
S 6 R 3907/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 R 3907/15
Datum	14.09.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 R 3913/17
Datum	15.10.2020

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Klāgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 14.09.2017 wird zur¼ckgewiesen. Auāergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Gewāhrung einer Rente wegen Erwerbsminderung im Streit.

Die am 1961 geborene Klāgerin ist gelernte Bauzeichnerin (Bl. 9 Renten-VA) und war zuletzt bis September 2013 als Kassen- und B¼rokräft in einem Mābeldiscounter sozialversicherungspflichtig beschāftigt. Seither ist sie arbeitslos bzw. arbeitsunfāhig (Bl. 9 Renten-VA). Der letzte Pflichtbeitrag wurde im August 2016 entrichtet. Hinsichtlich sāmmtlicher Einzelheiten zu den rentenrechtlichen Zeiten wird auf den Versicherungsverlauf Bl. 234 ff. LSG-Akte verwiesen.

Im Februar 2008 wurde bei der Klāgerin eine operative Dekomprimierung eines Bandscheibenvorfalles in den Bewegungssegmenten HWK 5/6 und HWK 6/7 u.a. mit Anlegung einer ventralen Spondylodese mittels Titan-Cage und

Plattenosteosynthese durchgeführt (VA ÄT, unblättiert). Im Juni 2008 kam es wegen einer Lockerung der Plattenosteosynthese zu einer erneuten Operation, bei der die eingesetzten Platten und Schrauben entfernt wurden (VA ÄT, unblättiert). Aus der hieran anschließenden Rehabilitationsmaßnahme wurde die Klägerin mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen (VA ÄT, unblättiert). In der Folgezeit klagte die Klägerin immer wieder über Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) mit Ausstrahlung in Schulter und Arm, weshalb sie sich im Januar 2014 erneut in stationärer medizinischer Rehabilitation befand. Im Reha-Entlassungsbericht wurde neben chronischen Cervikalgien mit begleitenden brachialgieformen Beschwerden rechts bei Spondylarthrose und Zustand nach Spondylodese C5/C7 auch eine fortgeschrittene Daumengelenksarthrose rechtsbetont mit bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen diagnostiziert (VA ÄT, unblättiert). Die Klägerin wurde wiederum mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten – sitzend, stehend oder gehend – in allen Schichtdienstformen entlassen.

Am 28.03.2014 wurde bei der Klägerin wegen der Daumengelenksarthrose eine Versorgung mit einer Aufhängeplastik nach Epping mit Entfernung des Os trapezium vorgenommen (VA ÄT, unblättiert). Wegen weiterhin bestehender Schmerzen insbesondere unter Belastung auf Druck sowie Kraftlosigkeit bei guter Beweglichkeit kam es in der Folgezeit zu insgesamt vier Revisionsoperationen im Bereich des rechten Daumens (am 17.04.2015, Bl. 78 SG-Akte, am 17.09.2015, VA ÄT, unblättiert, am 03.02.2016, s. Bl. 29 und 67 SG-Akte, und am 29.07.2016, Bl. 67 SG-Akte). Im Dezember 2014 wurde bei der Klägerin ein aktivierter Plantarfersensporn diagnostiziert (VA ÄT, unblättiert) und behandelt.

Am 26.02.2015 stellte die Klägerin einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung, den sie mit Beschwerden im Bereich der rechten Hand auf Grund der Daumensattelgelenksarthrose und im Bereich der HWS begründete. Nach Beiziehung medizinischer Unterlagen lehnte die Beklagte den Antrag mangels Vorliegens der medizinischen Voraussetzungen mit Bescheid vom 08.04.2015 ab. Auf den Widerspruch der Klägerin hin ließ sie diese zunächst auf orthopädischem Fachgebiet durch Dr. Müller begutachten (VA ÄT, unblättiert, Untersuchungstag: 13.07.2015). Dieser diagnostizierte u.a. einen Daumenschmerz rechts, eine Calcaneodyn timer links bei nach Aktenlage Fersensporn, eine Cervicobrachialgie rechts ohne Ausfälle sowie eine Skoliose und hielt die Klägerin sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen (keine Zwangshaltungen, kein ständiges Beugen und Anheben von Lasten, keine Überkopparbeiten, keine Arbeiten mit dem Werkstoff Nickel) sechs Stunden und mehr leistungsfähig. In dem gleichfalls von der Beklagten eingeholten nervenärztlichen Gutachten ergä nzte die Fachärztin u.a. für Psychiatrie Dr. B. die von Dr. Müller gestellten Diagnosen um die eines leichten chronischen Schmerzsyndroms mit psychischen und somatischen Faktoren und best ätigte seine Leistungseinschränkung (VA ÄT, unblättiert, Untersuchungstag: 08.10.2015). Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 09.12.2015 zurück.

Hiergegen hat die KlÄgerin am 15.12.2015 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Das SG hat Beweis erhoben durch die Einholung von sachverständigen ZeugenauskÄnfte bei den die KlÄgerin behandelnden Ärzten. Die FachÄrztin fÄr Allgemeinmedizin Dr. Z. diagnostizierte u.a. eine Rhizarthrose links, eine lumbale Skoliose, eine Coxarthrose bds., einen ErschÄpfungszustand bei Mehrfachoperationen an der rechten Hand und chronisch rezidivierende Schmerzen auch im Bereich der HWS und hat eine Unbrauchbarkeit der rechten Hand mitgeteilt, die KlÄgerin gleichwohl fÄr leichte TÄtigkeiten ohne groÄe Schreibarbeit leistungsfÄhig angesehen (Bl. 35 f. SG-Akte). Eine EinschrÄnkung der GehfÄhigkeit hat sie verneint. Der Leiter des Zentrums fÄr Handchirurgie Prof. Dr. K. hat eine persistierende Schmerzsymptomatik am rechten Daumen bei Rhizarthrose und mehrfachen Voroperationen diagnostiziert und die KlÄgerin fÄr leichte TÄtigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne ÄbermÄÄige Belastung der rechten Hand sechs Stunden und mehr leistungsfÄhig gehalten (Bl. 69 f. SG-Akte). Eine EinschrÄnkung der GehfÄhigkeit der KlÄgerin sei ihm nicht bekannt. Der Facharzt fÄr OrthopÄdie K. hat neben dem Zustand nach zweimaliger cervikaler Bandscheibenoperation im Jahr 2008 eine chronisch rezidivierende Lumbalgie, eine Skoliose der WirbelsÄule, eine beginnende Coxarthrose bds., eine Rhizarthrose und einen plantaren Fersensporn als Diagnose mitgeteilt und keine Aussage zur quantitativen LeistungsfÄhigkeit der KlÄgerin getroffen (Bl. 81 f. SG-Akte).

Auf Antrag der KlÄgerin gemÄÄ [ÄS 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG ein Gutachten bei dem Facharzt u.a. fÄr Handchirurgie Dr. S. eingeholt (Bl. 93 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 21.11.2016). Er hat einen Zustand nach Entfernung des groÄen Vieleckbeines (Os trapezium) am rechten Daumensattelgelenk mit darauf folgenden vier weiteren Operationen zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der Schmerzsituation und bestehendem Bewegungs- und Ruheschmerz im Bereich der Daumensattelgelenke rechts und links, einen Kraftverlust der rechten Hand, eine deutlich reduzierte FunktionsfÄhigkeit des rechten Daumens, eine WetterfÄhigkeit des rechten Daumens und endgradige leichte Bewegungsschmerzen entlang der HWS beschrieben (Bl. 108 SG-Akte), die KlÄgerin jedoch unter Beachtung qualitativer LeistungseinschrÄnkungen (u.a. keine repetitiven und vibrationsbedingten Belastungen der rechten Hand, kein schweres Tragen, Halten oder Heben von Gegenständen mit den HÄnden, keine Zwangshaltungen und wirbelsÄulenfixierenden Haltungen, keine ÄberkopftÄtigkeiten, keine mehrstÄndige TÄtigkeiten mit der rechten Hand, keine Gewichtsbelastungen der rechten Hand) sechs Stunden und mehr fÄr leichte TÄtigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leistungsfÄhig gehalten (Bl. 109 SG-Akte). Beschwerden im Bereich des linken FuÄes hat er im Rahmen seiner Begutachtung nicht dokumentiert (Bl. 110 SG-Akte) und eine EinschrÄnkung der GehfÄhigkeit der KlÄgerin verneint (Bl. 109 SG-Akte).

An dieser LeistungseinschÄtzung hat Dr. S. auch nach seitens der KlÄgerin gegen das Gutachten vorgebrachten EinwÄnden (Bl. 116 ff. SG-Akte) und Vorlage eines Befundberichts der FachÄrztin fÄr Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. E.-H. vom Januar 2017 (Bl. 120 f. SG-Akte: chronische SchmerzstÄllung mit somatischen und psychischen Faktoren, mittelgradige depressive Episode und

beidseitiger Tinnitus) und den Entlassungsbericht der S. Kliniken Landkreis B. über eine stationäre schmerztherapeutische Behandlung vom 27.02.2017 bis 10.03.2017 (Bl. 125 ff. SG-Akte), aus der sie in gebessertem Zustand entlassen worden ist, festgehalten (Bl. 131 ff. SG-Akte).

Nach Vorlage weiterer medizinischer Unterlagen durch die Klägerin (Bl. 135 ff. SG-Akte) u.a. MRT-Bericht Lendenwirbelsäule (LWS) vom 21.04.2017 (Beurteilung: degenerativbedingte linksneuroforaminale Einengung L5/S1 und Protrusion L5/S1 links, Bl. 135 SG-Akte), MRT-Bericht des rechten Fußes vom 30.08.2017 (Beurteilung: Stressreaktion im Schaft des Os metatarsale 4 mit Abbildung einer inkompletten konsolidierten Infraktionslinie im mittleren Schaftdrittel medialseitig und umgebendem periostalen Ödem, Bl. 159 SG-Akte) und Bericht der Schwerpunktpraxis für Schmerztherapie am B. U. vom 08.02.2017 (Diagnosen: u.a. chronische Schmerzstellung mit somatischen und psychischen Faktoren, Fingerschmerzen, Rhizarthrose beidseitig, Depression, Analgetikaabusus, Bl. 147 ff. SG-Akte) hat das SG mit Urteil vom 14.09.2017 die Klage gestützt auf die Verwaltungsgutachten des Dr. Müller und der Dr. B., die sachverständigen Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte und das Sachverständigengutachten des Dr. S. abgewiesen.

Gegen das ihr am 22.09.2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 09.10.2017 Berufung eingelegt und ausgeführt, es würden sich immer mehr Schmerzen einstellen im Rücken, den Beinen und den Füßen und sie leide täglich darunter. Auch sei eine fortgeschrittene Rhizarthrose (MRT-Bericht vom 02.11.2017, Bl. 15a LSG-Akte) im linken Daumen diagnostiziert worden, bei ihr bestehe zwischenzeitlich Pflegegrad 1 (Bl. 172 LSG-Akte, Pflegegutachten Bl. 177 ff. LSG-Akte) und sie werde mit einem Cannabis-Spray behandelt (Bl. 140 und 228 LSG-Akte).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 14.09.2017 sowie den Bescheid vom 08.04.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.12.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf ihren Vortrag im erstinstanzlichen Verfahren sowie die Ausführungen im angefochtenen Urteil.

Im Oktober 2017 sind bei der Klägerin auch arthrotische Veränderungen im Bereich des linken Fußes festgestellt worden (MRT-Bericht vom 05.10.2017, Bl. 32 LSG-Akte), die im Februar/März 2018 erfolglos mit einer Strahlentherapie behandelt worden sind (Bl. 69 f. und 130 f. LSG-Akte).

Im November 2017 ist bei der Klāgerin eine stationāre Behandlung in der F. ā Abteilung Innere Medizin/Rheumatologie ā durchgeführt worden. Im Entlassungsbericht sind als Diagnosen eine Rhizarthrose beidseits ā rechts Zustand nach fānfmaligem operativen Eingriff -, ein LWS-Syndrom bei Skoliose und eine Schmerzchronifizierung genannt worden.

Der Senat hat eine sachverstāndige Zeugenauskunft bei dem Facharzt fār Neurologie Prof. Dr. R. eingeholt (Bl. 33 ff. LSG-Akte). Dieser hat mitgeteilt, der Praxisnachfolger von Dr. J. zu sein, der die Klāgerin zuvor behandelt habe. Er selbst habe die Klāgerin erst einmal, nāmlich am 17.01.2018, untersucht. Nach den Unterlagen sei sie dort wegen rezidivierender depressiver Stārungen und einem chronischen Schmerzsyndrom behandelt worden. Seiner Auffassung nach kānne die Klāgerin leichte nervlich nicht belastende Tātigkeiten in wechselnden Positionen, ohne Zwangshaltungen und mit Tragen von Lasten bis maximal 10 kg, bis zu sechs Stunden tāglich ausāben. Er gehe davon aus, dass sie bis zu 3 km gehen, āffentliche Verkehrsmittel benutzen und auch geringe Hindernisse wie Treppenstufen āberwinden kānne (Bl. 35 LSG-Akte). Eine Einschrānkung der Gehfāhigkeit der Klāgerin hat Prof. Dr. R. auch in einem zu den Akten gelangten Befundbericht vom 25.04.2018 nicht beschrieben (Bl. 71 LSG-Akte).

Im Mārz/April 2018 hat die Klāgerin bei ihrer Psychotherapeutin L. (Bl. 47 LSG-Akte) und dem Facharzt fār Orthopādie K. (Bl. 50 LSG-Akte) u.a. āber vermehrte Schmerzen in Beinen und Fāāen geklagt. Sie kānne praktisch nicht mehr gehen (Bl. 50 LSG-Akte). Die vom Facharzt K. veranlassten MRT haben im linken (Bl. 85 LSG-Akte) und rechten (Bl. 86 LSG-Akte) Fuā u.a. arthrotische Verānderungen und im Bereich des Beckens (Bl. 87 LSG-Akte) u.a. ein ausgeprāgtes Impingement mit massivem Muskelādem und begleitender beginnender Bursitis gezeigt. Auf die Verordnung der Fachārztin fār Allgemeinmedizin Dr. Z. hin (Bl. 57 LSG-Akte) hat die Krankenkasse der Klāgerin einen Elektrorollstuhl genehmigt (Bl. 62 und 79 LSG-Akte), den diese seither ā ihren eigenen Angaben nach ā auāerhalb der Wohnung benutzt (Bl. 157 LSG-Akte).

In ihrer sachverstāndigen Zeugenauskunft (Bl. 65 f. LSG-Akte) gegenāber dem Senat aus Mai 2018 hat Dr. Z. ausgefāhrt, die Klāgerin sei seit diesem Jahr massiv immobil geworden. Sie sei nicht mehr leistungsfāhig und nicht mehr ausreichend gehfāhig. Eine Tātigkeit mit den Hānden sei auf Grund der massiven Probleme mit der Rhizarthrose beidseits nicht māglich (Bl. 66 LSG-Akte).

Die Beklagte hat eine sozialmedizinische Stellungnahme des Facharztes fār Chirurgie Dr. L. aus Juni 2018 vorgelegt (Bl. 82 f. LSG-Akte), in der dieser auf die Diskrepanz zwischen der Einschātzung der Geh- und Wegefāhigkeit durch Dr. Z. und der Einschātzung von Prof. Dr. R. hingewiesen hat, der im Januar 2018 noch davon ausgegangen sei, dass die Klāgerin 3 km gehen kānne. Allein die Bewilligung eines Elektrorollstuhls durch die Krankenversicherung belege nicht unausweichlich eine aufgehobene Geh- und Wegefāhigkeit.

Nach Einholung einer weiteren sachverstāndigen Zeugenauskunft bei dem

Facharzt für Orthop die K. (Bl. 90 LSG-Akte), der davon ausgeht, dass bei der Kl gerin ein chronisches Schmerzsyndrom vorliege und sie im Moment keine leichten Tätigkeiten durchführen k nne, hat der Senat ein nerven rztliches Gutachten bei dem Facharzt u.a. für Neurologie und Psychiatrie Dr. T. eingeholt (Bl. 152 ff. LSG-Akte, Untersuchungstag: 15.01.2019). Dr. T. hat ein chronisches Schmerzsyndrom bei somatischen und psychischen Faktoren, einen Zustand nach depressiver Episode, gegenwärtig remittiert, einen Tinnitus beidseits, eine Polyarthrose der Gelenke, chronische Wirbelsäulenbeschwerden ohne neurologische Ausfälle sowie eine persistierende Schmerzsymptomatik am Daumen rechts diagnostiziert (Bl. 164 LSG-Akte). Eine Indikation für einen Elektrorollstuhl hat er auf nerven rztlichem Fachgebiet nicht gesehen (Bl. 165 LSG-Akte) und eine schwerwiegende Erkrankung im engeren Sinn auf diesem Fachgebiet verneint (Bl. 166 LSG-Akte). Er hat die Kl gerin noch im Stande erachtet, leichte bis zeitweise mittelschwere Tätigkeiten ohne übermässigen Zeitdruck und Akkordanforderung, überwiegend im Sitzen, nur gelegentlich im Stehen und Gehen und ohne schwerere Anforderungen wie z.B. Heben und Tragen von schweren Lasten und Arbeit unter N sse oder Kälte bzw. mit erhöhten Anforderungen an die Feinmotorik und Kraftentwicklung in den H nden regelmässig sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zu erbringen (Bl. 166 LSG-Akte).

Der Senat hat zudem ein Sachverständigengutachten bei dem Facharzt u.a. für Orthop die und Handchirurgie Prof. Dr. K. eingeholt (Bl. 197 ff. LSG-Akte, Untersuchungstag: 06.09.2019). Dieser hat u.a. eine Skoliose, eine Spondylarthrose der HWS und LWS, eine Osteochondrose der LWS, eine Neuroforamenstenose LWK 5/SWK 1 links, ein chronisches Schmerzsyndrom, eine Tarsometatarsalgelenksarthrose am linken Fu , einen Fersensporn beidseits, eine Großzehengrundgelenksarthrose rechts, eine STT-Arthrose der rechten Hand, eine Rhizarthrose links, eine Endgelenksarthrose D1 links sowie eine Insertionstendopathie Trochanter major links diagnostiziert (Bl. 203 LSG-Akte). Prof. Dr. K. hat die Leistungsfähigkeit der Kl gerin dahingehend beschrieben, dass diese leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Vermeidung mittelschwerer oder schwerer Tätigkeiten, solcher mit Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel  ber 5 kg, mit überwiegender Beanspruchung der Hände, überwiegend im Stehen oder Gehen, mit Akkord- und Flie bandarbeiten, Wechsel- und Nachtschicht sowie Tätigkeiten ohne Exposition gegen ber Hitze, Zugluft, N sse und Lärm noch t glich mindestens sechs Stunden aus ben kann (Bl. 204 LSG-Akte). Er hat die Kl gerin in der Lage gesehen,  ffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, allerdings darauf hingewiesen, dass deutliche Einschränkungen beim Gehen bestehen und längere Wegstrecken nur mit dem vorhandenen elektrischen Rollstuhl zurückgelegt werden können (Bl. 204 LSG-Akte).

In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme (Bl. 213 f. LSG-Akte) zu den beiden Sachverständigengutachten hat Dr. L. darauf hingewiesen, dass die Diskrepanz zwischen der von Prof. Dr. R. im Januar 2018 noch gesch tzten Gehstrecke von 3 km und der Benutzung des Elektrorollstuhls auch von Prof. Dr. K. nicht aufgeklärt worden sei, bei der Kl gerin jedoch jedenfalls ein positives Leistungsbild bei

Benutzung des elektrischen Rollstuhls bestehe. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie B. hat sich in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme den Ausführungen des Sachverständigen Dr. T. angeschlossen und eine Einschr  nkung der sozialmedizinisch relevanten Gehstrecke verneint (Bl. 215 LSG-Akte).

Im Oktober hat sich die Kl  gerin in stationärer Behandlung in den Fachkliniken H. befunden (Bl. 217 ff. LSG-Akte). Dort ist ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren, eine Coxarthrose beidseits, eine Gonarthrose beidseits, eine Sprunggelenksarthrose beidseits, eine Mittelfu  arthrose beidseits mit Gangschwierigkeiten, eine Rhizarthrose rechts, eine Ansatzentendinose Musculus Deltoideus links mit Omarthrose links, ein NT C5/C6 bei BSV C5/C6 mit Fusion mittels Platte und Cage und eine Depression diagnostiziert (Bl. 217 LSG-Akte) und darauf hingewiesen worden, dass der gesamte Röntgenbefund mit der klinischen Symptomatik nicht korreliere (Bl. 219 LSG-Akte).

In seiner hierauf gefertigten sozialmedizinischen Stellungnahme hat Dr. L. darauf hingewiesen, dass sich weiterhin Zweifel an der Notwendigkeit des elektrischen Rollstuhls ergäben und keine Hinweise auf eine Verschlechterung der bekannten Gesundheitsstörungen vorlägen (Bl. 222 f. LSG-Akte).

Nach Vorlage eines Berichtes des Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. M. (Bl. 227 LSG-Akte), wonach die Kl  gerin an einem chronischen Tinnitus beidseits und einer Schallempfindungsschwerh  rigkeit beidseits leide und Hinweis seitens der Kl  gerin, dass sie ein Cannabis-Spray benutze (Bl. 228 LSG-Akte) hat Dr. L. in erneuten sozialmedizinischen Stellungnahmen ausgef  hrt (Bl. 230 f. LSG-Akte), dass dies keine Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit habe.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [    143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung der Kl  gerin ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 08.04.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.12.2015 ist rechtmäßig und verletzt die Kl  gerin nicht in ihren Rechten.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils die rechtlichen Grundlagen für den hier von der Kl  gerin geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung ([   43 Abs. 1 und 2](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch â   SGB VI -) dargelegt und â   gestützt sowohl auf die im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. Müller und der Dr. B. , als auch das Sachverständigengutachten und die ergänzende Stellungnahme des Dr. S. und die eingeholten sachverst  ndigen Zeugenausk  nfte â   zutreffend

ausgef hrt, dass die Kl gerin die Voraussetzungen für diese Leistung nicht erfüllt, weil sie nicht erwerbsgemindert ist. Der Senat sieht deshalb gem   [ s 153 Abs. 2 SGG](#) insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Eine andere Leistungseinschätzung ergibt sich auch nicht nach der im Berufungsverfahren erfolgten weiteren Sachaufklärung, insbesondere den eingeholten Sachverständigengutachten, die die zusätzlich von der Kl gerin geltend gemachten Beschwerden berücksichtigen.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. T. hat ein chronisches Schmerzsyndrom bei somatischen und psychischen Faktoren, einen Tinnitus beidseits, eine Polyarthrose der Gelenke, chronische Wirbelsäulenbeschwerden ohne neurologische Ausfälle und eine persistierende Schmerzsymptomatik am Daumen rechts diagnostiziert (Bl. 164 LSG-Akte). Hinweise für eine relevante depressive Symptomatik hat er nicht gefunden (Bl. 164/RS LSG-Akte). Diese Diagnosen stimmen mit den erhobenen Befunden überein. Der Sachverständige hat neben einer leichten Einschr nkung der Beweglichkeit des Kopfes im Bereich der HWS in allen Bewegungsrichtungen ein Taubheitsgefühl in der rechten Hand im Bereich der Operationsnarben und im rechten Unterschenkel, welches am ehesten dem Dermatome L5 zuzuordnen ist, beschrieben, neurologische Ausfälle jedoch ausdrücklich verneint (Bl. 160 f. und 164 LSG-Akte). Auch die psychopathologische Untersuchung hat keine die Leistungsfähigkeit einschränkenden Befunde erbracht. Hinweise für eine relevante depressive Symptomatik, kognitive Einschr nkung oder andere psychische Auffälligkeiten hat der Sachverständige nicht gefunden (Bl. 161 LSG-Akte). Vielmehr besteht eine gute Tagesstruktur (Bl. 157 f. und 164/RS LSG-Akte) ohne wesentliche Einschränkungen im sozialen Bereich (Bl. 164/RS LSG-Akte). Der Sachverständige Dr. T. hat nachvollziehbar ausgef hrt, dass die Kl gerin an einer chronischen Schmerzerkrankung leidet, die ihren Ursprung in den auf orthopädisch/handchirurgischem Fachgebiet vorliegenden degenerativen Ver nderungen und Arthrosen in verschiedenen Gelenken hat (Bl. 164/RS f. LSG-Akte) und eine gewisse, zeitweise depressive Symptomatik mit sich bringt (Bl. 165 LSG-Akte). Eine schwerwiegende Erkrankung im engeren Sinne hat er auf nerven rztlichem Fachgebiet jedoch ausgeschlossen (Bl. 166 LSG-Akte). Zudem hat er ausdrücklich ausgef hrt, dass auf nerven rztlichem Fachgebiet mangels Paresen oder Koordinationsstörungen der unteren Extremitäten und mangels Hinweisen für eine Radikulopathie oder Neuropathie in den Beinen eine Indikation für einen Elektrorollstuhl nicht besteht, jedoch nicht in Abrede gestellt, dass belastungsabhängige Schmerzen in den Beinen durch die degenerativen Gelenkveränderungen m glich sind (Bl. 165 LSG-Akte). Darüber hinaus hat er auf Inkonsistenzen hinsichtlich der Schmerzsymptomatik und somit auf Aggravation und inad quates Beschwerdevorbringen hingewiesen, da sich in Ruhe bei der Kl gerin keine relevanten Schmerzen haben nachvollziehen lassen, sie in dem strukturierten Fragebogen jedoch eine Schmerzintensität von sieben von zehn in der Schmerzanalogskala angegeben hat (Bl. 165 LSG-Akte). Auf Grund der erhobenen Befunde hält der Senat auch die Leistungseinschätzung des

Sachverständigen, wonach die Klägerin grundsätzlich noch in der Lage ist sechs Stunden und mehr täglich leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, überwiegend im Sitzen, ohne Heben und Tragen schwerer Lasten, nicht in Kasse oder Küche und ohne erhöhte Anforderungen an die Feinmotorik und Kraftentfaltung in den Händen, auszuüben (Bl. 166 LSG-Akte), für zutreffend.

Auch der Sachverständige Prof. Dr. K. hat für den Senat schlüssig und nachvollziehbar -eine rentenrelevante Leistungseinschränkung der Klägerin verneint. Er hat u.a. eine Skoliose, Spondylarthrosen der HWS und LWS, eine Osteochondrose der LWS, eine Neuroforamenstenose LWK 5/SWK 1 links, ein chronisches Schmerzsyndrom, eine Tarsometatarsalgelenksarthrose am linken Fuß, einen Fersensporn beidseits, eine Großzehengrundgelenksarthrose rechts, eine STT-Arthrose der rechten Hand, eine Rhizarthrose links, eine Endgelenksarthrose D1 links sowie eine Insertionstendopathie Trochanter major links diagnostiziert (Bl. 203 LSG-Akte). Dabei hat der Sachverständige eine gute Beweglichkeit von Grund- und Endgelenk der Daumen beidseits ohne Gelenkreiben beschrieben. Beim Durchbewegen der Resektionsarthroplastik des Sattelgelenks rechts hat sich eine gute Beweglichkeit ohne Schmerzen gezeigt. Im Bereich des linken Daumensattelgelenks ist ein deutliches Gelenkreiben, ein deutlicher Hartspann der intrinsischen Daumenmuskulatur und ein deutlicher Druckschmerz aufgetreten und die Klägerin hat beim Durchbewegen Schmerzen geklagt. Die Beweglichkeit der Hand- und Ellenbogengelenke ist beidseits stabil und gut gewesen. Im Bereich der unteren Extremitäten hat der Sachverständige eine normale Hüftgelenksbeweglichkeit beidseits, ohne Innenrotationsschmerz, mit beidseitiger Schmerzangabe bei den Gluteus-Tests linksbetont und einem Druckschmerz am Trochanter major ohne sensomotorisches Defizit beschrieben. Die Kniegelenke sind beidseits stabil und gut beweglich gewesen. Allerdings hat die Klägerin ein kleinschrittiges und unsicheres Gangbild mit einer vorwiegenden Belastung der Fersen demonstriert. Der Hackengang ist mit Unsicherheit und leichter Unterstützung, der Zehenspitzenangang nicht vorführbar gewesen. Im Bereich der LWS hat eine deutliche Bewegungseinschränkung und ein leichter Druckschmerz beidseits paravertebral im unteren Bereich bestanden. Auch hat der Sachverständige eine Bewegungseinschränkung der HWS mit einer Schmerzangabe bei endgradigen Bewegungen, ohne ausstrahlende Parästhesien und ohne sensomotorisches Defizit mit leichten Druckschmerzen beidseits paravertebral dokumentiert. Ein leichter Druckschmerz paravertebral hat auch an der BWS bestanden. Zusammenfassend hat der Sachverständige ausgeführt, dass sowohl die Beschwerden im Bereich der linken Hand bei bestehender Rhizarthrose und im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere nach operativer Behandlung an der HWS typisch und adäquat sind, wohingegen er von untypisch ausgeprägten Beschwerden an den Füßen bei kernspintomografisch nachgewiesenen Arthrosen der Tarsometatarsalgelenke und Großzehengrundgelenksarthrose rechts mit einem für die zugrundeliegende Pathologie untypischen sehr unsicheren Gangbild mit ausschließlicher Belastung der Fersen und einer ausgeprägten Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Daumensattelgelenks bei guter Funktion ausgeht (Bl. 202 LSG-Akte). Die Gesundheitsstörungen kommen laut dem Sachverständigen durch ein chronisches Schmerzsyndrom besonders zum Tragen und führen zu qualitativen

Leistungseinschränkungen insoweit, als die Klägerin keine mittelschweren oder schweren Tätigkeiten, solche mit Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne Hilfsmittel über 5 kg, mit überwiegender Beanspruchung der Hände, überwiegendem Gehen und Stehen, Akkord- oder Fließbandarbeiten, Tätigkeiten in Wechsel- und Nachtschicht, mit Exposition gegenüber Hitze, Zugluft, Nässe und Lärm mehr ausüben kann. In quantitativer Hinsicht hat auch der Sachverständige Prof. Dr. K. die Leistungsfähigkeit der Klägerin nicht eingeschränkt angesehen (Bl. 204 LSG-Akte). Dieser überzeugenden Leistungseinschätzung schließt sich der Senat an.

Eine andere Leistungseinschätzung lässt sich auch nicht aus den eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen des Prof. Dr. R., der Dr. Z. und des Facharztes für Orthopädie K. sowie den weiteren seitens der Klägerin vorgelegten medizinischen Unterlagen ableiten.

Prof. Dr. R. hat in seiner Zeugenaussage eine sechsstündige Leistungsfähigkeit der Klägerin für leichte, nervlich nicht belastende Tätigkeiten, ohne Zwangshaltungen, in wechselnden Positionen mit einem Heben und Tragen von Lasten bis maximal 10 kg gesehen. Beeinträchtigungen beim Gehen und Stehen hat er nicht angegeben, sondern mitgeteilt, die Klägerin könne noch 3 km gehen und auch geringe Hindernisse wie Treppenstufen überwinden. Befunde, die auf eine aufgehobene quantitative Leistungsfähigkeit schließen ließen, hat er auch in seinem Befundbericht von April 2018 (Bl. 71 LSG-Akte) nicht beschrieben. Vielmehr ergibt sich daraus, dass bei der Klägerin kein fokales neurologisches Defizit besteht. Sofern er Anzeichen einer depressiven Stimmung mit Antriebsstörung, Gräbelneigung, Schlafstörungen und emotionaler Instabilität beschrieben hat, hat sich eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung im Rahmen der Begutachtung durch Dr. T. nicht bestätigt.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Z. ist in ihrer Zeugenaussage zwar von einem aufgehobenen Leistungsvermögen ausgegangen (Bl. 66 LSG-Akte). Diese Leistungseinschätzung hat sie mit einer nicht ausreichenden Gehfähigkeit, massiven Problemen mit der Rhizarthrose beidseits und einer Einschränkung der Konzentrations- und geistigen Leistungsfähigkeit begründet (Bl. 66 LSG-Akte). Eine solche Einschränkung der Konzentrations- und geistigen Leistungsfähigkeit hat sich jedoch weder im Rahmen der Begutachtung durch den Sachverständigen Dr. T. bestätigt (Bl. 161 LSG-Akte), noch ist ein entsprechendes Defizit im Rahmen der stationären Behandlung in den Fachkliniken H. dokumentiert worden (Bl. 218 f. LSG-Akte). Außerdem erkennt Dr. Z., dass die von ihr genannten Einschränkungen, sofern sie tatsächlich vorliegen, lediglich ähneln wie von den Sachverständigen Dr. T. und Prof. Dr. K. dargelegt zu qualitativen Leistungseinschränkungen führen.

Soweit der Facharzt für Orthopädie K. gleichfalls von einer eingeschränkten quantitativen Leistungsfähigkeit der Klägerin ausgegangen ist (Bl. 90 LSG-Akte), hat er diese auf das chronische Schmerzsyndrom zurückgeführt. Diese Beurteilung hat sich jedoch im Rahmen der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. T. nicht bestätigt (Bl. 166 LSG-Akte).

Eine quantitative Leistungseinschränkung ist â worauf Dr. L. in einer sozialmedizinischen Stellungnahme von Februar 2020 zu Recht hingewiesen hat (Bl. 231 LSG-Akte) â auch nicht durch die Einnahme des Cannabis enthaltenden Medikaments Sativex (Bl. 145, 220 und 228 LSG-Akte) zu begründen, da die Einnahme dieses Medikaments keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit hat (siehe hierzu auch den entsprechenden Dosierungsplan, Bl. 145 LSG-Akte). Gleiches gilt â worauf wiederum Dr. L. in einer sozialmedizinischen Stellungnahme von Februar 2020 (Bl. 230 LSG-Akte) zutreffend hingewiesen hat â für den bei der Klägerin bestehenden chronischen Tinnitus beidseits und die Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (Bl. 227 LSG-Akte). Auch lässt sich dem Entlassungsbericht der Fachkliniken H. über die stationäre Behandlung der Klägerin im Oktober 2019 (Bl. 217 ff. LSG-Akte) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen. Dr. L. hat in einer sozialmedizinischen Stellungnahme von November 2019 (Bl. 222 f. LSG-Akte) zutreffend darauf hingewiesen, dass auch seitens der Klinik zusammenfassend in sämtlichen Gelenkaufnahmen ein altersentsprechender Normalbefund erhoben worden ist, insbesondere die Röntgenbefunde der unteren Extremitäten nicht mit der klinischen Symptomatik korrelieren.

Soweit sich die Klägerin darauf beruft, seit Mai 2019 in den Pflegegrad 1 eingestuft worden zu sein und das entsprechende Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorgelegt hat (Bl. 177 ff. LSG-Akte), so ergibt sich auch hieraus keine andere Leistungseinschätzung. Die Anerkennung eines Pflegegrades geht nicht automatisch mit einer Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit einher, was sich im Übrigen auch aus dem Pflegegutachten ergibt. Danach bestehen bei der Klägerin feinmotorische Defizite im Bereich der Hände und es können keine schweren Gegenstände mehr getragen werden. Darüber hinaus ist ein schmerzhaftes, humpelndes und unsicheres Gangbild dokumentiert worden, wobei die Klägerin in der Lage gewesen ist, sich ohne Elektrorollstuhl in der Wohnung zu bewegen und auch Treppen selbstständig â wenn auch im Beistellschritt â zu gehen. Eine Beeinträchtigung des geistigen Zustands ist seitens der Gutachter ohnehin nicht dokumentiert worden (Bl. 180 LSG-Akte). Diese Befunde stimmen im Wesentlichen mit denjenigen der Sachverständigen Dr. T. und Prof. Dr. K. überein, die sie in der qualitativen Leistungsbeschreibung berücksichtigt, eine Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit jedoch gerade nicht gesehen haben.

Damit ist die Klägerin noch in der Lage, täglich wenigstens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen tätig zu sein, weshalb kein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nach [Â§ 43 SGB VI](#) besteht.

Schließlich vermag sich der Senat auch nicht davon zu überzeugen, dass die Klägerin auf Grund einer eingeschränkten Gehfähigkeit nicht mehr wegefähig und damit voll erwerbsgemindert ist.

Zwar kann nur das Leistungspotenzial, das auf dem Arbeitsmarkt konkret einsetzbar ist, als Maßstab für die Fähigkeit eines Versicherten, Einkommen zu erzielen,

herangezogen werden. Folglich gehört nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 28.08.2002, [B 5 RJ 12/02 R](#) m.w.N., zitiert nach juris). Denn eine Tätigkeit zum Zweck des Gelderwerbs ist in der Regel nur außerhalb der Wohnung möglich. Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist deshalb Teil des in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Risikos, das Defizit führt zur vollen Erwerbsminderung.

Hat der Versicherte keinen Arbeitsplatz und wird ihm ein solcher auch nicht konkret angeboten, bemessen sich die Wegstrecken, deren Zurücklegung ihm auch in Anbetracht der Zumutbarkeit eines Umzugs möglich sein muss, nach dem generalisierenden Maßstab, der zugleich den Bedürfnissen einer Massenverwaltung Rechnung trägt. Dabei wird angenommen, dass ein Versicherter für den Weg zur Arbeitsstelle öffentliche Verkehrsmittel benutzen und von seiner Wohnung zum Verkehrsmittel und vom Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle und zurück Fußwege zurücklegen muss. Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (weniger als 20 Minuten) 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. Gehstäben) und Befähigungsmöglichkeiten (insbes. die zumutbare Benutzung eines vorhandenen Kraftfahrzeugs) zu berücksichtigen.

Die Klägerin ist in ihrer Mobilität nicht in diesem Sinne eingeschränkt. Sie verfügt über einen Elektrorollstuhl, in dem sie sich auch ihren eigenen Angaben nach außerhalb der Wohnung bewegt und auch längere Strecken zurücklegen kann (Bl. 157 und 180 LSG-Akte). Sie ist auch in der Lage, mit dem Elektrorollstuhl öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, was sie auf dem Weg zur Begutachtung durch den Sachverständigen Dr. T. belegt hat: Die ca. 25 km zwischen ihrer Wohnadresse und den Praxisräumen des Dr. T. hat sie allein in ihrem Elektrorollstuhl und mit dem Bus zurückgelegt (Bl. 161 LSG-Akte). Wegeunfähigkeit besteht somit nicht.

Eine rentenrelevante Leistungseinschränkung liegt bei der Klägerin somit nicht vor. Es bedarf daher keiner Ausführungen dazu, dass die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die begehrte Rente (sog. Dreifünftel-Belegung) letztmalig für einen Versicherungsfall im Sommer 2018 erfüllt gewesen wären.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 01.12.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024