

L 22 RJ 10/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 14 RJ 201/99
Datum
28.11.2002
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 RJ 10/03
Datum
11.04.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. November 2002 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu zwei Dritteln zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten noch Rente wegen Erwerbsunfähigkeit.

Die im Februar 1951 geborene Klägerin, die zuletzt von April 1992 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 22. Juli 1996 als Köchin beschäftigt war und ab Januar 1998 arbeitslos ist, stellte bereits im April 1997 einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, der mit Bescheid vom 02. Juli 1997 abgelehnt wurde.

Im März 1998 beantragte die Klägerin erneut wegen starker Schmerzen im gesamten Körper, Depressionen und eines Fibromyalgiesyndroms Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen, u. a. das Arbeitsamtsgutachten der Fachärztin für Orthopädie Dr. D vom 10. März 1998, bei und holte das Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. E vom 19. Juni 1998 ein.

Mit Bescheid vom 20. Juli 1998 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab. Trotz eines fibromyalgieähnlichen Symptomenkomplexes, eines Cervikal- und Lumbalsyndroms sowie einer Psoriasis plantaris könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch vollschichtig gearbeitet werden.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich zwischenzeitlich verschlechtert. Es bestünden Schmerzen am gesamten Körper, die sich durch einfache Betätigungen im Haushalt verstärkten. Sie könne sehr schlecht gehen. Nach dreistündigen Aktivitäten könne sie sich kaum noch auf den Beinen halten. Bei Stress und Belastung komme es darüber hinaus zu Depressionen.

Die Beklagte veranlasste nach Einholung des Berichtes der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J vom 01. September 1998 das Gutachten des Arztes für Neurologie Dr. M vom 26. November 1998.

Mit dem am 03. März 1999 als Einschreiben zur Post gegebenen Widerspruchsbescheid vom 25. Februar 1999 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Trotz der bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen reiche das Leistungsvermögen aus, körperlich leichte bis zeitweise mittelschwere Arbeiten überwiegend im Sitzen oder im Wechsel der Haltungsarten ohne Kälte, Nässe, häufiges Bücken, häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10 kg, Überkopfarbeiten und Arbeiten mit Hautirritationen vollschichtig zu verrichten.

Dagegen hat die Klägerin am 29. März 1999 beim Sozialgericht Potsdam Klage erhoben und vorgetragen:

Sie könne nicht mehr arbeiten. Seit 1980 leide sie unter Rückenschmerzen. 1986 seien nach drei Todesfällen innerhalb von 1 1/4 Jahren und drei schweren Operationen ihres Sohnes Depressionen hinzugekommen, weswegen sie 1988 für ein Jahr ihre Beschäftigung unterbrochen habe. Danach habe sie nur noch mit Beruhigungsmitteln arbeiten können, wodurch sich ihre Müdigkeit und Konzentrationsschwäche verstärkten. Seit 1999 leide sie an Schuppenflechte im Bereich der linken Hand. Sie benötige immer wieder Ruhepausen, sonst könne sie sich vor Schmerzen nicht bewegen. Infolge der Schmerzmitteleinnahme bestünden ständige Übelkeit und Magenschmerzen. Ihre Hände könne sie nicht mehr einsetzen.

Das Sozialgericht hat die Auskunft von B vom (Eingang) 08. September 1999, die Befundberichte der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J vom 23. August 1999 und der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Avom 20. November 1999 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Cvom 22. Mai 2000.

Die Klägerin hat gegen das Sachverständigengutachten vorgebracht, es setze sich inhaltlich nicht mit dem Fibromyalgiesyndrom auseinander. Es sei daher ein rheumatologisches Zusatzgutachten einzuholen, denn die Erwerbsunfähigkeit beruhe vor allem auf den Einschränkungen durch das Fibromyalgiesyndrom. Bei Patienten mit einem solchen Leiden komme es schon bei geringer Belastung zu einer muskulären Überanspannung, die über einen längeren Zeitraum zu starken Schmerzen mit entsprechendem Krankheitswert führe. Die vom Sachverständigen genannten psychischen Störungen seien Begleiterscheinungen einer schweren Fibromyalgie. Diese Erkrankung sei zwischenzeitlich aber im Rahmen weiterer Untersuchungen als Somatisierungsstörung bei Depression eingestuft worden, weswegen ein weiteres psychiatrisches Gutachten erforderlich sei. Nach Ansicht ihrer behandelnden Ärztin Dr. F erscheine die Abgrenzung zwischen einem Fibromyalgiesyndrom und einer Somatisierungsstörung angesichts der vielgestaltigen Krankheitsbilder nachrangig. Die Beurteilung des Leistungsvermögens durch den Sachverständigen stehe im Übrigen im Widerspruch zu den Einschätzungen in den eingeholten Befundberichten.

Die Klägerin hat die Epikrise der Landesklinik T des Arztes für Neurologie Dr. F vom 05. Oktober 2000 und den Bericht der Fachärztin für Physiotherapie und Rheumatologie F vom 04. April 2000 vorgelegt. Das Sozialgericht hat die Befundberichte der Fachärztin für Physiotherapie und Rheumatologie Fr vom 03. Januar 2001 und der Diplompsychologin L- vom 09. April 2001 bzw. 03. Mai 2001 eingeholt und den Sachverständigen Dr. Cergänzend gehört (Stellungnahme vom 01. Juni 2001).

Die Klägerin ist der Auffassung gewesen, der Sachverständige Dr. C habe zu der Krankheit Fibromyalgie keinen vertieften Zugang. Wegen seiner deutlichen Tendenzen zur aggressiven Gegensteuerung seien seine Bewertungen als Entscheidungsgrundlage nicht verwendbar. Die Meinung des Sachverständigen zur fehlenden Qualifikation von psychotherapeutischen Einschätzungen werde nicht geteilt.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 15. Oktober 2001 eingeholt und Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten der Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. P-T vom 18. Februar 2002 nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Während die Klägerin ihre Ansicht durch dieses Gutachten bestätigt gesehen hat, hat die Beklagte ein aufgehobenes Leistungsvermögen aufgrund der erhobenen psychischen Befunde nicht nachvollziehen können. Offensichtlich seien die subjektiven Angaben der Klägerin in die Bewertung eingeflossen.

Das Sozialgericht hat weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Dr. Lvom 05. September 2002 nach Aktenlage.

Die Klägerin hat die von ihr veranlasste Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. P- vom 07. Oktober 2002 vorgelegt.

Mit Urteil vom 28. November 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Die Klägerin könne vollschichtig leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsfeldes verrichten. Dies folge aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. C und Dr. L in Übereinstimmung mit den während des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten. Der Beurteilung der Sachverständigen Dr. P-könne nicht gefolgt werden, denn die von dieser Ärztin diagnostizierte schwere depressive Episode sei nach den erhobenen Befunden nicht schlüssig. Im Übrigen leide das Gutachten dieser Ärztin an erheblichen Mängeln, da letztlich das subjektive Befinden der Klägerin ohne kritische Auseinandersetzung mit den erhobenen Befunden als objektiv wahr dargestellt werde.

Gegen das ihrer Prozessbevollmächtigten am 16. Dezember 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 13. Januar 2003 eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie trägt vor, die überzeugenden Feststellungen der Sachverständigen Dr. P- seien weder durch den Sachverständigen Dr. Cnoch durch den Sachverständigen Dr. Lentkräftet. Das Gutachten des Dr. L sei fachlich nicht haltbar und in seinem Ergebnis falsch. Die vorliegenden Befundberichte der behandelnden Ärzte, die übereinstimmend ein vollschichtiges Leistungsvermögen ausgeschlossen hätten, seien übergangen worden. Die Sachverständige Dr. P- komme in ihrem ausführlichen Gutachten nach Abwägung aller Umstände zu dem eindeutigen Ergebnis, dass die Klägerin erwerbsunfähig sei. Der Sachverständige Dr. Chabe schon nicht erkannt, dass bei der Klägerin eine depressive Erkrankung vorliege, obwohl diese in fast allen anderen ärztlichen Berichten und Stellungnahmen bestätigt werde. Er habe stattdessen eine Angsterkrankung ohne die erforderliche psychodynamische oder verhaltensanalytische Vorgehensweise und damit fehlerhaft diagnostiziert. Die von ihm behauptete Aggravation werde nicht untermauert. Die Tatsache, dass ein objektiver Nachweis für die Schmerzen nicht zu führen sei, belege nicht, dass solche subjektiv nicht vorhanden seien. Dies sei auch von dem Sachverständigen Dr. L nicht beachtet worden. Selbst Dr. L habe eingeräumt, dass die von Dr. P- aufgezeigte Psychodynamik schlüssig sei und zudem keine Kritik an den schweren psychopathologischen Befunden geübt. Demzufolge seien seine pauschale Abwertung der von Dr. P- diagnostizierten Gesundheitsstörungen und die ihr vorgeworfene fehlende kritische Auseinandersetzung nicht nachvollziehbar. Die bei der Klägerin vorliegende schwerwiegende, inzwischen chronifizierte Erkrankung lasse eine Beschäftigung nicht mehr zu.

Mit Bescheid vom 17. Oktober 2005 bewilligte die Beklagte ihrem von der Klägerin angenommenen Anerkenntnis entsprechend Rente wegen Berufsunfähigkeit bei einem am 27. März 1998 eingetretenen Leistungsfall ab 01. April 1998.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. November 2002 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 1999 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01. Januar 2001, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat eingeholt den Rahmentarifvertrag für das Hotel- und Gaststättengewerbe im Land Brandenburg vom 15. November 1991 nebst Tarifvereinbarung über das In-Kraft-Setzen dieses gekündigten Rahmentarifvertrages vom 05. Juli 1995, einen Auszug aus dem Rahmenkollektivvertrag sozialistischer Konsumgüterbinnenhandel vom 20. Mai 1988, die Arbeitsverträge mit der VE Gaststättenorganisation (HO) Potsdam vom 01. September 1981 und der SB J, die Auskünfte der S J vom 22. August 2003 und der B D J vom 24. Februar 2004 sowie Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zur Köchin (BO 411), Bürohilfskraft (BO 784), Pförtner (BO 793) und Versandfertigtmacher (BO 522), außerdem Kopien der Auskunft des Arbeitsamtes Frankfurt (Oder) vom 01. November 1999 zur Bürohilfskraft, der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Februar 2000 zum Pförtner und seiner weiteren berufskundlichen Stellungnahme vom 01./24. November 2002 zum Versandfertigtmacher. Darüber hinaus hat er Beweis erhoben durch das schriftliche berufskundliche Sachverständigengutachten der I W vom 29. Juli 2004 nebst ergänzender Stellungnahmen vom 07. Februar 2005 und 03. Juni 2005.

Weiterhin hat der Senat die Epikrisen der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des St. J-Krankenhauses des Dr. M vom 18. Oktober 1998 und der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums E vom 07. März 2000, die Befundberichte der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J vom 27. August 2003, der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. An vom 07. Mai 2003, der Diplompsychologin L-M vom 17. September 2003 und der Fachärztin für Anästhesie Dr. B vom 19. Oktober 2003 eingeholt und den Sachverständigen Dr. Lergänzend gehört (Stellungnahme vom 20. Januar 2004).

Die Klägerin hat unter Vorlage des Berichts der Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. N vom 03. Mai 2005 darauf hingewiesen, es liege eine Fibromyalgie mit Tendenz zur Allodynie vor. Zur weiteren Sachverhaltsaufklärung dieses Krankheitsbildes sei die Einholung eines weiteren Gutachtens, hilfsweise die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. L nach vorheriger persönlicher Untersuchung der Klägerin erforderlich. Dessen Ausführungen zum Gutachten der Sachverständigen Dr. P-eien nicht überzeugend. Zwischenzeitlich sei es zu weiteren Verschlechterungen gekommen. Im Januar 2005 sei die Klägerin wegen eines Tumors an der Schulter operiert worden. Im Februar 2005 sei sie wegen eines Tumors am After operiert worden, in deren Folge eine Thrombosebehandlung erforderlich geworden sei. Im April 2005 sei erneut ein fleischiger Tumor operativ entfernt worden. Darüber hinaus verfüge sie auf dem rechten Ohr nur noch über eine eingeschränkte Hörfähigkeit. Sie leide weiterhin unter großen Schmerzzuständen. Auch die psychische Konstitution habe weiter nachgelassen. Sie beabsichtige die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung.

Der Senat hat die Befundberichte des Facharztes für Chirurgie Dr. S vom 06. Dezember 2005 und der Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren (HNO) D vom 12. Dezember 2005 bzw. 17. Februar 2006 eingeholt. Außerdem hat er den Sachverständigen Dr. Lergänzend gehört (Stellungnahme vom 22. Februar 2006).

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 62 bis 84, 140 bis 143, 197 bis 233, 247 bis 268, 478 bis 488 und 560 bis 561 der Gerichtsakten im Übrigen noch auf Blatt 273 bis 284 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 20. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 1999 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Ihr steht auch Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht zu.

Als Anspruchsgrundlagen kommen auch weiterhin die §§ 43 und 44 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) in der Fassung vor dem am 01. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Reformgesetz) vom 20. Dezember 2000 (BGBl. I 2000, 1827) in Betracht. Nach § 300 Abs. 2 SGB VI sind aufgehobene Vorschriften dieses Gesetzbuches auch nach dem Zeitpunkt ihrer Aufhebung noch auf den bis dahin bestehenden Anspruch anzuwenden, wenn der Anspruch bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach der Aufhebung geltend gemacht wird. Dies ist vorliegend der Fall, denn der maßgebende Antrag wurde bereits im März 1998 gestellt.

Nach § 44 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie erwerbsunfähig sind und weitere (beitragsbezogene) Voraussetzungen erfüllen. Erwerbsunfähig sind nach § 44 Abs. 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

Die Klägerin ist hiernach nicht erwerbsunfähig. Sie ist noch in der Lage, Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig auszuüben, insbesondere als Bürohilfskraft, Pförtnerin und Versandfertigtmacherin zu arbeiten.

Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. C und Dr. L. Dem Gutachten der Sachverständigen Dr. P-vermag der Senat nicht zu folgen.

Nach Dr. C und Dr. L bestehen neben einer die Altersnorm nicht wesentlich überschreitenden degenerativen Erkrankung des Bewegungsapparates eine Somatisierungsstörung, nach Dr. C auch eine gewisse konversionsneurotische Störung im Sinne eines leichtergradigen Angstsyndroms. Wie Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2004 ausgeführt hat, gehören zum

Krankheitsbild einer somatoformen Störung depressive Verstimmtheiten, die gelegentlich in den Vordergrund rücken können. Eine somatoforme Schmerzstörung hat auch Dr. P. diagnostiziert, die anhaltend ist und von überwiegendem Ganzkörperschmerz, Unterbauchschmerzen und chronischem Müdigkeitssyndrom begleitet wird.

Letztgenannte Sachverständige hat außerdem eine rezidivierende mittelschwere bis schwere Depression mit begleitenden Ängsten und eine depressive Persönlichkeitsstruktur festgestellt.

Die Befunde, die zu dieser Diagnose geführt haben, hat auch der Sachverständige Dr. C gesehen und daraus auf eine gewisse konversionsneurotische Störung geschlossen. Er hat in seinem Gutachten dargestellt, dass die Persönlichkeit der Klägerin eine Neigung zu konversionsneurotischen Symptomen, ein durchaus feminines Verhaltensmuster und eine gewisse Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit zeigt. Dr. P. hat zwar eine psychodynamische Hypothese für die Entstehung dieser Gesundheitsstörungen erarbeitet, der sich auch Dr. L in seinem Gutachten vom 05. September 2002 angeschlossen hat. Gegenüber Dr. C hat die Klägerin von einer ganz normalen Kindheit und einem guten und engen Verhältnis zu ihrer Mutter berichtet. Die Familienatmosphäre ist durchweg als angenehm geschildert worden. Auf Nachfrage hat die Klägerin angegeben, eher schüchtern und im Kontaktverhalten eher abwartend, aber immer akzeptiert gewesen zu sein. Sie sei nicht der Mensch gewesen, der sich gerne streitet. Da sie sich nicht so gut wehren können, habe sie eher nachgegeben. Die nachfolgende Ehe ist von der Klägerin ebenfalls als normal bezeichnet worden. Auf Krisen angesprochen, hat die Klägerin solche erstmals aufgrund dreier Todesfälle in der Familie innerhalb von 1 ½ Jahren im Zeitraum von 1986 bis 1988 angegeben. Nach dem Bruder seien die Schwägerin und ein anderer Schwager verstorben. Kurze Zeit danach habe ihr Sohn einen schweren Unfall gehabt. Von Dr. C nochmals auf Ehekrise angesprochen, hat die Klägerin dann eingeräumt, dass es infolge dieser Ereignisse zu einem gewissen Einbruch kam, weil sie deswegen krank wurde, was ihr Ehemann nicht verstehen konnte. Dr. C hat aufgrund dieser Angaben Besonderheiten insbesondere bezüglich der frühkindlichen Entwicklung nicht feststellen können. Aufgrund der geschilderten Ereignisse hat er allerdings beurteilt, dass von ca. 1986 bis 1989 eine deutliche Krise mit depressiven und psychosomatischen Beschwerden auftrat, von der sich die Klägerin anschließend etwas erholte, wobei nach deren Angaben auch in den 90er Jahren immer gewisse psychosomatische Symptome vorhanden waren. 1996 kam es dann zu einer erneuten Dekompensation in seelischer Hinsicht, ohne dass die Klägerin dafür einen Auslöser genannt hat. Dr. C hat als Ursache dafür eine Überlastung als wahrscheinlich angesehen und sich dazu auf das im vorangegangenen Rentenverfahren eingeholte Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 27. Mai 1997 bezogen. In jenem Gutachten wurde bereits die von Dr. P. entwickelte psychodynamische Hypothese für die Entstehung der Gesundheitsstörungen dargestellt. Soweit Dr. P. gemeint hat, Dr. C und Dr. L hätten die bei der Klägerin bestehende Persönlichkeitsstörung nicht hinreichend berücksichtigt, kann dies im Hinblick darauf nicht nachvollzogen werden. Dr. C hat in seinem Gutachten vielmehr darauf hingewiesen, dass seit 1996 keine wesentlichen psychosozialen Belastungen bestanden, so dass die lange Dauer der klagten Symptome ihre Ursache darin nicht haben.

Dr. P. stellt die depressive Persönlichkeitsstruktur in einen Zusammenhang mit geringer Autonomie, fragilem Selbstwertgefühl und hohem Harmonisierungsbedürfnis. Sie hat in ihrem Gutachten darauf hingewiesen, dass die Klägerin den 1973 erlittenen Tod des Vaters nur sehr schwer hat verwinden können. Die Klägerin hat ihr gegenüber geschildert, dass sie zeitlebens der 1999 verstorbenen Mutter untergeordnet war, ab dem 12. Lebensjahr viele Haushaltspflichten übernahm und keine Auseinandersetzungen mit den Eltern vorkamen. Dr. P. hat daraus auf ein übergroßes Harmoniebedürfnis und eine ausgesprochene Idealisierungstendenz geschlossen, welche auch innerhalb der Sekundärfamilie bestand. Gleichwohl hat auch Dr. P. erst 1988 nach Verletzung des Sohnes und bedrohter Integrität eine erste schwere ängstlich-depressive Krise feststellen können. Das Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 27. Mai 1997 ist insoweit noch viel deutlicher. Danach wurde die Klägerin durch die frühzeitig geforderte Verantwortung so an der eigenen Persönlichkeitsreife und gesunden Autonomie gehindert, dass sie sich 16jährig selbstunsicher einem 8 Jahre älteren Manne zuwandte, der für sie zeitlebens Vaterersatz ist. Die Klägerin dekompenzierte zum ersten Mal, nachdem sie von einem sexuellen Verhältnis ihres Ehemannes mit einer angestellten Kellnerin erfuhr. Dies wiederholte sich in einer Überforderungssituation mit schwerster körperlicher Arbeit, Versorgung der Schwiegermutter und der unzufriedenen eigenen Mutter sowie Versorgung des eigenen Haushalts und Gartens.

Diese psychodynamischen und/oder bedingungsanalytischen Hypothesen vermögen zwar, worauf Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2004 hingewiesen hat, für die Planung einer Psychotherapie unverzichtbar sein. Es mag auch zutreffen, wie Dr. P. in ihrem Gutachten ausgeführt hat, dass der therapeutische Zugang mit möglicher konfliktorientierter Auseinandersetzung und Problembewältigung außerordentlich schwierig ist. Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass die Diagnose einer depressiven Persönlichkeitsstruktur das Leistungsvermögen der Klägerin wesentlich beeinträchtigt. Solches wird von Dr. P. in ihrem Gutachten auch nicht näher dargelegt. Wesentliche Unterschiede hinsichtlich der insoweit erhobenen Befunde gegenüber dem Gutachten des Dr. C lassen sich ebenfalls nicht feststellen. Die von Dr. P. vorgefundenen Ängste hat auch Dr. C, zwar nicht im Zusammenhang mit einer Depression, sondern als Angstsyndrom im Zusammenhang mit der konversionsneurotischen Störung befundet und bewertet, auch wenn dieser sich dazu keiner psychodynamischen Betrachtungsweise bzw. verhaltensanalytischen Vorgehensweise bedient hat, wie von Dr. P. in deren von der Klägerin selbst veranlassten Stellungnahme vom 07. Oktober 2002 kritisiert wird.

Die von Dr. P. diagnostizierte rezidivierende mittelschwere bis schwere Depression ist weder nach deren Gutachten noch nach den sonstigen vorliegenden ärztlichen Berichten bewiesen.

Diese Sachverständige hat eine durchgehend gedrückte Stimmungslage bei ausgesprochen monotoner Stimme der Klägerin vorgefunden. Gedanken von Lebensmüdigkeit bzw. Lebensüberdruß hat sie als glaubhaft erachtet. Die Klägerin hat psychomotorisch eher gebremst, insgesamt etwas adynam und affektiv vermindert schwingungsfähig bei deutlich gemindertem Antriebsniveau gewirkt. Die soziale Kontaktfähigkeit hat die Sachverständige als reduziert, ausschließlich auf die Familie konzentriert mit erheblichen Verlustängsten bezeichnet. Insgesamt hat sie eine ängstlich-depressive Grundstimmung mit ausgeprägter Angst vor Überforderung und nachfolgender Symptomverstärkung angenommen, wobei allerdings im Selbsterleben der Klägerin die Schmerzsymptomatik an absolut führender Stelle steht.

Demgegenüber hat der Sachverständige Dr. L unter Bezugnahme auf ICD 10: F 33.2 darauf hingewiesen, dass eine schwere depressive Episode durch folgende Symptomatik gekennzeichnet ist: Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Suizidalität mit suizidalen Handlungen, ständig deutlich gedrückte Stimmung, Antriebsminderung, Verminderung der Aktivität, Freudlosigkeit, Interessenlosigkeit, deutliche Minderung der Konzentration, Müdigkeit, Schlafstörungen mit Früherwachen, Appetitverlust, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit. Er hat eine solche Symptomatik deswegen nicht als vorliegend erachtet, weil nach der

Befunderhebung durch die Sachverständige Dr. P eine ausreichende Konzentration, eine nicht beeinträchtigte Auffassungsgabe und auch eine ausgesprochene innere Bewegtheit bei Berührung bestimmter Themen, was für eine emotional-affektive Wandelbarkeit spricht, die mit einer affektiv verminderten Schwingungsfähigkeit nicht korreliert, mitgeteilt wird. Er hat außerdem hervorgehoben, dass im Selbsterleben der Klägerin nicht etwa depressive Inhalte, sondern die Schmerzsymptomatik an absolut führender Stelle steht. Wenn er daraus die Schlussfolgerung gezogen hat, dass Zahl und Schwere der gesamten Symptome nicht ausreichend sind, um eine schwere depressive Episode zu beschreiben, vermag der Senat dies nachzuvollziehen.

Der von der Klägerin gegenüber Dr. P-r geschilderte Tagesablauf und die seinerzeit angegebenen Beschwerden deuten gleichfalls nicht auf eine schwere depressive Situation hin. Es wird von kleineren Einkäufen und Spaziergängen berichtet. Eine Abwesenheit von zu Hause macht eher Angst. Die Wohnung wird insbesondere in den Wintermonaten wegen starker Schmerzen nicht verlassen.

Die vorliegenden ärztlichen Berichte belegen gleichfalls eine schwere depressive Symptomatik nicht.

In der Epikrise der Rheumaklinik B- der Prof. Dr. G- vom 18. März 1998 wird eine Depression genannt, ohne dass irgendwelche dies belegenden Befunde beschrieben sind. Dasselbe gilt für das Arbeitsamtgutachten der Fachärztin für Orthopädie Dr. D vom 10. März 1998, in dem sich die Diagnose eines depressiven Syndroms findet. Gleiches trifft auf den Bericht vom 01. September 1998 und den Befundbericht vom 23. August 1999 der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J zu. Der Befundbericht der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 20. November 1999 bezeichnet eine depressiv neurasthenische Symptomatik, wobei dort zumindest eine depressive Grundstimmung, wenig bewegliche Affekte und ein reduzierter Antrieb genannt werden. Aus der Epikrise der Landesklinik Teupitz des Neurologen Dr. F vom 05. Oktober 2000 ergibt sich eine neurotische Depression. Auch wenn dort eine deutliche depressive Stimmung beschrieben wird, werden psychovegetative Symptome bei starker Tendenz zur Somatisierung als dominierend angegeben. Der Sachverständige Dr. L hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2004 dazu ausgeführt, dass nach dieser Epikrise eine sichere differenzialdiagnostische Zuordnung der beobachteten depressiven Symptomatik noch nicht möglich war und deswegen auch eine neurotische Depression in Betracht gezogen wurde. Dr. L hat gleichzeitig darauf hingewiesen, dass nach dieser Epikrise als wahrscheinlichere Diagnose die einer Somatisierungsstörung angenommen wurde, da sich diese an erster Stelle der bezeichneten Diagnosen befindet. Im weiteren Befundbericht der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 15. Oktober 2001 wird ein chronifiziertes depressives Syndrom erwähnt, ohne dass dafür allerdings nähere Befunde genannt werden. Dr. L hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2004 darauf hingewiesen, dass nach letztgenanntem Befundbericht unklar bleibt, ob eine depressive Störung als vorrangige Diagnose gestellt wurde. Der weitere Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J vom 27. August 2003 benennt wiederum eine Depression ohne entsprechende belegende Befunde. Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A weist in ihrem Befundbericht vom 07. Mai 2003 erneut ein chronifiziertes depressives Syndrom mit den Befunden deutlich depressiv und antriebsgemindert aus. Dem Befundbericht der Fachärztin für Anästhesie Dr. B vom 19. Oktober 2003 ist die Diagnose Depression mit den Befunden depressiv, verlangsamt und klagend zu entnehmen. Wie der Sachverständige Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2004 ausgeführt hat, lassen sich aus diesen ärztlichen Berichten, soweit dort Befunde bezeichnet sind, zwar depressive Symptome entnehmen, allerdings nicht in der Schwere und dem Ausmaß, dass sie die Diagnose einer rezidivierenden mittelschweren bis schweren Depression rechtfertigen. Es handelt sich vielmehr um depressive Verstimmtheiten, die zum Krankheitsbild einer somatoformen Störung gehören. Die Diagnose einer rezidivierenden schweren depressiven Episode wird ausschließlich in den Befundberichten der Diplompsychologin L vom 09. April 2001 bzw. 03. Mai 2001 und 17. September 2003 genannt. Dies ist zum einen schon deswegen nicht nachvollziehbar, weil in diesen Befundberichten lediglich die von der Klägerin angegebenen Beschwerden wiedergegeben werden und ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass keine eigenen Befunde erhoben wurden. Damit stützt sich diese Diagnose ersichtlich auf die subjektive Darstellung der Klägerin. Aufgrund dessen hat bereits der Sachverständige Dr. C in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01. Juni 2001 diese Diagnose nicht nachvollziehen können. In gleicher Weise hat sich der Sachverständige Dr. L in seinem Gutachten vom 05. September 2002 geäußert. Beide Sachverständigen haben hierbei auch Bezug genommen auf die Epikrise der Landesklinik Teupitz des Dr. F vom 05. Oktober 2000 mit der Diagnose einer neurotischen Depression, die in der Regel leichte bis mittelgradige depressive Störungen beinhaltet. Der weiteren ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. L vom 20. Januar 2004 ist diesbezüglich dasselbe zu entnehmen.

Der Sachverständige Dr. L hat in seinem Gutachten gleichwohl eingeräumt, dass bei der Untersuchung durch die Sachverständige Dr. P- tatsächlich schwerere psychische Gesundheitsstörungen vorhanden gewesen sein können. Da sich diese jedoch - wie dargelegt - nicht als vordergründig gezeigt haben und nicht in dem dargestellten Ausmaß dauerhaft nachgewiesen sind, ist diese depressive Symptomatik einer somatoformen Störung zuzuordnen. Ob es daneben überhaupt zulässig ist, bei Vorliegen einer schweren depressiven Symptomatik, die mindestens gleichrangig neben einem erhöhten subjektiven Schmerzerleben, welches sich nicht durch organische Erkrankungen belegen lässt, nach den allgemeinen ärztlichen Regeln eine somatoforme Störung zu diagnostizieren oder ob nicht vielmehr - so der Sachverständige Dr. L- allein auf die Gruppe der depressiven Störungen zurückgegriffen werden darf, kann angesichts dessen dahinstehen.

Weitere Gesundheitsstörungen mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen liegen nicht vor. Dies gilt insbesondere für ein Fibromyalgiesyndrom, auch wenn dieses Leiden erneut im Bericht der Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. N vom 03. Mai 2005 genannt wird. Wie der Sachverständige Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. Februar 2006 ausgeführt hat, ist diese Gesundheitsstörung im Sinne einer Schmerzkrankheit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gleichzustellen. Dem Bericht des Dr. Naumann sind im Übrigen außer den im Vordergrund stehenden 18 Tender points auch keine neuen Erkenntnisse zu entnehmen, so dass die Beurteilungen der Sachverständigen Dr. C und Dr. L auch weiterhin Bestand haben. Mit der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms wird zwar an frühere ärztliche Berichte mit derselben Leidensbezeichnung angeknüpft (vgl. u. a. Epikrise der Rheumaklinik B- der Prof. Dr. G- vom 18. März 1998, Arbeitsamtgutachten der Fachärztin für Orthopädie Dr. D vom 10. März 1998, Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J vom 23. August 1999). Diese Diagnose wurde jedoch bereits in der Vergangenheit nicht weiter aufrechterhalten. Schon im Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. E vom 19. Juni 1998 wird wegen nicht ausreichend verifizierbarer Fibromyalgiedruckpunkten lediglich ein fibromyalgieähnlicher Symptomenkomplex diagnostiziert. Die entscheidende Wandlung hin zur Somatisierungsstörung wurde dann mit der Epikrise der Landesklinik T des Neurologen Dr. F vom 05. Oktober 2000 vollzogen, nachdem bereits im Bericht des Facharztes für Physiotherapie und Rheumatologie F vom 04. April 2000 darauf hingewiesen worden war, dass ohnehin keine klare Abgrenzung zwischen einer Fibromyalgie und einer Somatisierungsstörung möglich ist. Soweit nachfolgende ärztliche Berichte diese Diagnose noch ausweisen, erfolgt dies entweder einerseits als Verdachtsdiagnose (vgl. u. a. Befundbericht der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 07. Mai 2003), andererseits mit dem Hinweis Tender points wie Fibromyalgie (Befundbericht der Fachärztin für Anästhesie Dr. B vom 19. Oktober 2003) oder zum dritten ohne dass dazu die entsprechenden Befunde beschrieben werden (vgl. u. a.

Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin Dr. J vom 27. August 2003). Die Zweifel an der Diagnose einer Fibromyalgie rühren, worauf bereits der Sachverständige Dr. C in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01. Juni 2001 aufmerksam gemacht hat, daher, dass nicht nur alle typischen Schmerzpunkte, sondern auch die so genannten Kontrollpunkte druckschmerzhaft gewesen sind. Bei der Untersuchung durch die Sachverständige Dr. P hat die Klägerin 12 von 18 typischen Tender points, gleichzeitig aber auch Kontrollpunkte als druckschmerzhaft angegeben, weswegen diese Sachverständige die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung befürwortet, differenzialdiagnostisch gleichwohl eine Fibromyalgie nicht ausgeschlossen hat. Dr. P- hat darin deswegen keinen Widerspruch gesehen, weil überwiegend der gleiche medizinische Sachverhalt beschrieben wird. Der Sachverständige Dr. L hat dazu keine andere Auffassung.

Wie dieser Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Januar 2004 dargelegt hat, folgen aus der Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms links, einer sakralen Menigozele (vermehrte Flüssigkeitsansammlung im Bereich der Rückenmarkshäute) und einem Skalenussyndrom keine funktionellen Beeinträchtigungen, jedenfalls aber keine Leistungseinschränkungen, die nicht ohnehin aus der Somatisierungsstörung resultieren. Den vorliegenden ärztlichen Berichten ist insoweit nichts anderes zu entnehmen.

Die in jüngerer Zeit durchgeführten operativen Eingriffe (Karbunkellexstirpation im Bereich der linken Schulter, Entfernung eines Analthrombus und eines Fibroms im Bereich des Rückens) haben Gesundheitsschäden nicht hinterlassen (vgl. die ergänzende Stellungnahme des Dr. L vom 22. Februar 2006 unter Hinweis auf den Befundbericht des Facharztes für Chirurgie Dr. S vom 06. Dezember 2005).

Zwischenzeitlich ist allerdings eine dezente bis mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beiderseits hinzugetreten (vgl. die Befundberichte der HNO-Ärztin D vom 12. Dezember 2005 und 17. Februar 2006). Wenn der Sachverständige Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. Februar 2006 aufgrund dessen Arbeiten, die Anforderungen an das Richtungsgehör verlangen, und Arbeiten mit Lärmexposition ausgeschlossen hat, ist dies nachvollziehbar.

Das Leistungsvermögen der Klägerin wird somit vornehmlich durch die Somatisierungsstörung bestimmt. Wenn die Sachverständigen Dr. C und Dr. Laufgrund dieser Gesundheitsstörung die Schlussfolgerung gezogen haben, die Klägerin könne noch körperlich leichte Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten, aber auch ständig im Sitzen ohne regelmäßiges Heben von Lasten von über 5 kg und ohne Stressbelastung wie überdurchschnittlichen Zeitdruck, Akkord- und Fließbandarbeit verrichten, ist dies schlüssig. Dies gilt auch insoweit, als diese Sachverständigen ein vollschichtiges Leistungsvermögen angenommen haben.

Bei der Klägerin bestehen danach eine nur gering eingeschränkte Beweglichkeit von Kopf, Schultern und Wirbelsäule. Die Klägerin wirkt etwas zurückhaltend, ängstlich, sehr klagsam mit Ängsten bei bestimmten körperlichen Schmerzzuständen. Der Antrieb ist erniedrigt, wirkt eher hypochondrisch und krankheitsbezogen mit Vermeidungsverhalten. Die Stimmungslage ist subdepressiv. Die Persönlichkeit wirkt eher gemütsweich, etwas ängstlich, unsicher, passiv, aber nicht im Sinne einer deutlichen Persönlichkeitsstörung. Eine leichtergradige Depression folgt aus der testpsychologischen Untersuchung. Die Alltagsaktivitäten sind dadurch gekennzeichnet, dass die Klägerin ihren Haushalt selber macht. Als Hobby ist sie in ihrem Garten aktiv. Wenn der Sachverständige Dr. C im Hinblick darauf keine typischen psychischen Begleitreaktionen eines chronisch-organischen Schmerzsyndroms und insgesamt auf seelischem Gebiet keine schwerwiegenden Symptome hat feststellen können, vermag der Senat dies nachzuvollziehen. Dies gilt auch, soweit er den Eindruck einer Aggravation gewonnen hat, weil das Ausmaß der geklagten Beschwerden unwahrscheinlich erscheint. Es ist insbesondere nicht mit ihren Alltagsaktivitäten vereinbar. Der Sachverständige Dr. L hat ebenfalls auf diese Diskrepanz hingewiesen.

Demgegenüber hat die Sachverständige Dr. P- die insbesondere von der Klägerin geklagte chronische Müdigkeit und Erschöpfung als glaubhaft erachtet. Sie hat sichere Anhaltspunkte für eine Aggravation nicht finden können. Der von ihr erhobene psychische Befund im Übrigen ist bereits oben dargestellt worden. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass die Sachverständige Dr. P- die nötige kritische Distanz zur Klägerin hat vermissen lassen. So hält diese Sachverständige die chronische Müdigkeit und Erschöpfung für glaubhaft, ohne dies näher zu hinterfragen. Die Klägerin hat zwar solches vorgetragen. Der in dem Gutachten der Sachverständigen Dr. P mitgeteilte Tagesablauf lässt zumindest Zweifel daran aufkommen. Sie verrichtet danach kleinere Hausarbeiten in der Wohnung, geht auch einkaufen, wobei sie lediglich alle schweren Arbeiten wie Einkaufen von schweren Gegenständen und größeren Mengen dem Ehemann überlässt. Sie reinigt und pflegt die 100 m² große Wohnung selbst, auch wenn sie sich hierbei die Arbeit einteilt und Ruhepausen einlegt. Auch in ihrem Schrebergarten unternimmt die Klägerin kleine Verrichtungen. Spaziergänge sind ihr möglich, nach ihren Angaben allerdings höchstens eine halbe bis eine Stunde Dauer. Der Sachverständige Dr. L hat im Übrigen darauf hingewiesen, dass die Sachverständige Dr. P- zwar festgestellt hat, dass sich die Klägerin in der Untersuchungssituation etwas schwerfällig mit Schmerzangabe bewegt, dieses jedoch nicht weiter kommentiert hat. Insbesondere ist keine kritische Überprüfung hinsichtlich einer Aggravatio erfolgt, was jedoch gerade im Hinblick auf ein sich längere Zeit hinziehendes Renten- und Gerichtsverfahren geboten ist. Stattdessen hat Dr. P gemutmaßt, Dr. C habe von vornherein eine Erwerbsunfähigkeit bei der Diagnose Fibromyalgie ausgeschlossen. Auch habe möglicherweise eine aggressive Gegenübertragung auf die Klägerin eine gewisse Fehleinschätzung und Abwertungstendenz bewirkt. Dafür gibt es jedoch nach dem Inhalt des Gutachtens des Dr. C keinerlei Anhaltspunkte, worauf Dr. L ebenfalls hingewiesen hat. Die geäußerte Kritik am Gutachten der Sachverständigen Dr. P- hält der Senat nicht nur wegen den bereits dargestellten Gesichtspunkten, sondern auch deswegen für berechtigt, weil der von ihr festgestellte Gesundheitszustand mit den daraus resultierenden Funktions- und Leistungseinschränkungen bereits im März 1998 vorgelegen haben soll. Sollte diese zutreffen, müssten sich entsprechende Befunde in den sonstigen ärztlichen Berichten wiederfinden. Daran fehlt es jedoch. Gleichwohl wird der Frage nach den Gründen hierfür nicht weiter nachgegangen, obwohl dieser Widerspruch ersichtlich von Dr. P- erkannt worden ist, denn sie hat gerade auf wesentliche Abweichungen im psychischen Befund gegenüber Dr. C verwiesen. Ein kritisches Hinterfragen ist gleichfalls nicht erfolgt.

Nach dem Gutachten der Sachverständigen Dr. L bleibt schließlich auch offen, weswegen die Klägerin höchstens leichte Arbeit bis zu 2 Stunden mit Pausen bis 2 Stunden im Liegen täglich verrichten kann. Eine Begründung hierfür wird nicht gegeben. Diese Sachverständige ist offenbar der Ansicht, dies folge aus der chronischen Müdigkeit, Schwunglosigkeit und Adynamie sowie der Verstärkung und Chronifizierung der Schmerzstörung. Soweit in diesem Zusammenhang auf entsprechende Einschätzungen der die Klägerin behandelnden Ärzte verwiesen wird (vgl. Berichte bzw. Befundberichte der Ärztin für Innere Medizin Dr. J vom 08. März 1998, 01. September 1998 und 23. August 1998, Befundberichte der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 20. November 1999 und 15. Oktober 2001, Befundbericht des Facharztes für Physiotherapie und Rheumatologie F vom 03. Januar 2001 und Befundbericht der Diplompsychologin L- vom 09. April 2001 bzw. 03. Mai 2001), führt dies nicht weiter, denn dort fehlt ebenfalls jegliche Begründung. Von der Sachverständigen Dr. P- wird

schließlich auch nicht zur Kenntnis genommen, dass ein vollschichtiges Leistungsvermögen im Arbeitsamtsgutachten der Fachärztin für Orthopädie Dr. Dvom 10. März 1998, im Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. E vom 19. Juni 1998 und im Gutachten des Arztes für Neurologie Dr. Mvom 26. November 1998 angenommen wurde.

Nach alledem vermag das Gutachten der Sachverständigen Dr. P- nicht zu überzeugen.

Ob darüber hinaus die fehlende kritische Distanz dieser Sachverständigen gegenüber der Klägerin auch daran deutlich wird, dass diese auf Veranlassung der Klägerin die Stellungnahme vom 07. Oktober 2002 abgegeben hat, sich also ohne Einschaltung des Gerichts und ohne Beteiligung der Gegenseite zugunsten der Klägerin geäußert hat, lässt der Senat dahinstehen. Ebenso kann offen bleiben, ob diese Stellungnahme, da nicht vom Gericht veranlasst, überhaupt im Wege des Sachverständigenbeweises zu würdigen ist. Die dort getroffenen Aussagen überzeugen den Senat, wie bereits dargelegt, nicht.

Damit kommt die Klägerin für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht. Der Benennung einer konkreten Tätigkeit bedarf es nicht. Soweit hier gleichwohl die Berufe einer Bürohilfskraft, einer Pförtnerin und einer Versandfertigmacherin als zumutbare Beschäftigungen des allgemeinen Arbeitsmarktes angeführt werden, erfolgt dies lediglich zur weiteren Verdeutlichung der für die Klägerin noch bestehenden Möglichkeiten, ihr Leistungsvermögen in Erwerbsarbeit umzusetzen. Den genannten Tätigkeiten ist die Klägerin gesundheitlich gewachsen.

Die Arbeitsbedingungen einer Bürohilfskraft sind nach der BIK BO 784 wie folgt beschrieben: Körperlich leichte Arbeit in geschlossenen Räumen, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Gehen und Stehen, zum Teil Zwangshaltungen, zum Teil Umgang mit Bürokommunikationsmitteln, zum Teil Publikumsverkehr, genaue, systematische und zuverlässige Arbeitsweise, Ordnungssinn, Konzentrationsfähigkeit, Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit. Der Auskunft des Arbeitsamtes Frankfurt (Oder) vom 11. November 1999 ist daneben zu entnehmen, dass im Bereich der Poststelle ein Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen je nach Bedarf und Möglichkeit des Beschäftigten in Frage kommt und es dort nicht zu irgendeiner Art von Zwangshaltung kommt.

Die Arbeitsbedingungen eines Pförtners sind in BIK BO 793 beschrieben unter anderem als leichte körperliche Arbeit, überwiegend in geschlossenen Räumen (Pförtnerloge), überwiegend sitzend, für körperlich Behinderte geeignet, zum Teil Zugluft, in der Regel Schicht- und Nachtdienst, zum Teil Flexibilität, zum Teil Kontaktfähigkeit, gute Umgangsformen. Aus der beigezogenen berufskundlichen Aussage des M Lvom 14. Februar 2000 geht darüber hinaus hervor, dass an einen Pförtner sehr unterschiedliche Anforderungen gestellt werden und sehr unterschiedliche Belastungen bestehen. Nur so erklärt sich, dass die Tätigkeit als Pförtner in BIK BO 793 auch für viele Behinderte als geeignete Beschäftigung angegeben ist.

Vergleicht man das Leistungsvermögen jenes Klägers, das der berufskundlichen Aussage des M Lzugrunde gelegen hatte, mit demjenigen der hiesigen Klägerin, so bestehen keine Bedenken, dass als Pförtner, wie auch in jener berufskundlichen Aussage bejaht, gearbeitet werden kann. Das ermittelte Leistungsvermögen jenes Klägers wird wie folgt beschrieben: Zumutbar sind leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung mit überwiegendem Sitzen (Es sollte die Möglichkeit nach 10 bis 15 Minuten Sitzen gegeben sein, die Körperposition zum Gehen oder Stehen zu ändern; nach Gehen oder Stehen von maximal 20 Minuten sollte die Möglichkeit zum Sitzen gegeben sein, der Zeiteanteil im Gehen und Stehen sollte nicht mehr als 50 v. H. der Arbeitszeit betragen.), ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, ohne Arbeiten mit Rumpfvorbeuge oder Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Einwirkung von Vibrationen, Stauchungen und Rüttelungen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten in Kälte ohne Witterungsschutz sowie in feuchten Räumen, ohne Lärmeinfluss, ohne Gefährdung durch Hautreizstoffe, ohne Wechsel- oder Nachtschicht, ohne Arbeiten mit besonderem Zeitdruck, nur geistig einfache Arbeit mit geringen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit. Dieser Katalog der Leistungseinschränkungen zeigt, dass jener Kläger im weit stärkeren Umfang als die hiesige Klägerin in seinen Möglichkeiten eingeschränkt war. Wie dieser berufskundlichen Aussage außerdem zu entnehmen ist, kann ein Pförtner auch einen Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen weitestgehend selbst bestimmen. Es gebe insbesondere auch eine nennenswerte Anzahl von Arbeitsplätzen, bei denen nicht im Schichtdienst gearbeitet werden muss und bei denen der Arbeitnehmer Zugluft nicht ausgesetzt ist.

Die Arbeitsbedingungen eines Versandfertigmachers sind in der BIK BO 522 beschrieben unter anderem als körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit (zeitweise schweres Heben und Tragen) überwiegend in geschlossenen Räumen und Hallen, zum Teil im Freien, Arbeit in wechselnder Körperhaltung von Gehen, Stehen und Sitzen, zum Teil Zwangshaltungen wie Bücken, Hocken, Knien und vornüber geneigte Haltung, zum Teil Arbeit auf Leitern und Gerüsten. Allerdings bedeutet diese Beschreibung nicht notwendigerweise, dass dieses Anforderungsprofil für alle Arbeitsplätze eines Versandfertigmachers einschlägig ist. Dies ergibt sich schon daraus, dass diese Tätigkeit in verschiedenen Branchen und mit unterschiedlichen Produkten ausgeführt wird. Wenn demzufolge in den berufskundlichen Stellungnahmen des M Lvom 01. November 2002 und 24. November 2002 dargestellt ist, dass es insoweit auch eine nennenswerte Zahl von, also nicht weniger als 300, Arbeitsplätzen gibt, die körperlich leicht sind und in geschlossenen Räumen im Wechsel von Sitzen und Stehen ausgeübt werden, bei denen wirbelsäulen- oder gelenkbelastende Körperhaltungen nicht eingenommen werden müssen, monotone oder repetitive Arbeitshaltungen sich nicht ergeben, die Aufgaben nicht durch fremdbestimmtes Arbeitstempo geprägt sind, nicht unter akkordähnlichen Bedingungen verrichtet werden, keine besonderen Anforderungen an die Kraft oder die Ausdauer der Hände gestellt werden, insbesondere keine Fein- oder Präzisionsarbeiten erfordern, Reiben, Schieben, Drehen, Ziehen oder Drücken nicht verlangt werden, weder Anforderungen an das Hörvermögen noch an die Stimme gestellt werden, eine durchschnittliche Sehfähigkeit genügt und bei denen geistig einfache Routinearbeiten weder besondere Anforderungen an die Umstellungsfähigkeit, das Reaktionsvermögen, die Aufmerksamkeit, die Übersicht, die Verantwortung oder die Zuverlässigkeit stellen, ist dies nachvollziehbar.

Betrachtet man das Leistungsvermögen jener Klägerin, das der berufskundlichen Aussage des M L vom 01. November 2002 und 24. November 2002 zugrunde gelegen hatte, mit demjenigen der hiesigen Klägerin, wird deutlich, dass als Versandfertigmacher, wie auch in jener berufskundlichen Aussage angenommen wurde, gearbeitet werden kann. Das ermittelte Leistungsvermögen jener Klägerin war wie folgt beschränkt auf körperlich leichte Arbeiten, geistig einfache Arbeiten, im Wechsel der Haltungsarten, kein ausschließliches Stehen oder Sitzen, unter Witterungsschutz, ohne monotone oder repetitive Arbeitshaltungen, ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne anhaltende Rumpfbeugehaltung, ohne anhaltendes Knien, Hocken und Bücken, ohne dauerhafte Überkopfarbeiten, ohne Leiter- und Gerüstarbeit und ohne besonderen Zeitdruck wie etwa Akkord- oder Fließbandarbeit. Dies zeigt, dass die Klägerin in ihrem Leistungsvermögen nicht stärker eingeschränkt ist als jene Klägerin, die in den berufskundlichen Aussagen vom 01. November 2002 und 24. November 2002 zu beurteilen

war.

Die bei der Klägerin bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Bürohilfskraft und einer Pförtnerin in Einklang bringen. Wenn der Sachverständige Dr. L somit zu der Einschätzung gelangt ist, dass die Klägerin die genannten Berufe noch vollschichtig ausüben kann, ist dies, weil er das berufskundliche Anforderungsprofil nicht verkannt hat, schlüssig und bewegt sich im Rahmen des einem Arzt einzuräumenden Beurteilungsspielraumes, so dass sich der Senat seine Bewertung zu eigen machen kann. Soweit dieser Sachverständige die Tätigkeit einer Versandfertigmacherin wegen zeitweilig schwerem Heben und Tragen, Tätigkeiten in Kühlhäusern, mit Zwangshaltungen, auf Leitern und Gerüsten und mit Lärm nicht für zumutbar erachtet hat, vermag der Senat allerdings nicht zu folgen, denn der Sachverständige hat hierbei die berufskundliche Stellungnahme des M L vom 01./24. November 2002 nicht beachtet. Danach gibt es nämlich eine hinreichende Anzahl von Arbeitsplätzen, bei denen die genannten Anforderungen nicht auftreten.

Da die Klägerin somit nicht erwerbsunfähig ist, kann ihr eine entsprechende Rente nicht gewährt werden.

Der Klägerin steht eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#) in der Fassung des EM-Reformgesetzes (SGB VI n. F.) ebenfalls nicht zu.

Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind Versicherte voll erwerbsgemindert, 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. Bei dem bereits dargelegten vollschichtigen Leistungsvermögen liegen diese Voraussetzungen, die noch weitergehende Leistungseinschränkungen erfordern, nicht vor.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits. Die Klägerin ist mit dem erhobenen Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit, der wertmäßig zwei Drittel des Anspruches auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ausmacht ([§ 67 Nrn. 2 und 3 SGB VI](#)), erfolgreich gewesen. Das Kostenanerkennnis der Beklagten im Umfang einer hälftigen Kostenerstattung wird dem nicht gerecht.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2006-07-24