

L 10 R 3629/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 4045/11
Datum
19.07.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 3629/13
Datum
17.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.07.2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung streitig.

Die am 1964 geborene Klägerin erlernte keinen Beruf. Nach Tätigkeiten u.a. als Kunststoff- und Metallverarbeiterin sowie Maschinenführerin war die Klägerin zuletzt ab Juni 2003 als Laborgehilfin in einem Fotolabor tätig, zunächst in Vollzeit und seit 2008 im Umfang von sechs Stunden täglich. Ab November 2009 war die Klägerin zunächst wegen einer gynäkologischen Operation (Hysterektomie) und nachfolgend wegen eines chronischen Schmerzsyndroms arbeitsunfähig. Das Arbeitsverhältnis endete im August 2011 gegen Zahlung einer Abfindung. Von September 2011 bis August 2014 war die Klägerin im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses montags und mittwochs je zwei Stunden (Kinderbetreuung nach dem Kindergarten) und von August 2012 bis Mai 2014 jeweils mittwochs und freitags weitere zwei Stunden (leichte Büroarbeiten) tätig sowie nachfolgend erneut von Februar bis Juni 2015, wiederum mittwochs und freitags jeweils zwei Stunden (leichte Büroarbeiten).

Im Jahr 2005 wurde bei der Klägerin eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert. Die Klägerin wurde deshalb im September 2006 im Rahmen einer stationären Rehabilitation in der F. Bad B. behandelt, aus der sie mit einem Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten entlassen wurde, sowie darüber hinaus im Mai/Juni 2008 stationär im R. B ... Im November 2009 wurde von gynäkologischer Seite eine Hysterektomie durchgeführt. Bei der von der Klägerin postoperativ beklagten schlechten Gesamtverfassung sah der behandelnde Rheumatologe und Arzt für Innere Medizin Dr. S. eine deutliche somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund (vgl. Arztbrief vom 30.01.2010, Bl. 83 VerwA). Entsprechend seiner Empfehlung wurde die Klägerin nachfolgend im Mai/Juni 2010 stationär in der A. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie B. unter den Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und rheumatoide Arthritis behandelt, wobei es zu einer Besserung der Symptomatik kam (vgl. Entlassungsbericht vom 25.06.2010, Bl. 123/133 VerwA). Schließlich wurde die Klägerin vom 11.10. bis 08.11.2010 im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik G. behandelt (Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, zuletzt mittelgradige Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, rheumatoide Arthritis, obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, mit CPAP-Gerät versorgt), wobei die depressive Symptomatik am Ende der Behandlung deutlich remittiert war. Im Entlassungsbericht (vgl. Reha-Akte, unblattiert) ist weiter ausgeführt, dass die Klägerin Angeboten zur Reintegration an ihren bereits leistungsgerecht gestalteten Arbeitsplatz nicht zugänglich gewesen sei. Sie habe klar ihre Wünsche nach einer Erwerbsminderungsrente deutlich gemacht. Sie sei der Auffassung gewesen, dass sie selbst diese leichte Tätigkeit dauerhaft nicht würde verrichten können. Die behandelnden Ärzte gingen sodann sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes von einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich aus. Zu vermeiden seien Nachtschicht, erhöhte Anforderungen an das Umsetzungs-, Anpassungs- und Konzentrationsvermögen, Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Überkopfarbeiten sowie erhöhte Anforderungen an die Gebrauchsfähigkeit der Hände. Darüber hinaus sollten die Tätigkeiten überwiegend im Sitzen ausgeübt werden können.

Am 21.12.2010 beantragte die Klägerin die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung, worauf die Beklagte gutachtliche

Untersuchungen durch den Internisten Dr. C. und die Ärztin für Nervenheilkunde B. veranlasste, die die Klägerin im Januar 2011 untersuchten. Die Nervenärztin B. beschrieb eine rezidivierende depressive Störung, derzeit weitgehend remittiert, sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren und hielt die Ausübung mittelschwerer Tätigkeiten ohne Nachtschicht und ohne übermäßigen Zeitdruck sechs Stunden und mehr für möglich. Die Einschätzung im Entlassungsbericht der Klinik G. erachtete sie in Bezug auf das nervenärztliche Fachgebiet nicht für nachvollziehbar, da schon damals ein im Wesentlichen unauffälliger psychischer Befund beschrieben worden sei, weshalb sich aus psychischen Beschwerden schon seinerzeit keine Leistungsminderung habe ableiten lassen. Dr. C. diagnostizierte darüber hinaus eine seropositive rheumatoide Arthritis mit derzeit nur geringer entzündlicher Aktivität, ein chronisches Schlafapnoesyndrom und einen toxischen Leberschaden durch Methotrexat und erachtete die Klägerin angesichts des relativ blanden somatischen Befundes und der remittierten Depression für in der Lage, leichte Tätigkeiten, wie bspw. Büroarbeit, regelmäßig sechs Stunden und mehr zu verrichten. Zu vermeiden seien Nässe- und Kälteexposition, motorische Erschwernisse, wie bspw. der Umgang mit vibrierenden oder rüttelnden Werkzeugen, häufiges schweres Heben und Tragen, Überkopfarbeiten sowie Stemmen. Auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fotolaborgehilfin sei sechs Stunden und mehr zumutbar. Der Beurteilung im Entlassungsbericht der Klinik G. könne nicht gefolgt werden. Die von dortiger Seite schon beschriebenen Verdeutlichungstendenzen seien auch anlässlich seiner Untersuchung aufgefallen. Mit Bescheid vom 08.02.2011 und Widerspruchsbescheid vom 27.06.2011 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin sodann ab.

Am 26.07.2011 hat die Klägerin dagegen beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, nicht mehr über ein zumindest sechsstündiges Leistungsvermögen zu verfügen. Sie leide an wiederkehrenden heftigen Rheumaschüben, die trotz starker Medikamente nicht kontrolliert behandelt werden könnten, an den erheblichen Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente und massiven psychischen Problemen.

Das SG hat die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Der Arzt für Innere Medizin/Pneumologie, Schlafmedizin Dr. R. hat über eine eher leichtere Schlafapnoe (behandelt mit nächtlicher Maskenbeatmung) sowie ein Asthma (unter Therapie gut eingestellt) berichtet und aus pneumologischer Sicht leichte körperliche Tätigkeiten sechs Stunden täglich für möglich erachtet. Zu vermeiden seien Schicht-, Nacht- und Akkordarbeit sowie eine Exposition gegen bronchienreizende Dämpfe oder Stoffe. Der Arzt für Allgemeinmedizin R. , hat von Vorstellungen der Klägerin wegen Gelenk- und Gliederschmerzen berichtet und die Klägerin nicht mehr für in der Lage erachtet, sechs Stunden täglich zu arbeiten. Dr. S. hat von einer seit Dezember 2010 unverändert bestehenden Beschwerdesituation (generalisierte Muskelbeschwerden und gelenkbezogenen Beschwerden ohne Einschränkung im Bewegungsablauf, keine deutlichen gelenkbezogenen Schwellungen wie bei einer klassischen Arthritis, keine hohen Entzündungsreaktionen) berichtet, ist von einer hochgradigen somatoformen Schmerzstörung ausgegangen und hat das maßgebliche Leiden auf psychosomatischem Fachgebiet gesehen. Er hat die Ausübung einer Tätigkeit im Umfang von drei bis sechs Stunden täglich für möglich erachtet, sofern ein Wechsel in der Körperhaltung erfolgen kann und eine starke körperliche Belastung des Bewegungsapparates und der Wirbelsäule vermieden wird. Die Dipl.-Psych. M. hat im Februar 2012 von einer psychotherapeutischen Behandlung seit Juli 2009 mit derzeit 14-tägigen Sitzungen berichtet. Behandelt werde eine mittelgradige depressive Episode mit diversen Somatisierungen. Seit Mitte 2011 seien leichte Verbesserungen der depressiven Beschwerden im Sinne von symptomärmeren Episoden sowie eine verbesserte Schmerz- und Krankheitsverarbeitung zu verzeichnen. Eine Berufstätigkeit im Umfang von sechs Stunden täglich hat sie nicht für möglich erachtet. Das SG hat sodann ein Gutachten bei Prof. Dr. E. , Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter der Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum F. , eingeholt, der die Klägerin im April 2012 untersucht hat. Der Sachverständige hat eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelschwere Episode, beschrieben. Dies stehe einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit bei Vermeidung von Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeit, mittelschweren Tätigkeiten geistiger Art, vermehrtem Publikumsverkehr und besonderer nervlicher Beanspruchung nicht entgegen. Entsprechende Tätigkeiten könnten unter Therapie dauerhaft noch wenigstens sechs Stunden täglich ausgeführt werden. Bei medikamentöser Therapie sei in weniger als einem halben Jahr mit einer Besserung zu rechnen. Die rheumatische Erkrankung und die damit zusammenhängenden Schmerzsymptome seien dabei nicht berücksichtigt. Das SG hat daraufhin das Gutachten des Prof. Dr. V. , Ärztlicher Direktor der Abteilung Rheumatologie und klinische Immunologie im Universitätsklinikum F. , auf Grund Untersuchung der Klägerin im September 2012 eingeholt. Der Sachverständige hat eine seropositive rheumatoide Arthritis (mäßige Krankheitsaktivität), eine Osteoporose, eine beginnende sekundäre Fibromyalgie (übermäßige Schmerzwarnnehmung), eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, ein allergisches Asthma, eine Hepatopathie, eine Struma diffusa und nodosa, eine Psoriasis vulgaris im Bereich des Kopfes sowie eine leichtgradige Allergie auf Hausstaub und Gräser beschrieben. Leichte berufliche Tätigkeiten hat der Sachverständige drei bis weniger als sechs Stunden täglich für möglich erachtet. Zu vermeiden seien andauernde einseitige und überwiegend stehende Tätigkeiten, Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und an laufenden Maschinen, Akkord-, Schicht- und Nachtarbeit, Arbeit in Kälte, Nässe, im Freien, unter Wärmeeinfluss, unter Einwirkung von Staub, Gasen, Dämpfen oder anderen das Bronchialsystem reizenden Einflüssen, ohne starke Beanspruchung des Gehörs, des Sehvermögens und ohne Exposition gegenüber Lärm, ohne Tätigkeiten mit hohem Stressfaktor oder anderer größerer nervlicher Belastung sowie Arbeiten unter ausgeprägtem Zeitdruck. Die Tätigkeiten dürften im Übrigen nur eine geringe manuelle Geschicklichkeit erfordern; außerdem benötige die Klägerin mehr Zeit und mehr Raum für Pausen. Angesichts der nun geplanten modernen biologischen Therapie sei mit einer Besserung der gelenkbezogenen Beschwerden innerhalb von drei bis sechs Monaten zu rechnen. Bei zusätzlicher multimodaler Behandlung, einschließlich u.a. niedrig dosierter Antidepressiva, des Fibromyalgie-Syndroms sei mit einer Besserung der Gesamtsituation innerhalb von sechs bis 24 Monaten zu rechnen. Hierzu hat die Beklagte die sozialmedizinischen Stellungnahmen des Dr. L. vom 12.02.2013 vorgelegt, der die Leistungseinschätzung der Sachverständigen nicht für überzeugend erachtet hat. Auf Veranlassung des SG hat sich sodann Prof. Dr. E. ergänzend geäußert und die Leistungsfähigkeit der Klägerin unter Berücksichtigung des rheumatologischen Gutachtens mit drei bis unter sechs Stunden täglich eingeschätzt. Aus psychiatrischer Sicht ist er weiterhin von einer Besserungsfähigkeit in weniger als einem halben Jahr ausgegangen und aus internistischer Sicht hat er einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten angenommen. Hiergegen hat sich die Beklagte unter Vorlage der weiteren sozialmedizinischen Stellungnahmen des Dr. L. vom 17.04.2013 gewandt.

Mit Urteil vom 19.07.2013 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide antragsgemäß verurteilt, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 01.12.2010 bis 30.11.2014 zu gewähren. Es hat sich dabei auf das Gutachten des Prof. Dr. V. gestützt, dessen Einschätzung von dem Sachverständigen Prof. Dr. E. im Rahmen einer Gesamtschau aller Leiden bestätigt worden sei. Vor dem Hintergrund, dass Prof. Dr. V. bei einer Umstellung der Therapie innerhalb von sechs bis 24 Monaten mit einer Besserung im Leistungsvermögen gerechnet hat, ist das SG ausgehend vom Eintritt des Versicherungsfalles mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im November 2009 und des im Dezember 2010 gestellten Rentenanspruchs von einem Rentenanspruch für den Zeitraum vom 01.12.2010 bis zum 30.11.2014 ausgegangen.

Gegen das der Beklagten am 19.08.2013 zugestellte Urteil hat diese am 23.08.2013 Berufung eingelegt und unter Hinweis auf die im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten sozialmedizinischen Stellungnahmen geltend gemacht, die Klägerin könne leichte berufliche Tätigkeiten unter betriebsüblichen Bedingungen noch zumindest sechs Stunden täglich verrichten. Auch Prof. Dr. E. sei bei adäquater Therapie der depressiven Störung auf seinem Fachgebiet nicht von einem quantitativ geminderten Leistungsvermögen ausgegangen. Die Notwendigkeit betriebsunüblicher Pausen ergebe sich im Übrigen nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.07.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Klägerin, die am 22.10.2014 Anschlussberufung eingelegt hat, beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.07.2013 abzuändern und ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 30.11.2014 hinaus bis 31.10.2017 zu gewähren sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend, wobei die Erwerbsminderungsrente über den 30.11.2014 hinaus weiter zu gewähren sei. Sie hat zahlreiche medizinische Unterlagen, insbesondere im Hinblick auf das im August 2014 diagnostizierte Adenokarzinom vorgelegt.

Der Senat hat den Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie Dr. T. sowie den Facharzt für Allgemeinmedizin R. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. T., Praxisnachfolger des Dr. S., hat von zwischenzeitlich erfolgten medikamentösen Anpassungen mit sog. Biologika berichtet, wobei sich insgesamt keine wirkliche Besserung gezeigt habe. Auf Grund der ausgeprägten Schmerzproblematik und Steifigkeit hat er eine zumindest sechsstündige berufliche Tätigkeit nicht für möglich erachtet. Arbeiten ohne monotone Tätigkeiten, langes Stehen, langes Sitzen und Schichtdienst mit der Möglichkeit von Pausen hat er drei bis unter sechs Stunden täglich für zumutbar erachtet. Der Facharzt für Allgemeinmedizin R. hat von einer seit seiner Auskunft gegenüber dem SG im Wesentlichen gleichbleibenden Beschwerdesituation mit Gelenksbeschwerden, Müdigkeit, Abgeschlagenheit und geringer Belastbarkeit berichtet. Der Senat hat sodann das Gutachten des Dr. S., Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, auf Grund Untersuchung der Klägerin im Juni 2015, eingeholt. Der Sachverständige hat eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine seropositive rheumatoide Arthritis und einen Z.n. Darmkrebsoperation 8/2014 mit Teilentfernung der Leber und Teilresektion der Lunge beschrieben und die Klägerin für in der Lage erachtet, drei bis unter sechs Stunden täglich einer regelmäßigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Zu vermeiden seien aus psychiatrischer Sicht Akkord- und Fließbandarbeiten, Arbeiten in Wechselschicht sowie Arbeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung und besonderer Verantwortung; aus orthopädische-rheumatologischer Sicht kämen nur leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen ohne Zwangshaltung in Betracht. Eine darüber hinausgehende Tätigkeit sei mit einer Gefahr für die Gesundheit und dem wahrscheinlichen Auftreten erneuter depressiver Krankheitsphasen verbunden. Bei der Konstellation aus zwei psychischen Störungen und einer chronischen körperlichen Erkrankung sei auch bei einer Intensivierung der Behandlung nicht zu erwarten, dass es in einem überschaubaren Zeitraum von sechs Monaten gelinge, eine solche Stabilität zu erreichen, dass es trotz der Belastungen des Arbeitsalltags nicht vergleichsweise schnell wieder zu einer Verschlechterung komme.

Die Beklagte ist dieser Einschätzung unter Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahme des Dr. S. vom 21.08.2015 entgegengetreten, der auf Grund der von Dr. S. erhobenen Befunde eine quantitative Leistungsminderung nicht für nachgewiesen erachtet hat. Hierzu hat der Senat eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen eingeholt, der ausgeführt hat, dass er das Leistungsvermögen der Klägerin nicht anlässlich seiner Untersuchung für quantitativ gemindert erachtet habe, er vielmehr deshalb ein Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden täglich angenommen habe, weil er es für wahrscheinlich halte, dass sich die bei der Klägerin bestehende psychische Störung bei Ausübung einer mindestens sechsstündigen Tätigkeit selbst bei Intensivierung der ambulanten Behandlung erneut verschlechtere, weshalb die Ausübung einer entsprechenden Tätigkeit mit einer Gefahr für die Gesundheit bzw. den jetzt erreichten Zustand verbunden wäre. Die Beklagte hat unter Vorlage der weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme des Dr. S. an der zuvor vertretenen Auffassung festgehalten. Der Senat hat zuletzt den Entlassungsbericht des O. Klinikums L.-E., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, über die stationäre Behandlung der Klägerin vom 12.04. bis 24.05.2016 (Fachgebietsdiagnosen: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) zu dem Verfahren beigezogen. Hierzu sowie zu den vorgelegten weiteren medizinischen Unterlagen hat die Beklagte die neuerliche sozialmedizinische Stellungnahme des Dr. S. vorgelegt.

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](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten ist zulässig und auch begründet. Die Anschlussberufung der Klägerin ist demgegenüber unbegründet.

Das SG hätte die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 08.02.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.06.2011 nicht verurteilen dürfen, der Klägerin ausgehend von einem im November 2009 eingetretenen Versicherungsfall Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01.12.2010 bis 30.11.2014 zu gewähren. Denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin ist im Sinne der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, weshalb ihr Rente wegen voller Erwerbsminderung weder aus gesundheitlichen Gründen noch wegen Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes zusteht.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung ist [§ 43 Abs. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - voll erwerbsgemindert sind. 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 BSG (Großer Senat, Beschluss vom 10.12.1976, u.a. [GS 2/75](#) in SozR 2200 § 1246 Nr. 13) bei regelmäßig bejahter Verschlussenheit des Arbeitsmarktes auch dann, wenn eine zeitliche Leistungseinschränkung von drei bis unter sechs Stunden vorliegt. Nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) ist aber 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.

Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin nicht. Der Senat sieht keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass das Leistungsvermögen der Klägerin auf ein rentenberechtigendes Ausmaß herabgesunken ist, sie mithin jedenfalls seit Rentenantragstellung im Dezember 2010 nicht mehr in der Lage ist, selbst bei Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen einer beruflichen Tätigkeit im Umfang von zumindest sechs Stunden täglich nachzugehen. Der Senat geht vielmehr davon aus, dass die Klägerin trotz der bei ihr bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen leichte Tätigkeiten bei Beachtung qualitativer Einschränkungen noch wenigstens sechs Stunden täglich zumutbar verrichten kann, weshalb Erwerbsminderung im Sinne der genannten Regelung zu verneinen ist. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Tätigkeiten einen Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen ermöglichen, keine Zwangshaltungen erfordern und ohne andauernd einseitige Körperhaltung und nicht überwiegend im Stehen ausgeübt werden. Zu vermeiden sind darüber hinaus Überkopparbeiten, Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und an laufenden Maschinen, Arbeiten unter Nässe- und Kälteexposition, unter Einwirkung von Staub, Gasen, Dämpfen oder anderen das Bronchialsystem reizenden Einflüssen sowie solche, die eine besondere manuelle Geschicklichkeit erfordern oder mit motorischen Erschwernissen, wie bspw. Stemmen oder beim Umgang mit vibrierenden oder rüttelnden Werkzeugen, verbunden sind. Schließlich sind von psychiatrischer Seite Tätigkeiten mit besonderer nervlicher Beanspruchung (insbes. Akkord- und Fließbandarbeiten, Arbeiten in Wechsel und Nachtschicht, Arbeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung und besonderer Verantwortung, vermehrtem Publikumsverkehr, erhöhte Anforderungen an das Umsetzungs-, Anpassungs- und Konzentrationsvermögen) nicht mehr leidensgerecht.

Die Klägerin ist in ihrem beruflichen Leistungsvermögen in erster Linie durch Erkrankungen von internistisch-rheumatologischer Seite und von Seiten des psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachgebietes eingeschränkt. Von maßgeblicher Bedeutung sind dabei eine erstmals im Jahr 2005 diagnostizierte seropositive rheumatoide Arthritis, eine rezidivierende depressive Störung sowie eine somatoforme Schmerzstörung.

Soweit die Klägerin über eine stark ausgeprägte Schmerzsituation im Bereich der Gelenke der oberen Extremitäten klagt, ist diese nicht maßgeblich durch die rheumatoide Arthritis bedingt. Denn diese zeigt eine im Wesentlichen nur geringe Entzündungsaktivität, worauf schon der im Verwaltungsverfahren von der Beklagten hinzugezogene Gutachter Dr. C. nach Auswertung der von dem behandelnden Rheumatologen Dr. S. beigezogenen medizinischen Unterlagen hinwies. Derartige Befunde zeigten sich auch anlässlich der im Januar 2011 erfolgten Untersuchung des Dr. C., der entsprechende Messwerte erhob und auch in der klinischen Untersuchung keine entzündlichen Gelenkschwellungen oder eine Überwärmung fand. Auch der behandelnde Rheumatologe Dr. S. hat in seiner dem SG erteilten Auskunft darauf hingewiesen, dass er bei der Klägerin deutliche gelenkbezogene Schwellungen, wie sie bei der klassischen Arthritis zu finden sind, nicht objektiviert hat. Daher ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass Dr. S. die beklagte ausgeprägte Schmerzsituation nicht der rheumatoiden Arthritis zuordnete, sondern von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen ist. Entsprechend empfahl er auch schon Anfang 2010 eine stationäre psychosomatische Behandlung, die schließlich im Mai/Juni 2010 in der A. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in B. durchgeführt wurde. Dabei bestätigte sich der Verdacht des Dr. S., nachdem die behandelnden Ärzte über die rheumatoide Arthritis hinaus - neben der zusätzlich noch behandelten mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung - eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostizierten. Auch bei der nachfolgend im Oktober/November 2010 durchgeführten stationären Rehabilitation in der Klinik G. stand neben einer rezidivierenden depressiven Störung die Behandlung einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Vordergrund, wobei auch die behandelnden Ärzte der Klinik G. das ausgeprägte Schmerzsyndrom nicht im Zusammenhang mit der rheumatoiden Arthritis sahen. Denn im Entlassungsbericht führten sie insoweit aus, dass die Schmerzsymptomatik, die durch psychische Anspannung verstärkt werde, nicht in Relation zu den somatisch fassbaren Veränderungen stehe. Soweit der vom SG mit einer internistisch-rheumatologischen Begutachtung beauftragte Sachverständige Prof. Dr. V. anlässlich seiner Untersuchung im September 2012 bei im Übrigen unauffälligen und frei beweglichen Gelenken im Bereich der Handgelenke eine Überwärmung und Schwellung sowie in den Fingergrund- und -mittelgelenken leichte bis geringe Schwellungen, rechts mehr als links, beschrieben hat und von einer mäßig aktiven Erkrankung ausgegangen ist, ergibt sich hieraus nichts abweichendes. Denn nach den Ausführungen des Sachverständigen - hierauf hat Dr. L. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 12.02.2013 ausdrücklich hingewiesen - fand zum Zeitpunkt der Untersuchung keine antirheumatische Langzeittherapie statt, weshalb Prof. Dr. V. auch auf die bestehenden Therapieoptionen hinwies und die Möglichkeit der Optimierung der Therapie. Dass die rheumatoide Arthritis auch nachfolgend keine höhergradig entzündliche Aktivität gezeigt hat, die Symptomatik sich vielmehr wiederum gebessert hat, lässt sich dem Entlassungsbericht des A. R. B. vom 05.10.2013 (vgl. Bl. 28/33 LSG-Akte) über die stationäre Behandlung im September/Okttober 2013 entnehmen, in dem dokumentiert ist, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme der Klägerin an keinem der Gelenke eine Schwellung nachweisbar gewesen ist, auch nicht arthrosonographisch. Nachdem Dr. T., Praxisnachfolger des Dr. S., in seiner dem Senat erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge schließlich von einem seit Mai 2012 im Wesentlichen unveränderten Befund berichtet hat, findet sich auch nachfolgend keine Verschlechterung im Hinblick auf das rheumatisch entzündliche Geschehen. Hierauf hat Dr. S. in seinen sozialmedizinischen Stellungnahmen vom 08.05.2014 und 24.08.2016 in Auswertung der zu den Akten gelangten Unterlagen zutreffend hingewiesen.

Soweit Prof. Dr. V., der vom SG als Sachverständiger zur Beurteilung der rheumatoiden Arthritis hinzugezogen worden ist, das Leistungsvermögen der Klägerin mit weniger als sechs Stunden täglich eingeschätzt hat, beruht dies - wie seinen Ausführungen zu entnehmen ist - ersichtlich nicht auf der rheumatoiden Arthritis. Zu dieser Einschätzung ist er vielmehr "in Zusammenschau der vielfältigen Beeinträchtigungen des Gesundheitssystems auf physischer sowie psychischer Seite" gelangt, wobei er insbesondere das im Rahmen der rheumatischen Grunderkrankung aufgetretene Fibromyalgie-Syndrom aufgeführt hat, das er als mäßiggradiges sekundäres Fibromyalgie-Syndrom bezeichnet hat. Charakterisiert hat er dies als "übermäßige Schmerzwahrnehmung", was aufzeigt, dass er das von der Klägerin beklagte ausgeprägte Schmerzsyndrom ebenso wenig wie Dr. S. und die behandelnden Ärzte der A. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie und der Klinik G. der rheumatoiden Arthritis zuordnet, sondern insoweit von einem eigenständigen Krankheitsbild ausgeht. Soweit er die beklagte Schmerzsymptomatik daher im Rahmen der Diagnose einer beginnenden sekundären Fibromyalgie bewertet, entspricht dies der von psychosomatischer Seite gestellten Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung - so Dr. S. und Dr. S. - bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wovon die behandelnden Ärzte der genannten Kliniken ausgingen. Der Senat kann insoweit dahingestellt sein lassen, welcher genauen Diagnose die von der Klägerin beklagte und nicht auf

somatische Ursachen zurückzuführende Schmerzsituation zuzuordnen ist. Denn im Rahmen der vorzunehmenden Leistungsbeurteilung ist weniger die korrekte diagnostische Zuordnung einer Erkrankung von Bedeutung, als vielmehr die hieraus resultierenden funktionellen Einschränkungen.

Davon dass diese Schmerzstörung die Klägerin jedenfalls seit Rentenantragstellung quantitativ in ihrem beruflichen Leistungsvermögen einschränkt, vermag sich der Senat nicht zu überzeugen. Der Sachverständige Prof. Dr. E. hat schon keine somatoforme Schmerzstörung bzw. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert und die verstärkte Schmerzwahrnehmung vielmehr dem depressiven Syndrom zugeschrieben. Der Sachverständige Prof. Dr. V. hat das von ihm beschriebene Fibromyalgie-Syndrom nicht als schwer angesehen, sondern nur als mäßiggradig bezeichnet, weshalb wiederum seine Leistungsbeurteilung nicht zu überzeugen vermag. Denn aus einer rheumatoiden Arthritis ohne höhergradige Entzündungsaktivität und einem mäßiggradigen Fibromyalgie-Syndrom lässt sich keine rentenbegründende Leistungsminderung herleiten. Zu Recht hat Dr. L. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 12.02.2013 insoweit darauf hingewiesen, dass die Leistungsbeurteilung des Sachverständigen bei im Wesentlichen unauffälligem internistischen Organbefund und angesichts der insgesamt nur leichtgradigen Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates nicht überzeugt, zumal die Medikamenteneinnahme hat erkennen lassen, dass seit Juni 2010 sowohl auf eine wirksame antirheumatische Langzeittherapie als auch auf die im damaligen Heilverfahren als wirksam erprobte und deshalb empfohlene antidepressive Therapie verzichtet worden war. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch mit dem wenig konkreten Beschwerdevorbringen der Klägerin - so zutreffend Dr. L. - eine quantitative Leistungsminderung nicht überzeugend begründen, insbesondere ist nicht nachvollziehbar, weshalb das Durchhaltevermögen gerade auch im Rahmen einer leidensgerechten Tätigkeit eingeschränkt und daher keine zumindest sechsstündige Tätigkeit mehr zumutbar sein soll und darüber hinaus sogar noch zusätzliche Pausen erforderlich sein sollen. Hiervon ist auch keiner der am Verfahren beteiligten Gutachter bzw. Sachverständigen ausgegangen, die mit der Schmerzstörung von nervenärztlicher Seite befasst waren, weder die im Verwaltungsverfahren von der Beklagten hinzugezogene Ärztin für Nervenheilkunde B. noch Prof. Dr. E. und auch nicht der im Berufungsverfahren vom Senat mit einer Begutachtung beauftragte Sachverständige Dr. S., der die von ihm angenommene Leistungsminderung (hierzu noch nachfolgend) allein mit der depressiven Erkrankung begründet hat. Offenbar geht Prof. Dr. V. davon aus, dass das Fibromyalgie-Syndrom als solches bereits zu einer rentenrelevanten Leistungsminderung führt. Denn dies erklärt, weshalb er eine vollschichtige Leistungsfähigkeit dann wieder für möglich hält, wenn es gelingt, die Entzündungsaktivität der rheumatoiden Arthritis weitgehend zu unterdrücken (diese weist bereits eine nur mäßige Krankheitsaktivität auf), weil sich auch dadurch das Fibromyalgie-Syndrom bessere. Aus einer solchen Diagnose allein lässt sich aber keine rentenrelevante Leistungsminderung ableiten.

Soweit Prof. Dr. V. qualitative Einschränkungen in Bezug auf das Hör- und Sehvermögen angenommen hat, erschließt sich deren Notwendigkeit nicht. Der Sachverständige hat insoweit keine auffälligen Befunde erhoben auch keine Begründung gegeben.

Nach alledem vermag sich der Senat der Auffassung des SG nicht anzuschließen, das gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. V. von einer bereits im November 2009 eingetretenen rentenrelevanten Leistungsminderung ausgegangen ist.

Ein Rentenanspruch lässt sich auch nicht auf das Gutachten des Prof. Dr. E. und die von ihm diagnostizierte rezidivierende depressive Störung stützen. Denn Prof. Dr. E. hat gerade keine rentenrelevante Leistungsminderung angenommen, sondern vielmehr ausgeführt, dass die Klägerin unter medikamentöser Therapie innerhalb eines Zeitraums von weniger als sechs Monaten in der Lage sei, leichte Tätigkeiten im Umfang von sechs Stunden täglich zu verrichten. Demgegenüber muss die durch eine psychische Störung bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit voraussichtlich auf längere Dauer, d.h. für länger als sechs Monate vorliegen. Denn seelisch bedingte Störungen scheiden für die Begründung einer Erwerbsminderung aus, die der Betroffene bei der ihm zuzumutenden Willensanspannung aus eigener Kraft oder unter ärztlicher Mithilfe (BSG, Urteil vom 21.10.1969, [11 RA 219/66](#) in SozR Nr. 76 zu § 1246 RVO) sogleich oder innerhalb eines halben Jahres überwinden kann (BSG, Urteil vom 01.07.1964, [11/1 RA 158/61](#) in SozR Nr. 39 zu § 1246 RVO), wobei ein strenger Maßstab anzulegen ist (BSG a.a.O.). Damit kann auch ausgehend von der Auffassung des Prof. Dr. E. nicht von einer einen Rentenanspruch begründenden Leistungsminderung ausgegangen werden.

Soweit Prof. Dr. E. das Leistungsvermögen der Klägerin in seiner ergänzenden Stellungnahme in Abweichung von seinem Gutachten lediglich noch mit drei bis unter sechs Stunden täglich eingeschätzt und für die mögliche Besserung einen Zeitraum von sechs Monaten bis zwölf Monaten angesetzt hat, hat er dies damit begründet, dass er die von Prof Dr. V. dargestellten Leistungseinschränkungen zu seinem psychiatrischen Gutachten hinzuaddiert habe. Eine quantitative Leistungsminderung lässt sich daraus nicht herleiten. Denn zum einen überzeugt die Leistungsbeurteilung des Prof Dr. V. - wie ausführlich dargelegt - bereits auf Grund des im Wesentlichen unauffälligen internistischen Befundes und der insgesamt nur leichtgradigen Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates nicht, weshalb sich nicht begründen lässt, weshalb die rheumatoide Arthritis, für deren Bewertung Prof. Dr. E. ein rheumatologisches Gutachten für notwendig erachtet hat und die sich lediglich als mäßig aktiv erweist, nunmehr ein weniger als sechsstündiges Leistungsvermögen begründen soll. Zum anderen lässt sich eine Leistungsbeurteilung nicht durch quantitatives Aufsummieren treffen. Vielmehr ist eine Gesamtbeurteilung anhand der in dem jeweiligen Fachgebiet zu objektivierenden funktionellen Einschränkungen zu treffen. Hierauf hat Dr. L. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 17.04.2013 zutreffend hingewiesen.

Die im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen des Senats rechtfertigen keine abweichende Beurteilung. Insbesondere überzeugt den Senat die Auffassung des Sachverständigen Dr. S. insoweit nicht, als er die Klägerin wegen der von ihm diagnostizierten Erkrankungen (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, seropositive rheumatoide Arthritis, Z.n. Darmkrebsoperation 8/2014 mit Teilentfernung der Leber und Teilresektion der Lunge) zwar für den Untersuchungszeitpunkt in der Lage erachtet hat, leichte Tätigkeiten zumindest sechs Stunden täglich zu verrichten (so ausdrücklich in der ergänzenden Stellungnahme), eine rentenrelevante Leistungsminderung auf drei bis unter sechs Stunden täglich dann aber daraus hergeleitet hat, dass eine darüber hinausgehenden Tätigkeit der Klägerin mit einer Gefahr für deren Gesundheit und dem wahrscheinlichen Auftreten erneuter depressiver Episoden verbunden wäre. Insoweit hat Dr. S. für den Senat überzeugend darauf hingewiesen, dass es sich hierbei lediglich um eine Vermutung des Sachverständigen handelt, die einer Tatsachengrundlage entbehrt. Soweit der Sachverständige befürchtet, dass "bei den vollen Belastungen eines Arbeitsalltags" wieder mit einer Verschlechterung hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode gerechnet werden müsse, ist dies schon deshalb nicht verständlich, als der Klägerin lediglich eine leidensgerechte Tätigkeit zugemutet werden würde. Eine solche Tätigkeit trägt aber den vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin gerade Rechnung, weshalb der Senat keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür sieht, dass die Ausübung einer solchen - oben näher beschriebenen - wenig belastenden Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden täglich mit der Gefahr einer psychischen Dekompensation und

nachfolgender dauerhafter Verschlechterung des psychischen Zustandes verbunden wäre. Zu Recht hat Dr. S. darauf hingewiesen, dass die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zwar psychisch belasten kann, eine solche Tätigkeit aber durchaus auch den psychischen Zustand stabilisieren kann, wobei die Frage, ob das eine oder das andere überwiegt, weniger von der Dauer der täglich geleisteten Arbeit abhängt, als vielmehr von den Arbeitsumständen und der Arbeitsumgebung. Soweit es ggf. im Zusammenhang mit einem auftretenden Schub der rheumatischen Erkrankung zu einer Verschlechterung der psychischen Situation hin zu einer mittelgradigen depressiven oder gar schweren depressiven Episode kommen sollte, mag dies zwar zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen. Dies rechtfertigt jedoch nicht die von dem Sachverständigen gezogene Schlussfolgerung.

Das Risiko einer häufigen Arbeitsunfähigkeit kann zwar dann zu einer Erwerbsminderung führen, wenn feststeht, dass die (vollständige) Arbeitsunfähigkeit so häufig auftritt, dass der Versicherte so häufig krank ist, dass die von ihm während eines Arbeitsjahres erbrachten Arbeitsleistungen nicht mehr die Mindestanforderung erfüllen, welche ein vernünftig und billig denkender Arbeitgeber zu stellen berechtigt ist, so dass eine Einstellung oder Weiterbeschäftigung eines solchen Versicherten praktisch ausgeschlossen ist (BSG, Urteil vom 21.07.1992, [4 RA 13/91](#)). Maßgebend ist - so das BSG im genannten Urteil -, ob der Versicherte auf Grund seines Leidens gehindert ist, durchschnittlich in der Woche mehr als zwei oder je Monat mehr als acht volle Schichten in einer Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Solche zeitlich nicht einplanbaren, häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einer vollständigen Leistungsunfähigkeit verbunden sind, sind rechtlich den unüblichen Arbeitsbedingungen zuzuordnen (vgl. BSG, Urteil vom 31.03.1993, [13 RJ 65/91](#) in [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 14](#)).

Dass bei der Klägerin bei Ausübung einer leidensgerechten Tätigkeit mit derart häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen ist, vermag der Senat nicht festzustellen. Auch aus den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S. lässt sich entsprechendes nicht herleiten. Für den Senat überzeugend hat Dr. S. vielmehr darauf hingewiesen, dass sich der psychische Zustand der Klägerin im Querschnittsbefund erstaunlich stabil erweist, nachdem die im Mai/Juni 2010 in der A. Klinik behandelte mittelgradige Episode der depressiven Erkrankung schon im Oktober/November 2011 deutlich und im Januar 2011 bei der Gutachterin B. weitgehend remittiert war. Auch trotz der im August 2014 diagnostizierten schweren und sehr belastenden Erkrankung (Adenokarzinom) mit zwei Folgeoperationen hat sich anlässlich der gutachtlichen Untersuchung bei Dr. S. im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung lediglich eine leichte depressive Episode gezeigt. Soweit die Klägerin sich nachfolgend erstmals in ambulante nervenärztliche Behandlung begeben hat, hat Dr. Z., Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, zwar ausweislich seines Arztbriefes vom 28.10.2015 (vgl. Bl. 125 Senatsakte) wiederum eine mittelgradige depressive Episode beschrieben. Allerdings zeigte sich nach Eindosieren von Venlafaxin bereits anlässlich der nachfolgenden Vorstellung bei Dr. Z. am 21.01.2016 eine Stabilisierung (vgl. Bl. 128 Senatsakte) und anlässlich der im April/Mai 2016 erfolgten stationären Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des O. Klinikums wurde lediglich die bekannte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren behandelt, ohne dass die rezidivierende depressive Störung überhaupt noch Erwähnung fand.

Von einer rentenrelevanten Leistungsminderung vermag sich der Senat schließlich auch nicht auf Grund der Einschätzung der die Klägerin behandelnden Ärzte überzeugen. So haben zwar Dr. R. - allerdings lediglich aus pneumologischer Sicht - und Dr. S. Tätigkeiten im Umfang von sechs Stunden täglich noch für möglich gehalten, allerdings haben der Arzt für Allgemeinmedizin R. und Dr. T. keine entsprechende Leistungsfähigkeit mehr gesehen, ebenso wenig die Dipl.-Psych. M. ... Zwar sind deren Einschätzungen Anlass für das SG und den Senat gewesen, den medizinischen Sachverhalt durch die Einholung von Gutachten weiter aufzuklären, jedoch haben auch die sodann hinzugezogenen Sachverständigen eine rentenrelevante Leistungsminderung ebenso wenig überzeugend begründet wie die genannten Ärzte.

Eine rentenrelevante Leistungsminderung lässt sich schließlich auch nicht mit der im Jahr 2014 diagnostizierten Darmkrebserkrankung begründen, die zu operativen Behandlungen wegen des geäußerten Verdachts auf Metastasen geführt hat. Aus diesen haben zwar jeweils Zeiten der Arbeitsunfähigkeit resultiert, jedoch verblieben hierdurch keine funktionellen Einschränkungen mit Auswirkungen auf das quantitative Leistungsvermögen der Klägerin.

Die Klägerin kann nach alledem somit noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der oben aufgeführten qualitativen Einschränkungen sechs Stunden täglich ausüben. Sie ist daher nicht erwerbsgemindert. Dabei ist es unerheblich, 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 Bundessozialgerichtes 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 geminderte Fähigkeiten, Lasten zu bewältigen und die geringe Belastbarkeit der Wirbelsäule (BSG, [SozR 3 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. Dabei kommen insbesondere die bereits von Dr. C. beispielhaft genannten Bürotätigkeiten in Betracht, wie sie von der Klägerin - ihren Angaben zu Folge - im Jahr 2015 auch ausgeübt wurden, selbst wenn dies nur in einem zeitlich geringeren Umfang der Fall gewesen ist.

Die Klägerin hat nach alledem keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, weshalb die Berufung der

Beklagten erfolgreich, die Anschlussberufung der Klägerin jedoch zurückzuweisen ist.

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

Für eine Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-21