

L 9 R 997/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 3043/10
Datum
11.01.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 997/12
Datum
22.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 11. Januar 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Weiterbewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 01.11.2009 bis 31.12.2011.

Die 1952 geborene Klägerin ist gelernte Zahnarzhelferin, hat ihre Tätigkeit in diesem Beruf aber aus nicht gesundheitsbedingten Gründen aufgegeben. Zuletzt war sie von 1998 bis 2004 als Hauswirtschafterin tätig, das Arbeitsverhältnis endete durch Kündigung des Arbeitgebers aufgrund dessen Insolvenz. Ab März 2004 war die Klägerin arbeitsunfähig. Vom 22.03.2005 bis 03.05.2005 war sie zur stationären Rehabilitation in der Klinik A. in Bad S ... Laut Entlassungsbericht vom 11.05.2005 wurde dort eine anhaltend agitierte-depressive Entwicklung bei Partnerschaftskonflikt, außerdem eine bekannte Gonarthrose rechts und Coxarthrose rechts diagnostiziert. Die Klägerin wurde als weiterhin arbeitsunfähig entlassen und für unter drei Stunden leistungsfähig entlassen. Längere begleitende ambulante Psychotherapie wurde empfohlen.

Einen erneuten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom 09.12.2005 verfolgte die Klägerin später nicht weiter und ließ ihn als Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung deuten. Sie legte Berichte ihrer behandelnden Ärzte vor und wies insbesondere auf ihre Osteoporose und eine Knochendichte-Messung vom 12.06.2006 hin. Die Beklagte holte einen Befundbericht des die Klägerin behandelnden Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. und ein Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. K. ein. In seinem Gutachten vom 22.06.2006 diagnostizierte er eine schwere depressive Störung. Die Klägerin sei nicht in der Lage, irgendeine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt über drei Stunden täglich auszuüben. Diese Einschränkung gelte seit 01.01.2006, die Prognose sei nicht abschließend. Hierauf bewilligte die Beklagte der Klägerin ab 01.07.2006 Rente wegen voller Erwerbsminderung, zunächst befristet bis 28.02.2008. Auf Antrag der Klägerin, die Berichte ihrer behandelnden Ärzte vorlegte, wurde die Rente bis 31.10.2009 verlängert.

Am 12.05.2009 beantragte die Klägerin erneut die Weiterzahlung der Rente auch über den 31.10.2009 hinaus. Sie legte einen Bescheid des Versorgungsamtes über die Feststellung Ihres Grades der Behinderung (GdB) von 70 seit 14.08.2008 vor. Die Beklagte holte ein Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. Dipl.-Päd. S. ein. In seinem Gutachten vom 23.06.2009 diagnostizierte dieser nach ambulanter Untersuchung der Klägerin eine anhaltende Anpassungsstörung in Form einer Verbitterungsstörung. Gegenüber den Jahren 2004 und 2005 habe sich eine deutliche Befundbesserung ergeben. Durch den Verlust der struktur- und haltgebenden Arbeit im Jahr 2004 sei es bei der bis dahin psychisch kompensierten Klägerin zu einer depressiven Episode gekommen. Inzwischen habe sich die Klägerin in ihrem neuen Leben jedoch gut eingerichtet und sei psychisch kompensiert. Indikatoren hierfür seien, dass seit 2004 unverändert eine medikamentöse antidepressive, schlaffördernde Medikation mit Mirtazapin erfolge und auch eine stützende Psychotherapie offensichtlich in den letzten Jahren nicht erforderlich gewesen sei. Die Entlastung durch eine zeitlich befristete Rente habe möglicherweise ebenfalls zu der psychosozialen Stabilisierung beigetragen. Wesentliche Funktionsstörungen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet fänden sich aktuell nicht. Aufgrund der psychischen Problematik sei das Umstellungs- und Anpassungsvermögen der Klägerin noch leichtgradig gemindert. Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen, Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge sowie Tätigkeiten unter Zeitdruck seien nur eingeschränkt durchführbar. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne die Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte, vorübergehend auch mittelschwere Tätigkeiten in einem zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr täglich ausüben, auch ihre Tätigkeit als Hauswirtschafterin.

Daraufhin lehnte die Beklagte die Weiterzahlung der Rente mit Bescheid vom 02.07.2009 ab.

Die Klägerin legte Widerspruch ein. Zum einen habe Dr. S. nicht das gesamte Erkrankungsbild auf psychiatrischem Gebiet berücksichtigt, zum anderen leide sie auch an weiteren zu berücksichtigenden Erkrankungen (hochgradige Schwerhörigkeit, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Z.n. Wirbelfraktur, Funktionseinschränkungen der Hüftgelenke, Knorpelschäden am linken Kniegelenk, beidseitige Fußfehlform, chronisch venöse Insuffizienz, hochgradige Osteoporoseerkrankung). Besonders bedeutsam sei die Osteoporose. Hierzu legte die Klägerin einen Bericht der Dres. E. vom 10.07.2008 über eine Osteodensitometrie mittels DXA-Messung vor, bei der sich ein DXA-T-Score an der LWS von -4.05 ergeben hatte. Eine Therapie mit Ibandronat (Bonviva) 150 mg/Monat und eine Basistherapie mit 1000 mg Kalzium + 1000 IE D3/Tag wurde empfohlen. Die Klägerin führte aus, der Bericht belege den höchsten anzunehmenden Osteoporosegrad. Entsprechend einer Abhandlung des Prof. Dr. W. sei bei diesem Schweregrad von einer unter halb-schichtigen Erwerbsfähigkeit auszugehen. Hierzu legte sie Auszüge aus der Begutachtungsliteratur vor. Weiter legte die Klägerin Berichte des HNO-Arztes Dr. S. vom 13.09.2007 und 23.03.2009 vor. In dem neueren Bericht stellte er die Diagnose einer gering- bis mittelgradigen Perzeptionsschwerhörigkeit beidseits und einer Nasenseptumperforation. Eine Hörverschlechterung im vergangenen Jahr sei nicht eingetreten, die Hörgeräte geprüft worden. In dem älteren Bericht hatte er zusätzlich noch einen chronischen Tinnitus diagnostiziert. Die Beklagte holte Befundberichte des Dr. S. und des Orthopäden Dr. K. ein. Dr. S. teilte unter dem 29.09.2009 mit, die Klägerin leide an einer reaktiv depressiven Störung mit anhaltender neurasthenischer Symptomatik bei ohnehin emotional instabil vegetativ stigmatisierter Struktur. Sie berichte über stattgehabte Ereignisse, Erlebnisse und eigene Reaktionen. Sie fühle sich enttäuscht, gekränkt und hadere mit ihrem Schicksal. Sie sei eigentlich voller Zorn und fühle sich kämpferisch, jedoch bei Konfrontation erlebe sie eher Schwäche, Unsicherheit und Rückzug. Überdross äußere sie nicht, suche einen Anhaltspunkt, Bewältigung und Stabilität. Bisher und aktuell werde eine Therapie mit Mirtazapin durchgeführt. Die Klägerin sei voll orientiert, bewusstseinsklar, im Vordergrund stehe die Schilderung stattgehabter Erlebnisse und eigener Reaktionen. Bei alledem wirke sie nervös, angespannt, unsicher, labil und zweifelnd. Floride Symptomatik lasse sich nicht finden, kein Überdross, was aber nicht vollends sicher ausgeschlossen sei. Die Klägerin befinde sich seit 17.09.2004 regelmäßig in seiner Behandlung. Eine Befundänderung in den letzten 12 Monaten verneinte er. Er legte eigene frühere Berichte und Fremdb Berichte mit vor.

Der Orthopäde Dr. K. gab unter dem 06.10.2009 zu den Beschwerden der Klägerin an, diese habe seit Jahren Beschwerden im Bereich der HWS, BWS und LWS, die sich jetzt wieder verstärkt hätten, belastungsabhängige Schmerzen in beiden Hüftregionen, Schmerzen in den Kniegelenken und Belastungsschmerzen an beiden Vorfüßen. Es bestünde insbesondere eine mäßig schmerzhafte Funktionseinschränkung von Seiten der BWS und LWS und des rechten Hüftgelenks sowie der Kniegelenke. Er habe ein chronisch rezidivierendes Cervical-, Thoracal- und Lumbalsyndrom bei WS-Fehlstatik bei Rundrücken und Spondylosis deformans der BWS und LWS, Coxarthrose rechts Gr. III, links Gr. II, Femuropatellararthrosen beidseits, Senk-Spreiz-Füße mit Hallux valgus links und eine behandlungsbedürftige, manifeste Osteoporose diagnostiziert.

Weiter veranlasste die Beklagte eine Begutachtung der Klägerin durch den Facharzt für Orthopädie Dr. D. In seinem Gutachten vom 28.01.2010 stellte er nach Untersuchung der Klägerin am 20.01.2010 die Diagnosen: 1. chronisches zervikales tendo-muskuläres Schmerzsyndrom mit funktionellen Einschränkungen 2. chronisches myofasciales thorakales Schmerzsyndrom bei fixierter hoher BWS-Kyphose mit funktionellen Einschränkungen 3. chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit muskulären Dysfunktionen 4. zentrale Coxarthrose beidseitig mit funktionellen Einschränkungen (ohne Indikation einer Endoprotheseversorgung) 5. Gonarthrose und Rotropatellararthrose links ohne funktionelle Einschränkungen 6. Rhizarthrose links 7. Vorfußdeformität beiderseitig mit Hallux-valgus-Fehlstellung beiderseitig, links mehr als rechts und Digitus superductus D2 über D3 links 8. Behandlungsbedürftige manifeste Osteoporose. Die Klägerin habe Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule überwiegend wegen muskulärer Fehlfunktionen, Schmerzen in beiden Hüftgelenken mit funktionellen Einschränkungen bei degenerativen Verschleißerscheinungen, Kniegelenksbeschwerden bei degenerativen Verschleißerscheinungen ohne Funktionseinschränkungen, Schmerzen im linken Daumen sowie beiden Füßen wegen Zehenfehlstellung. Die vorgetragene Beschwerden seien glaubhaft und ließen sich durch die klinischen und röntgenologischen Befunde eruieren. Nicht mehr durchführbar seien schweres Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Arbeiten mit einseitiger Körperhaltung, häufiges Bücken, Steigen auf Leitern und Gerüste, Überkopparbeiten sowie Arbeiten in Zwangshaltung, ganztätiges Stehen oder Gehen, besondere Gebrauchsfähigkeit der linken Hand. Vermieden werden sollten Gefährdungsfaktoren wie Nässe, Kälte, Vibrationen und Erschütterungen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit entspreche nicht dem Leistungsbild. Leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen vollschichtig möglich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.08.2010 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 31.08.2010 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Das Versorgungsamt habe ihren GdB von 50 auf 70 erhöht und das Merkzeichen RF zuerkannt, dies belege eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und spreche gegen eine Verbesserung. Die Beklagte habe nicht alle vorliegenden Erkrankungen berücksichtigt. Es sei zweifelhaft, ob die Klägerin die von der Beklagten im Widerspruchsbescheid beispielhaft genannten Tätigkeiten ausüben könne.

Das SG hat eine sachverständige Zeugenauskunft des Hausarztes der Klägerin eingeholt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. H. hat unter dem 20.10.2010 mitgeteilt, die Klägerin sei seit August 1984 Patientin der Praxis. Sie sei nahezu monatlich zu Terminen da, zuletzt am 11.10.2010. Nach seinen Feststellungen und seiner Einschätzung sei die Klägerin nicht in der Lage, leichte Tätigkeiten vollschichtig zu verrichten. Im Vordergrund stünden die Depression und die orthopädischen Beschwerden. Er hat Berichte der Dres. K., des Dr. S., des Dr. S., des Orthopäden Dr. S., der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie N., des Chirurgen Dr. T., des Chirurgen Dr. B. und frühere eigene Berichte mit vorgelegt. Hierzu wird auf Bl. 12-40 der SG-Akte Bezug genommen. Die Klägerin hat ein nervenärztliches Attest des Dr. S. vom 06.12.2010 vorgelegt.

Weiter hat das SG ein Gutachten bei dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. und ein erneutes Gutachten bei Dr. D. eingeholt. In seinem Gutachten vom 09.12.2010 hat Dr. G. eine anhaltende Anpassungsstörung, einen Zustand nach depressiven Episoden, derzeit remittiert, eine Schwerhörigkeit beidseits, Wirbelsäulenbeschwerden ohne radikuläre Läsionen und eine Osteoporose diagnostiziert. Es habe sich bei der körperlichen Untersuchung eine Schwerhörigkeit beidseits ergeben, eine verständliche Unterhaltung im Zwiegespräch sei aber möglich. Ansonsten habe sich im körperlichen Untersuchungsbefund keine wesentliche Auffälligkeit gezeigt. Die Funktion der Wirbelsäule sei nicht beeinträchtigt gewesen, die Extremitäten frei beweglich, die Kraftentfaltung regelrecht, auch im Bereich beider Hände und der Armfunktionen. Die neurologische Untersuchung habe keine krankheitswertigen Befunde ergeben. Im psychischen Befund hätten sich keine

depressiven Symptome gezeigt, eher eine in sich gekehrte, klagsame Sichtweise der eigenen Probleme ohne Reflexion in den Außenbereich. Hier sei eine neurotische Fehlfixierung festzustellen. Körperlich leichtere Tätigkeiten ohne Anforderungen an das Hörvermögen und die Konzentrationsfähigkeit seien noch zwischen drei und unter sechs Stunden täglich möglich. Dieser Zustand dürfte bereits ab dem Zeitpunkt der Berentung im Juli 2006 unverändert vorliegen. Abweichungen von Vorgutachten oder Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes sehe er nicht. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 03.04.2011 hat Dr. G. mitgeteilt, dass die Leistungsfähigkeit der Klägerin für leichtere Tätigkeiten zeitlich nicht eingeschränkt sei. Die angegebene Reduzierung auf drei bis unter sechs Stunden beziehe sich nur auf Tätigkeiten mit Anforderung an das Hörvermögen. Hier sei durch die bestehende Hörminderung auch die Konzentrationsfähigkeit als vermindert anzusehen. Er beziehe sich hierbei z.B. auf Tätigkeiten mit ständigem Publikumsverkehr oder im Telefonservice. Sonstige Tätigkeiten seien von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Dr. D. hat in einem Gutachten vom 24.08.2011 für sein Fachgebiet die in seinem früheren Gutachten unter Ziffern 1 und 3 bis 7 gestellten Diagnosen unverändert wieder gestellt, die im früheren Gutachten unter Ziffern 2 und 8 gestellten Diagnosen wie folgt gefasst und vorangestellt: 1. Behandlungsbedürftige manifeste Osteoporose Grad 2 mit osteoporotischer BWK-7-Fraktur mit aktuellem DXA-T-Score an der LWS von - 3,86 2. Chronisch thorakales Schmerzsyndrom bei fixierter hoher BWS-Kyphose mit myofascialer Schmerzkomponente und funktionellen Einschränkungen und verheilte osteoporotischer BWK-7-Fraktur. Eine psychogene Mitverursachung bzw. Überlagerung des komplexen Schmerzbildes sei sicherlich vorhanden. Aufgrund der bereits mehrjährig anhaltenden Schmerzproblematik hätten sich deutliche Chronifizierungsmechanismen mit Erschöpfung der Schmerzbewältigungsstrategien entwickelt. Fachfremd bestehe eine Schwerhörigkeit beiderseits, eine anhaltende Anpassungsstörung sowie eine depressive Störung. Die Erkrankungen würden näher dargestellte qualitative Einschränkungen bedingen. Die Klägerin sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vor allem in wechselnder Körperhaltung ohne volle Gebrauchsfähigkeit der rechten und teilweise der linken Hand zu verrichten, z.B. Zureichen, Reinigen, Abnehmen, Sortieren, Montieren, leichtere Büroarbeiten. Zeitlich seien ihr diese Arbeiten noch zwischen drei und unter sechs Stunden täglich zuzumuten. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass bei der Klägerin eine therapiebedürftige Osteoporose Grad 2 mit einem Messwert an der LWS von -3,86 vorliege, außerdem eine osteoporotische Wirbelkörperfraktur. Dies rechtfertige nach den aktuellen Richtlinien eine halbschichtige Erwerbstätigkeit. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit liege nicht vor. Dieser Zustand bestehe seit Stellung des Weitergewährungsantrags im Jahr 2009.

Gegen die Einschätzung des Dr. D. hat die Beklagte eingewandt, dass maßgeblich die Funktionen seien, nicht Diagnosen. Die Beweglichkeit der HWS werde im jetzigen Gutachten nur geringfügig schlechter bemessen als im Vorgutachten des Dr. D. vom 28.01.2010. Bei beiden Untersuchungen hätten sich keine relevanten neurologischen Defizite im Bereich der oberen Extremitäten als Zeichen funktioneller Auswirkungen durch eine vorgeschädigte HWS gezeigt. Dr. D. gebe zudem an, seine Einschätzung gelte seit Antragstellung im Jahr 2009. Dies widerspreche aber seiner Einschätzung im Gutachten vom 28.01.2010, welche er ebenfalls in Kenntnis der Osteoporose abgegeben habe.

Am 29.09.2011 hat die Klägerin einen Verkehrsunfall erlitten und sich bis 17.10.2011 im Stiftungs Krankenhaus N. befunden. Laut Entlassungsbericht wurden dort eine instabile proximale Humerustrümmerfraktur mit Abriss des Tuberculum majus links, eine Acetabulum Fraktur links - abgesprengtes Fragment von ca. 1 cm, alter Keilwirbel BWK 7, Deckplattenimpression BWK 12, mutmaßlich frisch (müsse noch im MRT abgeklärt werden) und Kopfplatzwunde diagnostiziert. Den Bericht über eine Kernspintomographie der BWS vom 02.11.2011 hat die Klägerin vorgelegt. Darin wird zusammenfassend angegeben, dass im posttraumatischen Zustand keine frische Wirbelfraktur vorliege, sondern multisegmentäre Deckplatteneinsenkungen und keilförmige Höhenminderungen einzelner Wirbel wie nach osteoporotischen, vorbestehenden Kompressionen festzustellen seien, aber weder ein Prolaps noch eine knöcherne spinale Enge noch eine Myelopathie zu sehen sei.

Mit Urteil vom 11.01.2012 hat das SG die Beklagte unter Abänderung der ergangenen Bescheide verurteilt, der Klägerin befristet Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.03.2012 bis zum 28.02.2015 in gesetzlicher Höhe zu bewilligen und die Klage im Übrigen abgewiesen. Gemessen an den - näher dargestellten - gesetzlichen Regelungen sei vorliegend der Versicherungsfall der sog. arbeitsmarktbedingten vollen Erwerbsminderung eingetreten. Das Gericht sei zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin seit August 2011 nur noch in der Lage sei, drei bis unter sechs Stunden täglich zu arbeiten. Hierbei stütze es sich auf das schlüssige und widerspruchsfreie Gutachten des Dr. D. vom 24.08.2011. Durch die mehrjährig Schmerzsymptomatik/Schmerzproblematik mit hierdurch entwickelten Chronifizierungsmechanismen habe sich das Leistungsvermögen der Klägerin seit der letzten Begutachtung durch Dr. D. weiter verschlechtert. Nachgewiesen sei die Verminderung auf unter sechs Stunden angesichts der früheren Gutachten von Dr. S., Dr. D. und Dr. G. erst seit der Untersuchung durch Dr. D. im August 2011. Zwar liege mit diesem Leistungsvermögen nach dem Wortlaut des Gesetzes nur teilweise Erwerbsminderung vor, es sei aber wegen der praktischen Verschlussheit des Teilzeitarbeitsmarktes vom Versicherungsfall der vollen Erwerbsminderung auszugehen. Die Voraussetzungen hierfür lägen vor. Die qualitativ zu beachtenden Einschränkungen seien vorliegend weder ungewöhnlich summiert, noch liege eine schwere spezifische Leistungseinschränkung vor, so dass der Versicherungsfall auf Dauer nicht zu begründen sei. Die Klägerin erfülle die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine befristete Rentenbewilligung. Da der Versicherungsfall im August 2011 eingetreten sei, sei der Klägerin Rente für drei Jahre vom 01.03.2012 bis 28.02.2015 zuzusprechen.

Gegen das am 23.02.2012 zugestellte Urteil richtet sich die am 07.03.2012 eingelegte Berufung der Klägerin. Zur Begründung verweist die Klägerin darauf, dass die Osteoporose bereits seit 2006 vorliege, die Werte seien lückenlos dokumentiert (12.06.2006 4,05, 02.07.2007 3,84, 15.07.2009 3,86, 10.07.2008 4,05, Juli 2011 3,86). Auch radiologisch gesicherte osteoporotische Wirbelbrüche lägen seit Jahren vor. Die Erkrankung auf psychiatrischem/neurologischem Fachgebiet und auf HNO-ärztlichem Fachgebiet seien ebenfalls nicht ausreichend gewürdigt.

Mit Schreiben vom 07.05.2012 hat die Beklagte mitgeteilt, obwohl das Urteil des SG nicht der fachlichen Meinung des beratungsärztlichen Dienstes entspreche, habe sie es letztlich auch in Bezug auf den Leistungsfall akzeptiert. Da aber Untersuchungszeitpunkt durch Dr. D. bereits der 29.06.2011 gewesen sei, würde dieses Datum als Leistungsfall angenommen. Sie sei daher bereit, Rente wegen voller Erwerbsminderung bereits ab dem 01.01.2012 bis zum 28.02.2015 zu leisten. Im Übrigen könne dem Begehren der Klägerin nicht entsprochen werden.

Mit Bescheid vom 28.12.2012 hat die Beklagte das Teilanerkennnis vom 07.05.2012 ausgeführt.

Das Gericht hat die Akte des Versorgungsamtes beigezogen. Daraus wird ersichtlich, dass bei der Klägerin seit 10.05.2012 ein GdB von 80 und seit 28.10.2008 das Merkzeichen RF anerkannt ist. Weiter enthält die Akte ein erstes Rentengutachten des Dr. L., Chefarzt der Chirurgie im S.krankenhaus N., und des dortigen Oberarztes Dr. K. vom 12.09.2012 für die Unfallkasse W ... Darin wird keine Osteoporose diagnostiziert, sondern eine Osteopenie. Die Klägerin habe zu den Unfallfolgen angegeben, die vor dem Unfall ausgeführten sportlichen Aktivitäten wie turnen, schwimmen, Rad fahren nun nicht mehr ausüben zu können. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte des Versorgungsamts Bezug genommen.

Sodann hat das Gericht ein Gutachten bei dem Orthopäden Dr. H. eingeholt. Zur ambulanten Untersuchung bei ihm am 23.10.2012 hat die Klägerin eine weitere Knochendichtemessung der Dres. E. vom 12.07.2011 vorgelegt, wonach sich ein DXA-T-Score an der LWS von -3.86 ergeben habe. Weiter legte sie eine Knochendichtemessung des Dr. H. vom 31.07.2012 vor, bei dem sich ein T-Score an der Wirbelsäule von -0,6 ergeben habe. In seinem Gutachten vom 07.01.2013 hat Dr. H. folgende Diagnosen gestellt: 1. schmerzhafte Funktionsstörung der Wirbelsäule bei dauerhafter knöcherner Rundrückenbildung mit ständiger Überlastung der Rumpfmuskulatur ohne neurologische Begleiterscheinungen 2. schmerzhafte Funktionsstörung der Becken-Hüft-Region bei fortschreitender Protrusionscoxarthrose links mehr als rechts 3. schmerzhafte Funktionsstörung in der linken Schulter nach Oberarmtrümmerbruch am 29.09.2011 4. verminderte biomechanische Belastbarkeit beider Handgelenke ohne Nachweis einer gravierenden Strukturschädigung 5. schmerzhafte Funktionsstörung beider Kniegelenke mit gelegentlichen Reizerscheinungen bei freier Beweglichkeit ohne massive Arthrosezeichen 6. ausgeprägte Osteoporose mit Stauchungsbruch des 7. Brustwirbelkörpers und Oberarmtrümmerbruch 7. langjährige seelische Störungen variablen Ausmaßes nach Trennungskonflikt Ende der 90iger Jahre. Die biomechanische Belastbarkeit der Klägerin sei durch die ausgeprägte Osteoporose dauerhaft deutlich eingeschränkt. Um weiteren Frakturen vorzubeugen, solle die Klägerin vor mechanischen Überbelastungen geschützt werden. Der seelische Zustand der Klägerin scheine sich zwischenzeitlich etwas stabilisiert zu haben. Aufgrund der langjährigen seelischen Probleme sei aber aus rehabilitationsmedizinischer Sicht dauerhaft von einer verminderten seelischen Belastbarkeit auszugehen. Aufgrund der ausgeprägten Osteoporose würde er der Klägerin nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zumuten. Gelegentliches kurzfristiges Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg in stabilisierter aufrechter Rumpfhaltung oder 5 kg in Rumpfvor- oder Seitneigung wäre seines Erachtens unbedenklich. Aufgrund der chronischen Rückenschmerzen in Verbindung mit einer deutlichen kyphotischen Verformung der BWS sollte die Klägerin die Körperhaltung wenigstens zweimal stündlich verändern können. Gelegentliches kurzfristiges Bücken sei möglich, häufiges und längeres Bücken ungünstig. Gelegentliches Treppensteigen über 2 oder 3 Stockwerke ohne Zusatzlast sei möglich. Das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten würde er der Klägerin aufgrund ihrer schmerzhaften Funktionsstörung der linken Schulter dauerhaft nicht mehr zumuten. Arbeiten mit und an laufenden Maschinen seien nicht prinzipiell ausgeschlossen. Kurzfristige Arbeiten an Büromaschinen wären ebenfalls denkbar (Eingabe von Daten per Tastatur in den Computer mehrere Minuten lang mehrfach arbeitstäglich). Arbeiten unter Akkord- und Fließbandbedingungen ließen sich nach seiner Auffassung in der Regel nicht vereinbaren mit der Forderung nach einem regelmäßigen Wechsel der Körperhaltung. Arbeiten im Schichtdienst und Nacharbeiten könnten nach seiner Einschätzung die seelische Belastbarkeit der Klägerin überfordern. Mit geeigneter Schutzkleidung könne die Klägerin durchaus unter Nässe, Kälte und Zugluft arbeiten. Ein ständiger Wechsel zwischen Wärme- und Kältezonen sei aber aufgrund der Rückenschmerzen ungünstig. Er habe bei seiner Untersuchung der Klägerin keine Gründe dafür gefunden, warum Arbeiten unter Einwirkung von Stauben, Gasen und Dämpfen ausgeschlossen werden müssten. Das Gehör der Klägerin sei auf beiden Seiten deutlich beeinträchtigt. Arbeiten in Lärmzonen sollten selbst mit Gehörschutz nach seiner Einschätzung unterbleiben. Das Sehvermögen erscheine nicht massiv beeinträchtigt. Aufgrund der schmerzhaften Funktionsstörung der linken Schulter seien mit der linken Hand Überkopparbeiten nicht möglich. Aufgrund der angegebenen Kraftminderung in beiden Handgelenken seien mechanisch besonders belastende Handarbeiten auf beiden Seiten nicht möglich. Arbeiten bei Publikumsverkehr würden durch die Hörminderung beeinträchtigt, seien aber nach seiner Einschätzung nicht prinzipiell ausgeschlossen. Inwieweit die Klägerin in der Lage sei, besondere Verantwortung zu übernehmen oder besonderen geistigen Beanspruchungen zu genügen, könne er nicht sicher beurteilen. Arbeiten unter besonderen nervlichen Belastungen könnten sich ungünstig auf die seelische Verfassung der Klägerin auswirken. Eine solche leidensgerechte Tätigkeit könne die Klägerin mindestens sechs Stunden täglich ausüben, ohne ihren jetzigen Gesundheitszustand zu gefährden. Besondere Pausen oder sonstige arbeitsunübliche Bedingungen seien nicht erforderlich. Der Arbeitsplatz sollte aber modernen ergonomischen Gesichtspunkten genügen (z.B. moderner Bürostuhl). Die Gehfähigkeit sei vor allem durch die Hüftarthrosen beeinträchtigt, die Klägerin könne aber seines Erachtens noch viermal arbeitstäglich eine Wegstrecke von knapp 500 m in unter 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und öffentliche Verkehrsmittel auch während der Hauptverkehrszeiten benutzen. Die Klägerin selbst habe angegeben, dass sich die Rückenbeschwerden und die Becken-Hüft-Schmerzen sowie Handgelenks- und Kniebeschwerden zwischen Ende 2009 und Ende 2012 nicht massiv verändert hätten. Schon seit dem Jahr 2006 seien von ihr teils massive Beschwerden vorgetragen. Neu hinzugekommen sei allerdings die schmerzhafte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk nach dem Oberarmtrümmerbruch links am 29.09.2011. Trotz dieser zusätzlichen Beschwerden und Funktionstörungen gehe er nach wie vor von einem vollschichtigen Leistungsvermögen auf einem leidensgerechten Arbeitsplatz aus. Es handle sich grundsätzlich um Gesundheitsstörungen mit Dauercharakter. Hinsichtlich der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts bestünden zwischen ihm und Dr. D. keine bedeutsamen Meinungsverschiedenheiten, solche lägen allerdings im Hinblick auf die sozialmedizinische Beurteilung vor. Dr. D. argumentiere formal mit in der Vergangenheit mehrfach gemessenen erniedrigten Knochendichtewerten. Er berufe sich auf eine Literaturstelle, wonach bei diesen Messwerten von einer halbschichtigen Erwerbsfähigkeit auszugehen sei. Von solchen formalen Gutachtenparametern halte er nichts. Biologische Vorgänge ließen sich nicht in solche primitiven Muster pressen. Knochendichtewerte lieferten keine verlässliche Angaben über Art und Umfang von Beschwerden und Funktionsstörungen und dem trotzdem verbliebenen Restleistungsvermögen im Privatleben bzw. Erwerbsleben. Im Übrigen seien diese Messwerte sehr störungsanfällig. Nach dieser "Logik" müsste die Klägerin spätestens seit der letzten Knochendichtemessung (vom 31.07.2012) vollschichtig arbeitsfähig selbst für schwere Arbeiten sein. Die sozialmedizinischen Leistungsreserven ließen sich nach seiner Einschätzung nur durch eine sehr subtile Anamnese und körperliche Untersuchung und eine sorgfältige Abwägung aller vorhandenen zusätzlichen Informationen in jedem Einzelfall ermitteln. Ein dogmatisches Regelwerk helfe hier nicht weiter. Bei seiner eigenen Einschätzung habe er sich von den umfassenden anamnestischen Angaben der Klägerin selbst über Art und Umfang der Beschwerden einerseits und das verbliebene Leistungsvermögen im privaten Umfeld andererseits sowie die aktuellen körperlichen Untersuchungsbefunde und die vorgelegte Bildgebung leiten lassen. Er teilte die Verwunderung der Beklagten über die widersprüchliche sozialmedizinische Bewertung in den beiden Gutachten des Dr. D. vom Januar 2010 und August 2011.

Der Kläger hat Einwendungen gegen das Gutachten des Dr. H. erhoben. Hierauf hat Dr. H. unter dem 08.03.2103 ergänzend Stellung genommen. Im Hinblick auf weitere Einwendungen hat Dr. H. unter dem 01.07.2013 erneut ergänzend Stellung genommen und seine gleichbleibende Bewertung des klägerischen Leistungsvermögens weiter begründet.

Mit Rentenbescheid vom 25.11.2013 hat die Beklagte der Klägerin auf deren Antrag vom 17.09.2013 für die Zeit ab 01.10.2013 Altersrente

für schwerbehinderte Menschen bewilligt. Da diese Rente wegen Anrechnung einer der Klägerin bewilligten Verletztenrente aufgrund des im September 2011 erlittenen Unfalls niedriger als die bewilligte Rente wegen Erwerbsminderung wäre, ist sie nicht zu Auszahlung gekommen.

Im weiteren Verlauf hat die Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) beantragt, Prof. Dr. S. und Prof. Dr. W. als Gutachter nach Aktenlage zu hören. Sodann hat das Gericht ein Gutachten nach Aktenlage bei dem Neurologen und Psychiater Prof. Dr. S. von Amts wegen eingeholt. In seinem Gutachten vom 14.04.2013 gelangte er zu dem Ergebnis, dass im Zeitraum vom 01.11.2009 bis 31.12.2011 keine seelisch bedingten Störungen vorlagen.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) hat das Gericht hiernach ein Gutachten bei dem Unfallchirurgen/Orthopäden Prof. Dr. W. eingeholt. In seinem Gutachten nach Aktenlage vom 29.07.2014 stellte er folgende Diagnosen: 1. Ausgeprägte Verschleißerscheinungen im Bereich der BWS mit erheblicher Rundrückenbildung (sog. Hyperkyphosierung) bei keilförmiger Deformierung des 7. Brustwirbelkörpers, durchgängige fortgeschrittene Bandscheibenveränderungen an der BWS, beginnende fischwirbelartige Deformierung der unteren Brustwirbelkörper, 2. Mäßige Verschleißerscheinungen der Bandscheiben im LWS-Bereich bei beginnender fischwirbelartiger Deformierung der oberen LWS, vermehrte Vorwärtskrümmung (Hyperlordosierung) der LWS bei möglicher Instabilität am Übergang derselben zum Kreuzbein (lumbosakraler Übergang, Os sacrum acutum), 3. Weit fortgeschrittene Coxarthrose beidseits, links mehr als rechts, bei Z. n. Acetabulumfraktur links mit weitgehend aufgebrauchtem Gelenkspalt links und mäßig verschmälertem Gelenkspalt rechts, Verminderung des physiologischen Winkels zwischen Schenkelhals und Oberschenkelschaft im Sinne einer sog. Varusdeformität, 4. Verschleißerscheinungen im Bereich beider Schultergelenke mit Einengung des subacromialen Raumes und mutmaßlicher Impingementsymptomatik, linksseitig operativ versorgte und knöchern verheilte ehemalige subcapitale Humerusfraktur bei einliegendem Implantat, 5. Röntgenmorphologisch beginnende bis mäßige Osteoporose mit Zeichen osteoporotischer Wirbelkörperdeformierungen im unteren BWS- und oberen LWS-Abschnitt, 6. Leichte bis mäßige Verschleißerscheinungen im Bereich der HWS 7. Laut Arztberichten und gutachtlichen Untersuchungen schmerzhafte Funktionsstörungen beider Kniegelenke und biomechanische Minderbelastbarkeit beider Handgelenke ohne fortgeschrittene röntgenmorphologische Veränderungen. Im Vordergrund der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit stünden insbesondere die Veränderungen im Bereich der BWS und LWS sowie die fortgeschrittenen Verschleißerkrankungen beider Hüftgelenke links mehr als rechts und die mit einer Bewegungseinschränkung bei Überkopparbeiten einhergehenden Verschleißerscheinungen an beiden Schultergelenken bei Z. n. gelenknahem Oberarmbruch links mit einliegender Platte. Durch diese Veränderungen werde die Belastbarkeit des muskuloskeletalen Systems speziell bei Zwangshaltungen, dem Heben und Tragen von Lasten, Tätigkeiten in ungünstigen Positionen wie in gebückter Körperhaltung, in Hockstellung und im Knien beeinträchtigt. Durch diese Gesundheitsstörungen auf unfallchirurgisch-orthopädischem Gebiet, ohne Berücksichtigung anderer Fachgebiete, sei die Leistungsfähigkeit im Hinblick auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wie auch in Bezug auf die Tätigkeit als Hauswirtschafterin dahingehend eingeschränkt, dass der Klägerin allenfalls leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis max. 10 kg zumutbar seien. Dauerndes bzw. überwiegendes Stehen, Gehen und Sitzen, eine gleichförmige Körperhaltung, häufiges Bücken, das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten bzw. mit oder an laufenden Maschinen seien gleichfalls nicht möglich. Ähnliches gelte für Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nacharbeit. Arbeiten mit Publikumsverkehr seien aufgrund der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit zumutbar, auch Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung. Hinsichtlich der Zumutbarkeit geistiger Beanspruchung oder nervlicher Belastung werde auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten verwiesen. Tätigkeiten unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen seien der Klägerin noch zwischen drei bis unter sechs Stunden täglich zumutbar. Insoweit werde auf die Literatur verwiesen, wonach unter Annahme einer mäßiggradigen Osteoporose bei allerdings deutlicher Verformung speziell der BWS mit beginnender Wirbelkörperdeformierung aufgrund des eingeschränkten Mineralsalzgehalts eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werde (Rompe/Erlenkämper: Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane), bzw. wonach bei mäßiger Osteoporose Grad II eine quantitative Einschränkung im Sinne einer teilweisen Erwerbsminderung bei qualitativen Einschränkungen angenommen werde (W./S.: Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung). Die Wegefähigkeit der Klägerin sei bis 2011 nicht wesentlich eingeschränkt gewesen, aber durch die fortgeschrittene Coxarthrose links nach Acetabulumfraktur jetzt deutlich beeinträchtigt. Die Leistungsfähigkeit der Klägerin habe sich schrittweise verringert, wobei bereits im Jahr 2011 bzw. 2012 gravierende Veränderungen an der BWS und LWS sowie den Hüftgelenken, weniger auch an den Schultergelenken nachweisbar gewesen seien. Zusammenfassend könne man sagen, dass sich ab den Jahren 2005/2006 bei in diesen Jahren schon beschriebenen WS-Beschwerden eine zunehmende körperliche Beeinträchtigung ergeben habe, die sich speziell auf Veränderungen an der WS, den Hüftgelenken und den Schultergelenken beziehe. Er sehe in Abweichung von Dr. H. eine zeitliche Leistungseinschränkung auf zwischen drei und unter sechs Stunden, ansonsten könne er sich den Ausführungen im Gutachten und in den ergänzenden Stellungnahmen voll inhaltlich anschließen.

In einer ergänzenden Stellungnahme hat Prof. Dr. W. angegeben, dass aufgrund der aus der Zeit bereits vor dem 01.11.2009 zur Verfügung stehenden Arztberichte, in welchen ausgeprägte Beschwerden im Bereich des muskuloskeletalen Systems, insbesondere an der Wirbelsäule und entsprechende klinische und radiologische Befunde dokumentiert seien, die Leistungseinschränkungen auch schon ab 01.11.2009 bestanden hätten.

Auf den Weiterzahlungsantrag der Klägerin hat die Beklagte mit Bescheid vom 26.01.2015 die Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01.03.2015 befristet bis zum 30.09.2017 weiterbewilligt (ab Oktober 2017 erreicht die im April 1952 geborene Klägerin die Regelaltersgrenze, [§ 235 SGB VI](#)).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Ulm vom 11. Januar 2012, Aufhebung des Bescheides vom 2. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. August 2010 sowie Abänderung des Bescheides vom 28. Dezember 2012 zu verpflichten, ihr auch für die Zeit vom 1. November 2009 bis 31. Dezember 2011 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen sowie der Verwaltungsakten des Beklagten und der beigezogenen Akte des Versorgungsamtes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach § 144 Sozialgesetzbuch (SGB) liegen nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, da die Klägerin in der Zeit vom 01.11.2009 bis 31.12.2011 keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung hat.

Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#). Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#). Darüber hinaus ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Eine volle Erwerbsminderung liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch dann vor, wenn der Versicherte täglich mindestens drei bis unter sechs Stunden erwerbstätig sein kann, der Teilzeitarbeitsmarkt aber verschlossen ist (Gürtner in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand Dezember 2013, [§ 43 SGB VI](#) Rn. 58 und 30 ff.).

Die Klägerin ist, an diesem gesetzlichen Maßstab orientiert, zur Überzeugung des Senats im streitigen Zeitraum nicht erwerbsgemindert. Eine Erwerbsminderung der Klägerin, das heißt ein Absinken ihrer beruflichen und körperlichen Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lässt sich zur Überzeugung des Senats für diesen Zeitraum nicht belegen. Dies ergibt sich aus der Gesamtwürdigung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen. Hierbei stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die gerichtlichen Sachverständigengutachten des Dr. G. vom 09.12.2010 samt seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.04.2011, des Dr. H. vom 07.01.2013 samt seiner ergänzenden Stellungnahmen vom 08.03.2013 und vom 01.07.2013 sowie des Dr. S. vom 14.04.2013 sowie zusätzlich die im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. S. vom 23.06.2009 und des Dr. D. vom 28.01.2010, welche im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden. Danach steht für den Senat fest, dass die Klägerin in der Zeit vom 01.11.2009 bis 31.12.2011 keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung hat, weil sie in dieser Zeit in der Lage war, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über sechs Stunden arbeitstäglich auszuüben.

Die noch für die Rentenbewilligung ab 01.07.2006 und die Weiterbewilligung ab 01.03.2008 maßgebliche depressive Störung lag im vorliegend noch streitigen Zeitraum nicht mehr vor. Wie Dr. S. in seinem Gutachten vom 23.06.2009 und Dr. G. in seinem Gutachten vom 09.12.2010 übereinstimmend festgestellt haben, hatte sich eine deutliche Befundbesserung eingestellt. Bei der Klägerin konnte im hier maßgeblichen Zeitraum keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden, beide Sachverständigen diagnostizierten lediglich eine Anpassungsstörung. Wesentliche Funktionsstörungen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet konnten sie nicht feststellen. Dem hat sich auch Prof. Dr. S. in seinem Gutachten nach Aktenlage angeschlossen. Dr. S. sah das Umstellungs- und Anpassungsvermögen der Klägerin noch leichtgradig gemindert, so dass Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen, Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge sowie Tätigkeiten unter Zeitdruck nur noch eingeschränkt durchführbar seien. Dr. G. und Prof. Dr. S. sahen nicht einmal mehr eine solch leichtgradige Einschränkung. Übereinstimmend waren sich die drei Sachverständigen einig, dass jedenfalls eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens für körperlich leichte Tätigkeiten aufgrund von Erkrankungen des neurologischen oder psychiatrischen Fachgebiets nicht vorlagen. Diese Einschätzung ist anhand der Befunderhebung durch Dr. S. und Dr. G. widerspruchsfrei und nachvollziehbar, der Senat schließt sich ihr deshalb auch in Kenntnis der vorliegenden Berichte, Auskünfte und Atteste des Dr. S. sowie der Einschätzung des Dr. H., vollumfänglich an.

Im Vordergrund standen bei der Klägerin im hier streitigen Zeitraum Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet. Sie litt an einer schmerzhaften Funktionsstörung der Wirbelsäule bei dauerhafter knöcherner Rundrückenbildung mit ständiger Überlastung der Rumpfmuskulatur ohne neurologische Begleiterscheinungen, einer schmerzhaften Funktionsstörung der Becken-Hüft-Region bei fortschreitender Protrusionscoxarthrose links mehr als rechts, einer schmerzhaften Funktionsstörung in der linken Schulter nach dem am 29.09.2011 erlittenen Oberarmtrümmerbruch, einer verminderten biomechanischen Belastbarkeit beider Handgelenke ohne Nachweis einer gravierenden Strukturschädigung, einer schmerzhaften Funktionsstörung beider Kniegelenke mit gelegentlichen Reizerscheinungen bei freier Beweglichkeit ohne massive Arthrosezeichen und einer ausgeprägten Osteoporose mit Stauchungsbruch des 7. Brustwirbelkörpers und Oberarmtrümmerbruch. Hieraus resultierten qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der ausgeprägten Osteoporose waren der Klägerin nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zuzumuten mit nur noch gelegentlichem kurzfristigen Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg in stabilisierter aufrechter Rumpfhaltung oder 5 kg in Rumpfvor- oder Seitneigung. Aufgrund der chronischen Rückenschmerzen in Verbindung mit einer deutlichen kyphotischen Verformung der BWS sollte die Klägerin die Körperhaltung wenigstens zweimal stündlich verändern können. Gelegentliches kurzfristiges Bücken war möglich, häufiges und längeres Bücken ungünstig. Gelegentliches Treppensteigen über 2 oder 3 Stockwerke ohne Zusatzlast war möglich. Das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten war der Klägerin aufgrund ihrer schmerzhaften Funktionsstörung der linken Schulter nicht mehr zuzumuten. Arbeiten mit und an laufenden Maschinen war nicht prinzipiell ausgeschlossen. Kurzfristige Arbeiten an Büromaschinen waren ebenfalls denkbar. Aufgrund des Erfordernisses eines regelmäßigen Wechsels der Körperhaltung waren Arbeiten unter Akkord- und Fließbandbedingungen nicht mehr abzuverlangen. Arbeiten im Schichtdienst und Nacharbeiten waren aufgrund der orthopädischen Erkrankungen nicht ausgeschlossen.

Lediglich mit geeigneter Schutzkleidung hätte die Klägerin unter Nässe, Kälte und Zugluft arbeiten können, ein ständiger Wechsel zwischen Wärme- und Kältezonen wäre aber aufgrund der Rückenschmerzen ungünstig gewesen. Aufgrund der schmerzhaften Funktionsstörung der linken Schulter waren Überkopfarbeiten mit der linken Hand und aufgrund der angegebenen Kraftminderung in beiden Handgelenken mechanisch besonders belastende Handarbeiten auf beiden Seiten nicht möglich.

Eine Leistungsminderung auf weniger als sechs Stunden am Tag lässt sich aufgrund dieser Gesundheitsstörungen jedoch für die vorliegend streitige Zeit nicht begründen. Diese Einschätzung beruht auf der Befunderhebung durch Dr. H., der Senat schließt sich der Einschätzung des Dr. H. nach eigener Prüfung vollumfänglich an. Die von Dr. D. erhobenen Befunde weichen nicht wesentlich hiervon ab und rechtfertigen keine abweichende Bewertung. Auch Prof. Dr. W. führt in seinem Gutachten nach Aktenlage aus, dass er sich den Ausführungen des Dr. H. in seinem Gutachten und seinen ergänzenden Stellungnahmen - abgesehen von der Frage, ob über die qualitativen Leistungseinschränkungen hinaus auch eine quantitative Leistungseinschränkung vorliegt - voll inhaltlich anschließen könne. Hinsichtlich des Vorliegens einer auch zeitlichen Einschränkung des Leistungsvermögens für leichte körperliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen weichen die Sachverständigen insofern voneinander ab, als Dr. D. in seinem zweiten Gutachten vom 24.08.2011 und Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 29.07.2014 Tätigkeiten unter Berücksichtigung der angegebenen qualitativen Leistungseinschränkungen nur in einem zeitlichen Umfang von zwischen drei und sechs Stunden arbeitstäglich für zumutbar erachteten, während Dr. D. in seinem ersten Gutachten vom 28.01.2010 ebenso wie Dr. H. in seinem Gutachten vom 07.01.2013 eine solche quantitative Leistungseinschränkung nicht angenommen haben. Insoweit sieht aber der Senat in Übereinstimmung mit der Einschätzung des SG für den hier noch streitgegenständlichen Zeitraum eine auch quantitative Leistungseinschränkung nicht für nachgewiesen an und schließt sich insoweit maßgeblich der Einschätzung von Dr. H. an. Zutreffend hat er in seinem Gutachten und seinen ergänzenden Stellungnahmen ausgeführt, dass maßgeblich für die Leistungsbeurteilung nicht formelle Kriterien sind, sondern die im Einzelfall vorliegenden Erkrankungen und damit verbundenen Beschwerden und funktionellen Einschränkungen des jeweiligen Versicherten. Dass dabei Messwerten der Knochendichtemessungen keine ausschlaggebende Relevanz zukommen kann, hat Dr. H. für den Senat überzeugend ausgeführt. Obwohl die vor Erstattung des Gutachtens durch Dr. H. aktuellste Knochendichtemessung vom 31.07.2012 entgegen den früheren Messungen einen völlig unauffälligen Wert im Bereich der LWS ergeben hat, so dass allein auf der Grundlage dieses Wertes schon die Diagnose einer Osteoporose zweifelhaft wäre und eine Einordnung der Osteoporoseerkrankung der Klägerin in dem von ihr angenommenen Schweregrad nicht erfolgen könnte, kann auch nach Auffassung des Senats allein aus diesem Wert nicht abgeleitet werden, dass die Klägerin nicht (mehr) unter Osteoporose leide oder sich die Ausprägung der Osteoporose deutlich gebessert habe und damit entsprechend der von der Klägerin aufgeführten und von Dr. D. in seinem zweiten Gutachten und von Prof. Dr. W. in seinem Gutachten herangezogenen Literatur weder quantitative noch wesentliche qualitative Leistungseinschränkungen insoweit angenommen werden können. Gleichermaßen kann aber nach Auffassung des Senats nicht anhand der vorherigen Messwerte pauschal eine Osteoporose eines bestimmten Schweregrades und eine zeitliche Leistungseinschränkung abgeleitet werden. Vielmehr ist ausschlaggebend, welche Auswirkungen die vorliegenden Erkrankungen im jeweiligen Einzelfall haben. Dies gilt auch für die Osteoporose. Insoweit ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass die von der Klägerin vorgelegten und auch von Prof. Dr. W. zitierten Literaturstellen teilweise veraltet sind. So zitiert Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 29.07.2014 aus W./S.: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2. Aufl. und aus Rompe/Erlenkämper zur zeitlichen Leistungseinschränkung bei mäßiggradiger Osteoporose Grad II. In der 6. vollständig überarbeiteten Auflage S./Hollo (begründet von Rompe und Erlenkämper): Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, ist für die mäßiggradige Osteoporose, Grad 2 allerdings ein positives Leistungsbild von sechs Stunden und mehr angegeben bei qualitativen Einschränkungen. Lediglich für schwere Fälle sei eine teilweise oder vollständige Erwerbsminderung möglich. Hierbei werden zur Erklärung von "schwer" rezidivierende Frakturen, Lähmungen, ausgeprägte Schmerzzustände angegeben. Dr. H. hat sich nach Auffassung des Senats in Übereinstimmung mit den in der Neuauflage dargestellten Grundsätzen bei seiner Beurteilung nicht auf den wesentlich gebesserten Messwert, sondern auf die anamnestischen Angaben und die erhobenen Untersuchungsbefunde sowie Auswertung der vorliegenden Bildgebung gestützt und dabei sowohl die von der Klägerin angegebenen Schmerzen als auch die festgestellten funktionellen Einschränkungen berücksichtigt und daraus für den Senat schlüssig und nachvollziehbar keine Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit abgeleitet. Dem stehen auch die eigenen Angaben der Klägerin nicht entgegen. Die Klägerin hat im Rahmen der anamnestischen Befragung durch Dr. H. selbst angegeben, dass sich ihre Rückenbeschwerden in der Zeit von 2009 bis 2012 nicht wesentlich geändert haben. Sie hat nach ihren Angaben gegenüber Dr. H. auf ärztliches Anraten das seit 2006 verordnete und eingenommene Osteoporose-Medikament Actonel ca. Ende 2011 abgesetzt. Sie befand sich nicht in spezieller Schmerztherapie, hat schmerzfreie Zeiten angegeben und nahm nur bedarfsweise Voltaren Creme gegen ihre Schmerzen in der LWS, im rechten Knie oder der linken Schulter bzw. Ibuprofen 600 mg, ebenfalls bedarfsweise, ca. 3-4 Tabletten pro Woche. Dies spricht nicht für erhebliche schmerzbedingte Einschränkungen der Klägerin im hier streitigen Zeitraum. Sie hat Dr. H. einen geregelten Tagesablauf mit Erledigung von Hausarbeiten beschrieben, gegenüber dem Oberarzt Dr. K. hat sie im Rahmen der Untersuchung für die Erstattung des ersten Rentengutachtens an die Unfallkasse vom 12.09.2012 angegeben, dass ihr bis zu dem am 29.09.2011 erlittenen Unfall noch sportliche Aktivitäten wie turnen, schwimmen, Rad fahren möglich gewesen seien. Der behandelnde Orthopäde Dr. K. hat in seiner Auskunft gegenüber der Beklagten vom 06.10.2009 ebenfalls nur über mäßig schmerzhafte Funktionseinschränkungen von Seiten der BWS und LWS, des rechten Hüftgelenks sowie der Kniegelenke berichtet.

Daneben ist auf HNO-ärztlichem Gebiet eine Schwerhörigkeit der Klägerin zu berücksichtigen. Aus dieser zumindest teilweise durch Hörgeräte kompensierten Erkrankung resultiert nach Einschätzung des Senats allein eine qualitative Leistungseinschränkung dahingehend, dass der Klägerin keine Tätigkeiten unter Lärmeinwirkung oder mit besonderen Anforderungen an das Hörvermögen, z.B. am Telefon, zugemutet werden können. Zu diesem Ergebnis kamen auch alle gehörten Sachverständigen, wenn auch auf insoweit fachfremdem Gebiet. Sämtliche Sachverständigen, die die Klägerin im vorliegend noch streitigen Zeitraum untersucht haben, haben angegeben, dass eine normale Verständigung im Zweiergespräch in Umgangssprache möglich war. Daraus, dass bei der Klägerin im streitigen Zeitraum GdB von 70, hierbei allein für die Schwerhörigkeit GdB von 50 festgestellt wurde, folgt noch keine Aussage zur Schwere der Auswirkungen ihrer Schwerhörigkeit auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit. Denn maßgeblich für die GdB-Bewertung von Hörstörungen ist nach Ziffer 5 der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 "Versorgungsmedizinische Grundsätze" die Herabsetzung des Sprachgehörs, deren Umfang durch Prüfung ohne Hörhilfen bestimmt ist. Vorliegend war die Schwerhörigkeit der Klägerin aber nach Angaben des Dr. S. in seinem Bericht vom 02.09.2008 (Bl. 83 der Akte des Versorgungsamtes) durch Hörgeräte ausreichend behandelt. Er hat die Perzeptionsschwerhörigkeit der Klägerin als gering- bis mittelgradig bezeichnet, auch in dem von der Klägerin vorgelegten Arztbrief vom 23.03.2009. Wesentliche Veränderung insoweit sind für den hier noch streitigen Zeitraum weder vorgetragen noch ersichtlich. Vor diesem Hintergrund ergab sich für den Senat auch kein Anlass zu weiteren Ermittlungen.

Darüber hinaus lagen weder auf internistischem noch sonstigem Fachgebiet Gesundheitsstörungen vor, die eine Leistungseinschränkung in zeitlicher Hinsicht begründen. Dies gilt auch für die von der Klägerin angegebene chronisch venöse Insuffizienz. Dr. H. hat bereits zutreffend ausgeführt, dass der Beinvenenproblematik der Klägerin durch die oben genannten qualitativen Einschränkungen, insbesondere dem Ausschluss längerer sitzender Tätigkeiten, ausreichend Rechnung getragen. Auch insoweit schließt sich der Senat dem überzeugenden Gutachten des Dr. H. an.

Aus den genannten qualitativen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit ergeben sich weder schwere spezifische Leistungsbehinderungen noch stellen die qualitativen Leistungseinschränkungen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 11.05.1999 - [B 13 RJ 71/97 R](#) = [SozR 3-2600 § 43 Nr 21](#) - Juris) dar. Insbesondere stellt entgegen der Auffassung der Klägerin ihre Hörminderung keine schwere spezifische Leistungseinschränkung in diesem Sinne dar und führt auch nicht in der Zusammenschau mit den sonstigen Einschränkungen zu einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen. Von einer wesentlichen Einschränkung der Arm- und Handbeweglichkeit im Sinne einer schweren spezifischen Einschränkung kann ebenfalls nicht ausgegangen werden. Zwar hat die Klägerin eine subjektiv wahrgenommene Kraftminderung in beiden Händen gegenüber Dr. H. angegeben. Körperliche Ursachen oder funktionelle Ausfälle konnten aber insoweit von keinem der Sachverständigen festgestellt werden.

Ein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung besteht auch nicht aufgrund einer Einschränkung der Wegfähigkeit. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (BSG, Urteile vom 09.08.2001 - [B 10 LW 18/00 R](#) - [SozR 3-5864 § 13 Nr 2](#) m.w.N. und vom 14.03.2002 - [B 13 RJ 25/01 R](#) - Juris). Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 Meter mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß bewältigen und zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können. Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z. B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen (BSG, Urteile vom 17.12.1991 - [13/5 RJ 73/90](#) - [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#), vom 19.11.1997 - [5 RJ 16/97](#) - [SozR 3-2600 § 44 Nr. 10](#) und vom 30.01.2002 - [B 5 RJ 36/01 R](#) - Juris). Dazu gehört auch die zumutbare Benutzung eines vorhandenen, ggf. im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 16 SGB VI](#), [§ 33 Abs. 3 Nr. 1](#), [Abs. 8 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)) subventionierten Kraftfahrzeugs (vgl. BSG, Urteile vom 19.11.1997 - [5 RJ 16/97](#) - [SozR 3-2600 § 44 Nr. 10](#), vom 30.01.2002 - [B 5 RJ 36/01 R](#) und vom 14.03.2002 - [B 13 RJ 25/01 R](#) - Juris). Zwar ist die Gehfähigkeit der Klägerin insbesondere aufgrund der Arthrosen der Hüftgelenke und Kniegelenke eingeschränkt, aber ihr war zumindest im hier noch streitigen Zeitraum eine Wegstrecke von ca. 500 Metern zu Fuß viermal täglich in ca. 20 Minuten sowie die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel auch zur Hauptverkehrszeit noch möglich. Insoweit haben die gehörten Sachverständigen jeweils eine Einschränkung der Gehfähigkeit insbesondere aufgrund der Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke angegeben, allerdings für den vorliegend streitigen Zeitraum nicht in einem solchen Ausmaß, dass ihr das Zurücklegen der genannten Wegstrecken in der genannten Zeit nicht mehr möglich gewesen wäre. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat ebenfalls an. Prof. Dr. W. hat lediglich für die Zeit nach 2011 angegeben, dass aufgrund der fortgeschrittenen Coxarthrose links und mutmaßlich stärker eingeschränkter Belastbarkeit und Beweglichkeit jetzt (Gutachtenszeitpunkt: 29.07.2014) die erforderliche Wegfähigkeit nicht mehr gegeben sei.

Folglich hat die Berufung der Klägerin insgesamt keinen Erfolg.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-02