

L 22 R 1657/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 7 R 4595/06
Datum
26.08.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 1657/08
Datum
09.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 26. August 2008 geändert. Die Klage wird abgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01. März 2006 bis 28. Februar 2009.

Nachdem der im Juli 1962 geborenen Klägerin, die nach ihrem Zuzug aus J von Juni 1993 bis Dezember 2000 als Reinigungskraft beschäftigt war, wegen eines Zustandes nach operiertem Schilddrüsenkarzinom und cervikaler Lymphknotenmetastasierung Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01. Juli 2005 bis 28. Februar 2006 bewilligt worden war (Bescheid vom 04. März 2005), beantragte sie im Oktober 2005 deren Weiterzahlung. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen bei und holte das Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. W vom 19. Dezember 2005 ein.

Mit Bescheid vom 05. Januar 2006 lehnte die Beklagte die Weiterzahlung der Rente ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung vorliege. Bei (Zustand nach) Schilddrüsenkarzinom und Metastasierung, einer Hypertonie und einer chronischen Bronchitis könne die Klägerin noch mindestens 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem auf ständige Kopfschmerzen hingewiesen und geltend gemacht wurde, leichte Tätigkeiten nicht ausführen zu können, veranlasste die Beklagte nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen das Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04. September 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: In Auswertung der beigezogenen Unterlagen habe der ärztliche Sachverständige festgestellt, dass die Klägerin wieder über ein zeitliches Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich mit in qualitativer Hinsicht bestehenden Leistungseinschränkungen (leichte Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Gefährdung durch Kälte, Nässe und Zugluft, ohne Einwirkung die Atmung reizender Stoffe, Dämpfe und Gase, ohne besonderen Zeitdruck, z. B. Akkord-Fließband und ohne Nachtschicht) verfüge.

Dagegen hat die Klägerin am 02. Oktober 2006 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Sie hat vorgetragen, unter starken Rückenproblemen und ständigen Kopfschmerzen zu leiden. Im Bereich der Schilddrüse seien wieder Knoten lokalisiert worden. Hinzu komme ein Herzklappenfehler. Aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes könne sie keinesfalls drei Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein. Die Klägerin hat einen Bericht des C Klinikums vom 06. Oktober 2006 beigelegt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 05. Januar 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 04. September 2006 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren.

Das Sozialgericht hat die Epikrise der C C vom 11. Februar 2007 beigezogen, die Befundberichte des Facharztes für Orthopädie Dr. vom 18.

Dezember 2006 und (Eingang) vom 16. Januar 2007, der Fachärztin für Allgemeinmedizin K vom 30. Januar 2007 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigen Gutachten der Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. P vom 24. November 2007, dem weitere ärztliche Unterlagen beigelegt gewesen sind.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, das Gutachten der Sachverständigen Dr. P sei nicht nachvollziehbar, soweit danach alle drei Stunden eine Pause von 30 Minuten eingelegt werden müsse und kein Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich gegeben sei. Diese Einschätzung stütze sich auf fachfremde Befunde. Aus endokrinologischer Sicht bestehe keine Einschränkung des Leistungsvermögens. Verständlicherweise bestünden Ängste bezüglich eines Tumorrezidivs, die jedoch nicht so obsessiv seien, dass sie Konzentration und Ausdauer vermindern. Diese verständlichen Ängste seien weder als gestörte Erlebnisverarbeitung zu interpretieren noch käme ihnen Krankheitswertigkeit zu. Die angenommene affektive Minderbelastbarkeit stehe im Widerspruch zum Tagesablauf.

Das Sozialgericht hat die Sachverständige Dr. P ergänzend gehört (Stellungnahme vom 22. Februar 2008).

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass die Sachverständige Dr. P weiterhin fachfremde (endokrinologische) Überlegungen anstelle, die inhaltlich widersprüchlich und insgesamt nicht zutreffend seien. Ein von vier Nebenschilddrüsenkörperchen sei schon ausreichend, um einen ausreichenden Nebenschilddrüsenstoffwechsel sicherzustellen. Die bei der Klägerin vorgenommene operative Verpflanzung von mindestens einem Nebenschilddrüsenkörperchen sei erfolgreich gewesen, denn es sei erneut ein deutlicher Parathormonspiegel nachweisbar gewesen. Hieraus folge, dass der Ausprägungsgrad des postoperativen Hypoparathyreoidismus gering sei, so dass weder somatische noch psychische Folgeschäden vorhanden bzw. zu befürchten seien. Dies gelte nicht nur für die Hormon- und Stoffwechselsituation der Nebenschilddrüse, sondern auch für die Schilddrüse selbst, denn es lägen ausgeglichene Schilddrüsenwerte vor. Bedenkliche Werte im Sinne eines erhöhten Risikos für Knochenbrüche seien weder bezüglich der Verminderung des Kalksalzgehaltes noch im Sinne einer pathologischen Veränderungen der Knochenbälkchenstruktur vorhanden. Die von der Sachverständigen Dr. P erhobenen Befunde belegten insgesamt ein ausreichend gutes körperliches sowie auch psycho-mentales Leistungsvermögen.

Nach entsprechender Anhörung hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 26. August 2008 die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide verurteilt, der Klägerin ab dem 01. März 2006 bis zum 28. Februar 2009 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren: Die Klägerin könne derzeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes (mit Ausnahme des Erfordernisses betriebsunüblicher Pausen) höchstens drei Stunden täglich erwerbstätig sein und sei daher, da ihr der Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen sei, voll erwerbsgemindert. Anschaulich lege Dr. P dar, dass seitens ihres Fachgebietes der Ausgang der Krebserkrankung nicht mit den Operationen und einer möglichst akkuraten Einstellung des substituierten Hormons erledigt sei, sondern die vermehrte psychische Anpassungsleistung zu berücksichtigen sei. Die Klägerin habe eine Fülle von therapeutischen Maßnahmen über sich ergehen lassen, was ihr eine massive Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit abverlangt habe. Vor diesem Hintergrund seien die Befürchtungen der Klägerin vor einem Rezidiv durchaus nachvollziehbar. Weiter sei zu berücksichtigen, dass neben der Erkrankung der Schilddrüse noch weitere Erkrankungen bestünden. Im Fall der Klägerin sei eine Verarbeitung der Erkrankung in Form von Angst und Depression mit vegetativer Labilität gemischt plausibel und führe diese komplizierte Krankheitsbewältigung dazu, dass sie auch aktuell nur noch über das genannte Leistungsvermögen verfüge. Nicht entscheidend sei, ob sich die Richtigkeit der endokrinologischen Erwägungen von Dr. P belegen ließen. Die Rente wegen voller Erwerbsminderung sei zu befristen. Nach Dr. P sei nicht unwahrscheinlich, dass die Leistungsminderung ganz oder teilweise behebbar sein werde, wenn sich die Substitution und hormonelle Einstellung stabilisiere und die derzeitige vegetative Labilität durch die Störung des Ca-Stoffwechsels ende. Deswegen bestehe auch kein Anspruch auf Gewährung einer unbefristeten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Schließlich habe die Klägerin keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, denn sie sei nach dem 02. Januar 1961 geboren.

Gegen den ihr am 01. September 2008 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 28. September 2008 eingelegte Berufung der Beklagten. Sie bezieht sich auf ihr bisheriges Vorbringen gegen das Gutachten der Sachverständigen Dr. P. Das Leistungsvermögen der Klägerin sei nur qualitativ eingeschränkt. Der von der Sachverständigen dokumentierte psychopathologische Befund sei weitgehend unauffällig bezüglich der Fähigkeit zur Kooperation, Konzentration und Ausdauer. Es seien auch die von der Sachverständigen beschriebenen Aggravationstendenzen in Rechnung zu stellen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 26. August 2008 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat die gesamten Behandlungsunterlagen der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. S, des Facharztes für Orthopädie Dr. R und der Ärztin für Allgemeinmedizin K Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Pfortner (BO 793) und Versandfertigtmacher (BO 522) sowie Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 14. Februar 2000 und 13. Oktober 2008 zum Pfortner und vom 01./24. November 2002, 14. Januar 2005 und 13. Oktober 2008 zum Versandfertigtmacher beigezogen sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Arztes für Innere Medizin Dr. P vom 04. Juni 2010 nach Aktenlage.

Die Klägerin sieht durch das Gutachten des Sachverständigen Dr. P ihre Ansicht bestätigt.

Die Beklagte verweist darauf, dass es sich nur bei wenigen der insgesamt 21 Gesundheitsstörungen um relevante Erkrankungen handle. Im Wesentlichen werde auch vom Sachverständigen Dr. P die psychische Beeinträchtigung als wegweisend für die Beurteilung eines Leistungsvermögens von nur noch weniger als drei Stunden täglich erachtet. Die Argumentation des Dr. P, dass angesichts der psychovegetativen Labilität der Klägerin nicht vorstellbar sei, dass sie neben der Haushalts- und Kinderversorgung noch einer beruflichen Tätigkeit nachgehen könne, dürfte auf einen Großteil der weiblichen Bevölkerung Deutschlands ebenfalls zutreffen.

Der Senat hat weiteren Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Dr. L vom 27. Mai 2010 nach Aktenlage. Er hat außerdem den Sachverständigen Dr. P und den Sachverständigen Dr. L ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 01. Februar 2011 und 13. April 2011 bzw. vom 25. Oktober 2011).

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 107 bis 146, 162 bis 167, 302 bis 323, 334 bis 370, 379 bis 391, 399 bis 403 und 408 bis 411 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01. März 2006 bis zum 28. Februar 2009 zu gewähren. Der Bescheid vom 05. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. September 2006 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, denn ihr Leistungsvermögen war in diesem Zeitraum nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind und weitere beitragsbezogene - Voraussetzungen erfüllen. 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. Voll erwerbsgemindert sind auch 1. 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 2. 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](#) Sätze 2 und [3 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Die Klägerin war hiernach nicht voll erwerbsgemindert, denn sie konnte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt insbesondere als Pförtnerin und Versandfertigmacherin mindestens 6 Stunden täglich arbeiten.

Dies folgt aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. L. Dem Gutachten der Sachverständigen Dr. P vermag sich der Senat hinsichtlich des Vorliegens eines zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögens und einer betriebsunüblichen Pausenregelung nicht anzuschließen, denn die von dieser Sachverständigen erhobenen Befunde sind nach der überzeugenden Beurteilung des Sachverständigen Dr. L nicht geeignet, dies zu rechtfertigen. Dem entsprechend ist die Beurteilung eines zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögens durch den Sachverständigen Dr. P ebenfalls nicht nachvollziehbar, denn er stützt sich maßgeblich auf das Gutachten der Sachverständigen Dr. P. Soweit er daneben aus körperlichen Gebrechen ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen ableitet, ist dies mangels nachweisbarer Funktionsstörungen nicht schlüssig.

Nach dem Sachverständigen Dr. P bestanden ein Zustand nach Thyroidektomie mit zentraler Lymphadenektomie beidseits und lateraler Lymphadenektomie rechts im März 2001 bei papillärem Schilddrüsenkarzinom mit postoperativer Rekurrenzparese rechts, ein Zustand nach cervikaler Lymphadenektomie lateral rechts Juni 2003 bei regionalen Lymphknotenmetastasen und ein persistierender submandibulär rechts gelegener echoarmer Lymphknoten ohne Hinweis auf Malignität, außerdem ein Zustand nach postoperativem Hypoparathyreoidismus und Hypokalzämie, eine arterielle Hypertonie, ein Herzklappenfehler, ein paroxysmales Herzrasen, eine pathologische Glucosetoleranz, eine chronische Bronchitis mit grenzwertig obstruktiver Ventilationsstörung, ein Zustand nach Helicobacter pylori- positiver Gastritis und nach Eradikationstherapie, ein Zustand nach Enteritis, ein Verdacht auf Ösophagitis bei Refluxkrankheit, eine Divertikulose des Dickdarms, eine chronisch venöse Insuffizienz der Vena saphena magna links, eine Nierenzyste rechts sowie ein Halswirbelsäulensyndrom, Dorsalgien, rezidivierende Lumbalgien bzw. Lumboischialgien rechts, Heberden- und Bouchard-Arthrosen der Fingergelenke, eine Intercostalneuralgie, ein Uterus myomatosus mit Myomausschälung 1998 und Hypermenorrhoe, ein Zustand nach laparoskopischer Zystenoperation und eine Osteoporose neben Angst und depressiver Störung gemischt.

Damit werden alle somatischen Leiden vollständig erfasst, wie sie in Behandlungsunterlagen, Befundberichten und Gutachten anderer Ärzte im streitigen Zeitraum niedergelegt sind.

Schon ohne (relevanten) Krankheitswert sind selbst nach dem Sachverständigen Dr. P der Herzklappenfehler (minimale Mitralinsuffizienz 0-I und geringgradige Trikuspidalinsuffizienz I), das paroxysmale Herzrasen, die pathologische Glucosetoleranz, der Zustand nach Helicobacter pylori - positiver Gastritis, der Status nach Enteritis, der Status nach Ösophagitis, die Divertikulose des Dickdarms, der Uterus myomatosus mit Myomausschälung und Hypermenorrhoe und der Zustand nach laparoskopischer Zystenoperation.

Der Herzklappenfehler wird als Ergebnis durchgeführter Echokardiografien als hämodynamisch unbedeutend bewertet (Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006 und Berichte des Facharztes für Innere Medizin Dr. G vom 04./10. November 2008 aus den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin K). Ein paroxysmales Herzrasen wird bei entsprechender Angabe durch die Klägerin nach dem Bericht des C -Klinikums vom 06./09. Januar 2006 für den streitigen Zeitraum nicht mehr dokumentiert. Eine pathologische Glucosetoleranz ist nach einem einmalig auffälligen Wert für den Nüchternblutzucker am 08. September 2003 mit 121 mg/dl (vgl. die eigenen Befundaufzeichnungen der Ärztin für Allgemeinmedizin K) mit einer weiteren Erhöhung dieses Wertes mit 117 mg/dl nur am 14. November 2006 (mit der Anmerkung kleiner Kaffee mit Zucker gegen 07.45 Uhr) festzustellen gewesen (vgl. ebenfalls diese Befundaufzeichnungen). Wie der Sachverständige Dr. P in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 dazu weiter ausgeführt hat, kann eine Diabetes-Erkrankung über viele Jahre symptomlos verlaufen und bedeutet, so seine weitere ergänzende Stellungnahme vom 13. April 2011, bis auf die Notwendigkeit einer geregelten Nahrungszufuhr keine dauerhafte Funktionseinschränkung. Nach einmaliger Feststellung einer Helicobacter Pylori-Besiedlung (Bericht des Arztes für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. W vom 07. Juni 2005 aus den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin K) konnte dies für den streitigen Zeitraum nicht mehr dokumentiert werden.

Auch sind den ärztlichen Unterlagen keine Funktionsstörungen der Gastritis zu entnehmen. Der Status nach Enteritis hat nach dem Sachverständigen Dr. P keine dauerhaften Folgen. Es handelt sich gewöhnlich bei der Enteritis um ein episodisches Ereignis, das mit Bauchschmerzen und gelegentlichen Durchfällen, wie auch in den Befundaufzeichnungen der Ärztin für Allgemeinmedizin K niedergelegt, verbunden ist. Der Status nach Ösophagitis begründet gleichfalls keine Funktionsstörungen. Insbesondere hat nach dem Sachverständigen Dr. P unter Hinweis auf den bereits benannten Bericht des Arztes für Innere Medizin und Gastroenterologie Dr. W vom 07. Juni 2005 eine Refluxösophagitis ausgeschlossen werden können. Entsprechende Funktionsstörungen sind insbesondere für den streitigen Zeitraum nicht dokumentiert. Eine Divertikulose des Dickdarms findet sich in den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin K erwähnt. Divertikel des Dickdarms sind nach dem Sachverständigen Dr. P ein häufiger Zufallsbefund. Ohne die Komplikation einer Entzündung im Sinne einer Divertikulitis, die jedoch in den vorliegenden ärztlichen Unterlagen nicht belegt ist, ist ein solches Leiden ohne funktionelle Beeinträchtigung. Bei Zustand nach Myomausschälung 1998 bei Uterus myomatosus konnten nach dem Sachverständigen Dr. P am 10. März 2005 sonografisch keine Myome nachgewiesen werden (vgl. Bericht des C -Klinikums vom 14. März 2005 aus den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin K). Allerdings sind den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. S als Ergebnis einer im November 2008 erfolgten Sonografie des Uterus mehrere kleine Myome sowie für Dezember 2007 und November 2008 eine Hypermenorrhoe zu entnehmen. Funktionsstörungen oder Beschwerden von Dauer sind in diesen Behandlungsunterlagen nicht niedergelegt. Eine nach dem Sachverständigen Dr. P schon wegen der nur wenige Male aufgetretenen Hypermenorrhoe nicht gesehene Therapienotwendigkeit ist angesichts dessen auch für die kleinen Myome nicht ersichtlich. Schließlich werden in den vorliegenden ärztlichen Unterlagen keine verbliebenen Folgen der Zystenoperation erwähnt.

Ohne Auswirkung auf die körperliche Leistungsfähigkeit ist nach dem Sachverständigen Dr. P die Nierenzyste rechts. Nach dem Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. vom 14. August 2006 bestehen bei Nierenparenchymveränderungen beidseits und kleiner Nierenzyste rechts normale Retentionswerte im Serum. Weitere insbesondere krankhafte Befunde sind den ärztlichen Unterlagen für den streitigen Zeitraum nicht zu entnehmen.

Eine Osteoporose ist für diesen Zeitraum nicht nachgewiesen. Der Sachverständige Dr. P verweist zutreffend darauf hin, dass auch die Sachverständige Dr. P diese Diagnose lediglich als Verdachtsdiagnose geäußert hat. Sie hat dieses Leiden in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 22. Februar 2008 als mögliche Spätfolge eines Hypoparathyreoidismus behandelt und darauf hingewiesen, dass zum jetzigen Zeitpunkt dazu keine Aussage möglich ist, weil die Osteoporosediagnostik erst zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden werde. Diese für März 2008 vorgesehene Knochendichtemessung scheiterte an der Ablehnung der Klägerin. Die konventionell-radiologischen Aufnahmen der Wirbelsäule waren nach dem Sachverständigen Dr. P nicht suspekt auf das Vorliegen einer Osteoporose.

Die arterielle Hypertonie und die chronische venöse Insuffizienz der Vena saphena magna haben keine schwerwiegenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Wie der Sachverständige Dr. P den Befundaufzeichnungen der Ärztin für Allgemeinmedizin K zutreffend entnommen hat, lagen meist normotensive Blutdruckwerte vor. Lediglich für den 07. April 2006 ist mit 172/72 mmHg einmalig ein erhöhter Blutdruckwert dokumentiert. Weitere Blutdruckerhöhungen ergeben sich mit 160/85 mmHg aus dem Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006 und mit 150/90 mmHg aus dem Bericht der Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie Dres. B und vom 24. Oktober 2007. Ein gelegentlich erhöhter Blutdruckwert ändert nach dem Sachverständigen Dr. P allerdings nichts daran, dass der Blutdruck insgesamt recht gut eingestellt war. Die Varikosis, zu der sich konkret lediglich das Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006 äußert, war danach ganz gering. Bei dieser gegebenen Befundlage hat der Sachverständige Dr. P das Tragen von Kompressionsstrümpfen für ausreichend erachtet.

Die chronische Bronchitis ist nach dem Sachverständigen Dr. P klinisch durch eine rezidivierende Belastungsdyspnoe und bodyplethysmografisch durch eine grenzwertig obstruktive Ventilationsstörung bei normwertiger kapillärer Blutgasanalyse gekennzeichnet. Ein konkreter, nämlich der genannte Befund findet sich für den streitigen Zeitraum ebenfalls nur im Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006. Dementsprechend hat der Sachverständige Dr. P in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 ein dauerhaftes Persistieren als nicht belegt angesehen und lediglich bei Auftreten von Infekten ein Aufflammen der Beschwerdesymptomatik angenommen.

Der Zustand nach Thyreoidektomie macht nach dem Sachverständigen Dr. P die Gabe von Schilddrüsenhormon (L-Thyroxin) erforderlich. Wie seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 entnommen werden kann, ist dabei zur Tumorphylaxe eine moderate Überdosierung anzustreben, wodurch die Gefahr einer symptomatischen Hyperthyreose mit möglichen Symptomen wie psychomotorische Unruhe, Gereiztheit, Nervosität, Schlaflosigkeit, Muskelschwäche, Herzrasen und Osteoporose latent wird. Nach seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2011 waren die Schilddrüsenwerte (freies Thyroxin) medikamentös bedingt im streitigen Zeitraum mehrmals erhöht gemessen worden, was somit als gute Stoffwechseleinstellung zu werten ist. Aus den vorliegenden Unterlagen ist eine daraus resultierende dauerhafte Funktionsstörung nicht beweisbar. Schließlich gab es auch keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Tumorrezidivs. Ein Lymphknoten im rechten Kieferwinkel und ein solcher bei nur geringer Größe im linken Kieferwinkel wurden nach dem Bericht des C V-Klinikums vom 05./06. Oktober 2006 lediglich als kontrollbedürftig angesehen. Nach dem weiteren Bericht der C vom 07. Dezember 2006 war die Lymphknotenvergrößerung rechts nicht mehr nachweisbar, was auf das Abklingen einer wohl entzündlichen Reaktion zurückgeführt wurde. Weitere diesbezügliche Untersuchungen ergaben gleichfalls keinen Anhalt für eine Lymphknotenmetastase (Berichte der C vom 11. Februar 2007, 25. April 2007 und 02. Juli 2007).

Aus dem Zustand nach postoperativem Hypoparathyreoidismus lassen sich für den streitigen Zeitraum keine Auswirkungen feststellen.

Die Vermutung auf das Vorliegen eines Hypoparathyreoidismus hat erstmals die Sachverständige Dr. P geäußert. Grundlage dessen ist der von ihr erhobene Befund auffallender Facies (Risu sardonicus) mit eingefallenen Gesichtszügen, leicht auslösbarer Reflexe an den oberen und unteren Extremitäten, eines Lasegúe 50 Grad beiderseits schmerzhaft und eines beidseits wegen Rückenschmerzen eingeschränkten Knie-Hacken-Versuchs gewesen. Sie hat dazu ausgeführt, durch die operative Mitentfernung der Nebenschilddrüse entwickle sich ein Hypoparathyreoidismus, das heißt Verschiebungen im Mineralstoffwechsel (K, Bicarbonat, Ca, Mg) mit dem Syndrom neuromuskulärer Übererregbarkeit als latente Tetanie. Das typische Tetaniegesicht mit Verziehung der Gesichtsmuskulatur (ähnlich Risu sardonicus) hat sie bei der Klägerin als deutlich ausgeprägt gesehen, wodurch auch die diskreten Hinweise auf Übererregbarkeit (Reflexe, Lasegúe und Knie-Hacken-Versuch) erklärbar sind. Deshalb hat sie eine zusätzliche endokrinologische Diagnostik veranlasst, die allerdings bis auf eine notwendige Optimierung des Ca-Stoffwechsels keine weiteren pathologischen Werte bestätigte, insbesondere keinen Mangel an

Parathormon, den sie u. a. für eine vegetative Labilität verantwortlich gemacht hat (vgl. Bericht der Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie Dres. B und D vom 24. Oktober 2007). Trotz dieses aus endokrinologischer Sicht negativen Befundes hat die Sachverständige Dr. P gleichwohl die Diagnose eines Hypoparathyreoidismus nach medizinischer Maßnahme mit vegetativer Labilität (latenter Tetanie) gestellt.

Diese Erkrankung mag zwar unmittelbar nach der Thyreoidektomie vorgelegen haben. Sie lässt sich jedoch für den streitigen Zeitraum nicht feststellen, weswegen der Sachverständige Dr. P insoweit von einem Zustand nach postoperativem Hypoparathyreoidismus gesprochen hat. Er hat ausgeführt, dass nach Entfernung von Schilddrüsen und der Epithelkörperchen ein Epithelkörperchen reimplantiert worden war. Ein einziges Epithelkörperchen reicht in der Regel völlig aus, um genügend Parathormon zu produzieren. Falls die Produktion von Parathormon nicht ausreichend ist, kann es zum Hypoparathyreoidismus kommen, der mit Muskelkrämpfen verbunden sein kann. Der Sachverständige Dr. P hat unter Bezugnahme auf die umfangreichen laborchemischen Untersuchungen (den bereits angesprochenen Bericht der Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie Dres. B und D vom 24. Oktober 2007 sowie deren weiteren Bericht vom 20. Februar 2008 zur Kontrolle) darauf hingewiesen, dass das Parathormon neben dem Serumkalzium und dem Kalzium-Phosphat-Produkt im Normbereich waren und sich insgesamt kein Hinweis auf eine Störung der Hormonachsen ergab. Angesichts dessen überzeugt weder die von der Sachverständigen Dr. P gestellte Diagnose eines postoperativen Hypoparathyreoidismus noch das Vorliegen daraus resultierender Syndrome. Der Sachverständige Dr. L ist, soweit es das neurologische Fachgebiet anbelangt, zu einer ähnlichen Beurteilung gelangt. Er hat die Ansicht der Sachverständigen Dr. P, in einer latenten Tetanie eine Ursache für eine der tetanischen Stoffwechselstörung typische Gesichtsveränderung (Risus sardonicus) feststellen zu müssen, deswegen für falsch erachtet, weil dieses Bild einer grotesken Gesichtsmuskelverkrampfung sich ausschließlich bei einer Tetanusinfektion zeigt (so auch der Sachverständige Dr. P in seinem Gutachten). Die weiteren von der Sachverständigen Dr. P erhobenen Befunde hat er als regulären neurologischen Befund eingeordnet. Dies erscheint mit der von ihm gegebenen Begründung, dass die Sachverständige Dr. P auf neurologischem Gebiet letztlich eine gesicherte Gesundheitsstörung nicht hat diagnostizieren können, nachvollziehbar.

Eine Hypokalzämie bestand zwar im streitigen Zeitraum. Diese war jedoch nach dem Sachverständigen Dr. P lediglich leicht ausgeprägt. Nach diesem Sachverständigen wird nach Entfernung von Schilddrüse und der Reimplantation eines Epithelkörperchens als flankierende Maßnahme ein Vitamin D-Präparat verabreicht, das die Resorption von Kalzium aus der Nahrung befördert, zusätzlich wird Kalzium in Tablettenform oder als Brause verschrieben, um die Kalziumaufnahme durch ein verbessertes Angebot in der Nahrung zu optimieren. Falls die Zufuhr von Kalzium und Vitamin D nicht ausreichend ist, kann es zur Hypokalzämie kommen. Diese ist mit einem breiten Spektrum klinischer Manifestationen assoziiert, die bei milder Ausprägung auch gänzlich fehlen können. Pathophysiologisch führt eine Hypokalzämie u. a. zu einer neuromuskulären Übererregbarkeit. Als moderate Symptome können in diesem Zusammenhang Parästhesien gelten. Die Symptomatik kann sich durch Hyperventilieren des Betroffenen verstärken. Weitere Symptome aus dem neurologisch-psychiatrischen Formenkreis sind emotionale Instabilität, Ängstlichkeit und Depressionen, seltener treten Verwirrtheit und Halluzinationen auf.

Bei der Klägerin wurden im streitigen Zeitraum nach dem Sachverständigen Dr. P zumeist gering hypokalzämische Blutwerte gemessen. Bei einem Normbereich von 2,15 bis 2,65 mmol/l lag das Serumkalzium (jeweils mmol/l) am 28. Juni 2006 bei 2,03, am 08. Februar 2007 bei 2,13, am 25. April 2007 bei 2,15, am 25. Januar 2008 bei 1,97 und am 29. Mai 2008 bei 2,13 (vgl. die Epikrisen der C vom 30. Juni 2006, 11. Februar 2007, 25. April 2007, 07. Februar 2008 und 01. Juni 2008). Nach den oben bereits genannten Berichten der Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie Dres. B und D vom 24. Oktober 2007 und 20. Februar 2008 lag das Serumkalzium am 08. Oktober 2007 mit 2,11 und am 06. Februar 2008 mit 2,14 mmol/l im Normbereich (danach 2,05 bis 2,55 mmol/l). Letztgenannte Ärzte sind im Bericht vom 24. Oktober 2007 auch unter Berücksichtigung des erhobenen, im Wesentlichen unauffälligen körperlichen Befundes zur Auffassung gelangt, dass aus endokrinologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Wie der Sachverständige Dr. P in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 ausgeführt hat, wird die Substitutionstherapie aufgrund der Gefahr einer Kalzium-Überdosierung im unteren Normbereich angestrebt. Die genannten Werte entsprechen mithin dem Therapieziel.

Die Symptome einer Hypokalzämie lassen sich für den streitigen Zeitraum nach den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin K als einmalig am 09. Januar 2007 dokumentiert feststellen. Der entsprechende Befund einer Hyperventilation ist nach dem Sachverständigen Dr. P lediglich außerhalb des streitigen Zeitraums im Rahmen einer Lungenfunktionsprüfung am 15. Dezember 2005 nachgewiesen (Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. W vom 19. Dezember 2005). Nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. P vom 06. Januar 2011 können solche Hyperventilationen typischerweise in physischen und psychischen Stresssituationen auftreten. Es kommt hinzu, dass von einer möglichen nicht regelmäßigen bzw. vollständigen Medikamenteneinnahme in der Vergangenheit, wie der Sachverständige unter Bezugnahme auf den Bericht der C vom 15. Mai 2003 (richtig vom 19. Juni 2003) dargelegt hat, angesichts der o. g. Laborwerte im streitigen Zeitraum nicht mehr ausgegangen werden kann. Durch eine adäquate Substitutionstherapie ist nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen vom 13. April 2011 eine Normokalzämie erreichbar, so dass damit eine dauerhafte Funktionsstörung vermeidbar ist.

Angesichts dieser Befunde kann dem Sachverständigen Dr. P folgend allenfalls von einer nur gering ausgeprägten Hypokalzämie im streitigen Zeitraum ausgegangen werden. Wesentliche und dauerhafte Hypokalzämie bedingte Störungen der neuromuskulären Erregbarkeit mit Muskelkrämpfen und psychischen Befindlichkeitsstörungen sind nicht bewiesen. Dass solche nach dem Sachverständigen Dr. P nicht mit Sicherheit auszuschließen sind, erfüllt jedenfalls diesen Beweismaßstab nicht.

Wegen der Funktionseinschränkungen durch Dorsalgien, Heberden- und Bouchard-Arthrosen sowie Lumboischialgien hat der Sachverständige Dr. P auf die fachspezifischen Stellungnahmen verwiesen (so seine ergänzende Stellungnahme vom 13. April 2011). Dasselbe hat er bereits in seinem Gutachten hinsichtlich des Halswirbelsäulensyndroms getan. Das Halswirbelsäulensyndrom stellt sich auf dem Boden einer Skoliose und alterssprechenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen als nicht bedeutsam dar. Insbesondere sind alle Bewegungen ausführbar (Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006). Nach den Behandlungsunterlagen des Facharztes für Orthopädie Dr. Rist lediglich für Dezember 2008 eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit dokumentiert. Eine Röntgenuntersuchung von Januar 2009 zeigte keine (bedeutsamen) Veränderungen. Dasselbe gilt im Wesentlichen für den Zustand von Brust- und Lendenwirbelsäule. Nach dem Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006 bestanden Lumbalgien ohne funktionelle Ausfälle. Nach dem Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. L vom 18. Dezember 2006 und 16. Januar 2007 sowie den Behandlungsunterlagen des Facharztes für Orthopädie Dr. R sind im streitigen Zeitraum nur vereinzelt Befunde aufgetreten, wie Verspannungen, ein Druckschmerz bzw. ein Federungsschmerz. Eine Röntgenuntersuchung von Brust-

und Lendenwirbelsäule wurde im streitigen Zeitraum nicht durchgeführt. Eine Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule vom 28. Oktober 2004 (vgl. o. g. Befundbericht des Dr. L) weist nach dem Sachverständigen Dr. Palterentsprechende degenerative Veränderungen aus. Zu den Fingergelenken ist im Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P- vom 14. August 2006 vermerkt, dass es sich um eine mäßige Arthrose ohne wesentliche funktionelle Ausfälle handelt. Nach dem Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. L vom 18. Dezember 2006 und 16. Januar 2007 zeigten sich im März 2006 die Mittel- und Endglieder mit mäßiger Verdickung. Den Behandlungsunterlagen des Facharztes für Orthopädie Dr. Rassen sich klinische Befunde nicht entnehmen. Nach der am 09. März 2006 vorgenommenen Befundung einer Röntgenaufnahme der Hand rechts von Oktober 2004 zeigte sich ein altersentsprechender Befund (Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. L vom 18. Dezember 2006). Eine Interkostalneuralgie ist letztlich nicht gesichert. In den vorhandenen ärztlichen Unterlagen ist sie für den streitigen Zeitraum allein in den Behandlungsunterlagen der Ärztin für Allgemeinmedizin K am 16. Januar 2007 bei Beschwerdeangabe Schmerzen linker Brustkorb genannt. Der Sachverständige Dr. P hat diese Diagnose wegen des Fehlens einer kardialen Ursache für die von der Klägerin angegebenen stechenden linksthorakalen "Herzschmerzen" gestellt, wobei er diese Beschwerden als Ausdruck einer Problematik der Wirbelsäule bzw. der dort austretenden Nerven interpretiert hat. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 hat er jedoch bereits klargestellt, dass als Ursache der genannten Beschwerden eine Vielzahl von Störungen in Betracht kommt. Der Sachverständige Dr. L hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Oktober 2011 unter Darstellung der besonderen Charakteristik einer Interkostalneuralgie eine solche anhand der Aktenlage nicht erkennen können. Nach der Beurteilung in seinem Gutachten handelt es sich um schmerzhafte Reizerscheinungen in der Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung in den Brustkorbbereich. Ungeachtet der diagnostischen Zuordnung dieser Beschwerden, die nach Dr. L für die Beurteilung des Leistungsvermögens nicht bedeutsam ist, geben jedoch die oben genannten ärztlichen Unterlagen keine Hinweise auf mehr als nur gelegentlich auftretende Befunde dieser Art.

Eine genaue Bewertung der Funktionseinschränkung durch die chronisch rezidivierenden Kopfschmerzen hat der Sachverständige Dr. P nicht vornehmen können (vgl. seine ergänzende Stellungnahme vom 13. April 2011). Dies rührt daher, worauf in seinem Gutachten und der weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 bereits hingewiesen worden ist, dass die vorhandenen ärztlichen Unterlagen dazu nur knappe Eintragungen enthalten. Für den streitigen Zeitraum kann den Befundaufzeichnungen der Ärztin für Allgemeinmedizin K entnommen werden: 07. März 2006 starke Kopfschmerzen – Spannungskopfschmerzen, 07. April 2006 Kopfschmerzen und 10. Mai 2007 starke Kopfschmerzen mit Schwindel (Drehschwindel) und 09. November 2007 Kopfschmerzen – Erbrechen. Der Sachverständige Dr. L hat gleichfalls die Kopfschmerzen wegen unzureichend aussagefähiger medizinischer Daten nicht genauer eingrenzen können. Kopfschmerzen ohne gravierenden organischen Hintergrund haben nach seiner Beurteilung nur Auswirkungen auf qualitative Leistungseinschränkungen, die er im Gutachten des Sachverständigen Dr. P schon formuliert gesehen hat.

Wegen der Angst und depressiven Störung gemischt hat sich der Sachverständige Dr. P auf die Einschätzungen der Sachverständigen Dr. P bezogen, die er angesichts der medizinischen und anamnestischen Daten konsistent, folgerichtig und der Schwere der Beschwerdesymptome angemessen erachtet hat (so ausdrücklich in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011).

Wenn der Sachverständige Dr. P infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen insbesondere unter Berücksichtigung seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2011 die Schlussfolgerung gezogen hat, die Klägerin habe körperlich leichte Arbeit in allen Körperhaltungen bei gelegentlicher wechselnder Körperhaltung ohne Arbeiten im Freien oder unter Witterungsschutz, mit Kälte, Nässe, Zugluft, starken Temperaturschwankungen, Staubentwicklung, Rauch und mit sonstigen Reizstoffen, mit besonderer Belastung der Stimme, mit besonderen Anforderungen an die grobe Kraft und die Fingerfertigkeit sowie ohne Arbeiten mehr als gelegentlich in Zwangshaltung oder überwiegend einseitiger Körperhaltung, auf Leitern und Gerüsten, mit Bücken, Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg, im Knien, in der Hocke und überkopf und ohne Arbeiten unter starker oder dauernder Lärmexposition, unter Zeitdruck (wie Akkord und Fließbandarbeit) und mit Wechselschicht verrichten können, ist dies nachvollziehbar.

Die Leiden des internistischen Fachgebietes haben an diesen Leistungseinschränkungen allerdings nur einen geringen Anteil. So waren die klimatischen Einflüsse und inhalativen Einwirkungen zu vermeiden, um einen Einbruch der Lungenfunktion und ein Fortschreiten der Bronchitis zu verhindern. Der Ausschluss von Wechselschicht resultiert daraus, dass die pathologische Glucosetoleranz manifest werden konnte, wenn der physiologische Tag-Nacht-Rhythmus gestört wird. Die weiteren Leistungseinschränkungen rühren aus nicht internistischen Gesundheitsstörungen. Aufgrund der postoperativ aufgetretenen Rezurrenzparese mit sistierender Heiserkeit waren Arbeiten mit besonderer Belastung der Stimme ausgeschlossen. Abgesehen von Arbeiten mit psychischen Stressfaktoren (wie Arbeit unter Zeitdruck und die bereits genannte Arbeit in Wechselschicht), die der Sachverständige Dr. P insoweit der Sachverständigen Dr. P folgend wegen der von dieser Sachverständigen festgestellten Gesundheitsstörungen des psychiatrischen Fachgebiets als nicht in Betracht kommend angesehen hat, um eine Verstärkung bzw. Ausweitung psychischer Symptome zu vermeiden, sowie aus demselben Grund von Arbeiten mit besonderer Lärmbelastung (vgl. dazu seine ergänzende Stellungnahme vom 13. April 2011), gründen sich die anderen genannten Leistungseinschränkungen auf Leiden des orthopädischen Fachgebietes. Angesichts der dargelegten Befunde leuchtet ein, dass zumindest stärkere als auch dauerhaft einseitige Belastungen nicht zumutbar waren. Dies hat der Sachverständige Dr. n seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2011 ausgeführt. Klarstellend hat er zu seiner im Gutachten gemachten Ausführung einer etwa stündlich wechselnden Körperhaltung betont, dass es hierbei lediglich um eine Schätzung handelt, da eine exakte Definition von Belastungszeiträumen und -arten aufgrund der Aktenlage, also der dort niedergelegten Befunde, nicht möglich ist. Damit können sichere Feststellungen zur Dauer der jeweiligen Haltungsart und zum Zeitpunkt eines Wechsels der jeweiligen Haltungsart nicht getroffen werden, so dass sich eine Aussage dazu auf die oben gemachte Aussage zu den Haltungsarten beschränken muss. In der ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2011 hat der Sachverständige Dr. P darüber hinaus klargestellt, dass entgegen eines möglichen anderen Eindrucks im Gutachten die von ihm genannten Leistungseinschränkungen, die aus dem Halte- und Bewegungsapparat resultieren, nicht generell auszuschließen waren; die genannten Arbeiten waren möglich, sofern sie nur gelegentlich anfielen.

Der Senat vermag dem Sachverständigen Dr. P allerdings nicht darin zu folgen, als dieser beurteilt hat, in Anbetracht der aufgeführten körperlichen Gebrechen habe mit den genannten Leistungseinschränkungen und einer großzügigen bzw. variablen Pausenregelung, zu der er jedoch keine differenzierte Einordnung bezüglich Häufigkeit und Dauer von Pausen hat treffen können, so dass dazu schon keine sicheren Feststellungen möglich sind, ein zeitliches Leistungsvermögen von lediglich über 3 Stunden bis maximal 6 Stunden täglich bestanden. Eine Begründung aus organischer Sicht hat er in seinem Gutachten nicht gegeben. Er hat sogar darauf hingewiesen, dass einer Vielzahl körperlicher Beschwerden nur zum Teil ein greifbares somatisches Korrelat zugeordnet werden kann. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2011 hat er auf eine Polymorbidität mit unterschiedlich gelagerten Krankheitsbildern, die zum Teil miteinander in

Wechselwirkung stehen, verwiesen. Er hat sich jedoch nicht in der Lage gesehen, den entsprechenden Mechanismus darzustellen, geschweige denn diesen zu begründen. In seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2011 hat er sich schließlich auf das chronische vertebrales Schmerzsyndrom mit Muskelverspannungen, häufig wiederkehrende Kopfschmerzen, eine chronische Bronchitis sowie eine instabile therapeutische Einstellung des Schilddrüsenhormon- und Kalziumstoffwechsels bezogen. Wie aber oben bereits ausgeführt, hat er dazu wesentliche und bedeutsame Befunde und Funktionsstörungen den ärztlichen Unterlagen nicht entnehmen können. Darauf hat auch der Sachverständige Dr. L hingewiesen. Dieser Sachverständige hat die Erörterungen des Sachverständigen Dr. P zu der Stoffwechselsituation nicht kommentiert, da es sich um eine endokrinologische Problematik handelt, die außerhalb seiner eigenen Fachkompetenz liegt. Allerdings hat er die von diesem Sachverständigen gefundenen Ergebnisse mit dem von diesem Sachverständigen beurteilten zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögen verglichen und einer Schlüssigkeitsprüfung unterzogen. Er hat auf der Grundlage der Ergebnisse des Sachverständigen P das zeitlich eingeschränkte Leistungsvermögen als nicht nachvollziehbar beurteilt. Nach seiner zutreffenden Bewertung hat es der Sachverständige Dr. P versäumt, das für diese Leistungsminderung entscheidende Leiden anzuführen; stattdessen hat er sich lediglich auf allgemeine Formulierungen beschränkt. Mit den ergänzenden Stellungnahmen hat der Sachverständige Dr. P gleichfalls eine überzeugende Begründung nicht geliefert (so der Sachverständige Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Oktober 2011).

Soweit der Sachverständige Dr. P darüber hinausgehend insgesamt ein Leistungsvermögen von maximal 3 Stunden täglich unter Berücksichtigung der von der Sachverständigen Dr. P festgestellten Leiden auf psychiatrischem Fachgebiet angenommen hat, überzeugt dies erst Recht nicht. Dabei kann dahinstehen, wie seine Äußerungen zu bewerten sind, dass die Klägerin zudem einen Haushalt mit 2 kleinen Kindern zu führen hat und eine Arbeitszeit von maximal 3 Stunden pro Tag theoretisch möglich, faktisch aber arbeitsunfähig ist (so im Gutachten) bzw. dass nach deren Aussage sich die Klägerin mit der Bewältigung des Haushaltes und der Kinderbetreuung bereits an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringt und wegen häufiger hausärztlicher Konsultationen und einer Medikamentenincompliance eine Arbeitsfähigkeit von bis zu 6 Stunden als nicht realistisch erscheint. Hinsichtlich eines solchen Leistungsvermögens folgt der Sachverständige Dr. P jedoch im Wesentlichen der Beurteilung im Gutachten der Sachverständigen Dr. P. Diese Beurteilung hält er, so seine ergänzende Stellungnahme vom 06. Januar 2011, angesichts der medizinischen und anamnestischen Daten konsistent, folgerichtig und der Schwere der Beschwerdesymptome angemessen. Diese Aussage erweist sich jedoch als schlichte Behauptung. Nach seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2011 entzieht sich die gegenüber der Sachverständigen Dr. P abweichende gutachterliche Stellungnahme des Sachverständigen Dr. L seiner fachinternistischen Beurteilung. Bei diesem Eingeständnis bleibt offen, wie er in der Lage sein will, die gutachterliche Beurteilung der Sachverständigen Dr. P fachkompetent einer eigenen Einschätzung unterziehen zu können.

Der Sachverständigen Dr. P ist, soweit diese ein Leistungsvermögen von 3 Stunden täglich und das Erfordernis einer Pause von 30 Minuten mindestens alle 3 Stunden angenommen hat, selbst auf der Grundlage ihrer eigenen Befunderhebung nicht zu folgen, wie der Sachverständigen Dr. L nachvollziehbar begründet hat.

Nach der Sachverständigen Dr. P bestanden neben den bereits genannten organischen Leiden Angst und depressive Störung gemischt, eine Anpassungsstörung und ein Hypoparathyreoidismus nach medizinischer Maßnahme mit vegetativer Labilität (latenter Tetanie). Es ist bereits oben ausgeführt worden, dass letztgenannte Gesundheitsstörung im streitigen Zeitraum tatsächlich nicht vorhanden war.

Die Sachverständige Dr. P hat in organischer Hinsicht keine Befunde oder Funktionseinschränkungen erhoben, die qualitative Leistungseinschränkungen bedingen, die über die vom Sachverständigen Dr. P genannten Leistungseinschränkungen hinausgehen. Sie hat neben verschiedenen Narben im Bereich des Kopfes druckschmerzhafte Nervenaustrittspunkte V 1, 2 und 3 beidseits und einen Druckschmerz im rechten Kieferwinkel bei nicht tastbarem Lymphknoten, einen Blutdruck von 140/80 mmHg, einen Klopfeschmerz über der Hals- und Lendenwirbelsäule bei nicht eingeschränkter Beweglichkeit, ein wegen Kopfschmerzen beiderseits eingeschränktes Hüpfen, einen unsicheren Blindgang und Heiserkeit bei deutlich verstehbarer Sprache befundet. Auf die weiteren Befunde, die von dieser Sachverständigen der latenten Tetanie zugeordnet worden sind, ist bereits oben eingegangen worden.

Es handelt sich um Befunde, die insgesamt nicht schwerwiegend sind. Soweit nach dem Gutachten der Sachverständigen Dr. P der Eindruck entstehen könnte, es sei jegliches Heben und Tragen von Lasten, jegliche einseitige körperliche Belastung und jegliches Arbeiten auf Leitern und Gerüsten ausgeschlossen, kann dem mit der von dem Sachverständigen Dr. P oben genannten Begründung nicht gefolgt werden.

Die weiteren qualitativen Leistungseinschränkungen, die die Sachverständige Dr. P aus dem seelischen Leiden abgeleitet hat, sind hingegen nachvollziehbar. Danach konnte die Klägerin geistig mittelschwere Arbeiten ausüben, wobei Arbeiten im festgelegten Arbeitsrhythmus wie Fließbandarbeiten, Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkordarbeit und Arbeit an laufenden Maschinen sowie Arbeiten in Wechsel- oder Nachtschicht unzumutbar waren. Wegen Beeinträchtigung des Schlaf-, Wachrhythmus bzw. wegen erhöhter psychischer Irritierbarkeit wären, so der Sachverständige Dr. L ansonsten stressbedingte zusätzliche muskuläre Verspannungen die Folge gewesen.

Als psychiatrischen Status hat die Sachverständige Dr. P erhoben: Mimik und Gestik haben ein deutlich psychasthenischen und depressiven Eindruck vermittelt. Ausdauer und Umstellfähigkeit auf Aufforderungen sind in der Untersuchung erschöpflich gewesen. Die Klägerin ist sehr unruhig, aber insgesamt bemüht gewesen, sich selbst zu steuern. Die Affektlage ist durchgängig dysthym eingeengt gewesen, wobei belastende Ereignisse mit betontem Affekt, auch mit Hinweisen auf psychogene Beschwerdebetonung geklagt worden sind. Zeichen auf Aggravation haben sich in der körperlichen Untersuchung gezeigt. Es ist daneben eine vermehrte Klagsamkeit über Krankheitsbefürchtungen, Krebsängste, Ängste vor Tod und Angst vor Rezidiv deutlich geworden.

Diese Befunde erklären die oben genannten qualitativen Leistungseinschränkungen. Sie rechtfertigen jedoch nicht ein auf unter 6 Stunden täglich herabgesunkenes Leistungsvermögen und das Erfordernis zusätzlicher Pausen. Nach dem Sachverständigen Dr. L bestehen aus psychiatrischer Sicht vielmehr lediglich mäßig verringerte Fähigkeiten für die Ausübung geistiger Tätigkeiten. Dies ist überzeugend, zumal, wie von diesem Sachverständigen zutreffend betont, die vorliegenden ärztlichen Unterlagen für den streitigen Zeitraum keinerlei psychopathologischen Befunde ausweisen. So ist insbesondere im Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. vom 14. August 2006 vermerkt: Keine Affekt- oder Antriebsstörung, durchgehend ausgeglichene Stimmungslage, ungestörte Denkabläufe, kein Hinweis auf Konzentrationsstörung. Demgegenüber war nach dem Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. W vom 19. Dezember 2005 noch eine leicht depressive Stimmungslage zu verzeichnen gewesen.

Die Sachverständige Dr. P hat ihre Leistungsbeurteilung ersichtlich auch nicht ausschließlich auf den von ihr erhobenen psychopathologischen Befund gestützt. Sie hat zwar psychisch eine unzureichende Krankheitsbewältigung durch Angst und Depression, gemischt, mit Angst vor einem Rezidiv als psychische Beeinträchtigung beschrieben. Allerdings ist nach ihrer Ansicht der besondere Verlauf bei den Problemen der Substitution durch das Schilddrüsenhormon mit den Wechselwirkungen die maßgebende Ursache für das von ihr angenommene zeitlich eingeschränkte Leistungsvermögen. Dies wird auch daran sichtbar, dass sie eine ganz oder teilweise Behebung dieser Leistungsminderung von der Stabilität der Substitution und der hormonellen Einstellung abhängig angesehen hat. Wie oben bereits ausgeführt, lag aus endokrinologischer Sicht jedoch allenfalls eine gering ausgeprägte Hypokalzämie vor, während die von der Sachverständigen Dr. P aufgezeigten möglichen Störungen der Hormonachsen gerade nicht für den streitigen Zeitraum festzustellen waren. Ihre Leistungsbeurteilung beruht mithin zu einem wesentlichen Teil auf der von ihr vorgenommenen Einschätzung fachfremder, insbesondere nicht nachgewiesener, Leiden, so dass sie schon deswegen nicht überzeugen kann.

Im Übrigen hat die Sachverständige Dr. P die schweren Belastungen der Klägerin, die in der Vergangenheit zweifellos auch nach dem Sachverständigen Dr. L mit dem Erfordernis einer massiven Anpassungs- und Umstellfähigkeit bestanden, hervorgehoben. Die Beurteilung des Leistungsvermögens hat sich aber, worauf der Sachverständige Dr. L zutreffend hinweist, nicht vorrangig an durchgemachten schweren Belastungen und aktuellen nachvollziehbaren Ängsten vor einer Neuerkrankung zu orientieren, sondern an den Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, dem erhobenen psychischen Befund, an dem die Schwere der psychischen Störungen abzulesen ist, und der Kenntnis der Alltagsgestaltung auszurichten.

Nach dem Sachverständigen Dr. L zeigt eine Anpassungsstörung Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die das soziale Funktionsniveau beeinträchtigen und nach einem fehlerhaften Anpassungsprozess nach belastenden Lebensereignissen auftreten können. Anpassungsstörungen klingen in der Regel mit zeitlichem Abstand zu dem Ereignis ab. Wesentliche Symptome dieser Anpassungsstörung waren bei der Klägerin die Symptome von Angst und Depressivität. Diese Depressivität hat sich nach der Sachverständigen Dr. P in einer durchgängig dysthymen Einengung dargestellt. Dysthymie bezeichnet nach dem Sachverständigen Dr. L eine längerdauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um wenigstens die Kriterien einer leichten depressiven Störung zu erfüllen. Dazu passt, dass weder eine Antriebsstörung noch Einschränkungen in den Gedächtnisfunktionen festzustellen gewesen sind. Die Sachverständige Dr. P hat dazu ausgeführt, dass die Lern- und Merkfähigkeit gut ist, das Gedächtnis, die Konzentrationsfähigkeit und die Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit angemessen sowie die Kontaktfähigkeit und die Anpassungs- und Umstellfähigkeit auf neue Situationen möglich und zumutbar sind. Die Klägerin ist geistig gut flexibel, kooperativ und willkürlich steuerungsfähig. Damit hat die Sachverständige Dr. P nach dem Sachverständigen Dr. L die Klägerin in einer themenbezogen ängstlich bedrückten Stimmungslage ohne gravierende psychische Defizite hinsichtlich einer Angststörung und einer eigentlichen Depression beschrieben. Mit Ängsten verbundene Funktionsstörungen wie Defizite im Antrieb, in der emotional-affektiven Reagibilität, in der Stimmung und im Alltagsverhalten sind nach dem Sachverständigen Dr. L im Gutachten der Sachverständigen Dr. P nicht dokumentiert. Psychasthenische Tendenzen mit reizbarer Erschöpfung, wie sie dort dargestellt sind, hat auch der Sachverständige Dr. L für glaubhaft im Rahmen der Diagnosenstellung angesehen. Darin fügt sich nach dem Sachverständigen Dr. L auch der von regelmäßigen Tätigkeiten ausgefüllte Alltag ein, der nach dem von der Sachverständigen Dr. P erhobenen Tagesablauf durch die Versorgung der beiden Kinder und des Haushaltes gekennzeichnet war.

Angesichts dessen hat der Sachverständige Dr. L nachvollziehbar auch keine Begründung für die von der Sachverständigen Dr. P geforderte Pausenregelung gesehen.

Der Sachverständige Dr. L befindet sich damit in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. P vom 14. August 2006, welches ebenfalls wie schon das vorangegangene Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin Dr. W vom 19. Dezember 2005 ein Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich ohne besondere Pausenregelung angenommen hat. Soweit die Fachärztin für Allgemeinmedizin K im Befundbericht vom 30. Januar 2007 ausgeführt hat, die Klägerin könne vielleicht 3 Stunden täglich arbeiten, fehlt dafür eine an objektiven Befunden orientierte Begründung, da insoweit lediglich auf das Beschwerdevorbringen der Klägerin, sich nach geringer Anstrengung körperlich und psychisch schwach zu fühlen, abgehoben wird.

Bei einem Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen war die Klägerin in dem streitigen Zeitraum somit in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachzugehen. Der Benennung einer konkreten Tätigkeit bedarf es nicht. Soweit hier gleichwohl die Tätigkeiten einer Pförtnerin und einer Versandfertigtmacherin als zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes angeführt werden, erfolgt dies lediglich zur weiteren Verdeutlichung der für die Klägerin noch bestandenen Möglichkeiten, ihr Leistungsvermögen in Erwerbsarbeit umzusetzen. Den genannten Tätigkeiten war die Klägerin gesundheitlich gewachsen.

Die Arbeitsbedingungen eines Pförtners sind in BIK BO 793 beschrieben unter anderem als leichte körperliche Arbeit, überwiegend in geschlossenen Räumen (Pförtnerloge), überwiegend sitzend, für körperlich Behinderte geeignet, zum Teil Zugluft, in der Regel Schicht- und Nachtdienst, zum Teil Flexibilität, zum Teil Kontaktfähigkeit, gute Umgangsformen. Aus der beigezogenen berufskundlichen Aussage des M L vom 14. Februar 2000 geht darüber hinaus hervor, dass an einen Pförtner sehr unterschiedliche Anforderungen gestellt werden und sehr unterschiedliche Belastungen bestehen. Nur so erklärt sich, dass die Tätigkeit als Pförtner in BIK BO 793 auch für viele Behinderte als geeignete Beschäftigung angegeben ist.

Vergleicht man das Leistungsvermögen jenes Klägers, das der berufskundlichen Aussage des M L zugrunde gelegen hatte, mit demjenigen der hiesigen Klägerin, so bestehen keine Bedenken, dass als Pförtner, wie auch in jener berufskundlichen Aussage bejaht, gearbeitet werden kann. Das ermittelte Leistungsvermögen jenes Klägers wird wie folgt beschrieben: Zumutbar sind leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung mit überwiegend Sitzen (Es sollte die Möglichkeit nach 10 bis 15 Minuten Sitzen gegeben sein, die Körperposition zum Gehen oder Stehen zu ändern; nach Gehen oder Stehen von maximal 20 Minuten sollte die Möglichkeit zum Sitzen gegeben sein, der Zeitanteil im Gehen und Stehen sollte nicht mehr als 50 v. H. der Arbeitszeit betragen.), ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, ohne Arbeiten mit Rumpfvorbeuge oder Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Einwirkung von Vibrationen, Stauchungen und Rüttelungen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten in Kälte ohne Witterungsschutz sowie in feuchten Räumen, ohne Lärmeinfluss, ohne Gefährdung durch Hautreizstoffe, ohne Wechsel- oder Nachtschicht, ohne Arbeiten mit besonderem Zeitdruck, nur geistig einfache Arbeit mit geringen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit. Dieser Katalog der Leistungseinschränkungen zeigt, dass

jener Kläger im weit stärkeren Umfang als die hiesige Klägerin in seinen Möglichkeiten eingeschränkt war. Wie dieser berufskundlichen Aussage außerdem zu entnehmen ist, kann ein Pförtner den Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen weitestgehend selbst bestimmen. Es gibt zudem eine nennenswerte Anzahl von Arbeitsplätzen, bei denen nicht im Schichtdienst gearbeitet werden muss und bei denen der Arbeitnehmer Zugluft nicht ausgesetzt ist.

Die Arbeitsbedingungen eines Versandfertigmachers sind in der BIK BO 522 beschrieben unter anderem als körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit (zeitweise schweres Heben und Tragen) überwiegend in geschlossenen Räumen und Hallen, zum Teil im Freien, Arbeit in wechselnder Körperhaltung von Gehen, Stehen und Sitzen, zum Teil Zwangshaltungen wie Bücken, Hocken, Knien und vornüber geneigte Haltung, zum Teil Arbeit auf Leitern und Gerüsten. Allerdings bedeutet diese Beschreibung nicht notwendigerweise, dass dieses Anforderungsprofil für alle Arbeitsplätze eines Versandfertigmachers einschlägig ist. Dies ergibt sich schon daraus, dass diese Tätigkeit in verschiedenen Branchen und mit unterschiedlichen Produkten ausgeführt wird. Wenn demzufolge in den berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 01. November 2002 und 24. November 2002 dargestellt ist, dass es insoweit auch eine nennenswerte Zahl von, also nicht weniger als 300, Arbeitsplätzen gibt, die körperlich leicht sind und in geschlossenen Räumen im Wechsel von Sitzen und Stehen ausgeübt werden, bei denen wirbelsäulen- oder gelenkbelastende Körperhaltungen nicht eingenommen werden müssen, monotone oder repetitive Arbeitshaltungen sich nicht ergeben, die Aufgaben nicht durch fremdbestimmtes Arbeitstempo geprägt sind, nicht unter akkordähnlichen Bedingungen verrichtet werden, keine besonderen Anforderungen an die Kraft oder die Ausdauer der Hände gestellt werden, insbesondere keine Fein- oder Präzisionsarbeiten erfordern, Reiben, Schieben, Drehen, Ziehen oder Drücken nicht verlangt werden, weder Anforderungen an das Hörvermögen noch an die Stimme gestellt werden, eine durchschnittliche Sehfähigkeit genügt und bei denen geistig einfache Routinearbeiten weder besondere Anforderungen an die Umstellungsfähigkeit, das Reaktionsvermögen, die Aufmerksamkeit, die Übersicht, die Verantwortung oder die Zuverlässigkeit stellen, ist dies nachvollziehbar.

Betrachtet man das Leistungsvermögen jener Klägerin, das der berufskundlichen Aussage des M L vom 01. November 2002 und 24. November 2002 zugrunde gelegen hatte, mit demjenigen der hiesigen Klägerin, wird deutlich, dass als Versandfertigmacher, wie auch in jener berufskundlichen Aussage angenommen wurde, gearbeitet werden kann. Das ermittelte Leistungsvermögen jener Klägerin war wie folgt beschränkt auf körperlich leichte Arbeiten, geistig einfache Arbeiten, im Wechsel der Haltungsarten, kein ausschließliches Stehen oder Sitzen, unter Witterungsschutz, ohne monotone oder repetitive Arbeitshaltungen, ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne anhaltende Rumpfbeugehaltung, ohne anhaltendes Knien, Hocken und Bücken, ohne dauerhafte Überkopfarbeiten, ohne Leiter- und Gerüstarbeit und ohne besonderen Zeitdruck wie etwa Akkord- oder Fließbandarbeit. Dies zeigt, dass die Klägerin in ihrem Leistungsvermögen nicht stärker eingeschränkt ist als jene Klägerin, die in den berufskundlichen Aussagen vom 01. November 2002 und 24. November 2002 zu beurteilen war.

In der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Januar 2005 wird an der Darstellung vom 01./24. November 2002, die im Einzelnen wiederholt wird, festgehalten und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich seither bezüglich des Berufes eines Versandfertigmachers keine nachhaltigen Veränderungen ergeben hätten. Wird das Leistungsvermögen jenes Klägers, das Grundlage der berufskundlichen Stellungnahme vom 14. Januar 2005 war, mit dem vorliegenden Leistungsvermögen verglichen, ist zwar festzustellen, dass jener Kläger teilweise in seinem Leistungsvermögen nicht so deutlich eingeschränkt war. Jener Kläger konnte körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten und geistig einfache Arbeiten (ohne hohe Anforderungen an das Intelligenzniveau) mit nur geringen Anforderungen an Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit und Verantwortungsbewusstsein in freien und in geschlossenen Räumen, jedoch ohne Arbeit unter besonderem Zeitdruck, wie z. B. Akkordarbeit, ohne Kontakt mit hautreizenden Stoffen und mit grober Verschmutzung und ohne Feuchtarbeit verrichten. Dieses Leistungsvermögen steht ebenfalls einer Tätigkeit eines Versandfertigmachers nach der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Januar 2005 nicht entgegen. Im Übrigen folgt daraus jedoch nichts Neues, denn dass sich das Belastungsprofil eines Versandfertigmachers in körperlicher oder geistiger Hinsicht zwischenzeitlich verändert haben könnte, insbesondere stärkere oder höhere Anforderungen gestellt werden, wird in dieser neuen berufskundlichen Stellungnahme gerade verneint.

Der weiteren berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 13. Oktober 2008 ist ebenfalls nichts Abweichendes gegenüber seinen früheren berufskundlichen Stellungnahmen zu entnehmen, so dass diese weiterhin Bestand haben.

Die bei der Klägerin bestandenen Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Pförtnerin und einer Versandfertigmacherin in Einklang bringen. Wenn der Sachverständige Dr. L somit zu der Einschätzung gelangt ist, die Klägerin habe diese Berufe noch mindestens 6 Stunden täglich ausüben können, ist dies, weil er das berufskundliche Anforderungsprofil nicht verkannt hat, schlüssig und bewegt sich im Rahmen des einem Arzt einzuräumenden Beurteilungsspielraumes, so dass sich der Senat seine Bewertung zu eigen macht.

Bei fehlender voller Erwerbsminderung stand somit im streitigen Zeitraum Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht zu.

Die Berufung hat daher Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2](#) SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-03-07