
S 11 R 2316/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 R 2316/18
Datum	14.04.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 R 1684/20
Datum	10.12.2021

3. Instanz

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

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. April 2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Ä

Tatbestand

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

Die 1967 geborene Klägerin erlernte von 1983 bis 1985 den Beruf der Verkäuferin und war nachfolgend bis Dezember 1992 überwiegend als Verkäuferin und Bürokauffrau versicherungspflichtig beschäftigt. Nach einer anschließenden Familienpause, während der sie zeitweise geringfügig beschäftigt war, war die Klägerin von April 1998 bis März 2004 als kaufmännische Angestellte tätig. Nachfolgend war sie bis Februar 2010 arbeitslos

und wiederum geringfügig beschäftigt. Im März 2010 nahm sie erneut eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf und war als Bürofachkraft tätig. Nach Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 12. August 2015 wurde das Arbeitsverhältnis durch arbeitgeberseitige Kündigung zum 30. September 2017 beendet. Zwischenzeitlich war die Klägerin im Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis 5. August 2017 geringfügig beschäftigt. Die Klägerin bezog nach Ablauf des Entgeltfortzahlungszeitraums zunächst Krankengeld und ab 8. Januar 2017 mit Unterbrechung durch eine versicherungspflichtige Beschäftigung (1. bis 17. November 2017) zunächst Arbeitslosengeld und nachfolgend Arbeitslosengeld II. Eine versicherungspflichtige Beschäftigung nahm die Klägerin nicht mehr auf.

Am 8. Oktober 2015 beantragte die Klägerin (erstmalig) die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung zu deren Begründung sie als Gesundheitsstörungen einen Morbus Crohn, Depressionen, Cluster-Kopfschmerzen, ein Lipödem und ein Lymphödem, eine chronisch venöse Insuffizienz, eine posttraumatische Belastungsstörung, ein Asthma bronchiale und einen Zustand nach (Z.n.) Struma nodosa aufführte, wodurch sie derzeit keine beruflichen Tätigkeiten verrichten könne. Ergänzend zu dem unter dem 21. Oktober 2015 ausgefüllten Selbstbescheinigungsbogen der Beklagten gab die Klägerin an, die Cluster-Kopfschmerzen belasteten sie am stärksten. Als diese vor acht Jahren angefangen hätten, seien sie einmal im Jahr, meistens im November für ca. sieben Wochen aufgetreten. Mittlerweile träten jährlich drei Schübe zu je sieben Wochen auf und der letzte, gerade überstandene Schub habe sogar 12 Wochen gedauert. Nach Beiziehung medizinischer Unterlagen und Einholung eines Gutachtens bei der D aufgrund Untersuchung der Klägerin am 14. Dezember 2015 (Diagnosen: Dysthymia, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [jeweils ohne wesentliche Einschränkung des Lebensradius]; leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen seien sechs Stunden und mehr möglich) lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 29. Dezember 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Juni 2016 ab. In dem anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG; SÄ 12 R 2442/16) hörte das SG die behandelnden Ärzte der Klägerin (A; S; S1) schriftlich als sachverständige Zeugen und holte das neurologisch-psychiatrisch-schmerzmedizinische Gutachten des R in der S2Klinik B, vom 29. März 2017 aufgrund Untersuchung der Klägerin am 16. Februar 2017 ein. Der Sachverständige ging diagnostisch von einer leichtgradigen, anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Dysthymia sowie einem Cluster-Kopfschmerz aus und erachtete die Klägerin für in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen (ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, vorzugsweise im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule oder der Extremitäten, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne Arbeiten unter Exposition von Kälte, Wärme, Staub, Gasen, Dämpfen oder Nässe, ohne Akkord- oder Fließbandarbeiten, ohne Nachtschicht) sechs Stunden und mehr zu verrichten. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 22. August 2017 nahm die Klägerin die Klage zurück.

Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens ist der (weitere) Rentenantrag der

Klägerin vom 23. Januar 2018, den sie mit den Gesundheitsstörungen Gebärmutterkarzinom, Morbus Crohn, Struma nodosa, Cluster, mittelgradige Depression, Lip-/Lymphödem, Upside-down-Magen mit Zwerchfellhochstand und Schmerzen am ganzen Körper begründete. Sie führte weiter aus, bei Cluster-Schüben könne sie keine Tätigkeiten ausüben; zur Zeit träten Schübe drei- bis viermal jährlich für mindestens elf Wochen auf. Zu einer ärztlichen Untersuchung könne sie derzeit nur schwer kommen, da sie sich seit vier Wochen im Schub befinde. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht des K in der R1klinik B1, vom 23. Oktober 2017 über die stationäre multimodale Schmerztherapie der Klägerin vom 9. bis 20. Oktober 2017 bei, holte den Befundbericht des S3 vom 12. Februar 2018 ein und veranlasste eine sozialmedizinische Stellungnahme des S4, der unter dem 14. Februar 2018 ausführte, dass der Klinikaufenthalt zu einer deutlichen Besserung der Gesamtsituation geführt habe. Soweit die Klägerin eine erhebliche Verschlechterung seit vier Wochen angegeben habe, müsse der weitere Verlauf in den nächsten fünf Monaten abgewartet werden. Aktuell liege noch keine mehr als sechs Monate anhaltende und vorauszusehende Leistungsminderung vor.

Mit Bescheid vom 15. Februar 2018 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit der Begründung ab, sie leide zwar unter den näher aufgeführten Krankheiten oder Behinderungen, jedoch führten die hieraus resultierenden Einschränkungen nicht zu einem Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, da sie nach medizinischer Beurteilung noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein könne und mit diesem Leistungsvermögen die Voraussetzungen für die beantragte Rente nicht erfüllt seien. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und machte geltend, die Ausführungen des Sachverständigen R in seinem im Verfahren S 12 R 2442/16 eingeholten Gutachten seien bereits mehr als ein Jahr alt und könnten nur noch bedingt herangezogen werden. Die aktuelle Befundsituation sei durch einen andauernden Cluster-Kopfschmerz gekennzeichnet, der auch durch die multimodale Schmerztherapie in der R1klinik B1 nicht gebessert werden könne. Insoweit könne den Ausführungen des S4 nicht gefolgt werden. Aus dem Bericht lasse sich nur eine Besserung der Anfallsepisode entnehmen, was auf die Verapamil-Langzeitprophylaxe zurückgeführt werde. Aktuell liege ein lang andauernder Clusterschub seit Ende des Jahres vor, der nun mit Cannabispräparaten behandelt werden solle, die von der Krankenkasse bisher jedoch nicht genehmigt worden seien. Verschlechtert habe sich auch die psychische Situation, wobei sie unter schweren Depressionen im Sinne von Verstimmungs- und Versagensängsten leide und diverse Präparate in höchster Dosis einnehme. Sie sei für eine psychische Zusatzbehandlung vorgemerkt und warte auf einen Therapieplatz. Nach nochmaliger Hinzuziehung des S4, der in seiner Stellungnahme vom 24. April 2018 an seiner bisher vertretenen Auffassung festhielt, wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 20. Juni 2018 mit der weiteren Begründung zurück, der Entlassungsbericht der R1klinik B1 beschreibe klar eine deutliche Symptomverbesserung unter der Verapamil-Langzeitprophylaxe und führe die Akuttherapie bestehe derzeit die Option eines Therapieplatzes für die psychische Zusatzbehandlung. Es sei noch keine mehr als sechs Monate anhaltende und

vorauszusehende Minderung des quantitativen Leistungsvermögens festzustellen.

Am 20. Juli 2018 erhob die Klägerin dagegen beim SG Klage und forderte zur Begründung aus, die Cannabis-Therapie habe zwischenzeitlich realisiert und die unverändert fortbestehenden typisch auftretenden Schmerzattacken hätten hierdurch gelindert werden können, jedoch komme es durch diese Behandlung zu sehr großer Müdigkeit und einem Heißhunger. Auch die psychischen Probleme dauerten an. Zusätzlich hätten sich seit einiger Zeit auch noch schmerzhaft Anschwellungen in den Fingern und Armen eingestellt, wodurch die Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten schmerzhaft beeinträchtigt sei; betroffen sei insbesondere die Feinmotorik beider Hände. Im weiteren Verlauf des Verfahrens legte die Klägerin u.a. den Arztbrief des F, vom 27. November 2018 über die am Vortag erfolgte ambulante Vorstellung vor sowie nachfolgend die Schreiben des U vom 25. März 2019 und der H vom 14. Mai 2019, jeweils Gemeinschaftspraxis der K1, und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund einer Retraumatisierung geltend. Es sei nun eine stationäre Aufnahme in der A1 Klinik, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, geplant. Zuletzt legte die Klägerin den Entlassungsbericht des T der A1 Klinik, vom 15. Januar 2020 über die stationäre Behandlung vom 6. November 2019 bis 2. Januar 2020 vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahme des L vom 22. November 2018 entgegen.

Das SG hörte S3 schriftlich als sachverständigen Zeugen an. In seiner Auskunft vom 19. September 2018, der ein Karteikartenauszug beigelegt war, forderte er zahlreiche Diagnosen auf und berichtete von einem unverändert schlechten Gesundheitszustand mit andauerndem Auf und Ab, intermittierenden starken Clusterschmerzen, depressiven Phasen und fehlender Leistungsfähigkeit. Bei stark fluktuierender Stimmungslage und ständig rezidivierender starker subjektiver Schmerzempfindung sei eine Arbeitsfähigkeit zur Zeit nicht einschätzbar. Das SG holte sodann das neurologisch-psychiatrische Gutachten des N, vom 8. November 2019 ein, der die Klägerin am 21. Oktober 2019 untersuchte. Der Sachverständige diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, eine Angststörung mit Agoraphobie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einen Clusterkopfschmerz sowie einen vorbeschriebenen Morbus Crohn und erachtete die Klägerin für in der Lage, leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten sechs Stunden und mehr typisch zu verrichten. Zu vermeiden seien das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, dauerndes Stehen und Gehen, gleichförmige Körperhaltungen im Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulenbereich, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten unter Stress und Zeitdruck, wie Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeiten, Tätigkeiten mit Publikumsverkehr sowie Arbeiten unter nervlicher Belastung.

Mit Gerichtsbescheid vom 14. April 2020 wies das SG die Klage ab. Gestützt auf das Gutachten des Sachverständigen N forderte es aus, dass die im Vordergrund der Beeinträchtigungen der Klägerin stehenden Gesundheitsstörungen von

neurologisch-psychiatrischer Seite ihre Leistungsfähigkeit zwar qualitativ einschränkten, der Schweregrad der Erkrankungen bedinge jedoch keine quantitative Leistungsminderung. Eine abweichende Beurteilung lasse sich auch nicht aus dem Entlassungsbericht der A1 Klinik herleiten.

Gegen den ihren früheren Bevollmächtigten am 30. April 2020 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 26. Mai 2020 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt und vorgetragen, das SG habe sich zu Unrecht nicht auf die Auskunft des S3 gestützt, nach dessen Feststellungen sie an intermittierenden starken Cluster-Schmerzen, depressiven Phasen sowie einer komplett fehlenden Leistungsfähigkeit leide und bei geringster emotionaler Belastung ein erneuter Ausbruch der schweren somatoformen Schmerzstörung eintrete. Schon die von ihm festgestellten Diagnosen führten zu einer vollkommen fehlenden Leistungsfähigkeit. Wegen der schweren psychischen Probleme habe er sie in die A1 Klinik eingewiesen. Sie verwies auf die in dem entsprechenden Entlassungsbericht aufgeführten Diagnosen, denen zu entnehmen sei, dass sie insbesondere an dem Vollbild einer (bislang wohl unbekannt) posttraumatischen Belastungsstörung leide. Weiter werde ausgeführt, dass zum Entlassungszeitpunkt Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und eine Berentung als indiziert angesehen werde. Eine deutliche Symptomentlastung sei durch den Klinikaufenthalt nicht eingetreten, was angesichts der Schwere und Komorbidität auch nicht zu erwarten gewesen sei. Demgegenüber seien die Feststellungen des Sachverständigen N unzutreffend. Bei den Vorerkrankungen fehle das allergische Asthma und die Fibromyalgie und bei der Anamnese habe er zu Unrecht festgestellt, dass die letzte Kopfschmerz-Cluster-Attacke im Mai 2019 aufgetreten sei. Die Cluster-Kopfschmerzen träten sowohl tagsüber als auch nachts auf und wenn sie einen Schub habe, dauerten die Schmerzen sechs Stunden. Tagsüber träten sie meistens zweimal auf und dauerten dann ein bis zwei Stunden. Die depressive Störung sei derartig stark ausgeprägt, dass zumindest in einem Zeithorizont von fünf Jahren von keiner Besserung auszugehen sei. Auch sei sie nicht wegfähig; aufgrund ihrer Angststörung könne sie weder öffentliche Verkehrsmittel benutzen noch einen PKW fahren. Auch der stationäre Aufenthalt in der A1 Klinik habe zu keiner Besserung der Leistungsfähigkeit geführt. Sie bemühe sich um eine ambulante Traumatherapie, hierfür gebe es jedoch keine Plätze. Sie legte ein im Zeitraum vom 8. Oktober 2019 bis 3. Oktober 2020 geführtes Schmerztagebuch, Auszüge aus der Patientenakte des S3 und dessen Attest vom 8. Oktober 2020 vor. Zuletzt hat sie einen exemplarischen Wochenablauf bei einem Clusterschub zur Veranschaulichung der damit verbundenen Lebensumstände vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. April 2020 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 15. Februar 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Juni 2018 zu verurteilen, ihr Rente wegen Erwerbsminderung ab 1. Februar 2018 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zur^{1/4}ckzuweisen.

Sie h^{1/4}lt die angefochtene Entscheidung f^{1/4}r richtig.

Der Senat hat H sowie den F1, jeweils Gemeinschaftspraxis der K1 u.a., schriftlich als sachverst^{1/4}ndige Zeugen angeh^{1/4}rt. In ihrer Auskunft vom 19. November 2020 hat H von einer regelm^{1/4}ssigen psychiatrischen Behandlung seit 16. November 2015 zumindest einmal pro Quartal berichtet, wobei eine schwere depressive St^{1/4}rung, eine posttraumatische Belastungsst^{1/4}rung, Panikattacken, ein Cluster-Kopfschmerz sowie ein Morbus Crohn diagnostiziert worden seien. Die Kl^{1/4}gerin habe durchgehend ein depressiv ^{1/4}ngstliches Bild gezeigt, wobei sich Verschlechterungen insbesondere bei zus^{1/4}tzlichem Auftreten massiver Cluster-Kopfschmerzen gezeigt h^{1/4}tten. Eine wesentliche Besserung sei seit Behandlungsbeginn nicht aufgetreten. F1 hat in seiner Auskunft vom 17. Dezember 2020 ^{1/4}ber die einmalige Vorstellung in seiner Sprechstunde am 26. Juni 2017 berichtet, wobei die Kl^{1/4}gerin ^{1/4}ber Cluster-Kopfschmerzen geklagt habe. Der Senat hat sodann das Gutachten des B2, Arzt f^{1/4}r Neurologie und Psychiatrie, vom 30. Juni 2021 aufgrund Untersuchung der Kl^{1/4}gerin am 11. Mai 2021 eingeholt. Der Sachverst^{1/4}ndige hat von nerven^{1/4}rztlicher Seite eine vielschichtige, von jeher vorbestehende Pers^{1/4}nllichkeitsakzentuierungen bei gleichzeitig sehr niedrigem Pers^{1/4}nllichkeitsstrukturniveau, eine Dysthymia, eine (berichtete) phobische Symptomatik bzw. ^{1/4}ngste, eine funktionelle (psychosomatische) ^{1/4}berlagerung der somatischen Beschwerden in ^{1/4}berlappung mit nicht krankheitswertigen psychogenen Aspekten, einen Z.n. Opioid-Abh^{1/4}ngigkeit, einen Cluster-Kopfschmerz, ein Lymph^{1/4}dem, einen Morbus Crohn, einen Z.n. wiederholten Bauch- bzw. Bauchwandeingriffen sowie eine Adipositas beschrieben und ^{1/4}ber deutliche Hinweise auf nicht authentische Beschwerdeanteile bzw. simulative Tendenzen berichtet. Er hat die Kl^{1/4}gerin f^{1/4}r in der Lage erachtet, leichte T^{1/4}tigkeiten vollschichtig zu verrichten. Die T^{1/4}tigkeiten sollten zu ebener Erde, nicht an unmittelbar gef^{1/4}hrdenden Maschinen, ohne regelm^{1/4}ssigen Zeitdruck, ohne ^{1/4}berdurchschnittliche Anforderungen an die Konfliktf^{1/4}higkeit und ohne andere Stressfaktoren, wie Nacht- oder Wechselschicht ausge^{1/4}bt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verfahrensakten des SG und des Senats sowie die Verwaltungsakten der Beklagten.

Â

Entscheidungsgr^{1/4}nde

1. Die nach [Â§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kl^{1/4}gerin ist gem^{1/4}ssig [Â§Â§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143 SGG](#) statthaft und zul^{1/4}ssig. Sie bedarf nicht der Zulassung gem^{1/4}ssig [Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), da die Kl^{1/4}gerin laufende Rentenleistungen f^{1/4}r mehr als ein Jahr begehrt ([Â§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Die Berufung der Kl^{1/4}gerin ist jedoch nicht begr^{1/4}ndet. Das SG hat die

kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 15. Februar 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Juni 2018 ([Â§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

a) Versicherte haben nach [Â§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 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. 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 [Â§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([Â§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Auf nicht absehbare Zeit besteht eine Einschränkung, wenn sie sich voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 23. März 1977 – [4 RJ 49/76](#) – juris, Rn. 15).

b) Nach diesen Maßstäben geht der Senat aufgrund der im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme davon aus, dass die Klägerin noch 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, die ihre berufliche Leistungsfähigkeit in qualitativer Hinsicht mindern, der Senat vermag jedoch nicht festzustellen, dass das Leistungsvermögen der Klägerin darüber hinaus auch quantitativ gemindert ist.

(1) Die KlÄxgerin leidet unter GesundheitsstÄfungen, die das neurologisch-psychiatrische, internistische und orthopÄdische Fachgebiet betreffen. Dabei stehen die Erkrankungen von neurologisch-psychiatrischer Seite ganz im Vordergrund der BeeintrÄchtigungen. Der Senat entnimmt dies dem auf den Rentenanspruch der KlÄxgerin vom 8. Oktober 2015 durch die Beklagte veranlassten Gutachten der D und dem im anschlieÄenden Klageverfahren S 12 R 2442/16 eingeholten Gutachten des R, die im Wege des Urkundsbeweises verwertet werden konnten (vgl. etwa BSG, Beschluss vom 14. November 2013 âÄÄ [B 9 SB 10/13 B](#) âÄÄ juris, Rn. 6; BSG, Urteil vom 5.Â Februar 2008 âÄÄ [B 2 U 8/07Â RÂ](#) âÄÄ juris, Rn.Â 51) sowie den im anhÄngigen Rechtsstreit eingeholten Gutachten der SachverstÄndigen N und B2. Auch die KlÄxgerin ÄxuÄerte sich in diesem Sinne. Ihre Rentenansprüche vom 8. Oktober 2015 und 23. Januar 2018 begrÄndete sie zwar jeweils unter Auflistung von mehreren, Äberwiegend das internistische Fachgebiet betreffen Erkrankungen (Morbus Crohn, Struma nodosa, Lip-/LymphÄdem, Upside-down-Magen mit Zwerchfellhochstand), jedoch rÄckte sie schon anÄsslich ihres jeweiligen Rentenanspruchs die Cluster-Kopfschmerzen ganz in den Vordergrund und anÄsslich der erfolgten gutachtlichen Untersuchungen beklagte die KlÄxgerin in erster Linie allgemeine KÄrperschmerzen einschlieÄlich Cluster-Kopfschmerzen sowie dadurch bedingte psychische BeeintrÄchtigungen. Auch der Hausarzt der KlÄxgerin, S3, sah in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverstÄndiger Zeuge vom 19. September 2018 die fÄr die Beurteilung der beruflichen LeistungsfÄhigkeit der KlÄxgerin maÄgeblichen Leiden auf dem Fachgebiet der Psychiatrie bzw. Psychosomatik. In diesem Sinne ÄxuÄerte sich S3 schon in dem Verfahren S 12 R 2442/16. Ausweislich seiner in jenem Verfahren erteilten Auskunft vom 12. September 2016 sah er auch seinerzeit die fÄr das berufliche LeistungsvermÄgen der KlÄxgerin maÄgeblichen Leiden auf dem Fachgebiet der Psychiatrie.

Von neurologisch-psychiatrischer Seite leidet die KlÄxgerin an depressiven StÄfungen, einer somatoformen StÄfung sowie an phasenweise auftretenden Cluster-Kopfschmerzen.

In Bezug auf die depressive Symptomatik geht der Senat von einer rezidivierenden depressiven StÄfung aus. Hierbei handelt es sich um eine StÄfung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist. Die Erkrankung verlÄuft in Phasen, wobei die depressive Symptomatik, die Dauer und die HÄufigkeit einen unterschiedlichen AusprÄgungsgrad haben kÄnnen. Solche Schwankungen sind auch bei der KlÄxgerin belegt. So zeigte sich anÄsslich der Untersuchung durch D am 14. Dezember 2015 lediglich eine leichte depressive Verstimmung, die nach den AusfÄhrungen der Gutachterin nicht den AusprÄgungsgrad einer leichten depressiven Episode aufwies, und von ihr daher Äberzeugend der Diagnose einer Dysthymie zugeordnet wurde. Auch R fand anÄsslich seiner Untersuchung am 16. Februar 2017 nur ein subdepressives (leicht depressives) Stimmungsbild, das seinen AusfÄhrungen zufolge am ehesten Ausdruck einer Dysthymie war. Insoweit machte er deutlich, dass es hinsichtlich der von S3 in seiner zuvor erteilten Auskunft als sachverstÄndiger Zeuge angegebenen mittelgradigen depressiven Episode bis zum Zeitpunkt seiner Untersuchung zu einer Besserung gekommen ist. FÄr den Zeitpunkt der Aufnahme ist die R1klinik B1 am 9.Â Oktober 2017 ist im

entsprechenden Entlassungsbericht vom 23. Oktober 2017 wiederum eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung dokumentiert, die mit einer akuten Exacerbation der Schmerzsituation in Zusammenhang gebracht wurde. Nachfolgend ging auch N aufgrund des anlässlich seiner Untersuchung am 21. Oktober 2019 erhobenen psychopathologischen Befundes von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige Episode, aus. Nach seinen Ausführungen stand im Vordergrund eine gedrückte Stimmung mit Freudlosigkeit und beklagter Antriebslosigkeit. Zudem fand er kognitive Funktionsstörungen und ein vermindertes Selbstwertgefühl und die Klientin berichtete von Durchschlafstörungen. Offenbar verschlechterte sich dieser Zustand in der Folgezeit. Denn anlässlich der Aufnahme der Klientin in der A1 Klinik am 6. November 2019 gingen die behandelnden Ärzte von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, aus. Wie dem Entlassungsbericht vom 15. Januar 2020 zu entnehmen ist, konnte durch die Behandlung ein Wiedergewinn von Selbstwirksamkeit, Zuversicht und Hoffnung und damit eine Besserung der Depression erreicht werden. Auch wenn der Klinikaufenthalt nach Einschätzung der behandelnden Ärzte insgesamt nicht zu einer deutlichen Symptomentlastung geführt hat, haben sie den Gesamtverlauf dennoch als prognostisch günstig angesehen. Diese Einschätzung hat sich durch das vom Senat eingeholte Gutachten des Sachverständigen B2 nachfolgend eindrücklich bestätigt. Denn ausweislich des von B2 anlässlich seiner gutachtlichen Untersuchung am 11. Mai 2021 erhobenen psychopathologischen Befundes war bei der Klientin keine Depression mehr zu diagnostizieren, sondern (wieder) lediglich noch eine Dysthymie. So hat sich die Klientin bei B2 bewusstseinsklar, in allen Qualitäten sicher orientiert und im Denken geordnet gezeigt. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit sind in dem mehrstündigen dichten Untersuchungsgang ungestört gewesen, wobei die Klientin sehr präzise auch lange zurückliegende Themen in dem Gespräch auch beiläufig wieder hat aufgreifen können. Die Klientin hat sich spontan im Kontakt und auch spontan in der Konversation gezeigt. Insgesamt hat der Sachverständige keinerlei Hinweise für eine hirnorganische Leistungsstörung, keinen Anhalt für anders begründete kognitive Störungen oder für intellektuelle Defizite gesehen. Nach seinen weiteren Ausführungen haben sich keine Wahrnehmungsstörungen, keine Ich-Störungen, keine paranoiden Inhalte und auch im Längsschnitt keine Hinweise für eine psychotische Erkrankung gezeigt. Es fanden sich auch keine überwertigen Ideen oder Zwänge. B2 hat die Klientin als lebendig und inhaltlich auslenkbar beschrieben und folgerichtig eine richtungsweisende depressive Einengung verneint. Er hat die Klientin durchaus schwärmend erlebt, engagiert berichtend, lebendig schildernd, über lange Strecken auch in einem unkomplizierten Plauderton sowie authentisch humorvoll, wenngleich auch eine affektive Labilität festzustellen war.

Die Klientin leidet darüber hinaus an einer somatoformen Schmerzstörung. Diese zeigt sich in einem multilokulären Schmerzsyndrom mit Schmerzen u.a. im Bereich des Rumpfes und der Extremitäten, ohne dass die von der Klientin beklagten Schmerzen hinreichend auf einen somatischen Befund zurückzuführen sind. Von einer solchen Störung sind sämtliche Gutachter

bzw. Sachverständigen ausgegangen, die in dem anhängigen Rechtsstreit und dem früheren Rentenverfahren mit den Beeinträchtigungen der Klägerin befasst waren, so namentlich D, R, N und B2. Soweit D und die behandelnden Ärzte der Klinik B1 die vorliegende Schmerzstörung der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet haben, kann die zutreffende diagnostische Einordnung dahingestellt bleiben. Denn für die im Rahmen des anhängigen Verfahrens zu beurteilende Leistungsfähigkeit der Klägerin ist nicht die exakte Diagnose einer Erkrankung von Bedeutung, sondern vielmehr die hieraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit.

Bei der Klägerin kommt es darüber hinaus immer wieder zu einer Kopfschmerzsymptomatik, die erstmals im Jahr 2007 als Cluster-Kopfschmerzen diagnostiziert wurden. Diese treten periodisch auf, wobei sie so die Angaben der Klägerin bis zum Jahr 2013 einmal jährlich für einen Zeitraum von ca. sieben Wochen auftraten. In den Jahren 2014 und 2015 erhöhte sich die Frequenz auf zweimal jährlich, wobei eine Schmerzepisode sich im Jahr 2015 auf ca. 12 Wochen erhöhte. Nach weiterer Erhöhung der Anfallsfrequenz (auf sieben bis acht jährlich, teilweise mit wochenlange Dauer; vgl. anamnestic Angaben der Klägerin Bl. 243 Verwaltungsakte [VerwA], ärztlicher Teil [ÄT]) wurde die Klägerin im Rahmen einer stationären multimodalen Schmerztherapie vom 9. bis 20. Oktober 2017 in der Klinik B1 behandelt. Dabei kam es ausweislich des Entlassungsberichts des K vom 23. Oktober 2017 unter einer Verapamil-Langzeitprophylaxe zu einer deutlichen Symptomverbesserung. Soweit die Klägerin im Widerspruchsverfahren noch geltend gemacht hatte, die Cluster-Kopfschmerzen hätten durch die multimodale Schmerztherapie nicht gebessert werden können, trifft dies ersichtlich nicht zu. Denn im weiteren Verlauf hat die Klägerin eine Besserung der Symptomatik selbst bestätigt. So gab die Klägerin anlässlich der gutachtlichen Untersuchung durch den Sachverständigen N am 21. Oktober 2019 im Hinblick auf die Cluster-Kopfschmerzen an, dass diese noch etwa zweimal jährlich auftraten und eine letzte Attacke im Mai 2019 acht Wochen lang angehalten habe (Bl. 78 SG-Akte). Seit Januar 2019 sei sie zudem therapeutisch neben Sauerstoff auch auf Cannabis eingestellt, wodurch die Kopfschmerzen seltener auftraten und auch die Phasen verkürzt seien. Soweit die Klägerin anlässlich ihres Rentenantrags vom 23. Januar 2018 noch angegeben hatte, zur Zeit träten drei- bis viermal jährlich Schübe für mindestens elf Wochen auf, kann sich diese Angabe nur auf die Vergangenheit, d.h. auf die Zeit vor Rentenantragstellung (23. Januar 2018) bezogen haben, mithin auf den Zustand, der im Oktober 2017 mitursächlich für die stationäre Aufnahme in die Klinik B1 zur multimodalen Schmerztherapie war. All dies macht deutlich, dass durch die eingeleiteten Behandlungen im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum ab Rentenantragstellung bereits eine deutliche Symptomverbesserung vorlag und die periodisch auftretenden Schmerzattacken weder in der Anzahl noch ihrer jeweiligen Dauer das Ausmaß erreichten, wie es die Klägerin noch anlässlich ihrer Rentenantragstellung (Schübe drei- bis viermal jährlich für mindestens elf Wochen) angegeben hatte.

Aus den Auskünften der vom Senat als sachverständige Zeugen angehörtten H und F1 vom 19. November und 17. Dezember 2020 lässt sich nichts Abweichendes herleiten. Das von H beschriebene durchgehend depressiv ängstliche Beschwerdebild, das sich beim Auftreten massiver Cluster-Kopfschmerzen verschlechtert habe, entspricht dem oben dargelegten wechselnden Beschwerdebild. Soweit H als Diagnose eine schwere depressive Störung angegeben hat, hat sie weder den Zeitpunkt noch die der Diagnose zu Grunde liegenden Befunde angegeben, weshalb schon im Hinblick auf die mitgeteilte Behandlungsfrequenz (seit November 2015 zumindest einmal pro Quartal) Zweifel bestehen, ob die Diagnose in der angegebenen Schwere tatsächlich über den gesamten Behandlungszeitraum gestellt wurde. Denn bei einem schweren depressiven Zustandsbild wäre eine engmaschige, ggf. wöchentliche Behandlung und u.U. eine stationäre Einweisung zu erwarten, nicht jedoch lediglich quartalsweise Vorstellungen, zumal die Klägerin sich seinerzeit auch nicht in psychotherapeutischer Behandlung befand. Eine solche Behandlung hat sie – so ihre Angaben gegenüber dem Sachverständigen B2 – erst im Februar 2021 aufgenommen. Im Übrigen ergibt sich auch aus den von der Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Arztbriefen der H vom 25. März und 14. Mai 2019 (Bl. 63, 68 SG-Akte), dass jedenfalls zu dieser Zeit keine schwere depressive Störung bestand. Denn diese weisen als Diagnose jeweils eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode aus. Eine schwere depressive Störung ist im Übrigen auch nicht in der umfangreichen Diagnoseliste aufgeführt, die S3 seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge vom 19. September 2018 vorstellte. In dem beigefügten Ausdruck der elektronisch geführten Kartei findet sich die Diagnose einer schweren depressiven Episode letztmals am 17. Januar 2018, also wenige Tage vor Rentenantragstellung. Die von der Klägerin im Berufungsverfahren vorgelegte Patientendatei des S3 weist im Übrigen lediglich für die Vorstellung der Klägerin am 30. September 2019 eine schwere depressive Episode aus. Bereits anlässlich der Wiedervorstellung am 8. Oktober 2019 dokumentierte S3 nur noch eine mittelgradige depressive Episode.

Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren darauf hingewiesen hat, dass sie ausweislich des Entlassungsberichts der A1 Klinik vom 15. Januar 2020 am Vollbild einer (bislang wohl unbekannt) posttraumatischen Belastungsstörung leide, kann der Senat dahingestellt sein lassen, ob bei der Klägerin tatsächlich eine Symptomatik vorliegt, die diese Diagnose rechtfertigen würde. Typische Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten (vgl. F 43.1 ICD-10). Angesichts des von ihm anlässlich seiner Untersuchung erhobenen Befundes (lebendig auslenkbar, authentischer Humor, herzlich lachend, schwärzende Schilderungen) hat der Sachverständige B2 zu Recht darauf hingewiesen, dass sich bei der Klägerin eine entsprechende

Symptomatik in der Untersuchungssituation nicht abgebildet hat. Zudem hat er über die Angabe der Klägerin berichtet, dass die der posttraumatischen Belastungsstörung zugeschriebenen Störungen bereits seit zumindest 15 Jahren bestanden. In diesem Zeitraum war die Klägerin jedoch vollschichtig beruflich tätig, so dass die Symptomatik auch früher schon einer beruflichen Tätigkeit nicht entgegenstand. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung hat im Übrigen nicht die Konsequenz eines auf ein rentenberechtigendes Ausmaß abgesunkenen Leistungsvermögens. Wie bereits dargelegt ist für die zu beurteilende Leistungsfähigkeit nicht die Diagnose einer Erkrankung von Bedeutung, sondern vielmehr die hieraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit.

Von internistischer Seite leidet die Klägerin an einem Morbus Crohn, einem Lip-/Lymphdem, einer Adipositas, einem Asthma bronchiale sowie einem z.n. wiederholten Bauch- bzw. Bauchwandeingriffen und von orthopädischer Seite kommt es immer wieder zu Halswirbelsäulen(HWS)- und Lendenwirbelsäulen(LWS)-Syndromen, was der Senat der Auskunft des S3 als sachverständiger Zeuge vom 19. September 2018, den Entlassungsberichten der R1klinik B1 vom 23. Oktober 2017 und der A1 Klinik vom 5. Januar 2020 sowie dem Gutachten des Sachverständigen B2 entnimmt.

(2) Die festgestellten Gesundheitsstörungen schränken das berufliche Leistungsvermögen der Klägerin in qualitativer Hinsicht ein. So kommen im Hinblick auf die psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere die somatoforme Schmerzstörung lediglich noch leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg in Betracht. Ausgeschlossen sind darüber hinaus Tätigkeiten, die ein andauerndes Stehen und Gehen erfordern, Tätigkeiten mit gleichförmigen Körperhaltungen im HWS- und LWS-Bereich sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten. Zu vermeiden sind ferner Tätigkeiten unter Stress und Zeitdruck, wie Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeiten, Tätigkeiten mit Publikumsverkehr sowie Arbeiten unter nervlicher Belastung. Der Senat stützt sich insoweit auf die Gutachten der Sachverständigen N und B2.

(3) Die bei der Klägerin als rentenrelevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen jedoch nicht zu einem Absinken des tatsächlichen Restleistungsvermögens auf ein unter sechsständiges Maß; sie ist weiterhin in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts sechs Stunden und mehr täglich auszuüben. Der Senat stützt sich auch insoweit auf die überzeugenden Gutachten der Sachverständigen N und B2, die unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen von einem zumindest sechsständigen beruflichen Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten ausgegangen sind. Auch die in dem früheren Rentenverfahren von der Beklagten im Verwaltungsverfahren hinzugezogene Gutachterin D und der im nachfolgenden Klageverfahren S 12 R 2442/16 mit einer Begutachtung beauftragte Sachverständige R äußerten sich in diesem Sinne.

Die von psychiatrischer Seite vorliegenden Gesundheitsstörungen erreichen

keinen Schweregrad, der zum Absinken des Restleistungsvermögens der Klägerin auf ein unter sechsständiges Ausmaß führen würde. Der Schweregrad psychischer Erkrankungen und somatoformer Schmerzstörungen wird aus den daraus resultierenden Defiziten im Hinblick auf die Tagesstrukturierung, das allgemeine Interessenspektrum und die soziale Interaktionsfähigkeit abgeleitet und daran gemessen (Senatsurteile vom 29. Januar 2021 – L 4 R 238/20 – und vom 26. März 2021 – L 4 R 807/20 – jeweils n.v.; vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11. Oktober 2018 – L 7 R 446/18 – juris, Rn. 37). Nach diesen Maßstäben spricht insbesondere die von B2 erhobene ausführliche Tagesstrukturierung und soziale Interaktion gegen ein Absinken der Leistungsfähigkeit der Klägerin auf ein Ausmaß von weniger als sechs Stunden täglich. So erledigt die Klägerin Haushaltstätigkeiten, versorgt ihre beiden Hunde, mit denen sie Spaziergänge unternimmt, liest viel, schaut Fernsehen, besucht Gottesdienste und unterhält seit ihrem Umzug im Juli 2020 engen Kontakt zu Familienmitgliedern, insbesondere ihrer Schwester, von der sie regelmäßige Besuche erhält. Auch trifft sie neben einer engen Freundin, mit der sie abends u.a. Spaziergänge mit den Hunden macht, einen Film anschaut oder kocht, wieder alte Freunde von früher, mit denen sie auch telefonisch Kontakt hält. All dies zeigt eine fortdauernde Fähigkeit zum Zeitmanagement, ein allgemeines Interessenspektrum und eine soziale Interaktionsfähigkeit.

Gegen eine zeitlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit sprechen auch die von dem Sachverständigen B2 anlässlich seiner Untersuchung erhobenen Befunde. So hat B2 die Klägerin als bewusstseinsklar, sicher in allen Qualitäten orientiert, im Denken formal geordnet und hinsichtlich Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit als ungestört beschrieben. Die Klägerin hat nach den Ausführungen des B2 selbst im Rahmen der überdurchschnittlich langen Untersuchung (9:30 Uhr bis 14:20 Uhr) bis zuletzt eine ungestörte Antriebslage und keine Erschöpfung gezeigt, wobei allein schon das Gespräch von 10:45 Uhr bis 13:35 Uhr gedauert hat, ohne dass eine Unterbrechung erforderlich geworden ist. Dies weist auf ein ungestörtes Durchhaltevermögen hin und spricht gegen eine Minderbelastbarkeit.

Schließlich führen auch die phasenweise auftretenden Cluster-Kopfschmerzen nicht zu einer andauernden quantitativen Leistungsminderung. Soweit diese trotz der eingesetzten Behandlungsmaßnahmen zeitweise erhebliche Beeinträchtigungen bedingen, können diese zwar dazu führen, dass die Klägerin immer wieder krankheitsbedingt nicht arbeitsfähig ist, eine Leistungsminderung auf nicht absehbare Zeit resultiert hieraus jedoch nicht. Der Senat vermag insbesondere nicht festzustellen, dass derartige Arbeitsunfähigkeitszeiten ein solches Ausmaß erreichen, dass die der Klägerin während eines Arbeitsjahres mögliche Arbeitsleistung den Mindestanforderungen nicht mehr entspricht. Das Bundessozialgericht hat dies angenommen, wenn der Versicherte die Arbeitsleistung für einen Zeitraum von mehr als 26 Wochen im Jahr gesundheitsbedingt nicht mehr erbringen kann (BSG, Urteil vom 21. Juli 1992 – 4 RA 13/91 – juris). Darüber hinaus sind häufige, zeitlich nicht genau festliegende (nicht einplanbare), mit einer vollständigen Leistungsunfähigkeit verbundene Arbeitsunfähigkeitszeiten den üblichen

Arbeitsbedingungen zuzuordnen, d.h. Gesundheitsstörungen mit entsprechenden Arbeitsunfähigkeitskennungen schwere spezifische Leistungseinschränkungen darstellen (BSG, Beschluss vom 31. Oktober 2012 – B 13 R 107/12 B – juris, Rn. 16). Der Senat kann nicht feststellen, dass dies vorliegend der Fall ist. Der Klägerin ist deswegen auch keine Verweisungstätigkeit zu benennen (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 17).

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Senat seiner Entscheidung die eigenen Angaben der Klägerin zum Ausmaß ihres Beschwerdebildes nicht zugrunde zu legen vermag. Denn insoweit bestehen erhebliche Zweifel, ob die Angaben der Klägerin das Ausmaß ihrer Beeinträchtigungen zutreffend widerspiegeln. So hat der vom Senat mit einer Begutachtung der Klägerin beauftragte Sachverständige B2 dargelegt, dass sich anlässlich seiner gutachterlichen Untersuchung in mehrfacher Hinsicht Hinweise auf nicht authentische Beschwerdeangaben der Klägerin ergeben haben. Dabei hat die Klägerin trotz einem zuvor vorhanden gewesenen normalen Gangbild und einer regelrechten Kraftentwicklung bei der klinischen Untersuchung im Rahmen der nachfolgenden neuromyographischen Untersuchung der unteren Extremitäten eine komplette Plegie dargeboten und bei der Aufforderung zum Fuß anheben nicht einmal eine Kraftentwicklung angedeutet. Auch nach der Entfernung der Elektrode hat sie so die weiteren Ausführungen des B2 zunächst weiterhin eine komplette Plegie für Fußheber und -senker und Zehenheber und -senker dargeboten, bei allerdings wenige Sekunden später wieder regelrechter Kraftentwicklung. Nach den überzeugenden Ausführungen des B2 ist dieser Befund nicht organoneurologisch zu erklären und daher als bewusstseinsnah einzustufen. Erhebliche Auffälligkeiten zeigten sich darüber hinaus bei der vom Sachverständigen durchgeführten testpsychologischen Untersuchung. B2 hat dabei den Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) eingesetzt, einen Beschwerdevalidierungstest zum Erkennen simulierter Symptome. Die Klägerin erreichte dabei einen Gesamtscore von 32, der bei einem Cut-off-Wert von 16 nach den Ausführungen des B2 als extremst ausgeprägter Hinweis für nicht authentische Beschwerdeangaben bzw. eine Simulation zu interpretieren ist. Auffälligkeiten hat B2 gerade auch im Hinblick auf die beklagten Cluster-Kopfschmerzen beschrieben und darauf hingewiesen, dass die Diagnose zwangsläufig allein über eine Anamneseerhebung gestellt werden kann. Insoweit hat der Sachverständige ausgeführt, dass die Semiotik der von der Klägerin als Druck beschriebenen Kopfschmerzqualität als eher ungewöhnlich anzusehen ist, insbesondere aber der von der Klägerin vorgebrachte Aspekt ungewöhnlich erscheine, dass diese Kopfschmerzen bereits seit 16 Jahren regelhaft auftreten, ohne dass es so ihre weiteren Angaben zu relevanten Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen ist. Die Klägerin konnte dementsprechend im Zeitraum von März 2010 bis August 2015 trotz beklagter Cluster-Kopfschmerzen als Berufskraft beruftätig sein.

Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren geltend gemacht hat, das SG habe sich zu Unrecht nicht auf die erwählte Auskunft des S3 als sachverständiger Zeuge gestützt, ist darauf hinzuweisen, dass dessen Auskunft Anlass war, ein Gutachten bei dem Sachverständigen N einzuholen. Allerdings hat N überzeugend

dargelegt, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin kein Ausmaß erreichen, das der Ausübung einer zumindest sechsständigen beruflichen Tätigkeit entgegensteht.

(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 2011 – [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 (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2019 – [B 13 R 7/18 R](#) – juris, Rn. 29 ff. m.w.N.). 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 Einseitigkeit, 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. Die von der Klägerin angegebenen häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten stellen – wie bereits dargelegt (vgl. Nr. 2 b) (3)) – im vorliegenden Fall ebenfalls keine schwere spezifische Leistungsbehinderung dar.

(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 [â 13/5 Rj 73/90](#) â juris, Rn. 16 ff.; Urteil vom 12. Dezember 2011 [â B 13 R 21/10 R](#) â juris, Rn. 21 f.; Urteil vom 12. Dezember 2011 [â B 13 R 79/11 R](#) â juris, Rn. 19 f.). Die KlÃ¤gerin ist in der Lage, eine Gehstrecke von 500 Metern viermal in weniger als 20 Minuten tÃglich zurÃ¼ckzulegen und Öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der WegefÃhigkeit ist nach den oben genannten Befunden nicht gegeben. Entsprechend haben die SachverstÃndigen N und B2 die WegefÃhigkeit der KlÃ¤gerin auch Ã¼berzeugend bejaht. Das Vorbringen der KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren, wonach sie wegen einer AngststÃ¶rung keine Öffentlichen Verkehrsmittel benutzen kÃ¶nne, ist nicht nachvollziehbar. Denn die KlÃ¤gerin ist durchaus in der Lage, ihre Therapeuten aufzusuchen.

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

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (vgl. [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Erstellt am: 04.02.2022

Zuletzt verÃ¤ndert am: 23.12.2024