

L 4 R 1595/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 7 R 1014/13

Datum

09.03.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 1595/16

Datum

10.11.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 9. März 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab dem 1. Juni 2012.

Die am 1957 in der Türkei geborene Klägerin, die keinen Beruf erlernt hat, kam 1974 in die Bundesrepublik Deutschland. Hier war sie mit Unterbrechungen als Sortiererin, Bandarbeiterin und zuletzt ab dem 27. September 2004 bis zum 10. Juli 2011 als Reinigungskraft in einem Altenheim versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend erhielt sie vom 11. Juli bis 8. Februar 2013 Kranken-, Übergangs- und Arbeitslosengeld. Danach bezog sie weder Sozialleistungen noch Erwerbseinkommen. Seit dem 3. Februar 2011 ist ein Grad der Behinderung von 50 anerkannt (Bescheid des Landratsamts Rhein-Neckar Kreis vom 27. September 2011).

Am 26. Juni 2012 beantragte sie bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, was sie mit einer rezidivierenden depressiven Störung, rheumatoider Arthritis, Fibromyalgie, Bluthochdruck und Polyarthritis begründete.

In ihrem aufgrund einer Untersuchung am 21. August 2012 unter dem 10. September 2012 erstatteten Gutachten diagnostizierte Fachärztin für Innere Medizin Dr. K.-Kr. eine beginnende seropositive rheumatoide Arthritis ohne Entzündungsaktivität unter Therapie, eine gut eingestellte arterielle Hypertonie, eine rezidivierende depressive Störung mit Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit, eine Somatisierungsstörung mit vermehrtem Körperschmerz sowie Adipositas. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes überwiegend stehend, überwiegend gehend oder überwiegend sitzend, idealer Weise in bedarfsgerechtem Wechsel, in eingeschränkter Arbeitsorganisation (keine Nachtschicht) seien der Klägerin sechs Stunden und mehr täglich zumutbar. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit ständigem mittelschwerem und schwerem Heben und Tragen, häufigem Bücken, Steigen auf Leitern und Gerüsten, ständigen Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, in Nachtschicht und unter vermehrter Stressbelastung. Dem schloss sich der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Sc. als Beratungsarzt der Beklagten an.

Mit Bescheid vom 11. September 2012 lehnte die Beklagte den Rentenanspruch unter Verweis auf das Begutachtungsergebnis ab, da weder eine volle noch teilweise Erwerbsminderung vorliege. Aufgrund ihres beruflichen Werdeganges könne die Klägerin zumutbar auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden, so dass auch kein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wegen Berufsunfähigkeit bestehe.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruches verwies die Klägerin auf das Bestehen einer Fibromyalgie an mehreren Lokalisation und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Zur Untermauerung legte sie u.a. ein ärztliches Attest des Arztes für Allgemeinmedizin M. D. S. vom 6. November 2012, Arztbriefe des Arztes für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. W. vom 19. April 2012 (beginnende seropositive rheumatoide Arthritis; insgesamt gutes Befinden bei medikamentöser Therapie), vom 9. August 2012 (Seropositive rheumatoide Arthritis; zum Zeitpunkt der aktuellen Vorstellung keine Arthritis oder Synovitis, auch laborchemisch keine wesentlich erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit; auf eine suffiziente Schmerztherapie müsse geachtet werden) und vom 13. November 2012 (Arbeitsfähigkeit aufgrund der massiven Erkrankungsaktivität zum jetzigen Zeitpunkt nicht gegeben und bis auf weiteres nicht absehbar; Umstellung der Medikation indiziert) sowie den Arztbrief von Dr. Go., Stationsarzt des Rheumazentrums B.-B., vom 29. Januar 2013 über den stationären Aufenthalt vom 9. bis 29. Januar 2013 (seronegative, bisher radiologisch nicht erosive rheumatoide Arthritis,

aktuell klinisch, sonographisch und szintigrafisch nicht entzündlich aktiv).

In Auswertung dieser Unterlagen bestätigte Dr. K.-Kr. das im Gutachten vom 10. September 2012 beschriebene Leistungsvermögen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 2013 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch als unbegründet zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 22. März 2013 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) und führte zur Begründung aus, die Beklagte habe ihre gesundheitlichen Einschränkungen nicht hinreichend berücksichtigt und den Sachverhalt nicht vollständig aufgeklärt. Die bestehende Multimorbidität bedinge eine volle Erwerbsminderung. Unter Berücksichtigung schon der von der Beklagten beschriebenen Leistungseinschränkungen bestünden erhebliche Zweifel, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leistungsgerechte Arbeitsplätze vorhanden seien. Mit dem nur noch vorhandenen Restleistungsvermögen seien ihr Tätigkeiten versperrt, die für ungelernte Arbeiten üblicherweise gefordert würden. Daher sei zumindest eine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen. Zum Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie – spezielle Schmerztherapie – Dr. E. (dazu unten) legte die Klägerin Atteste der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Epileptologie, Psychotherapie und Psychoanalyse Dr. Hu. vom 11. Februar 2014 und 2. September 2014 sowie eine Stellungnahme von M. D. S. vom 20. Januar 2014 vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ed. vom 22. Juli 2014 entgegen. Das Gutachten von Dr. E. überzeuge in Anamnestizierung, differenzierter Befundung, adäquater apparativer und psychometrischer Testung, in der epikritischen Würdigung mit ausreichender Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung sowie einer adäquaten Ableitung des Leistungsvermögens. Das Gutachten von Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Ja. (dazu unten) entbehre jedweder apparativer Untersuchung, einer adäquaten psychometrischen Testung bei später gestellten psychiatrischen Diagnosen, einer Kontrolle der Medikamentencompliance, einer adäquaten Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung sowie einer epikritischen Würdigung.

Das SG holte schriftliche Auskünfte der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen ein. Facharzt für Orthopädie Dr. Sch. gab unter dem 14. Mai 2013 an, die Klägerin letztmals am 7. Juni 2011 behandelt zu haben. Dabei habe eine Druckschmerzhaftigkeit der Fingergrundgelenke sowie eine leichte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bestanden. Die Entzündungsparameter seien in wiederholten Kontrollen seit 2007 kontinuierlich erhöht. Unter dem Vorbehalt, dass die Klägerin letztmalig im Jahr 2011 bei ihm in Behandlung gewesen sei, seien leichte Arbeiten ohne Zwangshaltungen und Akkordarbeit bei erforderlichem Witterungsschutz mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Dr. Kö., Fachärztin für Anästhesiologie, spezielle Schmerztherapie, berichtete unter dem 6. Mai 2013 über regelmäßige schmerztherapeutische Behandlungen vom 2. August 2011 bis 20. Januar 2012 sowie vom 5. November 2012 bis 18. April 2013. Es bestünden Fibromyalgie, Depressionen und eine rheumatoide Arthritis, im März 2013 sei eine Trigeminusneuralgie sowie eine Zervikobrachialgie hinzugetreten. Nach dem Tod des Sohnes der Klägerin hätten sich die Schmerzen deutlich verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit liege unter drei Stunden. Dr. Hu. berichtete unter dem 2. Juni 2013 über Behandlungen bis zum 5. Oktober 2010 und wieder vom 11. März bis 22. April 2013. Gegenwärtig finde eine sehr hoch dosierte Schmerztherapie statt. Es sei auch bei Berücksichtigung qualitativer Ausschlüsse von einer Belastbarkeit von unter zwei Stunden auszugehen. M.D. S. gab unter dem 8. Juni 2013 an, die Klägerin seit November 2010 hausärztlich zu behandeln. Es bestehe ein komplexes Beschwerdebild. Zentrales Problem sei ein hoher Leidensdruck durch chronische Schmerzen, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, zahlreiche Ängste, Schlaf-, Kraft- und Freudlosigkeit. Trotz guter Therapieadhärenz sei eine Verbesserung nicht erreicht worden. Die Klägerin könne keine Stunde mehr arbeiten. Beigelegt wurden u.a. ein Arztbrief von Dr. Hu. vom 22. April 2013 und der Abschlussbericht von Prof. Dr. Fi., Dr. Dra. und Dr. Go., Rheumazentrum B.-B., vom 2. April 2013. Dr. W. berichtete unter dem 25. Juni 2013 über fortlaufende Behandlungen seit Oktober 2010. Es bestehe eine beginnende seronegative rheumatoide Arthritis, ein positiver Quantiferon-Test, ein Zustand nach Hepatitis B-Infektion, eine geringfügige monoklonale Gammopathie IgG Typ Lambda, eine Großzehengrundgelenksarthrose, eine arterielle Hypertonie, eine Depression sowie ein Verdacht auf sekundäres Schmerzsyndrom. Durch die Therapie sei es zu einem Rückgang der entzündlich-rheumatischen Beschwerdesymptomatik gekommen. Verschlechtert hätten sich das Schmerzsyndrom, die Depression, die degenerative Veränderungen sowie die Beschwerden seitens der Muskelansätze und Sehnen. Seitens der entzündlich-rheumatischen Erkrankung sei eine Arbeitsfähigkeit von bis zu sechs Stunden täglich denkbar; nicht leidensgerecht seien Schicht- oder Akkordarbeiten sowie solche in Kälte oder Zugluft. Eine Arbeitsfähigkeit sei wegen der weiteren Gesundheitsstörungen nicht gegeben. In ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2013 beschrieb Dr. Br., Fachärztin für Innere Medizin, Angiologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, aufgrund einer Untersuchung im März 2013 eine monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz. Hinweise auf ein Plasmozytom hätten sich nicht ergeben. Eine leichte Tätigkeit im Umfange von sechs Stunden sei vertretbar.

Das SG bestellte Ärztin für Neurologie und Psychiatrie - spezielle Schmerztherapie - Dr. E. zur Sachverständigen. Diese beschrieb in ihrem aufgrund einer Untersuchung am 30. September 2013 unter dem 28. November 2013 erstatteten Gutachten eine mittelgradige depressive Episode bei histrionischer, depressiver Persönlichkeitsakzentuierung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Adipositas, eine Hypertonie und Rheumatooidarthritis. Leichte, gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten von fünf, in Spitzen bis acht kg, im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen oder überwiegend sitzend, seien der Klägerin noch mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Ausgeschlossen seien häufiges Bücken, Überkopparbeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen, auf Leitern und Gerüsten, mit und an laufenden Maschinen, unter ungünstigen klimatischen Verhältnissen, insbesondere Kälte und Nässe, des Weiteren Tätigkeiten, die besondere geistige Beanspruchung erforderten, die Übernahme erhöhter oder hoher Verantwortung oder besondere Anforderungen an erhöhtes oder hohes Konzentrationsvermögen stellten, sowie Arbeiten unter nervlicher Belastung.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bestellte das SG Dr. Ja. zum gerichtlichen Sachverständigen. In seinem aufgrund einer Untersuchung am 14. April 2014 unter dem 24. Juni 2014 erstatteten Gutachten stellte dieser folgende Diagnosen: schwere Depression mit prolongierter Trauerreaktion, Somatisierungsstörung mit vermehrtem Körperschmerz, Adipositas permagna, arterieller Hypertonus (medikamentös gut eingestellt), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. Die Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend durch die Depression und die Somatisierung begründet und nicht durch die internistischen Gegebenheiten. Die Klägerin sei nicht arbeitsfähig, d.h. unter einer Stunde täglich leistungsfähig. Sie sei nicht in der Lage, viermal täglich Wegstrecken von jeweils mehr als 500m innerhalb von 20 Minuten zu Fuß zurückzulegen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 11. September 2014 hielt er in Auseinandersetzung mit Einwendungen der Beklagten an der Leistungsbeurteilung fest.

Mit Urteil vom 9. März 2016 wies das SG die Klage ab. Die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung lägen

nicht vor. Insbesondere der Einschätzung von Dr. E. folgend sei die Klägerin unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Wegen der Verdeutlichung durch die Klägerin sei – wenn auch eine relevante psychische Krankheit vorliege – letztlich offen, in welchem Maße die Klägerin tatsächlich konkret beeinträchtigt sei, was zu deren Lasten gehe. Seitens der entzündlich-rheumatischen Erkrankung sei nach den Bekundungen von Dr. W. und Dr. Sch. eine sechsstündige Tätigkeit möglich. Den abweichenden Leistungseinschätzungen könne nicht gefolgt werden. Insbesondere sei das Gutachten von Dr. Ja. weder hinsichtlich der gestellten Diagnosen noch der Leistungseinschätzung weder begründet noch nachvollziehbar. Dies gelte auch für den angenommenen Ausschluss der Wegefähigkeit.

Gegen dieses ihr am 23. März 2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. April 2016 Berufung beim SG eingelegt und zu deren Begründung ausgeführt, keinesfalls in der Lage zu sein, einer beruflichen Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich nachzugehen. Die bestehende Multimorbidität bedinge eine volle Erwerbsminderung. Das SG würdige im angefochtenen Urteil die Gesundheitsstörungen insbesondere in ihrer Wechselwirkung nicht ausreichend. Das Gutachten von Dr. E. leide schon darunter, dass es die spezifischen kulturellen Unterschiede im Umgang mit Erkrankung und Erscheinungsbild bei türkischen Patientinnen nicht als einen zentralen Gesichtspunkt einbezogen habe. Mit den medizinischen Einwendungen von Dr. Hu. und M.D. S. gegen dieses Gutachten habe sich das SG nicht auseinandergesetzt.

Die Klägerin beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 9. März 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2013 zu verurteilen, ihr ab dem 1. Juni 2012 Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Facharzt für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Schn. zum gerichtlichen Sachverständigen bestellt. In seinem aufgrund einer Untersuchung am 16. Februar 2017 unter dem 21. Februar 2017 erstatteten Gutachten hat dieser folgende Diagnosen gestellt: chronische depressive Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia, somatoforme Schmerzen; kein Anhalt für eine sozialmedizinisch relevante Erkrankung des neurologischen Fachgebiets; metabolisches Syndrom mit einer Adipositas, einem Bluthochdruck, einer Fettstoffwechselstörung und einem Diabetes mellitus; rheumatoide Arthritis, keine wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen; Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparats ohne aktuelles neurologisches Defizit; monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz. Leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten in verschiedenen Arbeitshaltungen ohne vermehrt geistig-psychische Belastungen in Tages- oder Früh/Spätschicht und in trockenen und geschlossenen Räumen könne die Klägerin sechs Stunden und mehr täglich verrichten. Nicht leidensgerecht seien häufiges Bücken oder Überkopfarbeiten, Heben und Tragen von Lasten über 10kg, widrige klimatische Bedingungen, Arbeiten unter vermehrtem Zeitdruck oder im Akkord, mit vermehrten Anforderungen an Reaktion und Konzentration, in Nachtschicht, unter vermehrter Lärmexposition sowie mit vermehrt psychischen Belastungen (vermehrt emotionale Belastungen, erhöhtes Konfliktpotential). Die Klägerin sei in der Lage, eine Wegstrecke von jeweils mehr als 500m in unter 20 Minuten zu bewältigen, uneingeschränkt öffentliche und private (Pkw) Verkehrsmittel zu benutzen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Verfahrensakten des SG und des Senats Bezüge genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die nach [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung. Denn die Klägerin begehrt laufende Leistungen für mehr als ein Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).
2. Streitgegenstand ist das erkennbare Begehren (vgl. [§ 123 SGG](#)) der Klägerin auf Gewährung einer Rente wegen voller, hilfsweise teilweiser Erwerbsminderung, weiter hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit auf Dauer. Streitbefangen ist der Bescheid vom 11. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2013.
3. Die Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung ab dem 1. Juni 2012 (vgl. [§ 99 Abs. 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VI]). Der streitbefangene Bescheid vom 11. September 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2013 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.
 - a) Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, [BGBl. I, S. 554](#)), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

b) Nach diesen Maßstäben steht für den Senat aufgrund der im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme fest, dass die Klägerin in der Lage ist, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes wenigstens sechs Stunden täglich zu verrichten. Zwar liegen bei ihr gesundheitliche und daraus resultierende funktionelle Einschränkungen vor. Diese mindern ihre berufliche Leistungsfähigkeit jedoch nur in qualitativer, nicht aber in quantitativer Hinsicht.

(1) (a) Bei der Klägerin besteht und bestand im streitbefangenen Zeitraum zunächst eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis. Aktuell liegen nur noch chronische depressive Verstimmungen im Sinne einer Dysthymia vor. Der Senat stützt sich dabei auf die überzeugende Einschätzung von Dr. Schn. ... Dieser hat aufgrund ausführlicher Anamnese und Exploration die aus den Befunden abzuleitende Diagnose, die sich hieraus ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen und die danach bestehende berufliche Leistungsfähigkeit begründet dargestellt. Danach zeigte die Klägerin eine angemessene, in der Interaktion mit der Dolmetscherin auch lebhaft gestik und mimik. Die Sprache war regelrecht moduliert. Es lagen keine Störungen u.a. der Auffassung und Konzentration oder des Gedächtnisses vor. Eine Antriebsminderung oder gar eine psychomotorische Hemmung bestanden nicht. In der Grundstimmung wirkte die Klägerin subdepressiv bzw. dysthym. Die affektive Resonanzfähigkeit war eingeschränkt, aber nicht aufgehoben. Themenbezogen bestand Weinerlichkeit; andererseits konnte die Klägerin spontan und authentisch lächeln. Soziale Kontakte konnten eruiert werden. Neben Kontakten innerhalb der Familie, insbesondere zu Kindern und Enkeln, trifft sich die Klägerin mit Freundinnen, insbesondere einer engeren Freundin, mit der sie auch spazieren oder Kaffeetrinken geht. Spaziergänge unternimmt sie auch mit ihren Töchtern. Sie konnte im Rahmen der Begutachtung angemessen ihren Tagesablauf schildern mit morgendlichem Frühaufstehen, Spazierengehen, Haushaltstätigkeiten mit Einschränkungen. Nachvollziehbar geht Dr. Schn. daher von einer leichten Ausprägung aus.

Überzeugend weist dieser insoweit jedoch darauf hin, dass es sich dabei um einen gebesserten psychopathologischen Befund gegenüber früheren Erhebungen handelt. So stellte Dr. K.-Kr. im Gutachten vom 10. September 2012, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwerten konnte (vgl. etwa Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 14. November 2013 – [B 9 SB 10/13 B](#) – juris, Rn. 6; BSG, Urteil vom 5. Februar 2008 – [B 2 U 8/07 R](#) – juris, Rn. 51) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörung und Antriebslosigkeit. Dem hatte sich Beratungsarzt Sc. fachärztlich angeschlossen. Bei der dortigen Untersuchung war die Klägerin belastet durch die Krebserkrankung ihres Sohnes. Sie sprach tonlos und langsam, meistens antwortete die Tochter für sie. Ihr Antrieb war reduziert. Sie zeigte eine depressive Verstimmung. Gleichwohl war sie noch in der Lage, manchmal kurze Strecke mit dem eigenen Pkw zu fahren. Sie unternahm Spaziergänge mit Nachbarn und Freunden, ging manchmal mit der Familie sogar ins Schwimmbad. Den Haushalt erledigte sie, so gut sie könne, die Tochter helfe. Auch Dr. E. diagnostizierte aufgrund der Untersuchung am 30. September 2013 mit einer mittelgradigen depressiven Episode bei histrionischer, depressiver Persönlichkeitsakzentuierung einen gegenüber Dr. Schn. höheren Schweregrad. Erhoben wurde auch ein deutlich schlechterer psychopathologischer Befund. Die Klägerin gab sehr diffuse Antworten und konnte sich an vieles nicht erinnern. Der Rapport war sehr schwer herstellbar. Im Kontaktverhalten zeigte sich die Klägerin sehr wortkarg, reagierte einsilbig oder mit "ich weiß nicht/ich erinnere mich nicht". Die mnestischen Funktionen zeigten sich während der gutachterlichen Untersuchung stark beeinträchtigt. Die Klägerin erinnerte sich zunächst an viele Daten und Ereignisse nicht. Genauere Antworten ließen sich aber durch mehrere Nachfragen erreichen. In der Affektivität zeigte sich die Stimmung der Klägerin sehr bedrückt. Parathymie (affektive Inadäquatheit) und Paramimie (Missverhältnis zwischen einem nach außen hin in der Mimik erkennbaren Gefühlslage und dem tatsächlichen inneren Gefühl eines Menschen) lagen nicht vor. Im Antrieb war sie sehr verlangsamt. Auffällig waren jedoch nach anschaulicher Darstellung der Sachverständigen ausgesprochen pathologische Befunde bei der orientierend neuropsychologischen Testung, die einer ausgeprägten Demenz entsprächen. Daher führte Dr. E. zwei Tests zur Bestimmung des Antwortverhaltens durch, die beide auffällig gewesen waren. Das Ergebnis des strukturierten Fragebogen simulierte Symptome (SFSS) war mit einem Gesamt-Score von 35 bei einem cut-off von 16 erhöht, was deutliche Hinweise auf ein suboptimales Antwortverhalten gab, insbesondere in den Bereichen neurologische und affektive Störung. Auch im zweiten Test ergaben sich Hinweise auf Verdeutlichung. Das Testergebnis lag unterhalb der Ratewahrscheinlichkeit von 50 %. Gutachterlich festzustellende psychische Auffälligkeiten passten in ihrem demonstrierten Erscheinungsbild in keiner Weise zu stärksten Schmerzen. Ob tatsächlich im Hinblick auf die Einnahme der Medikamente von einer Non-Compliance auszugehen war, wie von Dr. E. aufgrund des Medikamentenspiegels (Oxycodonspiegel relativ niedrig, der Cymbaltaspiegel recht hoch) angenommen, kann offenbleiben. So hatte Dr. Hu. im Atteste vom 11. Februar 2014 eingewandt, der erhöhte Cymbalta-Spiegel könne nicht als kurzfristige Einnahme gewertet werden, sondern sei bei der in der Praxis vorgenommenen höheren Eindosierung (90 mg) zu erwarten. Dies beseitigt nicht die Auffälligkeiten insbesondere in der psychometrischen Testung. Der in diesem Attest erhobene pauschale Einwand, Dr. E. habe auf die kulturellen Unterschiede im Umgang mit Erkrankung und Erscheinungsbild keine Rücksicht genommen, ist gerade im Hinblick auf die psychometrischen Testergebnisse nicht nachvollziehbar. Des Weiteren hat die gerichtliche Sachverständige im Rahmen der Konsistenzprüfung auch die Auswirkungen im Alltagsleben erhoben und berücksichtigt. Dabei zeigte sich, dass z.B. ein sozialer Rückzug nicht vorlag. Auch in diesem Zeitraum hatte die Klägerin außerhalb der Familie soziale Kontakte zu Freunden. Sie gab an, am besten verstehe sie sich mit ihrer Nachbarin; sie trafen sich alle paar Tage, manchmal täglich, um Kaffee zu trinken oder spazieren zu gehen.

Soweit Dr. Hu. in ihrem Attest vom 11. Februar 2014 von einer schweren depressiven Episode sowie einer chronischen depressiven Störung und einer prolongierten Trauerreaktion ausging, vermag dies den Senat nicht zu überzeugen. In ihrer Auskunft als sachverständige Zeugin vom 2. Juni 2013 hatte sie Behandlungen nach dem 5. Oktober 2010 erst wieder ab dem 11. März 2013 angegeben. Für den 11. April 2013 vermerkte sie lediglich eine "Trauerreaktion wegen Tod des Sohnes, überall Schmerzen" und beschrieb die Klägerin psychisch als anhaltend jammerig, depressiv mit glaubhaftem Schmerzklagen. Im Arztbrief vom 22. April 2013 (Bl. 79 der SG-Akte) beschränkt sich der psychische Befund auf den Vermerk "still, deprimiert". Als Diagnosen werden neben einem chronischen Schmerzsyndrom eine Dysthymie und eine Trauerreaktion gestellt. Im Attest vom 11. Februar 2014 gab sie hingegen an, die Klägerin sei nie affektiv schwingungsfähig, immer sehr wortkarg, vitalitätsgemindert und antriebsgestört gewesen. Auf welche konkreten Behandlungsdaten sie sich dabei bezog, wird nicht deutlich. Gewichtiger ist jedoch, dass Dr. Hu. als handelnde Ärztin keine Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung vorzunehmen und

tatsächlich nicht vorgenommen hat. Der von Dr. Ja. gestellten psychiatrischen Diagnose einer schweren Depression mit prolongierter Trauerreaktion vermag der Senat ebenfalls nicht zu folgen. Als Facharzt für Allgemeinmedizin nimmt der Sachverständige insoweit keine spezifisch fachärztliche Bewertung vor. Er selbst hat keinerlei psychopathologischen Befund erhoben. Zur Untermauerung der von ihm gestellten psychiatrischen Diagnosen verwies er allein auf die "zahlreichen Vorgutachten", insbesondere von Dr. Hu. und Dr. E., sowie die Einnahme "psychiatrischer Medikamente". Dr. E. hatte jedoch gerade keine schwere Depression diagnostiziert, sondern – neben einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung – eine (lediglich) mittelgradige depressive Episode bei histrionischer, depressiver Persönlichkeitsakzentuierung. Dr. Hu. wiederum erstattete kein Sachverständigengutachten aufgrund objektiver Begutachtung, sondern gab eine Stellungnahme im Rahmen des bestehenden Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt und Patientin ab.

(b) Bei der Klägerin besteht des Weiteren eine rheumatoide Arthritis. Dies entnimmt der Senat insbesondere den vorliegenden Arztbriefen von Dr. W. sowie dessen Auskunft als sachverständigen Zeugen vom 25. Juni 2013, dem Gutachten von Dr. K.-Kr., dem Abschlussbericht von Prof. Dr. Fi., Dr. Dra. und Dr. Go. vom 2. April 2013 und dem Gutachten von Dr. Schn. ... Bei beginnender seropositiver rheumatoider Arthritis bestand im April 2012 zunächst ein insgesamt gutes Befinden bei medikamentöser Therapie. Auch im August 2012 fand sich keine Arthritis oder Synovitis, auch laborchemisch keine wesentlich erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (Arztbriefe von Dr. W. vom 19. April 2012 und 9. August 2012). Bei der Untersuchung durch Dr. K.-Kr. am 21. August 2012 fanden sich keine Bewegungseinschränkung in der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie in den Schulter-, Ellenbogen-, im rechten Hand- und in den Fingergelenken beidseits. Lediglich im linken Handgelenk bestand eine endgradige Bewegungseinschränkung in allen Ebenen. Schwellungen an den Hand- und Fingergelenken fanden sich nicht. Kraft und Greiffunktion der Hände waren ungestört. Bewegungseinschränkung in dem Hüft-, Knie- und Sprunggelenken beidseits bestanden ebenfalls nicht. Am 13. November 2012 beschrieb Dr. W. jedoch eine massive Erkrankungsaktivität; die Umstellung der Medikation sei indiziert (Arztbrief vom selben Tag). Während des stationären Aufenthalts vom 9. bis 29. Januar 2013 im Rheumazentrum B.-B. erhielt die Klägerin eine rheumatologische Komplextherapie bei Fortführung der bisherigen Medikation. Beschrieben wurde eine seronegative, bisher radiologisch nicht erosive rheumatoide Arthritis, aktuell klinisch, sonographisch und szintigrafisch nicht entzündlich aktiv. Eine Therapieeskalation war nicht indiziert (Abschlussbericht von Prof. Dr. Fi., Dr. Dra. und Dr. Go. vom 2. April 2013). In seiner Auskunft vom 25. Juni 2013 berichtete Dr. W. über eine Bewegungseinschränkung im Bereich der Schultergelenke bei degenerativen Veränderungen, eine diskrete Schwellung im Bereich der MCP-Gelenke (Fingergrundgelenke) mit deutlichem Druckschmerz und positivem Gänslen-Zeichen. Eine leichte Schwellung bestehe im Bereich der Handgelenke mit Bewegungseinschränkung. Insgesamt sei es durch die Therapie zu einem Rückgang der entzündlich-rheumatischen Beschwerdesymptomatik gekommen. Bei der Untersuchung durch Dr. E. waren alle Gelenke aktiv und passiv frei beweglich. Dr. Ja. beschrieb eine deutliche Einschränkung beider Hüftgelenke in der Flexion, Innen- und Außenrotation sowie eine Beweglichkeitseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenks um ein Drittel. Bei der Untersuchung durch Dr. Schn. waren wiederum alle Gelenke der oberen und unteren Extremitäten aktiv beweglich. Lediglich bei endgradigen Bewegungen der Schultergelenke beidseits wurden Beschwerden angegeben. Relevante Störungen der (Fein-)Motorik der Hände und Finger wurden ausdrücklich verneint.

(c) Neurologische Gesundheitsstörungen bestehen nicht. Hinweise auf ein Fortbestehen der von Dr. Kö. angeführten Trigeminusneuralgie fanden sich bei den Begutachtungen durch Dr. E. und Dr. Schn. nicht. Gleiches gilt für die Veränderungen im Sinne einer Polyneuropathie und einer radikulären Schädigung.

(d) Ob hinsichtlich der bestehenden Schmerzen der Klägerin von einem eigenständigen Krankheitsbild auszugehen ist, wie insbesondere von Dr. K.-Kr. (Somatisierungsstörung mit vermehrtem Körperschmerz) und Dr. E. (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) diagnostiziert, oder diese als Somatisierungstendenzen im Rahmen der Dysthymia anzusehen sind (so Dr. Schn.), kann vorliegen offen bleiben. Übereinstimmend gehen die Gutachterin und die Sachverständigen, aber auch Dr. Hu., von einem Schmerzgeschehen aus, für das kein ausreichendes körperliches Korrelat besteht. Für die im vorliegenden Verfahren allein relevante Frage des beruflichen Leistungsvermögens ist nicht die genaue diagnostische Zuordnung entscheidend, sondern das Ausmaß der hierdurch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen (dazu unten).

(e) Schließlich bestehen bei der Klägerin ein metabolisches Syndrom mit einer Adipositas, einem Bluthochdruck, einer Fettstoffwechselstörung und einem Diabetes mellitus sowie eine monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz. Dies entnimmt der Senat insbesondere dem Gutachten von Dr. Schn. sowie den Auskünften von Dr. W. und Dr. Br. ... Dem Arztbrief von Dr. Re., Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 21. Januar 2014 (Bl. 85 der Senatsakten) ist des Weiteren eine latente Tuberkulose ohne Aktivität zu entnehmen.

(2) Die festgestellten Gesundheitsstörungen schränken das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin in qualitativer Hinsicht ein. Ausgeschlossen sind aufgrund der degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und der Bewegungseinschränkungen im Bereich der Schultern Arbeiten in Zwangshaltungen, häufiges Bücken und Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Wegen der rheumatoiden Arthritis mit immunsuppressiver Medikation sind widrige klimatische Bedingungen auszuschließen. Aufgrund der psychischen Gesundheitsstörungen sind Arbeiten unter vermehrtem Zeitdruck oder im Akkord, mit vermehrten Anforderungen an Reaktion und Konzentration, in Nachtschicht, unter vermehrter Lärmexposition sowie mit vermehrt psychischen Belastungen (vermehrt emotionale Belastungen, erhöhtes Konfliktpotential) nicht mehr leistungsgerecht. Dies entnimmt der Senat den überzeugend begründeten Einschätzungen von Dr. Schn., Dr. E. und Dr. K.-Kr. ...

(3) Die bei der Klägerin als rentenrelevant zu berücksichtigen Gesundheitsstörungen führen jedoch nicht zu einem Absinken des tatsächlichen Restleistungsvermögens auf ein unter sechsstündiges Maß; sie ist weiterhin in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Der Senat stützt sich auch insoweit insbesondere auf die überzeugenden Einschätzungen von Dr. Schn., Dr. E. und Dr. K.-Kr. sowie – bezogen jeweils auf ihr Fachgebiet – Dr. W. und Dr. Br. ...

Die rheumatoide Arthritis ist, wie oben ausgeführt, bisher radiologisch nicht erosiv sowie klinisch, sonographisch und szintigrafisch nicht entzündlich aktiv. Eine von Dr. W. im November 2012 beschriebene zunehmende Entzündungsaktivität hat sich unter Therapie bis zum Abschluss des stationären Aufenthalts am 29. Januar 2013 wieder zurückgebildet. Die von Dr. W. im November 2013 beschriebene akute Arbeitsunfähigkeit im krankversicherungsrechtlichen Sinne hat somit nicht zu einer rentenrelevanten Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens für mehr als sechs Monate geführt. Relevante Funktionsbeeinträchtigungen sind angesichts der oben beschriebenen Beweglichkeiten der Gelenke, insbesondere der Finger- und Handgelenke nicht gegeben. Hierauf hat Dr. Schn. ausdrücklich hingewiesen. In

Übereinstimmung mit dessen Einschätzung hat auch Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2013 bestätigt, dass seitens der entzündlich-rheumatischen Erkrankung Schicht- oder Akkordarbeiten sowie solche in Kälte oder Zugluft nicht leistungsgerecht seien, eine Arbeit von sechs Stunden täglich aber möglich sei. Weder das – medikamentös eingestellte – metabolische Syndrom noch die monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz rechtfertigen eine zeitliche Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens. Dies entnimmt der Senat der überzeugenden Einschätzung von Dr. Schn. und von Dr. ... Eine leistungsmindernde Bedeutung der lediglich latenten Tuberkulose wird fachärztlich nicht beschrieben.

Auch unter Berücksichtigung der psychischen Gesundheitsstörungen unter Einschluss des Schmerzerlebens ist eine Einschränkung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht nicht gerechtfertigt. Der Senat folgt diesbezüglich insbesondere den gut begründeten Einschätzungen von Dr. E. und Dr. Schn. ... Letzterer hat anschaulich ausgeführt, dass die Klägerin bei seiner Untersuchung eine gute geistige Flexibilität aufwies. Kognitive Defizite relevanten Ausmaßes lagen nicht vor. Es zeigte sich keine Antriebsminderung oder gar eine psychomotorische Hemmung. Eine soziale Desintegration bestand nicht. Das Umstellungs- und Anpassungsvermögen war nicht beeinträchtigt. Die Untersuchungsbefunde – auch unter Berücksichtigung der Aktenlage – rechtfertigen nicht die Annahme einer Einschränkung des Durchhaltevermögens. Nachvollziehbare relevante Störungen des Zeitmanagements, der sozialen Kompetenzen und der Alltagskompetenzen lagen nicht vor. Bei dieser Einschätzung hat Dr. Schn. die mittlerweile aufgetretene Befundverbesserung berücksichtigt und gleichwohl die – gleichlautende – Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens durch Dr. E. ausdrücklich als zutreffend erachtet. Dies ist für den Senat im Hinblick auf die obenstehenden Ausführungen (vgl. (1) (a)) zur Schwere der psychischen Erkrankungen, den Auswirkungen auf das Alltagsleben und noch erkennbare Ressourcen zur Alltagsbewältigung überzeugend. Dies gilt in gleichem Maße für das Schmerzerleben der Klägerin, das sich in denselben Bereichen einschränkend niederschlagen müsste. Von einer weitergehenden Einschränkung des Leistungsvermögens vermag sich der Senat auch im Hinblick auf das bewusstseinsnahe Verdeutlichungsverhalten der Klägerin nicht zu überzeugen. Neben Dr. K.-Kr. und Dr. E. beschrieb auch Dr. Schn. den starken Eindruck, dass das laufende Rentenverfahren eine "symptomunterhaltende Komponente" hinsichtlich der Schmerzen habe. Ausdrücklich wird vermerkt, dass trotz angegebener Schmerzen bei langem Sitzen eine auffallende Sitzunruhe bei der Anamneseerhebung nicht vorlag. Die als nahezu unerträglich angegebenen Schmerzen standen in Diskrepanz zur tatsächlichen Motorik ohne wesentliche Schonhaltung. Bereits Dr. E. hatte von leidendem Stöhnen bei der körperlichen Untersuchung einerseits und geschickt ablaufenden differenzierten Bewegungen andererseits berichtet. Dr. K.-Kr. beschrieb trotz der angegeben heftigen Schmerzen ein zügiges Überkopfauskleiden und Herabbeugen, um ein heruntergefallenes Taschentuch aufzuheben. Für den Senat überzeugend bestätigt Dr. Schn. daher, dass ein Summationseffekt der Beschwerden durch Leiden verschiedener Fachgebiete untereinander in einem Ausmaß, dass das zeitliche Leistungsvermögen eingeschränkt wäre, nicht vorliegt.

Der abweichenden Auffassung von Dr. Ja., Dr. Kö., Dr. Hu., M.D. S. und – insoweit – Dr. W. vermag der Senat nicht zu folgen. Die von Dr. Ja. angenommene Schwere der psychischen Erkrankung einschließlich des Schmerzerlebens ist aus den bereits oben genannten Gründen nicht nachvollziehbar. Des Weiteren erlaubt die Behandlungsbedürftigkeit einer Gesundheitsstörung – also der Verweis auf die medikamentöse Behandlung – nicht per se Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit. Eine eingehende Exploration nahm Dr. Ja. nach dem Inhalt seines Gutachtens nicht vor. Vielmehr verwies er auf "sprachliche Barrieren", nachdem trotz gerichtlicher Genehmigung ein Dolmetscher offenbar nicht hinzugezogen worden war. Die mit diesen Einschränkungen erhobenen Angaben der Klägerin und deren bei der Begutachtung anwesender Tochter legte der Sachverständige ohne adäquate Konsistenzprüfung zugrunde. Hierauf hatte bereits Dr. Ed. zu Recht hingewiesen. Dr. Ja. selbst gab ausdrücklich an, eine Aggravation ließe sich nicht ausschließen. Erkennbare Konsequenzen hat er hieraus aber nicht gezogen. Dies gilt erst recht für die Beurteilung der Schwere der nicht objektiv messbaren Schmerzen. Auswirkungen insbesondere auf die Durchhalte-, Konzentrations-, Einstellungs- und Umstellungsfähigkeit, die Funktionsbeeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensgestaltung wurden weder erhoben noch einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung unterzogen, verbleibende Ressourcen nicht diskutiert. Gleichwohl stützte Dr. Ja. seine Leistungsbeurteilung ausdrücklich überwiegend auf die "Depression und die Somatisierung". Die Verwendung des krankensicherungsrechtlichen Begriffes der "Arbeitsunfähigkeit" deutet darüber hinaus darauf hin, dass Dr. Ja. die maßgeblichen Kriterien der hier relevanten Leistungsfähigkeit im Sinne der rentenversicherungsrechtlichen Erwerbsminderung nicht berücksichtigt hat. Dessen Gutachten und das von ihm beschriebene Leistungsvermögen sind daher nicht plausibel und vermögen weder den Senat zu überzeugen noch Zweifel an der Leistungsbeurteilung von Dr. E. und Dr. Schn. zu wecken.

Die Leistungsbeurteilungen von Dr. Kö., Dr. Hu., M.D. S. und – insoweit – Dr. W. beruhen zunächst auf einer aus den genannten Gründen nicht festzustellenden Schwere der psychischen Gesundheitsstörungen und des Schmerzerlebens. Des Weiteren lag ihnen – im Rahmen des Arzt-Patientenverhältnisses nachvollziehbar – keine erkennbare umfassende Konsistenzprüfung zugrunde.

(4) Ob der Klägerin ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Maßgebend ist, ob die Klägerin mit dem ihr verbliebenen Restleistungsvermögen – wenn auch mit qualitativen Einschränkungen – in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, sie also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 19. Oktober 2010 – [B 13 R 78/09 R](#) – juris, Rn. 31). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

(5) Eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegen nicht vor. In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsständigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten (siehe – auch zum Folgenden – etwa Urteil des Senats vom 21. November 2014 – [L 4 R 4797/13](#) – nicht veröffentlicht). Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten.

Dies ist hier nicht der Fall. Die qualitativen Leistungseinschränkungen der Klägerin (siehe oben) sind nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Darin ist weder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen zu sehen. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können – unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände – beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 – [B 5 R 68/11 R](#) – juris, Rn. 28 m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen ist hier gegeben.

(6) Auch die Wegefähigkeit der Klägerin war und ist gegeben. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle in zumutbarer Zeit aufsuchen zu können. Das BSG hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 Metern zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (zum Ganzen z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 – [13/5 RJ 73/90](#) – juris, Rn. 16 ff.; Urteil vom 12. Dezember 2011 – [B 13 R 21/10 R](#) – juris, Rn. 21 f.; Urteil vom 12. Dezember 2011 – [B 13 R 79/11 R](#) – juris, Rn. 19 f.). Die Klägerin ist in der Lage, eine Gehstrecke von 500 Metern viermal in weniger als 20 Minuten täglich zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Die abweichende Auffassung von Dr. Ja. ist nicht nachvollziehbar. Zur Begründung stützte er sich maßgeblich auf die – ohne Konsistenzprüfung – übernommenen Angaben der Klägerin und ihrer Tochter. Eine eigene Untersuchung diesbezüglich führte er nicht durch. Dies bestätigte er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. September 2014 ausdrücklich. Angaben zum Gangbild fehlen im Gutachten vollständig. Weder im Rahmen der Untersuchung noch beim Betreten oder Verlassen des Untersuchungsraumes wurden Beobachtungen des Gangbildes vermerkt. Die nicht befundgestützte Einschätzung ist nicht überzeugend. Dr. Schn. und Dr. E. haben hingegen überzeugend eine Wegefähigkeit bejaht.

(7) Aus der Anerkennung eines Grades der Behinderung von 50 folgt ebenfalls nicht, dass die Klägerin erwerbsgemindert wäre. Zwischen der Schwerbehinderung nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und der Erwerbsminderung nach dem SGB VI besteht keine Wechselwirkung, da die gesetzlichen Voraussetzungen unterschiedlich sind (BSG, Beschluss vom 8. August 2001 – [B 9 SB 5/01 B](#) – juris, Rn. 5; BSG, Beschluss vom 9. Dezember 1987 – [5b BJ 156/87](#) – juris, Rn. 3).

(8) Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach [§ 240 SGB VI](#). Die Klägerin genießt keinen Berufsschutz. Einen Beruf hat sie nicht erlernt. Sie war durchweg in ungelernten Beschäftigungen tätig. Abweichendes hat sie selbst nicht behauptet. Sie kann daher sozial zumutbar auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden. Für diesen besteht – wie dargelegt – ein mindestens sechsstündiges Leistungsvermögen.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-11-13