrittsöffnungen sowie beginnenden Druckschädigungen des Rückenmarks festgestellt worden. Darüber hinaus habe eine Spaltbildung des Rückenmarks auf Höhe C6/C7 festgestellt werden können.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin R. teilte mit Schreiben vom 9. Juni 2011 mit, dass sich die Klägerin seit 21. September 2009 in seiner hausärztlichen Behandlung befinde. Die Klägerin klage insbesondere im letzten halben Jahr über eine progrediente Lähmung des rechten Beines, aber auch über Schmerzen im rechten Bein im Wechsel mit Taubheitsgefühl. Die im bildgebenden Verfahren vom 5. Januar 2006 beschriebene bilaterale degenerative Foramenstenose in Höhe C5/C6 stelle eine schwerwiegende degenerative Veränderung dar, die schon damals zu sensiblen und teilweise auch vorübergehenden motorischen Ausfällen insbesondere der oberen Extremitäten geführt habe. Die Klägerin sei schon am ersten Tag seiner ärztlichen Behandlung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. J. führte mit Schreiben vom 5. September 2011 aus, dass sich die Klägerin bei ihm im Oktober 2003 wegen einer Handverstauchung, im Juni 2004 wegen Depression/Erschöpfungszustand, im Januar 2006 wegen Neuralgie bei Bandscheibenvorfall der Halswirbelsäule und degenerativen Veränderungen, im Juli 2006 wegen eines Magen-Darm-Infektes, im Oktober 2006 wegen einer Nasen-Nebenhöhlen-Entzündung und im November 2007 wegen Thoraxschmerzen in ärztlicher Behandlung befunden habe. Nach dem 31. Juli 2008 seien keine Beschwerden seitens der Halswirbelsäule oder Armschmerzen beklagt worden. Durch die veranlassten medikamentösen und physikalischen Behandlungen habe die Arbeitsfähigkeit immer wieder hergestellt werden können. Seinerzeit habe vorübergehend sicher eine Einschränkung für leichte körperliche Tätigkeiten, deren Dauer und Ausmaß nicht mehr genau festgestellt werden könne, bestanden. Eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit sei nicht dokumentiert.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf die Stellungnahmen der befragten Ärzte L., Dr. R. und Dr. J. Bezug genommen (Bl. 22/29, 30/38 und 50/56 der SG-Akten).

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 9. Dezember 2011 abgewiesen. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wären nur bei einem Eintritt der Erwerbsminderung vor dem 31. Juli 2008 erfüllt. Tatsachen, aus denen sich das Vorliegen voller Erwerbsminderung bereits zu einem Zeitpunkt bis spätestens 31. Juli 2008 ergäben, seien nach Auffassung der Kammer im erforderlichen Vollbeweis nicht dargetan. Insbesondere lasse sich der Eintritt der Erwerbsminderung bis spätestens 31. Juli 2008 nicht aus den vom Gericht eingeholten Auskünften der sachverständigen Zeugen entnehmen.

Gegen den ihrem damaligen Bevollmächtigten am 14. Dezember 2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 12. Januar 2011 zum LSG Baden-Württemberg eingelegte Berufung. Aus dem aktenkundigen radiologischen Befund vom Januar 2006 ergäben sich bereits schwerwiegende degenerative Veränderungen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 9. Dezember 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 13. Juli 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. Februar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 1. April 2009 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids.

Der Senat hat den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. schriftlich als sachverständigen Zeugen einvernommen. Dieser teilte mit Schreiben vom 25. Juli 2012 mit, dass er die Klägerin in der Zeit vom 16. Juli 2007 bis zum 22. Februar 2010 15 mal behandelt habe und zwar wegen Nagelmykose, Kontaktkeuzem, Mykose, Bronchitis, Erregungszustand, psychischer Dekompensation, Lumboischialgie, Gonarthrose, Schmerz und Bandscheibenvorfall HWS. Erstmals habe die Klägerin am 26. Januar 2009 bei ihm einen Bandscheibenvorfall beklagt, der ihr Beschwerden mache. Er habe die Klägerin nicht im Hinblick auf ihre Leistungsfähigkeit untersucht. Aus seiner Erinnerung habe sie niemals den Eindruck einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit bei ihm hinterlassen. Wegen des genauen Inhalts der Stellungnahme des Dr. Böttcher wird auf Bl. 46/48 der Senatsakten verwiesen.

Der Senat hat die Gerichtsakten des SG Freiburg im Verfahren S 16 SB 4032/11 beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Verfahrensakten des SG und des Senats sowie auf die Niederschrift der mündlichen Verhandlung Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

Die Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]). Sie wurde auch gem. [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt.

Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat einen Anspruch der Klägerin auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung zutreffend verneint. Der Bescheid der Beklagten vom 13. Juli 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. Februar 2011 stellt sich als rechtmäßig dar und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch \(SGB\) - Sechstes Buch \(VI\) - Gesetzliche Rentenversicherung - \(SGB VI\)](#) in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung (Gesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, Seite 554](#)) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 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 Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)). Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ([§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#)). Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn neben den oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Die Klägerin hat unstreitig die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren ([§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#)), auf die Kalendermonate mit Beitragszeiten angerechnet werden ([§ 51 Abs. 1 SGB VI](#)), erfüllt. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) bzw. Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI lagen letztmalig am 31. Juli 2008 vor. Danach ist erforderlich, dass der Versicherte in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit hat. Ein Ausnahmefall, bei dessen Vorliegen ausnahmsweise die Erfüllung der genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erforderlich ist, liegt im Falle der Klägerin nicht vor. Es ist kein Tatbestand eingetreten, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt worden ist ([§§ 43 Abs. 5, 53 SGB VI](#)). Auch liegt kein Fall des [§ 241 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) vor. Danach sind Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 1. Januar 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit mit Beitragszeiten (Nr. 1), beitragsfreien Zeiten (Nr. 2), Zeiten, die nur deshalb nicht beitragsfreie Zeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten 6 Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens 1 Pflichtbeitrag, eine beitragsfreie Zeit oder eine Zeit nach Nrn. 4, 5 oder 6 liegt (Nr. 3), Berücksichtigungszeiten (Nr. 4), Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Nr. 5) oder Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Beitragsgebiet vor dem 1. Januar 1992 (Nr. 6) (Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist oder wenn die Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit vor dem 1. Januar 1984 eingetreten ist. Ausweislich des Versicherungsverlaufs ist nicht jeder Kalendermonat bis zum 31. Juli 2008 mit Anwartschaftserhaltungszeiten belegt. Vielmehr weist dieser Lücken auf, beispielsweise im Oktober 1993, Juni 1995 bis Mai 1996 und ab Juli 2006. Auch ist eine Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit unstreitig nicht vor dem 1. Januar 1984 eingetreten. Schließlich liegen offensichtlich die Voraussetzungen des [§ 43 Abs. 6 SGB VI](#) nicht vor.

Ausgehend von dem behaupteten Leistungsfall zum 31. Juli 2008 und unter Berücksichtigung der Aufschubzeiten nach [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#)

erfüllt die Klägerin, die letztmalig im Mai 2003 Pflichtbeitragszeiten aufweist, zuletzt am 31. Juli 2008 die erforderlichen besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, da sie nach den Feststellungen der Beklagten, die von der Klägerseite im Übrigen auch nicht in Frage gestellt worden sind, im Zeitraum vom 1. Dezember 1997 bis zum 30. Juli 2008 36 Kalendermonate Pflichtbeiträge zurückgelegt hat. Bei den von der Klägerin ausgeübten geringfügigen Beschäftigungen handelte es sich nicht um die erforderlichen versicherten Beschäftigungen. Denn die geringfügigen Beschäftigungen waren versicherungsfrei (§ 5 Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Die Klägerin hat nicht durch schriftliche Erklärung(en) gegenüber dem/den Arbeitgeber(n) auf ihre Versicherungsfreiheit verzichtet (§ 5 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Der Senat kann sich nicht davon überzeugen, dass die Klägerin spätestens zum 31. Juli 2008, als die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen letztmalig vorlagen, erwerbsgemindert war. Bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Klägerin stehen im Vordergrund deren Gesundheitsstörungen auf orthopädischem und neurologischem Fachgebiet, mit denen diese ihr Klage- und Berufungsbegehren auch vorrangig begründet hat. Diese waren jedoch nicht von einer solchen Schwere, dass sie das Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht im hier maßgeblichen Zeitraum eingeschränkt haben. Vielmehr genügte qualitative Einschränkungen, um deren Leiden gerecht zu werden. Der Senat stützt sich hierbei insbesondere auf die eingeholten Stellungnahmen der behandelnden Ärzte L., Dr. J. und Dr. B. sowie die beigezogenen Befundberichte. Der die Klägerin bis November 2007 behandelnde Arzt für Allgemeinmedizin Dr. J. teilte mit Schreiben vom 5. September 2011 mit, dass er die Klägerin wegen einer Handverstauchung, einer Depression/einem Erschöpfungszustand, einer Neuralgie bei Bandscheibenvorfall der Halswirbelsäule und degenerativer Veränderung, einem Magen-Darm-Infekt, einem Nasen-Nebenhöhlen-Infekt und Thoraxschmerzen behandelt habe. Aufgrund dieser Erkrankungen bescheinigte Dr. J. der Klägerin in der Zeit vom 22. Juni bis zum 18. Juli 2004, vom 20. Juli bis zum 21. Juli 2004, vom 18. Juli 2006 bis zum 21. Juli 2006 sowie vom 5. Oktober bis zum 22. Oktober 2006 Arbeitsunfähigkeit. Aus seinen Karteikarteneinträgen, die er seiner schriftlichen Stellungnahme als sachverständiger Zeuge beigelegt hatte, ist zu entnehmen, dass sich die Klägerin im Herbst 2003 wegen einer Prellung des Daumens, im Sommer 2004 wegen einer Depression bzw. eines Erschöpfungszustandes, im April 2005 wegen einer Erkältung, Ende 2005 und Anfang 2006 wegen Schmerzen und Kribbeln im Nacken sowie im linken Arm und in der linken Hand, im März 2006 wegen einer Rippenprellung, im Juli 2006 wegen einer Gastroenteritis, im Oktober 2006 wegen einer Erkältung und im Juni 2006 wegen einer Rippenprellung bei Dr. J. vorgestellt hat. Weder aus den durch Dr. J. erhobenen Befunden noch aus den Befunden der veranlassten weiteren Untersuchungen können krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen in einem wesentlichen Ausmaß erkannt werden, die der Ausübung leichter Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes entgegen gestanden haben. Der Orthopäde Dr. G. beschreibt in seinem Befundbericht vom 28. Mai 2003 lediglich eine Blockierung des 8. und 9. Brustwirbelsäulenkörpers, die er gelöst habe. Dem Befundbericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. V. vom 20. Dezember 2005 kann entnommen werden, dass die Klägerin seinerzeit Sensibilitätsstörungen in zwei Fingern links angab und ein Karpaltunnelsyndrom neurographisch ausgeschlossen werden konnte. Weiterhin liegt ein radiologischer Befundbericht des Facharztes für Diagnostische Radiologie L. vom 9. Januar 2006 vor, wonach die Computertomographie der unteren Halswirbelsäule und des cervicodorsalen Übergangs bilateral degenerative Foramenstenosen C5/6 beidseits bei älterem, linksbetonten flachen Bandscheibenvorfall und bilateralen Unkarthrosen und retrospondylotischen Apportionen erbracht hat. Der nächste radiologische Befund datiert vom 9. Februar 2009, in dem nun linksseitige Bandscheibenvorfälle und Unkarthrosen C5/6 und C6/7 mit beginnender Einengung der Neuroforamina diagnostiziert werden sowie der Verdacht auf Kompressionsmyelopathie und kleine Hydrosyringomyelie auf Höhe C6/7 geäußert wird. In einem Befundbericht der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. V. vom 1. März 2009 ist verzeichnet, dass die Klägerin darüber geklagt habe, dass die gesamten Arme einschliefen und sie unter Kribbelparästhesien leide. Dr. V. stellte eine Sensibilitätsstörung der ulnaren 2 Finger links fest. Sie empfahl eine konservative Behandlung sowie eine Reha-Maßnahme. Unter Berücksichtigung dieser Umstände hält der Senat die Beurteilung von Dr. J., dass eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht dokumentiert ist, für gut nachvollziehbar und überzeugend. Vielmehr weist Dr. J. in Einklang mit den dokumentierten Befunden und mit den ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit der Klägerin durch die veranlassten Behandlungen immer wieder hergestellt werden konnte. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass sich die Wirbelsäulenerkrankung kontinuierlich verschlechtert hat, jedoch eine gravierende Befundverschlechterung erst dem radiologischen Befund vom 9. Februar 2009 entnommen werden kann, in dem von einer beginnenden Einengung der Nervendurchtrittsöffnungen sowie beginnenden Druckschädigungen des Rückenmarks berichtet wird. Auch Dr. B., der die Klägerin im Anschluss an Dr. J. ab Juli 2007 bis Februar 2010 behandelt hat, gewann nicht den Eindruck einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Aus seiner Sicht war für eine Erwerbsminderung allein ein Bandscheibenvorfall relevant. Diesen habe die Klägerin nach seinen Unterlagen erstmals im Januar 2009 geltend gemacht, mithin Anfang 2009, als eine erneutes bildgebendes Verfahren bei dem Arzt L. veranlasst wurde. Der Senat berücksichtigt weiterhin, dass der seinerzeit behandelnde Arzt Dr. B. im Rahmen des Antrages auf Leistung der medizinischen Rehabilitation angegeben hat, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weiter geführt werden könne und er nicht zu einem Rentenantrag geraten habe. Schließlich ist zu beachten, dass die Ärzte der M.-Klinik Bad B. anlässlich der stationären Behandlung noch im Mai 2010 von einer stationären Aufnahme als arbeitsfähig ausgingen und die Klägerin ohne gravierende Funktionseinschränkungen mit der Fähigkeit, ihren Haushalt weiterhin vollständig ausüben, entließen. Für den Senat ist diese Einschätzung nachvollziehbar und plausibel. Ausweislich des Entlassungsbericht vom 4. Juni 2010 war der allgemein-klinische Befund unauffällig. Es zeigten sich im orthopädischen Befund eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule, im neurologischen Befund diskrete Hyposensibilitäten über dem rechten Daumen; die übrigen Sensibilitäten waren unauffällig. Die Feinkoordination war ungestört, Paresen lagen nicht vor. Bei der Aufnahme bestand ein Erschöpfungszustand und eine subdepressive Stimmungslage. Im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie war die Klägerin in der Lage, Kräftigungsübungen (u.a. an der Stützstemme mit 10 kg Gewichtsbelastung a 15 Minuten mit 3 Wiederholungen), Fahrradergometer ca. 10 Minuten und an der Rudermaschine auf Level 7 ca. 10 Minuten zu absolvieren. Die behandelnden Ärzte Dr. J. und P. bewerten die Rehabilitation als Teilerfolg und sahen eine Diskrepanz zwischen den von der Klägerin beklagten Beschwerden und dem objektiven Untersuchungsbefund.

Ein anderes Ergebnis folgt nicht aus der Stellungnahme von Dr. R., der die Klägerin seit September 2009 behandelt. Zwar hält er die Klägerin seit diesem Zeitpunkt nicht mehr für vollschichtig leistungsfähig, jedoch kann er für den Zeitraum bis zum 31. Juli 2008, auf den es hier maßgeblich ankommt, keine belastbare Aussage treffen. Vielmehr weist er selbst zutreffend darauf hin, dass zwischenzeitlich eine Verschlechterung im Gesundheitszustand der Klägerin eingetreten ist. Auch das im Rechtsstreits S 16 SB 4032/11 vom SG bei Dr. Becker eingeholte nervenärztliche Gutachten vom 24. Oktober 2011, das der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet, führt zu keinem anderen Ergebnis. Denn die in diesem Gutachten dokumentierten Befunde basieren auf einer Anamnese und Untersuchung am 24. Oktober 2011 und können damit keine verlässliche Grundlage für die Feststellung krankheits- und behinderungsbedingter Funktionseinschränkungen, die bei der Klägerin bis zum 31. Juli 2008 vorlagen, bilden. Schließlich folgt aus dem "ärztlichen Gutachten" des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. G.-T. vom 25. März 2013, das die Klägerin in der mündlichen Verhandlung dem Senat vorgelegt hat, keine andere Bewertung. Dr. G.-T. betreut die Klägerin seit Juli 2012 hausärztlich und kann damit aus eigener Anschauung keine Aussagen zu ihrem gesundheitlichen Zustand im maßgeblichen Zeitraum bis zum 31. Juli 2008 machen. Vielmehr vermutet er, dass die im Jahr 2010

radiologisch gesicherte Syringomyelie im thorakalen Myelon auf einen Autounfall im Winter 1976 zurückzuführen sei, und nimmt an, dass weit vor der Diagnosestellung die Syringomyelie zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit geführt habe. Dieser Einschätzung steht aber entgegen, dass den durch den Senat ausgewerteten Befundunterlagen - wie bereits dargelegt - für den hier maßgeblichen Zeitraum keine gravierenden krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen entnommen werden können.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin im maßgeblichen Zeitraum bis zum 31. Juli 2008 noch in der Lage war, noch mindestens 6 Stunden täglich jedenfalls eine körperlich leichte Tätigkeit zu verrichten. Die gesundheitlichen Einschränkungen waren weder ihrer Art noch in ihrer Summe geeignet, die Gefahr der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes zu begründen. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass ein Versicherter, der nach seinem verbliebenen Restleistungsvermögen noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (wenn auch mit qualitativen Einschränkungen) täglich mindestens 6 Stunden täglich verrichten kann, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Denn dem Versicherten ist es mit diesem Leistungsvermögen in der Regel möglich, diejenigen Verrichtungen auszuführen, die in ungelerten Tätigkeiten in der Regel gefordert werden, wie z. B. Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw. (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. zuletzt Urteil vom 19. Oktober 2011 - [B 13 R 79/09 R](#) - [BSGE 109, 189](#)). Der Senat ist der Überzeugung, dass das Restleistungsvermögen der Klägerin es dieser in der Zeit vor dem 1. August 2008 erlaubte, die oben genannten Verrichtungen oder Tätigkeiten, die in ungelerten Tätigkeiten üblicherweise gefordert werden, auszuüben. Auch bestehen keinerlei Anhaltspunkte, dass die erforderliche Wegefähigkeit (vgl. dazu bspw. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 79/11 R](#) - [BSGE 110, 1](#)) beeinträchtigt war.

Mit dem festgestellten Leistungsvermögen war die Klägerin nicht voll oder teilweise erwerbsgemindert im Sinne des [§ 43 SGB VI](#). Der Klägerin steht auch kein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu.

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit haben nach [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Erreichung der Re-gelaltersgrenze auch Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren und berufsunfähig sind. Berufsunfähig sind gem. [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Bei der Frage, ob Versicherte berufsunfähig sind, ist von ihrem bisherigen Beruf, das ist in der Regel die zuletzt und nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit, auszugehen (ständige Rechtsprechung des BSG, z.B. SozR 2200 § 1246 Nrn. 104, 107, 130, 164, 169). Dabei liegt Berufsunfähigkeit nicht schon dann vor, wenn Versicherte ihren bisherigen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können. Vielmehr sind anhand des qualitativen Wertes des bisherigen Berufes zumutbare Tätigkeiten zu ermitteln, auf die die Versicherten verwiesen werden können. Das BSG hat in dem Zusammenhang das so genannte Mehrstufenschema entwickelt. Die Stufen sind von unten nach oben nach ihrer Leistungsqualität, diese gemessen nach Dauer und Umfang der im Regelfall erforderlichen Ausbildung und beruflichen Erfahrung, nicht nach Entlohnung oder Prestige, geordnet. Danach sind zu unterscheiden: Ungelernte Berufe (Stufe 1); Berufe mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren (Stufe 2); Berufe mit einer Ausbildung von mehr als zwei Jahren (Stufe 3); Berufe, die zusätzliche Qualifikation oder Erfahrungen oder den erfolgreichen Besuch einer Fachschule voraussetzen (Stufe 4), zu ihr gehören Facharbeiter mit Vorgesetztenfunktion gegenüber anderen Facharbeitern, Spezialfacharbeiter, Meister, Berufe mit Fachschulqualifikation als Eingangsvoraussetzung; Berufe, die einen erfolgreichen Abschluss einer Fachhochschule oder eine zumindest gleichwertige Berufsausbildung voraussetzen (Stufe 5); Berufe, deren hohe Qualität regelmäßig auf einem Hochschulstudium oder einer vergleichbaren Qualifikation beruht (Stufe 6). Eine "Verweisung", die grundsätzlich durch eine konkrete Benennung eines Berufs geschehen muss, der an mindestens 300 Arbeitsplätzen im Bundesgebiet ausgeübt wird, kann nur auf einen Beruf derselben qualitativen Stufe oder der nächst niedrigeren erfolgen. Hierbei ist das Überforderungsverbot (Einarbeitung innerhalb von drei Monaten) zu beachten. Eine konkrete Benennung ist grundsätzlich dann nicht erforderlich, wenn der bisherige Beruf der ersten Stufe angehört oder wenn ein so genannter einfacher Angelernter (Stufe 2, aber Ausbildung bis zu einem Jahre) auf ungelernete Berufe verwiesen wird (siehe hierzu insgesamt Urteil des BSG vom 29. Juli 2004 - [B 4 RA 5/04 R](#) -).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe konnte die Klägerin, die nach ihrer Ausbildung zur Hauswirtschaftspflegerin diesen Beruf zunächst nicht ausübte, sondern bis 1990 als Viehpflegerin tätig war, dann als Hauswirtschaftspflegerin und Verkäuferin und zuletzt als Küchenhilfe versicherungspflichtig beschäftigt war, auf sämtliche ungelerten Berufe verwiesen werden, da der zuletzt ab 1999 ausgeübte Beruf als Küchenhilfe, wobei die Klägerin die vorangegangenen Tätigkeiten jeweils wegen Umzugs und damit freiwillig aufgegeben hatte, als ungelernete Tätigkeit anzusehen ist und damit die Klägerin auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar war, ohne dass es der Benennung einer Verweisungstätigkeit bedarf.

Somit hat die Berufung keinen Erfolg.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-04-17