

L 10 R 2693/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 7 R 4081/15
Datum
12.05.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 2693/17
Datum
20.09.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12.05.2017 abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Die am 1967 geborene, t. Klägerin erlernte keinen Beruf, zog nach eigenen Angaben Anfang November 1974 in das Bundesgebiet zu und begann ab August 1984 zunächst eine Ausbildung zur Verkäuferin, die sie nicht beendete. Nach einer Zeit ohne Beschäftigung war sie ab Mitte November 1988 bei der Fa. S. als Arbeiterin sozialversicherungspflichtig beschäftigt, ab 1990 dann - mit Unterbrechungen - als Montagearbeiterin bei der Fa. B. Hausgeräte GmbH, zuletzt ab 1997 in Teilzeit. Ab Ende September 2014 war sie arbeitsunfähig erkrankt und bezog ab Anfang November 2014 Krankengeld und anschließend - nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses Anfang 2015 - Arbeitslosengeld. Seither ist sie ohne Beschäftigung bzw. arbeitsuchend und arbeitsunfähig. Wegen der weiteren diesbezüglichen Einzelheiten wird auf die im Versicherungskonto der Klägerin hinterlegten Versicherungszeiten verwiesen (s. Aufstellung Bl. 22 VerwA). Bei ihr ist seit Ende November 2016 ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 festgestellt.

Von Anfang Oktober bis Anfang November 2014 nahm die Klägerin auf Kosten der Beklagten an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der S. Bad B. - Abt. für Psychosomatik - teil, aus der sie ausweislich des Entlassungsberichts mit einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich für Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen wurde (Diagnosen: mittelgradige depressive Episode - F32.1 ICD-10, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei vordiagnostiziertem Fibromyalgiesyndrom - F45.4 ICD-10, chronisch rezidivierende Dorsalgien bei degenerativem Wirbelsäulensyndrom - M47.20 ICD-10, Polyarthralgien bei bekannter Psoriasisarthritis - M06.90 ICD-10, Spannungskopfschmerz - G44.2 ICD-10).

Am 05.03.2015 beantragte die Klägerin bei der Beklagten Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Beklagte zog ärztliche Unterlagen bei - u.a. das von ihr im Hinblick auf den Entlassungsbericht der S. Bad B. veranlasste Gutachten des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. H. von Ende November 2014 (Diagnosen nach Untersuchung der Klägerin bei Annahme einer ausgeprägten Aggravation: Somatisierung insbesondere mit somatoformen Schmerzen - F45.4 ICD-10, Hinweis auf Verstimmung, differentialdiagnostisch Anpassungsstörung ohne relevante depressive Symptomatik - F43.2 ICD-10, kombinierte Persönlichkeitsvariante - F61 ICD-10, Übergewicht, keine fokalneurologischen Defizite; Leistungsvermögen mindestens sechs Stunden täglich für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Nachtschicht und ohne Verantwortung für Personen) - und lehnte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 12.03.2015 ab, da nach dem medizinischen Untersuchungsergebnis keine Erwerbsminderung vorliege.

Im Widerspruchsverfahren zog die Beklagte erneut medizinische Unterlagen bei und holte anschließend das Gutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. B. (Diagnosen nach Untersuchung der Klägerin: Psoriasisarthritis - L40.0 ICD-10, Fibromyalgiesyndrom - M79.09 ICD-10, beginnendes degeneratives LWS-Syndrom - M54.16 ICD-10, degeneratives HWS-Syndrom - M54.4 ICD-10, leichte Rhizarthrose beidseits - M18.9 ICD-10, Impingementsyndrom - M75.4 ICD-10, Zustand nach offener Carpaltunnelpaltung rechts, nebendiagnostisch: depressive Störung, Adipositas; vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne Überkopfarbeiten), ein nochmaliges Gutachten des Dr. H. (Diagnosen nach Untersuchung der Klägerin bei Annahme einer ausgeprägten Aggravation: Hinweise auf Dysthymie ohne depressive Symptomatik - F34.1 ICD-10, Somatisierung insbesondere mit somatoformen

Schmerzen ohne Einschränkung der Lebensführung - F45 ICD-10, Übergewicht - E66 ICD-10, distale Polyneuropathie ohne Relevanz für das Steh- und Gehvermögen - G62 ICD-10, operiertes Carpaltunnelsyndrom rechts - G56 ICD-10, Angabe von Wirbelsäulenbeschwerden ohne Reiz- und Ausfallsymptome; Leistungsvermögen wie im Gutachten von Ende November 2014) und das Gutachten des Internisten, Lungen- und Bronchialheilkundlers, Allergologen und Sozialmediziners Dr. M. (Diagnosen nach Untersuchung der Klägerin unter Berücksichtigung der Gutachten der Dres. B. und H.: somatoforme Schmerzstörung mit Ganzkörperschmerz, extern als Fibromyalgie beschrieben - F.45.4 ICD-10, Hinweise auf Dysthymie ohne depressive Symptomatik - F34.1 ICD-10, Psoriasisarthritis bei nur gering ausgeprägten Hautveränderungen - M07.3 ICD-10, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Zervikal- und Lumbalbeschwerden ohne neuromuskuläres Defizit - M54 ICD-10, beginnende Daumengelenksarthrose mit erhaltenem Greifvermögen - M18 ICD-10, Impingement beider Schultergelenke ohne derzeitige Funktionsminderung, Übergewicht, statische Belastung der Gelenke an den Beinen mit zeitweiliger Reizung, nebenbefundlich Heiserkeit nach Stimmbandoperation 2012; Leistungsvermögen: leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten sechs Stunden und mehr täglich, ohne ständiges Stehen, ohne Bücken, Tragen und Heben von Lasten, sowie ohne überdurchschnittliche mentale Beanspruchungen, namentlich ohne Akkordarbeit und ohne Nachtschicht) ein. Mit Widerspruchsbescheid vom 26.11.2015 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, dass die Klägerin noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen sechs Stunden und mehr täglich verrichten könne, weshalb Erwerbsminderung nicht vorliege.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.12.2015 beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage erhoben und im Wesentlichen unter Berufung auf den Reha-Entlassungsbericht und die Einschätzung ihrer behandelnden Ärzte geltend gemacht, dass die Leistungsbeurteilung der Beklagten unrichtig sei und dass nicht alle Diagnosen berücksichtigt worden seien. Ihr stehe daher eine befristete Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung ab 01.03.2015 zu.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Orthopäde Dr. B. hat über drei Behandlungen im Mai 2014 und im Juni bzw. November 2015 berichtet und als Diagnosen multiple Gelenkschmerzen ohne Nachweis einer Rheumaerkrankung sowie über Schmerzen in den Sprunggelenken und in den Händen ohne Bewegungseinschränkung berichtet. Seiner Meinung nach könne die Klägerin noch sechs Stunden täglich arbeiten (ohne langes Stehen, ohne erhöhte Beanspruchung der Hände, nicht auf Leitern und Gerüsten, nicht auf unebenem Gelände, ohne Akkordarbeit). Eine Einschränkung der Wegefähigkeit liege nicht vor. Der Schwerpunkt ihrer Erkrankungen läge auf orthopädischem Gebiet. Internist Dr. U., der Hausarzt der Klägerin, hat u.a. mitgeteilt, die Klägerin in der Zeit von März 2015 bis Februar 2016 elfmal behandelt zu haben. Als Diagnosen hat er genannt: Fibromyalgie, Depression, degenerative Erkrankung der Wirbelsäule, Psoriasisarthritis und Psoriasis. Es bestünde eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik beim Gehen, auch die Beweglichkeit der Schultern sei schmerzbedingt eingeschränkt. Hautarzt Dr. K. hat bekundet, die Klägerin je einmal im Jahr 2015 und 2016 wegen einer Psoriasis vulgaris behandelt zu haben. Die Klägerin habe die angebotenen Therapiemöglichkeiten nicht wahrgenommen. Leichte körperliche Arbeiten könne sie seiner Meinung nach noch mindestens sechs Stunden täglich verrichten, wobei Tätigkeiten im Lebensmittelsektor und in heißer Umgebung zu vermeiden seien. Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin Dr. Z.-H. hat u.a. über eine rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode - sowie über ein Fibromyalgie-Syndrom mit schwerem Verlauf und Morgensteifigkeit berichtet und sich auf den Standpunkt gestellt, dass die Klägerin derzeit keine Tätigkeiten ausüben könne. Allgemeinmedizinerin Dr. K. (rheumatologische Gemeinschaftspraxis) hat angegeben, die Klägerin leide an einer Psoriasis mit Arthritis, einem sekundären Fibromyalgiesyndrom, einem degenerativen Wirbelsäulensyndrom sowie an einer Depression. Die Belastbarkeit für leichte Tätigkeiten liege auch unter Berücksichtigung diverser qualitativer Einschränkungen wegen mangelnden Durchhaltevermögens unter drei Stunden täglich. Das maßgebliche Leiden bestehe auf internistisch-rheumatologischem und nervenärztlichem Gebiet. Hals-Nasen-Ohrenheilkundler Dr. W. hat u.a. mitgeteilt, dass die berufliche Leistungsfähigkeit von HNO-Seite nicht maßgeblich beeinträchtigt sei, dauernde berufliche Lärmexpositionen sollte die Klägerin bei chronischem Tinnitus ohne Innenohrstörung und bei annähernd normalem Hörvermögen, chronischer Kehlkopfentzündung, chronischen rhinitischen Beschwerden und Zustand nach Abtragung eines Stimmbandpolypen rechts im Jahr 2007 sowie Zustand nach Mandeloperation im Jahr 2009 vermeiden.

Sodann hat das SG von Amts wegen das Sachverständigengutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Dipl.-Päd. S. von September 2016 eingeholt, der nach Untersuchung der Klägerin auf seinem Fachgebiet als Diagnosen eine leichtgradig ausgeprägte anhaltende neurotische depressive Störung (F34.1 ICD-10), eine somatoforme Schmerzstörung bei psychischen und organischen Faktoren (F45.41 ICD-10) sowie den Verdacht auf eine Arzneimittelunverträglichkeit (T88.7 ICD-10) genannt hat. Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen, mit Publikumsverkehr, mit dem Erfordernis der Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge sowie Arbeiten unter Zeitdruck und mit überwiegendem Stehen und Gehen seien nicht mehr leistungsgerecht. Im Hinblick auf die Beschwerden im Bewegungs- und Haltungsapparat könne die Klägerin auch keine Arbeiten mit schwerem Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 15 kg, mit häufigem Bücken, mit erhöhten Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit sowie keine Überkopfarbeiten mehr verrichten. Leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit überwiegendem Sitzen seien der Klägerin unter Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen aber noch mehr als sechs Stunden täglich möglich. Eine Einschränkung der Wegefähigkeit bestehe nicht.

Nach stationärer Behandlung der Klägerin im Kreiskrankenhaus L. (Abt. für Innere Medizin) im Dezember 2016 - insoweit wird wegen der weiteren Einzelheiten auf den Entlassungsbericht (Bl. 113 ff. SG-Akte) Bezug genommen - hat das SG auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) das Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin und Psychiatrie, Psychotherapeut Dr. K. von Januar 2017 eingeholt. Dieser ist bei der Klägerin nach Untersuchung auf seinem Fachgebiet zu einer phasenhaft verlaufenden depressiven Erkrankung mit aktuell mittelschwerer Episode (F33.1 ICD-10) und intermittierender Dysthymia im Sinne einer "Double Depression" (F34.1 ICD-10), zur Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41 ICD-10) sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert und narzisstischen, histrionischen und passiv-aggressiven Zügen (F61 ICD-10) gelangt. Die Klägerin sei auch unter Beachtung näher aufgeführter qualitativer Einschränkungen nur noch unter drei Stunden täglich leistungsfähig und benötige alle zwei Stunden eine zusätzliche Arbeitspause von zehn Minuten. Eine relevante Einschränkung der Gehfähigkeit scheine hingegen nicht vorzuliegen. Die Leistungseinschränkungen bestünden - unter Hinweis auf den Entlassungsbericht der Ärzte des Kreiskrankenhauses L. - mindestens seit Dezember 2016.

Nach sozialmedizinischer Stellungnahme der Beklagten durch Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapeutin und Sozialmedizinerin Dr. E. von Februar 2017 (Bl. 117 SG-Akte) und Vorlage der "Ärztlichen Bescheinigung" der Dr. Z.-H. von April 2017 (Bl. 125 ff. SG-Akte) hat das SG die Beklagte mit Urteil vom 12.05.2017 unter Aufhebung des Bescheids vom 12.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.11.2015 verurteilt, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.07.2017 bis 30.06.2020 zu gewähren, im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Es ist gestützt auf das Gutachten des Dr. K. zu der Auffassung gelangt, dass die Klägerin lediglich noch über ein

Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich verfüge, was auch mit der Einschätzung der Dr. Z.-H. , der "Internistin" (richtig: Allgemeinmedizinerin) Dr. K. und den Ärzten der Reha-Klinik Bad B. in Einklang stehe. Der Leistungsfall sei - in Übereinstimmung mit Dr. K. - zum Zeitpunkt der stationären Behandlung der Klägerin im Kreiskrankenhaus L. im Dezember 2016 eingetreten. Da es nicht unwahrscheinlich sei, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden könne, scheide eine Dauerrente aus.

Gegen das der Beklagten am 12.06.2017 zugestellte Urteil hat diese am 11.07.2017 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und unter Hinweis auf die sozialmedizinische Stellungnahme der Dr. E. (Bl. 8 Senats-Akte) geltend gemacht, dass dem Gutachten des Dr. K. nicht gefolgt werden könne, da es nicht schlüssig und nachvollziehbar sei. Dr. K. habe namentlich die erheblichen Verdeutlichungstendenzen der Klägerin nicht berücksichtigt und im Wesentlichen nur deren Beschwerdeschilderungen zu Grunde gelegt. Eine rentenrelevante zeitliche Leistungseinschränkung bestehe bei der Klägerin nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12.05.2017 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Dr. Z.-H. ergänzend zu ihrer gegenüber dem SG erteilten Auskunft schriftlich als sachverständige Zeugin angehört. Diese hat u.a. mitgeteilt (Bl. 19 f. Senats-Akte), dass bei der Klägerin seit April 2016 "nur insoweit" eine Verschlechterung eingetreten sei, als dass die Unsicherheit, Rente zu bekommen, für sie zusätzlich "sehr belastend und niederschlagend" sei. Hinzu komme die lange Dauer des Prozesses.

Nach erneuter Stellungnahme der Beklagten durch Dr. E. (Bl. 22 Senats-Akte) haben die Beteiligten auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig und auch begründet.

Streitgegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens ist der Bescheid vom 12.03.2015 in der Gestalt ([§ 95 SGG](#)) des Widerspruchsbescheids vom 26.11.2015, soweit das SG diese Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 01.07.2017 bis 30.06.2020 verurteilt hat. Hiergegen wendet sich die Beklagte und nur sie hat Berufung eingelegt.

Zu Unrecht hat das SG der Klage insoweit stattgegeben und die Beklagte zur Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit verurteilt. Der Bescheid vom 12.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.11.2015 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Diese ist trotz der bei ihr bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Sinne der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen nicht voll und auch nicht teilweise erwerbsgemindert, weder seit Dezember 2016 noch ab einem späteren Zeitpunkt. Ihr steht daher weder Rente wegen voller noch wegen teilweiser Erwerbsminderung zu.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist [§ 43](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser (Abs. 1 Satz 1 der Regelung) bzw. voller (Abs. 2 Satz 1 der Regelung) Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind. Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind voll erwerbsgemindert 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. Volle Erwerbsminderung besteht über die Regelung des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) hinaus nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bei regelmäßig bejahter Verschlossenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, u.a. [GS 2/75](#) in SozR 2200 § 1246 Nr. 13). Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Entgegen den Ausführungen des SG ergibt sich bei der Klägerin - auch im streitigen Zeitraum - kein rentenrelevant eingeschränktes Leistungsvermögen. Für den Senat bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin im Dezember 2016 - dem vom SG angenommenen Versicherungsfall - erwerbsgemindert gewesen ist bzw. dass in der Zeit danach ununterbrochen auf nicht absehbare Zeit bis zur Entscheidung des Senats Erwerbsminderung vorgelegen hat. Vielmehr ist die Klägerin im streitigen Zeitraum in der Lage gewesen, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Einschränkungen täglich sechs Stunden und mehr zu verrichten.

Die Klägerin ist in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit in erster Linie durch Gesundheitsstörungen von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes eingeschränkt. Die Gutachter Dr. H. , Dr. Dipl.-Päd. S. und auch Dr. K. sind insoweit übereinstimmend - wenn auch den

Ausprägungsgrad unterschiedlich beurteilend - von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ebenso bereits die Ärzte in Bad B.) sowie - jeweils unter einheitlicher Angabe des Diagnoseschlüssels F34.1 ICD-10 - von einer Dysthymia (Dr. H. und Dr. K.) bzw. von einer leichtgradig ausgeprägten anhaltenden neurotischen depressiven Störung (Dr. Dipl.-Päd. Seiler) ausgegangen. Ob - wie Dr. H. (noch in seinem Gutachten von Ende November 2014) bzw. Dr. K. meinen - darüber hinaus eine kombinierte Persönlichkeitsstörung bei der Klägerin vorliegt, kann dahinstehen. Ebenso kann dahinstehen, ob die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (auch) als "Fibromyalgiesyndrom" (so die Ärzte in Bad B.) - soweit nicht das internistisch-rheumatische Gebiet betreffend (dazu noch unten) - bzw. als "Somatisierung mit somatoformen Schmerzen" (so Dr. H. in seinen Gutachten) oder als "chronisches Schmerzsyndrom" (so Dr. K.) zu bezeichnen ist. Denn für die vorliegend zu beurteilende Frage, inwieweit die Klägerin durch die psychischen Erkrankungen in der beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, ist weniger von Bedeutung, welchem Krankheitsbild die psychische Erkrankung zuzuordnen ist, als vielmehr, welche konkreten funktionellen Einschränkungen hieraus resultieren und inwieweit diese der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit entgegenstehen (vgl. BSG, Beschluss vom 28.02.2017, [B 13 R 37/16 BH](#) in juris Rdnr. 15). Unabhängig davon sind alle der genannten Ärzte - insoweit übereinstimmend - von einer anhaltenden Schmerzstörung i.S.v. F45.4 bzw. F45.41 ICD-10 ausgegangen, ebenso die behandelnde Psychiaterin Dr. Z.-H. (s. zuletzt Bl. 20 Senats-Akte).

Nicht überzeugen kann sich der Senat davon, dass darüber hinaus bei der Klägerin im streitigen Zeitraum eine über eine Dysthymia - also eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. F34.1 ICD-10) - hinausgehende höhergradige depressive Störung - wie Dr. K. und auch Dr. Z.-H. meinen - vorgelegen hat bzw. vorliegt. Ausweislich des Sachverständigengutachtens des Dr. Dipl.-Päd. S. ist die Klägerin bei der Untersuchung, zu der sie pünktlich und ordentlich gekleidet erschien, wach, bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person voll orientiert gewesen, ihre Stimmung indifferent, aber nicht im eigentlichen Sinn depressiv. Sie hat zwar bedrückt und subdepressiv gewirkt und eine "niedergeschlagene" Stimmung angegeben, andererseits ist ihr aber auch ein situatives Lachen möglich gewesen. Ihr affektiver Rapport hat keine Auffälligkeiten gezeigt, ihre Psychomotorik ist ruhig und nicht angespannt gewesen, inhaltliche oder formale Denkstörungen haben während der ca. dreistündigen Untersuchung ebenso wenig vorgelegen wie Störungen der Auffassung, der Kooperationsfähigkeit, der psychischen Reagibilität, der Merkfähigkeit oder der Konzentration. Grobe kognitiv mnestiche Beeinträchtigungen, ein wahnhaftes Erleben, Halluzinationen oder schizophrene Ich-Störungen haben sich ebenfalls nicht ergeben, wohl aber Verdeutlichungstendenzen - namentlich auch bei der Angabe eines bei Fehlen jeglicher Schmerzempfindung während der Exploration nicht nachvollziehbaren (so der Sachverständige) Höchsts Schmerzes im Rahmen des sog. Pain-Detect-Schmerzfragebogens (der sog. Hamilton-Depressions-Score hat wiederum lediglich eine leichtgradige depressive Symptomatik ergeben) - bei einem Vermeidungsverhalten mit sekundärem Krankheitsgewinn und Passivität im Rahmen der ehelichen und familiären Konfliktsituation nach Zwangsverheiratung.

Auch bei der Untersuchung durch Dr. K. ist die pünktlich erschienene Klägerin im Kontakt freundlich zugewandt und kooperativ gewesen. Sie hat eine allgemein ausgeprägte Unzufriedenheit mit ihrer Lebenssituation gezeigt, indes keine Ich- und auch keine Wahrnehmungsstörungen; auch ist sie zu allen Qualitäten orientiert und wach, ihr formales Denken geordnet und ihre Psychomotorik nur etwas verlangsamt bei reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit, reduziertem Antrieb und klagsam-depressivem Grundaffekt gewesen. Gleichwohl haben ihre Aufmerksamkeit, ihre Konzentration und ihre Mnestic keinerlei Störungen erbracht. Auch hat Dr. K. die Klägerin als psychisch "zu stark und selbstbewusst beschrieben" und hat bei ihr - wie auch Dr. Dipl.-Päd. S. - erhebliche Verdeutlichungstendenzen bei sekundärem Krankheitsgewinn erkannt.

Wie Dr. K. vor diesem Hintergrund zu einer höhergradigen depressiven Störung gekommen ist, ist für den Senat nicht nachvollziehbar. Seine diesbezügliche Einschätzung beruht ersichtlich alleine auf den subjektiven Angaben der Klägerin - namentlich in den Fragebögentests "Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale" (MADRS) und "Hamilton rating scale for depression" (HAM-D) -, obgleich die von Dr. K. selbst und bereits zuvor von Dr. H. und Dr. Dipl.-Päd. S. beschriebenen erheblichen Verdeutlichungstendenzen und nicht-authentischen Beschwerdeschilderungen hätten Anlass sein müssen, die Angaben der Klägerin besonders sorgfältig zu hinterfragen. In diesem Zusammenhang hat Dr. E. (vgl. Bl. 117 SG-Akte und Bl. 8 Senats-Akte) zutreffend darauf hingewiesen, dass Dr. K. keinerlei Beschwerdevalidierungstests durchgeführt hat und lediglich die o.a. psychometrischen Testverfahren zur Anwendung gekommen sind, die - da allein auf Angaben des Probanden beruhend - für Begutachtungszwecke in ihrer Verwertbarkeit erheblich eingeschränkt sind.

Auch ist Dr. K. davon ausgegangen, dass es hinsichtlich der "depressiven Symptomatik gegenüber den Vorbegutachtungen durch die Kollegen S. und H. offensichtlich zu einer Verschlechterung des Zustands" gekommen sei. Darauf deutet die "Feststellung einer mittelschweren Depression" im Entlassungsbericht der Ärzte des Kreiskrankenhauses L. hin. Indes ist in dem diesbezüglichen Entlassungsbericht zwar eine "mittelgradige depressive Episode" an dritter Stelle der Diagnoseaufstellung aufgeführt und es sind die subjektiven Schmerzangaben der Klägerin geschildert worden, einen entsprechenden objektiv-klinischen psychopathologischen Befund enthält der Entlassungsbericht jedoch nicht. Es ist lediglich die Hinzuziehung einer Psychotherapeutin sowie das Vorliegen einer "deutlichen depressiven Symptomatik" - ohne weitere Ausführungen - vermerkt. Wie Dr. K. in Ansehung all dessen und ohne Angabe entsprechender objektiv-klinischer Anknüpfungstatsachen zu der Einschätzung gelangt ist, bei der Klägerin habe zum damaligen Untersuchungszeitpunkt eine mittelschwere Depression bestanden, ist für den Senat nicht nachvollziehbar.

Nämliches gilt hinsichtlich der Einschätzung der Dr. Z.-H. (vgl. die "Ärztliche Bescheinigung", Bl. 125, 127 SG-Akte, sowie ihre Auskunft gegenüber dem Senat, Bl. 19 f. Senats-Akte), die zuletzt gar von einer mittelgradigen bis schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung bei der Klägerin ausgegangen ist. Auch sie hat indes, worauf Dr. E. zutreffend hingewiesen hat (Bl. 22 Senats-Akte), überwiegend die subjektiven Beschwerdeschilderungen der Klägerin wiedergegeben, ohne diese zu objektivieren. Die Einschätzung der Dr. Z.-H. ist damit nicht geeignet, die Überzeugungskraft des ausführlichen Gutachtens des Dr. Dipl.-Päd. S. zu erschüttern, zumal sie ihre Annahme einer nunmehr schweren depressiven Episode lediglich (pauschal) mit der Ungewissheit des Rentenbezugs respektive der Länge des Rechtsstreits begründet und auch dazu einzig die subjektiven Beschwerdeangaben der Klägerin zu Grunde gelegt hat.

Ausgehend hiervon führen die bei der Klägerin auf psychiatrischem Fachgebiet festzustellenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im streitigen Zeitraum zu einer Minderung des Umstellungs- und Anpassungsvermögens, sodass der Klägerin berufliche Tätigkeiten, die mit der Verantwortung für Personen, der Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge sowie mit Publikumsverkehr, Zeitdruck und Nachtschicht verbunden sind, nicht mehr zuzumuten sind. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind ihr aber unter Beachtung dieser qualitativen Leistungseinschränkungen noch sechs Stunden und mehr täglich möglich. Dies haben der Sachverständige

Dr. Dipl.-Päd. S. und zuvor auch bereits Dr. H. überzeugend herausgearbeitet und dargelegt.

Eine quantitative Leistungsminderung vermag der Senat aus den psychischen Beeinträchtigungen auch für den noch streitigen Zeitraum nicht abzuleiten. Soweit der Sachverständige Dr. K. im Gegensatz zum Sachverständigen Dr. Dipl.-Päd. S. und Gutachter Dr. H. - auch leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen lediglich noch unter drei Stunden täglich für zumutbar erachtet hat, überzeugt dies nicht. Unabhängig davon, dass Dr. K. seiner Leistungsbeurteilung eine psychiatrische Erkrankung zu Grunde gelegt hat, die bei der Klägerin zur Überzeugung des Senats gar nicht vorliegt - insoweit wird auf die obigen Ausführungen verwiesen -, vermag sie auch nicht zu überzeugen, soweit Dr. K. die zeitliche Leistungseinschränkung hauptsächlich mit der chronischen Schmerzsymptomatik (vgl. Bl. 109 SG-Akte) sowie mit erheblichen Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und Durchhaltevermögen (vgl. Bl. 108 SG-Akte) begründet hat. Hierbei hat sich der Sachverständige nämlich im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Klägerin (Klage über ubiquitäre Schmerzen des Bewegungsapparates; vgl. Bl. 98 SG-Akte; die Konzentrationsfähigkeit "sei" stark eingeschränkt, sie "könne" nichts mehr lesen, selbst der Besuch des Enkelkinds, das sie sehr liebe, "sei" ihr nach 15 Minuten zu viel, im strukturierten Interview "berichte" die Klägerin u.a. über Antriebs- und Konzentrationsstörungen, vgl. Bl. 99 SG-Akte; im Haushalt "könne" sie nur noch wenig erledigen, ihre Leistungsfähigkeit "schwanke" von Tag zu Tag, an manchen Tagen "könne" sie im Haushalt gar nichts mehr machen, sie "würde" noch nicht einmal mehr Brot kaufen, sie "habe" auf Grund ihrer Unkonzentriertheit zweimal beinahe einen schweren Unfall verursacht, sie "habe" Angst davor, Auto zu fahren, vgl. Bl. 100 SG-Akte), gestützt, obgleich die Klägerin bei erheblichen Verdeutlichungstendenzen erst auf Nachfrage Schmerzen im Rücken geschildert hat (vgl. Bl. 103 SG-Akte) und die klägerische Aufmerksamkeit, Konzentration und ihre Mnestik während der Untersuchung - so Dr. K. - ungestört gewesen sind (vgl. Bl. 104 SG-Akte).

Die subjektiven Angaben der Klägerin können indes nicht Grundlage einer Leistungsbeurteilung sein. Wie bereits oben ausgeführt, hat Dr. K. , obschon bereits Dr. H. auf eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung und der Sachverständige Dr. Dipl.-Päd. S. auf nicht nachvollziehbare Schmerzangaben bei erheblichen Verdeutlichungstendenzen hingewiesen haben, keine Validierung der Beschwerdeangaben der Klägerin mittels Fremdbeurteilungsverfahren durchgeführt, worauf Dr. E. (vgl. Bl. 117 SG-Akte und Bl. 8 Senats-Akte) zutreffend aufmerksam gemacht hat. Dr. K. hat vielmehr lediglich die Selbstbeurteilungsbögen MADRS und HAMD herangezogen, welche mit 23 bzw. 20 Punkten eine mittelschwere Ausprägung der depressiven Symptomatik ergeben haben (vgl. Bl. 104 f. SG-Akte). Zur Verifizierung der subjektiven Angaben der Klägerin z.B. mittels eines Beschwerdevalidierungstests hätte sich Dr. K. vorliegend umso mehr gedrängt sehen müssen, weil sich auch bei seiner Untersuchung - wie zuvor bei Dr. Dipl.-Päd. S. und Dr. H. - eine erhebliche Diskrepanz zwischen Selbstbeurteilung der Klägerin und klinischem Bild ("Aufmerksamkeit, Konzentration und Mnestik ungestört", Schmerzangabe erst auf Nachfrage) gezeigt hat und weil bereits Dr. Dipl.-Päd. S. die angegebene Schmerzstärke im "Pain-Detect-Schmerzfragebogen" als nicht nachvollziehbar und die klägerischen Angaben (u.a. Klagen über Interessenverlust, subjektiven Rückzug, Belastungsintoleranz, gemindertem Durchhaltevermögen, vgl. Bl. 71 SG-Akte) mit dem klinischen Befund (keine groben kognitiv mnestischen Beeinträchtigungen, Konzentration und Merkfähigkeit in der Untersuchungssituation nicht auffällig, Bewältigung der ca. dreistündigen Untersuchung "ohne Probleme", vgl. Bl. 71 SG-Akte; ruhiges und entspanntes Sitzen der Klägerin ohne Umherrutschen oder gar Aufstehen und keinerlei Schmerzäußerungen bei der körperlichen Untersuchung, vgl. Bl. 72 SG-Akte) als nicht vereinbar erachtet hatte. Hinzu kommt, dass sich Dr. K. bei der Frage des zeitlichen Beginns der von ihm angenommenen Leistungseinschränkungen maßgeblich auf den Entlassungsbericht der Ärzte des Kreiskrankenhauses L. bezogen hat (vgl. Bl. 109 SG-Akte), obgleich dieser Bericht - wie ausgeführt - gar keinen objektiv-klinischen psychopathologischen Befund enthält und darüber hinaus dort ausgeführt worden ist, dass die klägerischen Schmerzen während des stationären Aufenthalts haben reduziert werden können (vgl. Bl. 115 SG-Akte). Damit sind auch für den Sachverständigen Dr. K. hinreichend Anhaltspunkte vorhanden gewesen, die Anlass zur kritischen Hinterfragung der eigenen Angaben der Klägerin gegeben hätten. Mithin hat der Sachverständige die Beschwerdeangaben der Klägerin nicht hinreichend verifiziert und keiner kritischen Prüfung unterzogen.

Objektivierbare Befunde, die die von ihm postulierte zeitliche Leistungseinschränkung stützen könnten, hat Dr. K. ohnehin nicht mitgeteilt. Insoweit hat Dr. E. zutreffend darauf hingewiesen, dass die vom ihm gestellten Diagnosen allenfalls qualitative, nicht jedoch quantitative Leistungseinschränkungen rechtfertigen.

Aus den nämlichen Gründen (angeblich vermindertes Durchhaltevermögen auf Grundlage der klägerischen Angaben obgleich ungestörte Aufmerksamkeit, Konzentration und Mnestik in der Untersuchungssituation) folgt der Senat der Einschätzung des Dr. K. auch insoweit nicht, als dieser eine zusätzliche Arbeitspause von zehn Minuten alle zwei Stunden für erforderlich erachtet hat. Nachdem die Klägerin die ca. dreistündige Untersuchung durch Dr. Dipl.-Päd. S. ausweislich seines Gutachtens "ohne Probleme" (und auch ohne Pause) hat bewältigen können, sind für den Senat - ebenso wie für Dr. Dipl.-Päd. S. - betriebsunübliche Arbeitsbedingungen namentlich in Gestalt eines erhöhten Pausenerfordernisses nicht erkennbar, zumal eine Verschlechterung im psychiatrischen Gesundheitszustand der Klägerin seither - wie oben bereits dargelegt - objektiv nicht ersichtlich ist.

Warum der Diagnose der Dr. Z.-H. ("Ärztliche Bescheinigung" Bl. 125, 126 SG-Akte; Auskunft Bl. 19 f. Senats-Akte) nicht gefolgt werden kann, ist bereits oben dargelegt; Entsprechendes gilt hinsichtlich ihrer - ebenfalls im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeangaben der Klägerin (vgl. Dr. E. , Bl. 22 Senats-Akte) beruhenden - Leistungseinschätzung, der sie zudem eine psychiatrische Erkrankung (mittelgradige bzw. schwere depressive Episode) zu Grunde gelegt hat, die bei der Klägerin zur Überzeugung des Senats im Streitzeitraum nicht vorgelegen hat. Auch der Annahme des Dr. U. (Bl. 126 der SG-Akte), die Klägerin könne (auch) nicht "stundenweise" arbeiten, folgt der Senat nicht. Zum einen hat er seine Einschätzung nicht weiter begründet, zum anderen beruft er sich (pauschal) u.a. auf eine "chronische Depression" bei der Klägerin, obgleich er im medizinischen Fachgebiet der Psychiatrie als Internist und Hausarzt über keine besonderen Kompetenzen verfügt.

Auch aus den auf neurologischem, orthopädischem, internistischem, dermatologischem und HNO-ärztlichem Fachgebiet vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin lässt sich keine rentenberechtigende Leistungseinschränkung im hier streitigen Zeitraum ableiten.

Zwar bestehen bei der Klägerin in neurologischer Hinsicht nach Zustand eines operierten Karpaltunnelsyndroms rechts im Jahr 2014 (angegebene) Sensibilitätsstörungen im Finger 1 bis 3 rechts ohne motorische Defizite. Daraus resultieren indes ausweislich des Gutachtens des Dr. Dipl.-Päd. S. keine Funktionsstörungen. Soweit die Klägerin bei ihm Empfindungsstörungen in Gestalt einer Hemihypästhesie der rechten Körperseite angegeben hat, haben sich insoweit bei der Untersuchung kein organisches Korrelat und auch keine gravierenden Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Wie oben bereits dargelegt, kommt es im Rahmen der Prüfung von Erwerbsminderung nicht auf eine

bestimmte Diagnosestellung oder Bezeichnung von Befunden an, sondern auf die Beeinflussung des individuellen quantitativen sowie qualitativen Leistungsvermögens durch dauerhafte Gesundheitsstörungen, also auf die durch die Gesundheitsstörungen verursachten funktionellen Beeinträchtigungen. Solche vermag der Senat im Hinblick auf die geklagten neurologischen Störungen bei der Klägerin nach alledem indes nicht zu erkennen.

In orthopädischer Hinsicht leidet die Klägerin - auch im hier streitigen Zeitraum - im Wesentlichen an einem beginnenden degenerativen LWS- und HWS-Syndrom, an einer beidseitigen (leichten) Rhizarthrose mit angegeben Schmerzen in den Händen bei freier Beweglichkeit, an einem Impingementsyndrom sowie an angegebenen Schmerzen in den Sprunggelenken. Dies stützt der Senat auf das Gutachten des Dr. B. und auf die Auskunft des Dr. B., die beide übereinstimmend herausgearbeitet und überzeugend dargelegt haben, dass diese Erkrankungen lediglich zu qualitativen Leistungseinschränkungen führen. Dem hat sich auch Dr. Dipl.-Päd. S. angeschlossen und die aus den Defiziten im Bewegungs- und Haltungsapparat folgenden Einschränkungen zusammengefasst. Zugunsten der Klägerin legt der Senat diese Ausführungen seiner Beurteilung zu Grunde. So sind der Klägerin nur noch leichte körperliche Tätigkeiten überwiegend im Sitzen ohne langes Stehen, ohne häufiges Bücken, ohne Heben und Tragen schwerer Lasten (mehr als 15 kg), ohne Überkopfarbeiten, ohne Einfluss von Gefährdungsfaktoren (auf Treppen, Leitern, Gerüsten oder auf unebenem Boden) und ohne erhöhte Beanspruchung der Hände respektive ohne Akkord zumutbar. Funktionsbeeinträchtigungen, die eine weitere, insbesondere zeitliche Leistungseinschränkung zur Folge haben könnten, sind nicht nachgewiesen. Bei der Untersuchung durch Dr. B. ist - ausweislich seines Gutachtens - der Nackengriff bei der Klägerin vollständig gelungen, die Impingementzeichen der Schultern sind nicht eindeutig pathologisch, die Beweglichkeit bei normalen Schulterkonturen und ohne sensomotorische Defizite nur mäßiggradig eingeschränkt gewesen. Der Faustschluss ist der Klägerin trotz Schwellungen des 3. und 4. Fingers vollständig bei freiem Fingerspiel und ohne eindeutige Gelenkschwellungen der Langfingergrundgelenke gelungen. Auch die Handgelenke haben nur leichte Schwellungen bei leichten degenerativen Veränderungen aufgewiesen. Die klägerische Wirbelsäule ist lotgerecht aufgebaut mit nur leichter Hohlrückenbildung gewesen. Eine übermäßige Druckempfindlichkeit im Bereich des lumbosakralen Übergangs hat nicht bestanden, obgleich sich die Klägerin bei röntgenologisch nur leichten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule nur ungenügend nach vorne bücken konnte. Ihr Gangbild ist nur etwas verlangsamt, aber ohne Hinken gewesen, wobei sie keinen wesentlichen Bewegungsschmerz der Knöchel bzw. Füße angegeben hat (Lasègue-Zeichen beidseits negativ). Erst nach Durchführung der Bewegungsübungen hat die Klägerin starke Sprunggelenksbeschwerden rechts geäußert, wobei sich auch insoweit keinerlei sensomotorische Defizite, keine offensichtlichen Muskelhypotrophien und auch keine Sprunggelenksschwellungen gezeigt haben. Die Fußpulse sind sicher palpabel und die Muskeleigenreflexe seitengleich lebhaft auslösbar gewesen.

Auch bei der Untersuchung durch Dr. M. ist die Klägerin ausweislich seines Gutachtens in der Lage gewesen, ihre Arme problemlos bis zur Senkrechten anzuheben. Der Faustschluss ist ihr trotz Angabe von Schmerzen im Bereich der Daumengrundgelenke und ohne Vorliegen von Schwellungen an den Fingergelenken bei allenfalls beginnender Daumengelenksarthrose - komplett und auch bei erhaltenem Greifvermögen gelungen. Am Rücken haben sich keinerlei Verspannungen gezeigt, obgleich die Klägerin "überall" beim Betasten Schmerzen angegeben hat und obgleich ein eigentlicher Klopfschmerz nicht festzustellen und der Nacken- bzw. Lendengriff bei ausreichender Wirbelsäulenbeweglichkeit möglich gewesen ist. Die großen Gelenke an den Beinen einschließlich der Sprunggelenke sind überdies völlig frei beweglich gewesen.

Eine seitherige Verschlechterung des orthopädischen Gesundheitszustands, die Einfluss auf das zeitliche Leistungsvermögen der Klägerin haben könnte, ist nicht erkennbar. Bei der körperlichen Untersuchung durch Dr. Dipl.-Päd. S. haben ausweislich seines Gutachtens keine Paresen oder Atrophien der Finger-, Hand- und Armmuskulatur vorgelegen, die Feinmotorik und Oppositionsprüfungen der oberen Extremitäten haben keinen pathologischen Befund ergeben. Der Schürzen- und Nackengriff ist möglich, der Arm-Halte-Versuch bei nur mäßiggradigen Muskelverhärtungen im Bereich der Schultergürtelmuskulatur unauffällig gewesen. Die HWS hat in allen Ebenen eine freie Beweglichkeit bei Druckdolenz lediglich einiger Tenderpoints gezeigt. Auch im Bereich der unteren Extremitäten ist der Klägerin der Fersen- und Zehenstand unauffällig gelungen, ebenso der Beinhalteversuch (Lasègue-Zeichen beidseits negativ), der Einbein- und der Seitänzergang bei einem im Übrigen mittelschrittigen Gangbild. Paresen oder Atrophien der Fuß- und Beinmuskulatur haben bei regelgerechtem Muskeltonus nicht vorgelegen, ebenso wenig wie motorische oder radikuläre Defizite. Eine Einschränkung der klägerischen Gehfähigkeit hat der Sachverständige dem entsprechend überzeugend verneint, ebenso wie der Sachverständige Dr. K. ...

Vor diesem Hintergrund folgt der Senat für den hiesigen Streitzeitraum auch der Einschätzung der Dr. K. in ihrer Auskunft gegenüber dem SG, die Klägerin sei in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt, nicht. Ihre Angabe, die Klägerin müsse nach ca. 200 m eine Pause einlegen, ist nicht weiter begründet worden und im Hinblick auf die nachfolgenden Sachverständigengutachten auch nicht nachvollziehbar. Selbiges gilt für die Einschätzung des Dr. U. (Auskunft Bl. 32 der SG-Akte), zumal der Schmerzsymptomatik beim Gehen mit den bereits festgestellten qualitativen Leistungseinschränkungen (kein langes Stehen, kein häufiges Bücken, keine Arbeiten auf Treppen, Leitern, Gerüsten oder auf unebenem Boden) ausreichend begegnet wird.

Darüber hinaus stellt der Senat für den hier streitigen Zeitraum gestützt auf das Gutachten des Dr. M. und auch auf das Gutachten des Dr. B. eine Psoriasisarthritis mit multiplen Gelenkschmerzen (von Dr. B. zusätzlich auch als "Fibromyalgiesyndrom" bezeichnet) fest. Davon haben u.a. auch Dr. B. - der indes die orthopädischen Leiden für wegweisend erachtet hat - und Dr. K. in ihren Auskünften gegenüber dem SG sowie die Ärzte des Kreiskrankenhauses L. berichtet. Eine zeitliche Leistungseinschränkung folgt daraus indes nicht. Dr. M. hat unter Zugrundelegung der bei der Klägerin bestehenden somatoformen Schmerzstörung überzeugend dargelegt, dass über die von Seiten des psychiatrischen und orthopädischen Fachgebietes bedingten qualitativen Leistungseinschränkungen - insoweit wird auf die obigen Ausführungen verwiesen - hinaus keine weitergehenden Einschränkungen bestehen. Zu der nämlichen Einschätzung ist auch Dr. Dipl.-Päd. S. gelangt, der die Psoriasisarthritis als Schmerzverstärkung im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und organischen Faktoren gewürdigt und bei seiner Leistungsbeurteilung entsprechend berücksichtigt hat (vgl. Bl. 81 SG-Akte). Dies korrespondiert auch mit der Einschätzung der Ärzte des Kreiskrankenhauses L., die die von der Klägerin geklagten Schmerzen nicht mit den entzündlichen Veränderungen bei lediglich leicht chronisch aktivem Anteil haben erklären können, sondern insoweit die somatoforme Schmerzstörung in den Vordergrund gerückt haben (vgl. Bl. 115 der SG-Akte). Soweit Dr. K. in ihrer Auskunft gegenüber dem SG zur Begründung ihrer Annahme eines unter dreistündigen Leistungsvermögens maßgeblich auf das angeblich eingeschränkte Durchhaltevermögen der Klägerin abgestellt hat (vgl. Bl. 45 SG-Akte), ist ihr schon deshalb nicht zu folgen, weil dem - wie oben bereits dargelegt - mit qualitativen Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen wird.

Von dermatologischer Seite führt die bei der Klägerin bestehende Psoriasis vulgaris (Auskunft Dr. K., Bl. 38 SG-Akte) lediglich zu

qualitativen Leistungseinschränkungen (keine Tätigkeiten im Lebensmittelsektor, keine Arbeiten in heißer Umgebung), was Dr. K. in seiner Auskunft gegenüber dem SG überzeugend dargestellt hat. Überdies hat sich die Hautpsoriasis bei der Klägerin zuletzt auch deutlich gebessert (vgl. Entlassungsbericht Bl. 114 SG-Akte).

Die bei der Klägerin bestehenden Beschwerden auf HNO-ärztlichem Fachgebiet (im Wesentlichen chronischer Tinnitus ohne Innenohrstörung bei annähernd normalem Hörvermögen, chronische Kehlkopfentzündung, chronische Rhinitis) bedingen schließlich ebenfalls nur qualitative Leistungseinschränkungen (keine Arbeiten mit chronischer Lärmexposition), jedoch keine zeitliche Leistungslimitierung. Dies stützt der Senat auf die Auskunft des Dr. W. (Bl. 48 der SG-Akte).

Unter Zugrundelegung all dessen ist die Klägerin - auf den noch streitbefangenen Zeitraum bezogen - in der Lage, jedenfalls leichte körperliche Arbeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und unter Beachtung der oben im Einzelnen dargelegten qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Damit ist sie weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Unerheblich ist dabei, dass bei der Klägerin die Schwerbehinderteneigenschaft mit einem GdB von 60 festgestellt ist, denn der Schwerbehinderteneigenschaft eines Versicherten kommt keinerlei Aussagekraft hinsichtlich seiner zumutbaren beruflichen Einsetzbarkeit zu (BSG, Beschluss vom 17.09.2015, [B 13 R 290/15 B](#) in juris Rdnr. 5).

Ebenso unerheblich ist, ob ein dem Leistungsvermögen entsprechender Arbeitsplatz vermittelt werden kann, weil nach [§ 43 Abs. 3](#) zweiter Halbsatz SGB VI die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit ist in einem solchen Fall regelmäßig nicht erforderlich (BSG, Urteil vom 14.09.1995, [5 RJ 50/94](#) in [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#), auch zum Nachfolgenden). Denn nach der Rechtsprechung des BSG steht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine so große Anzahl von Tätigkeitsarten zur Verfügung, dass das Vorhandensein einer geeigneten Verweisungstätigkeit offensichtlich ist. Nur ausnahmsweise ist für einen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbaren Versicherten wie die Klägerin mit zumindest sechsstündigem Leistungsvermögen für leichte Arbeiten die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich, wenn die Erwerbsfähigkeit durch mehrere schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen oder eine besonders einschneidende Behinderung gemindert ist. In der Rechtsprechung des BSG sind bestimmte Fälle anerkannt (z.B. Einarmigkeit, vgl. BSG, a.a.O., m.w.N.), zu denen der vorliegende Fall aber nicht gehört. Vielmehr braucht eine Verweisungstätigkeit erst benannt zu werden, wenn die gesundheitliche Fähigkeit zur Verrichtung selbst leichter Tätigkeiten in vielfältiger, außergewöhnlicher Weise eingeschränkt ist. Dies ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn ein Versicherter noch vollschichtig körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, ohne überwiegendes Stehen und Gehen oder ständiges Sitzen, nicht in Nässe, Kälte oder Zugluft, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltungen, ohne besondere Anforderungen an die Fingerfertigkeit und nicht unter besonderen Unfallgefahren zu verrichten vermag (BSG, a.a.O.; Urteil vom 27.04.1982, [1 RJ 132/80](#) in [SozR 2200 § 1246 Nr. 90](#)). Denn ein Teil dieser Einschränkungen stimmt bereits mit den Tätigkeitsmerkmalen einer körperlich leichten Arbeit überein; dies gilt insbesondere für die geminderten Fähigkeiten, Lasten zu bewältigen und die geringe Belastbarkeit der Wirbelsäule (BSG, Urteil vom 14.09.1995, [a.a.O.](#)) mit den hierauf beruhenden Einschränkungen. Nicht anders liegt der Fall der Klägerin. Auch bei ihr wird den qualitativen Einschränkungen im Wesentlichen bereits dadurch Rechnung getragen, dass ihr nur noch leichte Arbeiten zugemutet werden.

Nach alledem kann die angefochtene Entscheidung, soweit die Beklagte verurteilt worden ist, keinen Bestand haben, weshalb das Urteil des SG auf die Berufung der Beklagten abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen ist.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-11-09