
S 8 R 123/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Sachsen-Anhalt
Sozialgericht	Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 R 123/14
Datum	22.03.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 R 175/16
Datum	02.08.2018

3. Instanz

Datum	18.07.2019
-------	------------

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der Rechtsstreit betrifft die Frage, ob die Klägerin einen Anspruch auf Weitergewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit über den 31. Dezember 2012 hinaus nach dem Sechsten Buch des Sozialgesetzbuches (Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI) hat.

Die am 1. 1959 geborene Klägerin absolvierte nach ihrer zehnjährigen Schulausbildung von 1976 bis 1978 eine nicht abgeschlossene Lehre zur Facharbeiterin für Automatisierte Produktion. Anschließend arbeitete sie bis 1981 in der Produktion in einer Zuckerfabrik, danach von 1982 bis 2003 als

Postfacharbeiterin bei der Deutschen Post, anschließend von 2004 bis 2009 als Tierpflegerin in einem Tierheim und schließlich von 2009 bis 2013 fünf bis sechs Stunden täglich als Servicekraft in einem Altenheim.

Nachdem die Klägerin mehrfach erfolglos Anträge auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt hatte, bewilligte ihr die Beklagte schließlich nach einem Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 28. Februar 2011 eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Zeit vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2012.

Vom 15. Februar bis zum 7. März 2012 war die Klägerin zur stationären Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im H.-Klinikum W. GmbH. In der diesbezüglichen Epikrise vom 19. April 2012 sind folgende Diagnosen genannt:

Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode.

Anpassungsstörung.

Abhängigkeitssyndrom durch Opioide.

Die Klägerin sei mit einem Einweisungsschein ihrer behandelnden Fachärztin für Nervenheilkunde Dr. K. auf die Station gekommen, weil sie dort suizidale Gedanken geäußert habe. Während der letzten zwei ambulanten Behandlungen habe Dr. K. bemerkt, dass Suizidgedanken vorhanden seien und auf die stationäre Aufnahme gedrängt. Beim letzten Termin sei die Tochter der Klägerin mit anwesend gewesen und gemeinsam habe man die Klägerin von der stationären Behandlung überzeugen können. Während der stationären Behandlung habe sich der psychische Zustand gebessert, so dass größere Belastungserprobungen hätten durchgeführt werden können. Diese seien gut gemeistert worden, was das Selbstwertgefühl der Klägerin gestärkt habe. Bezüglich der Opiatabhängigkeit hätten sich Problembewusstsein und Abstinenzmotivation gebessert. Die Klägerin habe einer beginnenden Entgiftungstherapie zugestimmt. Sie habe die Opiate schrittweise reduziert. Die Entlassung aus der stationären Behandlung sei am 7. März 2012 in einem psychisch und körperlich gebesserten Zustand zurück in die Häuslichkeit erfolgt.

Am 31. August 2012 beantragte die Klägerin die Weiterzahlung der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Beklagte veranlasste ein Gutachten durch den Facharzt für Neurologie/Psychiatrie Dr. E., der die Klägerin am 10. Dezember 2012 untersuchte. In seinem Gutachten vom 12./13. Dezember 2012 stellte Dr. E. folgende Diagnosen:

Leichtgradige rezidivierende depressive Episode.

Panikattacken.

Cervicocephales Syndrom.

Lendenwirbelsäulen-Syndrom.

Die Klägerin sei grundsätzlich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Sie arbeite aber als Servicekraft sechs Stunden täglich, so dass er â der Gutachter â meine, dass die Klägerin diese Tätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt weiter fortführen könne. Beim Betrachten der Langzeitanamnese müsse gesagt werden, dass es bei der Klägerin immer wieder zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik kommen könne und somit auch zu einer zunehmenden Beeinträchtigung des Leistungsvermögens. Andererseits sei die Klägerin zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber nicht in ständiger nervenärztlicher Behandlung. Die Beklagte hat darüber hinaus einen Befundbericht des behandelnden Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. G. vom 11. Juni 2013 eingeholt und den Weitergewährungsantrag schließlich mit Bescheid vom 1. Februar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Januar 2014 abgelehnt.

Dagegen hat die Klägerin am 10. Februar 2014 Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben und ihr Begehren weiterverfolgt.

Vom 5. März bis zum 9. April 2014 nahm die Klägerin an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Rehabilitationsklinik G. teil. Die Beklagte hat den diesbezüglichen Entlassungsbericht vom 12. Mai 2014 einschließlich der ärztlichen Unterlagen zum Rehabilitationsantrag übersandt. Insoweit wird auf Blatt 34 bis 103 der Gerichtsakten verwiesen. In dem Entlassungsbericht sind folgende Diagnosen gestellt:

Rezidivierende depressive Störung, zurzeit mittelgradige depressive Episode.

Somatisierungsstörung.

Chronisch venöse Insuffizienz rechts im Stadium III nach Widmer bei APC-Resistenz und rezidivierenden Thrombophlebitiden.

Postthrombotisches Syndrom beidseits.

Behandlung mit Antikoagulantien.

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe ein Leistungsvermögen für sechs Stunden und mehr täglich für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Arbeitshaltung. Längeres Stehen, Sitzen oder Laufen seien nicht leidensgerecht. Arbeiten, bei denen das Tragen von Sicherheitsschuhen erforderlich sei, könnten wegen des Venenleidens nicht ausgeübt werden. Ebenfalls wegen des Venenleidens sei grÄßere Wärme am Arbeitsplatz unbedingt zu vermeiden. Wegen der blutverdünnenden Therapie seien Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder erhöhter Unfallgefahr, in großen Höhen, auf Leitern und Gerüsten oder an laufenden ungesicherten Maschinen nicht leidensgerecht. Stand- und Gangsicherheit seien zu gewährleisten. Wegen der Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates sollten häufige Zwangshaltungen bzw.

einseitige statische Belastungen, hÄufiges BÄcken, hÄufiges Arbeiten in vorgebeugter Haltung, hÄufige Äberkopfarbeiten und insbesondere erhÄhte Belastungen fÄr die HÄftgelenke, wie hÄufiges Hocken oder Treppensteigen vermieden werden. Bei bekannter Gastritis und RefluxÄsophagitis sollte der Arbeitstag gut strukturiert sein, ohne hÄufig wechselnde Arbeitszeiten und mit regelmÄßigen, ausreichend langen Pausen, wobei die gesetzlich vorgegebenen Pausen ausreichen. Die psychische Belastbarkeit sei dahingehend eingeschrÄnkt, dass TÄtigkeiten mit permanentem Zeitdruck (Akkord), mit stÄndig erhÄhten Anforderungen an das Konzentrations- und ReaktionsvermÄgen sowie mit erhÄhten Anforderungen an die Steuerung und Äberwachung komplexerer ArbeitsvorgÄnge nicht mehr zugemutet werden kÄnnten. Auch seien Wechsel- und Nachtschichten nicht leidensgerecht.

Angesichts dieses Entlassungsberichts hat das Sozialgericht der KlÄgerin mit Schreiben vom 29. Juli 2014 mitgeteilt, dass ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht durchzusetzen sein dÄrft. Daraufhin Äbersandte die KlÄgerin einen Brief ihres Hausarztes, Facharzt fÄr Allgemeinmedizin B., vom 8. September 2014. Darin hat dieser ausgefÄhrt, das Schreiben des Sozialgerichts widerspreche in eklatanter Weise dem nach der absolvierten Rehabilitation darstellbaren Krankheitsverlauf und sei aus Ärztlicher Sicht ausschließlich dem Aspekt der Kosteneinsparung geschuldet. Wieder einmal â und seit 2004 zunehmend aus ethischer Sicht unter inakzeptabler Ignoranz der individuellen Gegebenheiten praktiziert â werde hier ohne Interesse an den tatsÄchlichen Problemkonstellationen Äber die schwÄchsten Gesellschaftsmitglieder so geurteilt, dass keine weitere Kosten ausgelÄst wÄrden. Im vom Sozialgericht angefÄhrten Entlassungsbericht vom 12. Mai 2014 sei auf die weitere erforderliche fachspezifische Therapie und die damit verbundene Minderung der ErwerbsfÄhigkeit hingewiesen worden. Bis dato sei der Zustand der KlÄgerin in einem Maße instabil, das neben wÄhentlichen nervenÄrztlichen Konsultationen zusÄtzliche Termine beim sozialpsychiatrischen Dienst wahrgenommen werden mÄssten, um drohende Eskalationen bei wiederholt verbalisierten Dekompensationen unter parasuizidalen Tendenzen mit absehbar fatalem Ausgang zu vermeiden. Aktuell sei die KlÄgerin nur unter kombiniert hochdosierter psychopharmakologischer und Schmerzmittelkombination von sechs verschiedenen PrÄparaten, zusÄtzlich zu den Herz-, Magen- und Gerinnungsmedikamenten, die bereits vorher erforderlich gewesen seien, auf einem ÄuÄerst fragilen Niveau "stabil" und auf absehbare Zeit zu keinerlei Form einer ErwerbstÄtigkeit fÄhig.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte eingeholt: Hausarzt B. vom 17. Februar 2015, Facharzt fÄr OrthopÄdie und Unfallchirurgie Dr. G. vom 26. Februar 2015, FachÄrztin fÄr Innere Medizin/Angiologie Dr. W. vom 1. MÄrz 2015 und Dr. K. vom 9. MÄrz 2015. DiesbezÄglich wird auf Blatt 118 bis 236 sowie Blatt 241 f. der Gerichtsakten verwiesen. Die KlÄgerin hat darÄber hinaus einen stationÄren Arztbrief des AMEOS-Klinikums H. vom 2. April 2015 Äber die dortige arthroskopische Schultergelenksoperation links und ein Gutachten nach Aktenlage, erstellt von Dr. B. fÄr die Agentur fÄr Arbeit H. (Bundesagentur fÄr Arbeit) vom 7. Oktober 2014 Äbersandt. In diesem Gutachten ist ein tÄglich weniger als dreistÄndiges LeistungsvermÄgen eingeschÄtzt worden,

voraussichtlich über sechs Monate, aber nicht auf Dauer. Die Ausräumung der medizinischen Divergenz sei ihr, der Gutachterin, aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht möglich. Nach ihrer Einschätzung sei es bisher nicht gelungen, das psychische Befinden der Klägerin mit fachkompetenten Therapien stabil zu halten. Das Ergebnis des anhängigen Sozialgerichtsverfahrens sollte daher möglichst abgewartet werden.

Sodann hat das Sozialgericht ein psychiatrisch-psychosomatisches Fachgutachten der Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie Dr. H. veranlasst. Die Sachverständige hat die Klägerin am 27. August 2015 untersucht und in ihrem Gutachten vom 28. September 2015 auf ihrem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige depressive Episode) diagnostiziert. Aus psychiatrischer Hinsicht ergebe sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein hinreichender Hinweis auf eine zeitliche Limitierung des Leistungsvermögens. Eine akute Dekompensation der depressiven Symptomatik bestehe zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Wenn es zu einer solchen depressiven Dekompensation komme, sei diese medikamentös und stationär psychiatrisch behandelbar. Aus der aktuellen psychischen Erkrankung ergäben sich inhaltliche Leistungseinschränkungen, jedoch keine zeitlichen. Aufgrund der körperlichen und psychischen Komorbidität sollte die Klägerin nur noch körperlich leichte Arbeiten regelmäßig verrichten. Wegen der internistischen und orthopädischen Einschränkungen könne sie nur Arbeiten wechselweise im Gehen, Stehen und Sitzen ausüben. Diese Einschränkung resultiere jedoch nicht aus psychiatrischen Gründen, sondern sei aus dem Rehabilitationsentlassungsbericht der Rehabilitationsklinik G. übernommen worden. Das intellektuelle Leistungsvermögen der Klägerin sei durchschnittlich. Ihr kognitives Leistungsvermögen sei während der Begutachtung sehr leicht beeinträchtigt gewesen. Im Gesprächsverlauf hätten sich keine wesentlichen Einschränkungen gezeigt. In der Testdiagnostik habe sich der Verdacht auf eine leichte kognitive Leistungsstörung ergeben. Insofern dürfte davon ausgegangen werden, dass die Klägerin in Bezug auf Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit durchschnittliche Anforderungen erfüllen könne. Arbeiten in Wechselschicht seien prinzipiell möglich, Nachtschichtarbeit müsse jedoch aufgrund der psychischen Erkrankung vermieden werden. Auch Arbeiten mit besonderem Zeitdruck oder mit häufigem Publikumsverkehr könne sie aufgrund der psychischen Erkrankung nicht ausüben.

Sodann hat das Sozialgericht ein internistisches Gutachten durch den Facharzt für Innere Medizin/Angiologie Dr. M. eingeholt. Dieser Sachverständige hat die Klägerin am 9. Dezember 2015 untersucht und in seinem Gutachten vom selben Tag folgende Diagnosen auf internistischem Fachgebiet gestellt:

Chronisch venöses Stauchungssyndrom beidseits.

Postthrombotisches Syndrom beidseits mit Folgezustand nach Ulcus cruris beidseits.

Sekundäres Krampfaderleiden beider Beine.

Gerinnungsstörung (Thrombophilie) mit Notwendigkeit zur dauerhaften Blutgerinnungshemmung (Antikoagulation).

Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), ohne Endorganschäden.

Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD).

(Ohne Auswirkung auf das Leistungsvermögen:) Knotenbildung der Schilddrüse (Struma nodosa rechts).

Darüber hinaus bestanden auf orthopädischem Fachgebiet ein knöchernes subacromiales Impingement links sowie eine Acromioclavikulargelenk-Arthrose links mit operativer Dekompression und lateraler Clavicularesektion am 2. April 2015, schließlich auf psychiatrischem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode. Die Klägerin könne unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen noch sechs bis unter acht Stunden täglich leichte Arbeiten im ständigen Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen verrichten. Zu vermeiden seien Arbeiten mit ständigen, längeren bzw. häufigen oder auch nur gelegentlich einseitigen körperlichen Belastungen, Zwangshaltungen, Arbeiten mit Knien, Hocken, Bücken, Heben und Tragen von Lasten schwerer als fünf Kilogramm sowie Gerüst- und Leiterarbeiten. Die Klägerin könne nur noch Arbeiten in geschlossenen Räumen, unter Vermeidung von Witterungs- oder sonstigen Umwelteinflüssen (z.B. starken Temperaturschwankungen, Zugluft, Nässe, Lärm, Staub, Gas, Dampf oder Rauch) verrichten. Darüber hinaus könnten ihr keine Arbeiten in Wechsel- und Nachtschicht, unter besonderem Zeitdruck und mit häufigem Publikumsverkehr zugemutet werden. Nur geringe Anforderungen seien an die Reaktionsfähigkeit (unter Berücksichtigung der Schmerzmittel- und Neuroleptika-Nebenwirkungen und eingeschränkter Fahrtauglichkeit), Übersicht, Aufmerksamkeit sowie durchschnittliche Anforderungen an Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit zu stellen. Die tageszeitliche Zunahme der Beinbeschwerden bei Arbeiten im Stehen, Gehen und Sitzen begrenze die Arbeitszeit auf unter acht Stunden; mindestens seien jedoch noch sechs Stunden täglich zumutbar. Bei längerer Arbeitszeit sei mit entsprechend langen Erholungspausen zur Entlastung und einer Erhöhung der Schmerzmedikamenteneinnahme zu rechnen. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei nicht eingeschränkt. Bei der Laufbandergometrie sei eine Wegstrecke von 680 m in der Ebene in 14 Minuten 24 Sekunden mit Unterbrechung durch zwei Pausen von je einer Minute Dauer zurückgelegt worden.

Mit Urteil vom 22. März 2016 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, bei der Klägerin liege kein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden vor. Dies ergebe sich aus den übereinstimmenden Einschätzungen von Dr. E. und in dem Entlassungsbericht über die im Jahre 2014 durchgeführte Rehabilitation sowie von den gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. und Dr. M. Danach sei die Klägerin in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen in Tagesschicht ohne Zeitdruck sechs bis acht Stunden täglich zu verrichten. Die

Wegegefährlichkeit der Klägerin sei nach ihrer Angabe bei Dr. M., wonach sie sich nach 1 km Gehstrecke hinsetzen müsse, nicht rentenrelevant eingeschränkt. Die Auffassung des Hausarztes B. sei abwegig. Allein seine Wortwahl gegenüber der Beklagten und dem Gericht lasse erahnen, dass er keine objektive Einschätzung abgegeben habe. Darüber hinaus könne man anhand der diversen sozialmedizinischen Einschätzungen erfahrener Gutachter erkennen, dass dieser Arzt eine rentenrelevante Einschätzung zum Leistungsvermögen nicht abzugeben vermöge. Bei der Klägerin lägen keine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor. Sie habe auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Ihr bisheriger Beruf sei der einer Servicekraft in einem Altenheim. Diese Tätigkeit sei dem Bereich der Ungelernten zuzuordnen. Damit sei die Klägerin sozial zumutbar auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar.

Gegen das ihr am 5. April 2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 29. April 2016 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei sie gerade nicht in der Lage, auf Grund der bei ihr bestehenden gesundheitlichen Leiden und körperlichen Einschränkungen von erheblichem Gewicht eine Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes von täglich sechs Stunden und mehr auszuüben. Dieser Auffassung hätten sich auch ihre behandelnden Ärzte angeschlossen, ohne dass das Sozialgericht diesem Umstand ausreichende Beachtung geschenkt hätte. Diese Ärzte aber müssten es wissen, da sie sie seit längerer Zeit betreuten und behandelten. Sie seien über das Leidensbild in all seinen Spektrern umfassend im Bilde. So habe der Hausarzt B. die bekannten Gesundheitsstörungen umfassend beschrieben und festgestellt, dass sie nicht mehr arbeiten könne. Auch Dr. W. und Dr. K. hätten dies festgestellt. Erschwerend komme noch hinzu, dass bei ihr eine weitere gesundheitliche Beeinträchtigung aktuell hinzugetreten sei. So sei bei ihr nunmehr auch Diabetes festgestellt worden. Es verstehe sich von selbst, dass sich diese Erkrankung gleichfalls nachteilig auf ihr Leistungsvermögen auswirke. Des Weiteren habe das Sozialgericht nicht hinreichend gewertet, dass bereits der Umstand der durchgängigen Arbeitsunfähigkeit seit Jahren das Vorliegen eines Anspruchs auf Rente indiziere.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 22. März 2016 sowie den Bescheid der Beklagten vom 1. Februar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Januar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, insbesondere bei Berufsunfähigkeit, über den 31. Dezember 2012 hinaus in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für richtig. Es seien keine Gründe ersichtlich, die eine weitere medizinische Sachaufklärung erforderlich machten.

Die Klägerin hat im Berufungsverfahren ein ärztliches Attest ihres Hausarztes B. vom 17. November 2016 eingereicht. Im Zuge der laufenden Diagnostik sei jetzt zusätzlich eine beeinträchtigende Schädigung nachweisbar geworden, die als dauerhaft therapiepflichtige Stoffwechselstörung (Diabetes mellitus II) zu berücksichtigen sei. Diese wirke sich kombinierend erschwerend auf den Gesamtgesundheitszustand aus.

Am 1. Dezember 2017 hat die Klägerin dem Senat mitgeteilt, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen-Anhalt habe bei ihr ab dem 1. Juli 2017 die Voraussetzungen des Pflegegrades II festgestellt. Daraufhin hat der Senat das MDK-Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit über die am 18. Oktober 2017 durchgeführte Begutachtung durch die Pflegefachkraft Ossenkopp beigezogen. Anschließend hat der Senat ein Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin und Betriebsmedizin Dr. H. veranlasst. Diese Sachverständige hat in ihrem Gutachten vom 1. Juni 2018 nach Untersuchung der Klägerin am 10. April 2018 folgende Diagnosen gestellt:

Chronisch venöse Insuffizienz mit chronisch rezidivierender Ulceration der Unterschenkel bei postthrombotischem Syndrom nach postpartaler Beckenvenenthrombose rechts 1978 und Krampfadern mit Insuffizienz der Stamm- und Perforansvenen, Zustand nach Spalthauttransplantationen, nach Crossektomie/Stripping der oberflächlichen Hautvenen, Perforans-Dissektion.

Gerinnungshemmung bei Gerinnungsstörung (Thrombophilie) durch Faktor V-Mutation.

Diabetes mellitus Typ II b mit oralen Antidiabetika ungenügend kompensiert, Nierenschaden Stadium III mit geringer Retention harnpflichtiger Substanzen.

Bluthochdruck mit regelrechter Funktion der linken Herzkammer ohne Linksherzhypertrophie.

Schulter-Arm-Syndrom links bei nach 04/2015 erfolgter arthroskopischer Dekompression und lateraler Clavicularesektion des Engpass-Syndroms mit knöchernen subacromialem Impingement und ACG-Arthrose.

Rezidivierende depressive Störung.

Leichtgradige Einschränkung der Halswirbelsäule bei muskulärer Dysbalance, Osteochondrose/Spondylarthrose ohne motorische Ausfälle.

Leichtgradige Funktionseinschränkung der Brust-/Lendenwirbelsäule bei Rumpf- und Bauchmuskel-Dysbalance ohne motorische Ausfälle.

Die Klägerin könne mit dem verbliebenen Leistungsvermögen noch vollschichtig

(acht Stunden taglich) an fünf Wochentagen körperlich leichte Arbeiten im gelegentlichen Haltungsverwechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen verrichten. Zu vermeiden seien häufige einseitige körperliche Belastungen oder Zwangshaltungen, häufiges berkopfarbeiten, häufiges Bcken oder Knien, Temperaturschwankungen mit extremer Hitzeexposition und längerer Aufenthalt in Nsse, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, unter Zeitdruck, im Akkord, am Fließband sowie in Wechsel- und Nachtschicht, hohe Anforderungen an Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Denkvermögen, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit und Ausdauer. Die Gehfähigkeit der Klägerin sei nicht maßgeblich eingeschränkt. Eine Wegstrecke von ca. 800 m sei ihr zu Fuß zumutbar. Sie könne eine Wegstrecke von jeweils 500 m auch viermal täglich in weniger als 20 Minuten zurücklegen. Längere Pausen müsse die Klägerin nicht einlegen. Sie sei gesundheitlich auch in der Lage, für den Weg zur Arbeit öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Da motorische und sensible Ausfälle klinisch ausgeschlossen worden und die funktionellen Defizite der Brust-/Lendenwirbelsäule sowie der Sprunggelenke nur leicht ausgeprägt seien, sei keine Einschränkung der Gehfähigkeit in rentenrechtlich relevantem Ausmaß anzunehmen. Ebenso resultiere aus der kardiopulmonalen Befunderhebung mit fehlenden Dekompensationszeichen und normaler Pumpfunktion der linken Herzkammer keine Beeinträchtigung der Gehfähigkeit. Auch die chronisch venöse Insuffizienz behindere die Gehfähigkeit nicht maßgeblich. Hinweise auf relevante arterielle Durchblutungsstörungen der Beine ergäben sich außerdem nicht.

Daraufhin hat der Berichterstatter die Beteiligten darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung des Senats gemäss [ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in Betracht komme. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von fünf Wochen nach Zustellung des Anhrungsschreibens (die bei beiden Beteiligten am 18. Juni 2018 erfolgt ist) gegeben worden. Die Beteiligten haben jedoch keine Stellungnahme mehr abgegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten sowie auf die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Diese haben bei der Entscheidungsfindung des Senats vorgelegen.

II.

Der Senat durfte den Rechtsstreit durch Beschluss im Sinne von [ 153 Abs. 4 SGG](#) entscheiden, weil er die Berufung einstimmig fr unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind vorher gehört worden.

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat zu Recht unter Heranziehung der zutreffenden Rechtsgrundlagen des [ 43 SGB VI](#) entschieden, dass die Klägerin in dem zu beurteilenden Zeitraum seit dem 1. Januar 2013 noch in der Lage ist, täglich mindestens sechs Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte Arbeiten im

Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen unter Beachtung qualitativer Leistungseinschränkungen zu verrichten. Der Senat verweist zwecks Vermeidung von Wiederholungen zur Begründung auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts in seinem Urteil vom 22. März 2016 und macht sich diese aufgrund eigener Überzeugungsbildung zu eigen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufungsbegründung und die medizinischen Ermittlungen im Berufungsverfahren, insbesondere das Gutachten von Dr. H. vom 1. Juni 2018, rechtfertigen keine andere Beurteilung. Dabei geht der Senat von folgendem Leistungsbild aus: Die Klägerin kann seit dem 1. Januar 2013 (Ende der befristeten Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung) noch acht Stunden täglich an fünf Wochentagen körperlich leichte Arbeiten im gelegentlichen Haltungswechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen verrichten. Zu vermeiden sind häufige einseitige körperliche Belastungen oder Zwangshaltungen, häufige Überkopparbeiten, häufiges Bücken oder Knien, Temperaturschwankungen mit extremer Hitzeexposition und längerer Aufenthalt in Nässe, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, unter Zeitdruck, im Akkord, am Fließband sowie in Wechsel- und Nachtschicht, hohe Anforderungen an Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Denkvermögen, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit und Ausdauer.

Im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. H. am 10. April 2018 hat sich die Klägerin in einem altersgemäßen Allgemein- und Kräftezustand befunden. Die körperliche Untersuchung hat keine Hinweise auf kardiopulmonale Dekompensationszeichen ergeben. Auffällig sind die Stauchungsdermatose, das ca. 10 x 5 cm atrophische Areal nach Ulcus cruris an der distalen Unterschenkelinnenseite bis Innenknöchel links und das Ädematös bedingte Umfangsplus von 4 cm am linken Unterschenkel gewesen. Der rechte Unterschenkel hat ein 8 x 5 cm atrophisches Areal nach Ulcus cruris der distalen Innenseite bis zum Innenknöchel und einen 1 x 1 cm-Defekt mit granulierendem Ulcusgrund aufgewiesen. Ein Defekt oberhalb ist abgeheilt gewesen. Außerdem hat der Außenknöchel einen abgeheilten Zustand nach Ulcus cruris aufgewiesen. Der chronisch venösen Insuffizienz mit der rezidivierenden Ulcusbildung wird durch die im Leistungsbild aufgeführten qualitativen Leistungseinschränkungen Rechnung getragen. Hinweise auf eine arterielle Durchblutungsstörung haben sich bei seitengleich tastbaren peripheren Pulsen nicht ergeben. Dr. H. hat im Elektrokardiogramm einen unauffälligen Stromkurvenverlauf festgestellt. Der Blutdruck ist nahezu normoton und der Puls normofrequent gewesen. Der Belastungstest ist nach 6 Minuten auf leichter Laststufe wegen allgemeiner Erschöpfung und Schmerzen am rechten Unterschenkel beendet worden. Hinweise auf eine myokardiale Mangelperfusion haben sich nicht ergeben. Echokardiographisch hat eine regelrechte systolische und diastolische Funktion der linken Herzkammer ohne Hinweise auf eine Linksherzhypertrophie vorgelegen. Wegen der fortgeschrittenen chronisch venösen Insuffizienz und des postthrombotischen Syndroms können der Klägerin nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ohne Exposition in Feuchtmilieu und Hitze sowie ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten zugemutet werden. Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr kommen zudem wegen der notwendigen therapeutischen

Dauerantikoagulation bei nachgewiesener Gerinnungsstörung nicht in Betracht. Als akut behandlungsbedürftig hat sich der seit 2016 bekannte Diabetes mellitus mit dem auf 620 mg/dl erhöhten Blutzuckerwert und mit dem mit 13,9 Prozent deutlich oberhalb des Referenzbereiches liegenden Langzeitblutzuckerwert herausgestellt. Die bisherige orale Antidiabetiker-Therapie ist nach Einschätzung von Dr. H. unzureichend. Als diabetische Folgekrankheit ist der Nierenschaden im Stadium III mit allerdings moderater Abnahme der glomerulären Filtrationsleistung und geringer Retention harnpflichtiger Substanzen aufzufassen. Dagegen haben sich anhand Reflexstatus und Sensibilität keine klinischen Hinweise auf eine periphere Nervenschädigung ergeben. Zusätzliche qualitative Leistungseinschränkungen infolge des Diabetes mellitus ergäben sich erst bei einer Insulintherapie. Der Husten und der Auswurf sowie die Halstrockenheit würden sich bei Beendigung des Nikotinabusus bessern können. Die Lungenfunktionsprüfung hat keine restriktiven oder obstruktiven Störungen der Ventilation ergeben. Zusätzliche Leistungseinschränkungen resultieren daraus nicht. Die Untersuchung der Wirbelsäule durch Dr. H. hat leichte Funktionsdefizite an Hals- und Brust-/Lendenwirbelsäule ergeben. Auffällig ist die Insuffizienz der Rumpf- und Bauchmuskulatur gewesen. Hinweise auf motorische Ausfälle haben nicht vorgelegen. Die Gelenke der oberen und unteren Extremitäten haben keine Entzündungszeichen oder nennenswerte Funktionsdefizite aufgewiesen. Lediglich am linken Schultergelenk hat sich eine leicht eingeschränkte Vorwärts- und Seitwärtsbewegung ergeben. Gleichermäßen ist auch an den Sprunggelenken ein geringes Funktionsdefizit beim Strecken und Beugen als Folge der chronisch rezidivierenden Ulcera nachweisbar gewesen. Die Greiffunktionen sind uneingeschränkt demonstriert worden, so dass mit der vorgeführten Kraftentfaltung der Umgang mit mindestens leichten Lasten möglich ist. Die Minderbelastbarkeit des linken Schultergelenkes kann durch den Ausschluss häufiger Überkopfarbeiten, Besteigen von Leitern oder Gerüsten, längerem Aufenthalt in Nässe und/oder Kälte ohne zeitliche Leistungseinschränkung erfasst werden.

Bei der Klägerin liegt seit dem 1. Januar 2013 auch weder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die trotz des Leistungsvermögens von mehr als sechs Stunden täglich zur Verschlossenheit des allgemeinen Arbeitsmarktes führen würden. Die Beklagte war daher nicht verpflichtet, unter diesem rechtlichen Gesichtspunkt einen konkreten Arbeitsplatz zu benennen (vgl. Beschluss des Großen Senats (GS) des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Dezember 1996 – [GS 2/95](#) –, [BSGE 80, 24](#), 33 f.; vgl. zur Anwendung dieser Rechtsprechung z.B. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011 – [B 13 R 78/09 R](#) –, juris). Das Leistungsvermögen der Klägerin reicht vielmehr noch für körperlich leichte ungelernte Tätigkeiten, wie z.B. ein Zureichen, Abnehmen, Reinigungsarbeiten, Sortieren, Verpacken und Zusammensetzen von Teilen, aus.

Bei der Klägerin besteht darüber hinaus kein Katalog- oder Seltenheitsfall, der zu einer Verschlossenheit des allgemeinen Arbeitsmarktes führen könnte. Der Arbeitsmarkt gilt auch dann als verschlossen, wenn einem Versicherten die so genannte Wegefähigkeit fehlt; zur Erwerbsfähigkeit gehört auch das

Vermögen, einen Arbeitsplatz aufsuchen zu können (vgl. GS BSG, Beschluss vom 19. Dezember 1996, a.a.O., zu Katalogfall 2). Dabei ist ein abstrakter Maßstab anzuwenden. Ein Katalogfall liegt nicht vor, soweit ein Versicherter täglich viermal Wegstrecken von knapp mehr als 500 m mit einem zumutbaren Zeitaufwand von bis zu 20 Minuten zu Fuß zurücklegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten unter Berücksichtigung aller ihm zur Verfügung stehenden Mobilitätshilfen benutzen kann. Die medizinischen Ermittlungen haben keinen belastbaren Hinweis auf eine dermaßen eingeschränkte Wegefähigkeit ergeben, dass die Klägerin die genannte Anforderung aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr bewältigen könnte. Dr. H. hat überzeugend begründet, dass die Gehfähigkeit der Klägerin nicht maßgeblich eingeschränkt ist. Eine Wegstrecke von ca. 800 m ist ihr zu Fuß zumutbar. Sie kann eine Wegstrecke von jeweils 500 m auch viermal täglich in weniger als 20 Minuten zurücklegen. Längere Pausen muss die Klägerin nicht einlegen. Sie ist gesundheitlich auch in der Lage, für den Weg zur Arbeit öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Motorische und sensible Ausfälle sind klinisch ausgeschlossen worden. Die funktionellen Defizite der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie der Sprunggelenke sind nur leicht ausgeprägt. Deshalb besteht keine Einschränkung der Gehfähigkeit in rentenrechtlich relevantem Ausmaß. Die chronisch venöse Insuffizienz behindert die Gehfähigkeit nicht maßgeblich. Außerdem liegen keine Hinweise auf relevante arterielle Durchblutungsstörungen der Beine der Klägerin vor. Das Gangbild hat bei der Untersuchung durch Dr. H. harmonisch gewirkt. Differenzierte Stand- und Gangproben hat die Klägerin sicher demonstriert.

Die Meinung der Klägerin, bereits der Umstand der durchgängigen Arbeitsunfähigkeit seit Jahren indiziere das Vorliegen eines Anspruchs auf Rente, ist nicht zutreffend. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit stammt aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Arbeitsfähigkeit beurteilt sich nach anderen Maßstäben als die Erwerbsfähigkeit im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung auf gesicherter Rechtsgrundlage, ohne dass der Senat von einer Entscheidung der in [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) genannten Gerichte abweicht.

Erstellt am: 07.10.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024