

L 22 R 374/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 11 RJ 206/04
Datum
11.05.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 374/05
Datum
27.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 11. Mai 2005 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01. September 2003.

Der 1950 geborene Kläger, der eine Ausbildung zum Glasschleifer absolvierte, war in diesem Beruf bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 13. August 2003 tätig.

Im September 2003 beantragte er wegen eines völligen Verschleißes beider Handgelenke Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) des Dr. M vom 01. Oktober 2003 bei und veranlasste nach Einholung des Befundberichtes des Facharztes für Orthopädie F vom 16. September 2003 das Gutachten des Arztes für Orthopädie B vom 31. Oktober 2003.

Mit Bescheid vom 22. Dezember 2003 bewilligte die Beklagte ab 01. September 2003 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach einem am 13. August 2003 eingetretenen Leistungsfall. Die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung lehnte sie ab, da auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Tätigkeit noch mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden könne.

Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger auf die starke Bewegungseinschränkung beider Handgelenke hinwies, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. Februar 2004 zurück: Trotz einer Handgelenksarthrose beidseits, eines Schulterarmsyndroms, einer Omarthrose beidseits, einer beginnenden Gonarthrose rechts, einer beginnenden Retropatellararthrose beidseits, eines rezidivierenden lumbalen Pseudoradikulärsyndroms, einer Polyarthrose der Fingergelenke und Fußdeformitäten beidseits könnten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch körperlich leichte Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten ohne Arbeiten mit Nachtschicht und erhöhter Verletzungsgefahr, mit häufigem Knien, Hocken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, ohne Überkopparbeiten und Arbeiten mit Armvorhalt sowie mit Gebrauchsfähigkeit der Hände mindestens sechs Stunden täglich verrichtet werden.

Dagegen hat der Kläger am 10. März 2004 beim Sozialgericht Cottbus Klage erhoben.

Er ist der Auffassung, die Bewertung des Restleistungsvermögens durch den Gutachter B stehe im Widerspruch zu der im MDK-Gutachten des Dr. M, weil danach das Leistungsvermögen aufgehoben sei. Es bestünden ständig Schmerzen im Bereich beider Handgelenke mit schweren Funktionsstörungen, so dass Schreiarbeiten und andere feinmotorische Arbeiten nicht mehr auszuführen seien. Außerdem bestünden bisher nicht beurteilte neurologische Defizite sowie Schäden im Bereich der Wirbelsäule, der Schultergelenke und der Kniegelenke, weswegen nur noch eine Strecke von 150 m zurückgelegt werden könne. Nach seinem behandelnden Arzt F sei keinerlei Tätigkeit mehr möglich. Der Kläger hat die gutachterliche Äußerung des Facharztes für Orthopädie F vom 20. April 2004 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht des Facharztes für Orthopädie F vom 05. Juli 2004 und die Auskunft der GmbH vom 23. Juli 2004 eingeholt sowie von der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilkunde Dr. M die Patientenunterlagen der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. S und eine Kopie der berufskundlichen Stellungnahme des ML vom 14. Februar 2000 zum Pfortner beigezogen. Es hat außerdem Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie und Chirurgie Dr. T vom 16. November 2004 nebst ergänzender Stellungnahme vom 10. Januar 2005.

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, als Pförtner nicht arbeiten zu können, weil er nicht 500 m gehen, nicht lange sitzen und auch keinen Wechsel der Haltungsarten vornehmen könne. Infolge eines Konzentrations- und Reaktionsverlustes könne er Publikumsverkehr nicht bewältigen. Der Ausübung der Tätigkeit eines Versandfertigmachers stünden die Handgelenks- und Fingergelenksarthrosen entgegen. Der Sachverständige habe sich nicht mit der gutachterlichen Äußerung des Facharztes für Orthopädie F vom 20. April 2004 auseinandergesetzt. Die gut ausgeprägte Muskulatur sei Folge seiner bis zum 30. Lebensjahr ausgeübten sportlichen Betätigung als aktiver Fußballspieler und seiner beruflichen Tätigkeit. Er leide unter ständigen und erheblichen Schmerzen, weswegen ein neurologisches Gutachten einzuholen sei. Schmerzmedikamente nehme er allerdings erst ein, wenn die Schmerzen unerträglich seien.

Das Sozialgericht hat weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. C vom 04. April 2005. Der Kläger hat noch die weitere gutachterliche Äußerung des Facharztes für Orthopädie F vom 14. April 2005 vorgelegt.

Mit Urteil vom 11. Mai 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme könne der Kläger unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein, insbesondere als Pförtner arbeiten. Der Sachverständige Dr. T sich in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2005 mit der davon abweichenden Auffassung des behandelnden Orthopäden auseinandergesetzt und dargelegt, weswegen dieser nicht zu folgen ist. Der weiteren gutachterlichen Äußerung des Orthopäden F vom 14. April 2005 sei insoweit nichts Neues mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen zu entnehmen.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 02. Juni 2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 22. Juni 2005 eingelegte Berufung des Klägers.

Er verweist darauf, dass sich die Belastbarkeit des rechten Knie- und Hüftgelenkes weiter verschlimmert habe. Der behandelnde Orthopäde F widerlege mit seiner gutachterlichen Äußerung vom 14. April 2005 die von dem Sachverständigen behauptete Diskrepanz. Es stelle eine hypothetische Behauptung dar, dass die Muskulatur die Bewältigung einer längeren Strecke als 150 m bewaise. Zum Chronifizierungsgrad der Schmerzerkrankung werde keine Stellung genommen. Die beiden Sachverständigen beachteten nicht den Aspekt des bio-psychozialen Krankheitsmodells. Die tiefenpsychologischen Zusammenhänge seien nicht erörtert und interpretiert worden. Neuroelektrophysiologische Messungen seien nicht durchgeführt worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 11. Mai 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 22. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2004 zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01. September 2003 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat die Befundberichte des Facharztes für Orthopädie F vom 12. September 2005 und der Ärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren Dr. M vom 07. Oktober 2005 eingeholt, die Schwerbehindertenakte des Landesamtes für Soziales und Versorgung (89 02553), die Epikrise der GmbH der Chirurgen Dr. M vom 23. September 2005 sowie Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zu Pförtner (BO 793), Versandfertigmacher (BO 522) und Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 01./24. November 2002 und vom 14. Januar 2005 zum Versandfertigmacher beigegeben. Der Kläger hat außerdem den Bericht des Facharztes für Radiologie Dr. B vom 11. August 2005 vorgelegt. Der Senat hat anschließend den Sachverständigen Dr. T ergänzend gehört (Stellungnahme vom 16. November 2005), Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. F vom 21. Juni 2006 nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nebst ergänzender Stellungnahme vom 12. November 2006 sowie die Sachverständigen Dr. T und Dr. C ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 21. August 2006 und 10. Dezember 2006 bzw. vom 05. Januar 2007).

Nach Ansicht der Beklagten ist das Gutachten des Sachverständigen Dr. F nicht nachvollziehbar. So werde der Kläger zwar als schmerzgeplagt beschrieben; dem stehe jedoch die vergleichsweise zurückhaltend dosierte Medikation eines milden Analgetikums entgegen. Es erstaune, dass bisher keinem der behandelnden Ärzte die von diesem Sachverständigen benannte Schwere der psychischen Leiden aufgefallen sei und auch keine psychiatrische Intervention stattfinde. Es stimme zuversichtlich und stütze die eigene Leistungsbeurteilung, dass der Kläger offenbar über mehr als 10 Stunden einer Begutachtungsprozedur habe unterzogen werden können.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 81 bis 103, 112 bis 115, 122 bis 137, 209 bis 214, 234 bis 276, 287 bis 288, 294 bis 307, 312 bis 318 und 327 bis 332 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigegebenen 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 22. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2004 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, denn sein Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind und weitere beitragsbezogene - Voraussetzungen erfüllen. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch 1. Versicherte nach [§ 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#), die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ([§ 43 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger ist hiernach nicht voll erwerbsgemindert, denn er kann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insbesondere als Pförtner, noch mindestens 6 Stunden täglich tätig sein.

Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. T und Dr. C. Der davon abweichenden Beurteilung des Sachverständigen Dr. F vermag sich der Senat im Wesentlichen nicht anzuschließen.

Nach dem Sachverständigen Dr. T bestehen eine mäßige bis starke Handgelenksarthrose beidseits und eine leichte bis mäßige Fingerpolyarthrose beidseits mit leichten bis mäßigen Funktionsstörungen rechts deutlicher als links, ein pseudoradikuläres Lendenwirbelsäulensyndrom bei muskulärer Dysbalance mit leichten bis mäßigen degenerativen Veränderungen und leichten Funktionsstörungen, eine medial betonte Gonarthrose beidseits, eine Retropatellararthrose beidseits rechts deutlicher als links mit leichten Funktionsstörungen, eine Omarthrose beidseits und eine deutliche Acromioclaviculargelenksarthrose beidseits mit leichten Funktionsstörungen sowie ein asymptomatischer Senk-Spreiz-Fuß beidseits.

Damit werden die auf orthopädischem Fachgebiet vorliegenden Leiden weitgehend erfasst. Die Befundberichte und Gutachten anderer Ärzte stimmen hiermit im Wesentlichen überein. Es handelt sich um dieselben Gesundheitsstörungen, auch wenn diese dort teilweise anders bezeichnet werden. Das Gutachten des Arztes für Orthopädie B vom 31. Oktober 2003 benennt im Bereich des rechten Schultergelenkes einen Folgezustand nach Ruptur des Caput longum des Musculus biceps mit typischen klinischen Hinweiszeichen. Diese Ruptur der langen Bizepssehne rechts hat auch der Sachverständige Dr. T der Distalisierung des Muskelbauches verifizieren können. Das Gutachten des Arztes für Orthopädie B weist außerdem noch den Verdacht auf Zustand nach Morbus Schlatte beidseits mit einem Dissektat im Bereich des distalen Ligamentum patellae rechts aus. Einen wesentlichen Folgezustand, insbesondere mit verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen, bezeichnet dieses Gutachten jedoch nicht. Auch der Sachverständige Dr. T hat bei stabilem Bandapparat insoweit keine bedeutsamen Befunde erheben können. Allerdings kam es nach der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. T im Bereich des rechten Kniegelenkes zu einer vorübergehenden Befundverschlechterung, wie der Befundbericht des Facharztes für Orthopädie F vom 12. September 2005 und der diesem beigelegt gewesene Bericht des Radiologen Dr. B vom 11. August 2005 über eine Magnetresonanztomografie zeigt. Danach konnte eine Schädigung des medialen Meniskushinterhorns dritten Grades und ein massiv inhomogen aufgetriebenes vorderes Kreuzband nachgewiesen werden. Der Innenmeniskuslappenriss wurde nachfolgend operativ reseziert (vgl. die Epikrise der KFGmbH der Chirurgen Dr. M vom 23. September 2005), so dass diese Läsion behoben war und daraus nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. T vom 16. November 2005 keine weitergehenden Beeinträchtigungen, eher eine Schmerzlinderung, resultieren. Die von dem Facharzt für Orthopädie F mitgeteilten Befunde bestätigen dies, auch wenn letztlich offen bleibt, zu welchem jeweiligen Zeitpunkt diese erhoben wurden. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes wird nach seiner gutachterlichen Äußerung vom 20. April 2004 mit 0/0/140, in seiner gutachterlichen Äußerung vom 14. April 2005 mit 0/10/100 und in seinem Befundbericht vom 12. September 2005 mit 0/5/130 (bezogen auf den 24. August 2005 als Datum der letzten Untersuchung, also sogar vor der operativen Behandlung) angegeben. Im Übrigen wird im Gutachten des Arztes für Orthopädie B noch ein geringer entzündlicher Reizzustand am radialen Epicondylus des rechten Ellenbogens ohne wesentliche Bedeutung für das Leistungsvermögen erwähnt. Auch hierbei handelt es sich ersichtlich um einen vorübergehenden Zustand, denn nicht einmal der behandelnde Orthopäde F weist in seinen Berichten ein solches Leiden aus. Ohne Relevanz ist schließlich die in der gutachterlichen Äußerung des Facharztes für Orthopädie F vom 14. April 2005 gegenüber derjenigen vom 20. April 2004 als neu ausgewiesene massive Druckschmerzhaftigkeit des rechten Trochanter major, wie der Sachverständige Dr. T in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 16. November 2005 dargelegt hat, denn die Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk ist bei unauffälligen knöchernen Verhältnissen selbst nach dieser gutachterlichen Äußerung frei.

Daneben besteht noch ein arterieller Hypertonus, wie die Sachverständigen Dr. T und Dr. C dargelegt haben. Dr. Chat einen Blutdruck von 170/110 mmHg gemessen. Der von Dr. T gemessene Blutdruck hat 140/85 mmHg betragen, ist also eher unauffällig gewesen. Dies entspricht auch dem Befundbericht der Ärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren Dr. M vom 07. Oktober 2005, der eine Hypertonie mit Blutdruckwerten um 140/80 mmHg benennt. Die ehemals bestandenen schlechteren Blutdruckwerte (vgl. die von letztgenannter Ärztin übermittelten Patientenunterlagen der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. S über den Zeitraum von November 2001 bis Dezember 2003) konnten somit beseitigt werden. Der Bluthochdruck ist angesichts dessen ausreichend medikamentös behandelt, auch wenn es zeitweilig wie vom Kläger gegenüber dem Sachverständigen Dr. F angegeben, zu Blutdruckspitzen kommt, weswegen letztgenannter Sachverständiger bei seiner Untersuchung eine arterielle Hypertonie nicht feststellen konnte. Wesentliche Funktionsstörungen aus der Hypertonie, die zusätzliche Leistungseinschränkungen bedingen, können daher ausgeschlossen werden.

Wenn der Sachverständige Dr. T infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger könne noch körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten überwiegend im Sitzen, aber auch im Wechsel der Haltungsarten in geschlossenen Räumen ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik der Fingergelenke sowie die maximale Kraftentfaltung und Beweglichkeit im Bereich der Handgelenke, ohne häufiges Bücken, häufiges Heben und Tragen von Lasten über 8 kg insbesondere aus der Vorbeuge heraus, ständige Rumpfwangshaltungen, häufiges Knien, häufige Überkopparbeiten, Leiter- und Gerüstarbeiten, Einwirkung von Kälte, Nässe und Zugluft, besonderen Zeitdruck im Sinne von Akkord- und Fließbandarbeiten sowie besondere Anforderungen an das Gehvermögen verrichten, ist dies einleuchtend. Ob die weiteren Leistungseinschränkungen (geistig einfache bis mittelschwere Arbeiten mit geringen bis durchschnittlichen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit), die dieser Sachverständige als gegeben erachtet hat, durch die erhobenen orthopädischen Befunde schlüssig belegt sind, erscheint zweifelhaft. Diese dürften eher ihre Ursache im psychischen Zustand des Klägers haben, so dass insoweit vornehmlich die Bewertungen der Sachverständigen Dr. C und Dr. F maßgebend sein dürften. Gleichwohl unterstellt der Senat auch diese

Leistungseinschränkungen zugunsten des Klägers als zutreffend, soweit und obwohl sie teilweise noch ungünstiger als nach den beiden psychiatrischen Sachverständigen sind.

Wesentlich für diese Beurteilung sind neben der im Vordergrund stehenden Beeinträchtigung im Bereich der Hände der Zustand der Lendenwirbelsäule, des rechten Schultergelenks und des rechten Kniegelenks.

Der Sachverständige Dr. T hat eine Handgelenksbeweglichkeit für Dorsalextension und Planarflexion rechts von 40/0/35 und links von 60/0/30 und für Radialabduktion und Ulnaradduktion rechts von 10/0/15 und links von 10/0/20 vorgefunden, was er in klinischer Sicht als mäßige Beweglichkeitseinschränkung bewertet hat. Darüber hinaus hat er einen deutlichen Druckschmerz und allenfalls eine angedeutete Schwellung über den beiden Handgelenken erheben können. Es hat sich zudem eine geringe Deformität in den Fingerendgelenken ohne Verlust der Beweglichkeit und der Funktion gezeigt. Die Handgelenksarthrose beidseits und die Heberden- und Bouchardarthrosen im Bereich der Handgelenke sind aus radiologischer Sicht eindeutig. Die Muskulatur an beiden Armen hat sich als ausreichend bis gut trainiert dargestellt. Eine bessere Beweglichkeit der Handgelenke wird im Gutachten des Arztes für Orthopädie B vom 31. Oktober 2003 mit Extension/Flexion rechts von 60/0/20 und links von 70/0/20 und für Abduktion/Adduktion rechts von 20/0/10 und links von 10/0/10 beschrieben. Im MDK-Gutachten des Dr. M vom 01. Oktober 2003 werden hingegen eher ähnliche Bewegungsmaße für Flexion/Extension rechts von 40/0/30 und links von 30/0/30 sowie für Abduktion beidseits von 20/0/20 genannt. Im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule hat der Sachverständige Dr. T einen allenfalls leichten Druck- und Klopfeschmerz und eine allenfalls leicht verspannte Muskulatur ohne nennenswerte Beweglichkeitseinschränkungen vorgefunden. Die Röntgenaufnahmen haben leichte bis mäßige Verschleißerscheinungen an der unteren Lendenwirbelsäule ausgewiesen. Im Bereich des rechten Schultergelenkes ist ein deutlicher Druckschmerz über dem Acromioclavikulargelenk und eine eindeutige Krepitation beidseits, rechts mehr als links deutlich geworden. Der Nacken- und Schürzengriff ist rechtsseitig etwas endgradig schmerzhaft gewesen. Im Übrigen sind erst ab 100 bis 120 Grad bei der Abduktion deutliche Schmerzen rechts geäußert worden, die am ehesten über dem Acromioclavikulargelenk zu lokalisieren gewesen sind. Damit haben sich nach dem Sachverständigen Dr. T trotz radiologisch eindeutiger Acromioclavikulargelenksarthrose beidseits und beginnender Arthrose an den Schultergelenken beidseits allenfalls leichte Bewegungseinschränkungen offenbart. Die Kniegelenksbeweglichkeit hat dieser Sachverständige beidseits für Streckung/Beugung mit 0/0/130 bei leicht schmerzhafter endgradiger Flexion sowie mit deutlich positiven Zohlzeichen beidseits und retropatellarer Krepitation beidseits als Zeichen für eine Gonarthrose bzw. Retropatellararthrose befundet. Es ist zudem ein dezentes Schonhinken rechts deutlich geworden; auch der Zehen- und Hackengang rechts ist etwas mühsam gewesen. Die Röntgenaufnahmen haben die Arthrosen bestätigt. Im Bereich der Ober- und Unterschenkel hat der Kläger eine auffallend gute Muskulatur aufgewiesen, so dass der Sachverständige Dr. T eine allenfalls gering eingeschränkte Beweglichkeit beidseits hat nachvollziehen können. Im Übrigen hat dieser Sachverständige neben einem übergewichtigen Ernährungszustand (Körpergewicht von 90 kg bei einer Körpergröße von 168 cm) im Wesentlichen im Bereich der Wirbelsäule deutliche muskuläre Dysbalancen, im Schulter-Nacken-Bereich eine leicht verspannte Muskulatur, einen Beckentieftand rechts von 0,5 cm und mäßige Senk-Spreiz-Füße beidseits feststellen können.

Angeichts der ausreichenden bis gut ausgeprägten Muskulatur an den Armen beidseits hat der Sachverständige Dr. T den Vortrag des Klägers, ihm seien viele manuelle Arbeiten mit den Armen kaum möglich, nicht nachvollziehen können. Dasselbe gilt hinsichtlich des klägerischen Vorbringens, die Gehstrecke sei auf maximal 150 m limitiert, denn auch die Beine haben eine auffallend gute Muskulatur gezeigt. Die dem gegenüber vom Kläger vorgebrachten Einwände erweisen sich als substanzlos. Wie der Sachverständige Dr. T in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2005 dargelegt hat, atrophiert eine Muskulatur, die über 3 bis 4 Wochen hinweg geschont und nicht belastet wird, signifikant. Dies schließt es aus, die gute Bemuskulung auf die bis zum 30. Lebensjahr (also bis 1980) ausgeübte sportliche Betätigung als aktiver Fußballer oder auf die mit dem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 13. August 2003 beendete berufliche Tätigkeit zurückzuführen. Es ist keine "hypothetische Behauptung", aus einer guten Muskulatur auf die Fähigkeit, längere Wegstrecken bewältigen zu können, zu schlussfolgern. Es stellt eine allgemeine Tatsache dar, dass Versicherte mit guter Muskulatur die üblichen Wegstrecken zu Fuß zurücklegen können. Gut ausgeprägte Muskulatur stellt sich damit Resultat einer entsprechenden aktuellen Bewegung dar. Da sowohl im Bereich der Lendenwirbelsäule als auch im Bereich der Kniegelenke allenfalls leichte Funktionsstörungen bestehen und die Verschleißerscheinungen an den Kniegelenken beidseits aus radiologischer Sicht eher leichter Natur sind, gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Wegefähigkeit des Klägers eingeschränkt ist. Offenkundig teilt nicht einmal der behandelnde Facharzt für Orthopädie F die Auffassung des Klägers zur eingeschränkten Gehstrecke. In seiner gutachterlichen Äußerung vom 14. April 2005 ist zwar auf eine herabgesetzte Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes hingewiesen; ansonsten beschränkt sich dieser Arzt lediglich auf die Wiedergabe der Beschwerdeschilderung des Klägers: "Gehstrecke nach Angaben des Patienten ca. 150 m, danach müsse er eine Pause machen."

Wie der Sachverständige Dr. T in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2005 dargelegt hat, gibt es allerdings zwischen ihm und dem behandelnden Orthopäden F Diskrepanzen bezüglich der festgestellten Befunde im Bereich der Handgelenke und der Schultergelenke. Letztgenannter Arzt hat jeweils in seinen gutachterlichen Äußerungen vom 20. April 2004 und 14. April 2005 beidseits eine Handgelenksbeweglichkeit von 5/0/5 bzw. 0/0/0, was nach Dr. T funktionell einer Handgelenksversteifung entspricht. Außerdem werden dort deutliche Bewegungseinschränkungen beider Schultergelenke mit 80/0/10, 80/0/10 und 10/0/15 angegeben. In seinem Befundberichten vom 05. Juli 2004 (Behandlungszeitraum März bis Juli 2004) und vom 12. September 2005 (Behandlungszeitraum August 2004 bis August 2005) werden diese Angaben allerdings nicht wiederholt. Die bezeichnete Handgelenksbeweglichkeit wird allein in seinem Befundbericht vom 16. September 2003 auf einen bestimmten Untersuchungszeitpunkt, nämlich den 12. September 2003 festgelegt, während demgegenüber in den genannten gutachterlichen Äußerungen ein Zeitpunkt nicht benannt ist. Der Sachverständige Dr. T hat die Befunddiskrepanz damit erklärt, dass möglicherweise die von dem Facharzt für Orthopädie F genannten Befunde im Intervall einer Schmerzexazerbation festgestellt wurden. Dies erscheint einleuchtend. Würde es sich um einen dauerhaft bestehenden Befund handeln, müsste er auch wiederholt festzustellen sein. Dies ist insbesondere bezogen auf die Beweglichkeit der Handgelenke jedoch nicht der Fall, denn bereits das MDK-Gutachten des Dr. M vom 01. Oktober 2003 und das Gutachten des Arztes für Orthopädie B vom 31. Oktober 2003 weisen deutlich bessere Bewegungsausmaße auf. Hinsichtlich des Zustandes der Schultergelenke sind im MDK-Gutachten des Dr. M vom 01. Oktober 2003 unauffällige Verhältnisse, aber im Gutachten des Arztes für Orthopädie B vom 31. Oktober 2003 Werte von 90/0/30 für Abduktion/Adduktion, von 90/0/30 für Anteversion und Retroversion und von 90/0/40 für Außenrotation/Innenrotation aufgeführt. Letztgenannte Befunde lassen sich nachfolgend für einen bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum den vorliegenden ärztlichen Unterlagen aber nicht mehr entnehmen. Lediglich vorübergehend festzustellende Befunde ermöglichen keine Schlussfolgerungen auf ein dauerhaft bestehendes Leistungsvermögen.

Ungeachtet dessen belegen die von dem Sachverständigen Dr. T erhobenen Befunde, dass dem Kläger stärkere, länger andauernde

gleichförmige oder sonstige ungünstige Belastungen der Hand- und Fingergelenke, der Lendenwirbelsäule, der Schultergelenke und der Kniegelenke nicht mehr zumutbar sind. Die von diesem Sachverständigen genannten Leistungseinschränkungen tragen diesem Umstand hinreichend Rechnung.

Außerdem bestehen nach dem Sachverständigen Dr. C - neben dem bereits genannten arteriellen Hypertonus - eine depressive Reaktion und ein chronisches Schmerzsyndrom im Skelettsystem bei vorhandenen arthrotischen Veränderungen. Eine Somatisierungsstörung im engeren psychiatrischen Sinne hat dieser Sachverständige ausgeschlossen.

Nach seiner Beurteilung kann der Kläger infolge dieser Gesundheitsstörungen körperlich mittelschwere und geistig mittelschwierige Arbeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit, jedoch keine Arbeiten in Nachtschicht oder unter besonderem Zeitdruck ausüben.

Die von Dr. C erhobenen Befunde lassen dies nachvollziehbar werden.

In körperlicher Hinsicht hat er eine mäßig eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit bei einem Finger-Boden-Abstand von 10 cm, frei bewegliche Schultergelenke mit endgradiger Schmerzangabe, einen flüssigen und sicheren Gang sowie eine Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der Handgelenke, insbesondere bezüglich der Drehbewegung, nebst einer unspezifischen ganz leichten Sensibilitätsstörung in der rechten Hand vorgefunden. In seelischer Hinsicht haben sich eine etwas gedrückte Stimmung und eine Freudlosigkeit gezeigt. Der Antrieb ist gering vermindert, jedoch nicht im Sinne der allgemeinen Lebendigkeit deutlich gestört gewesen. Die Persönlichkeit hat sehr ordnungsliebende Züge aufgewiesen, die aber keinen Krankheitswert haben, sondern eher eine Persönlichkeitsvariante darstellen. In leichter Form haben sich Kontrollimpulse gefunden; ein nach Angaben des Klägers in den 80er Jahren bestandener Kontrollzwang ist nicht festzustellen gewesen. Die testpsychologische Untersuchung hat eine Aufmerksamkeitsstörung bei deutlicher Handlungsverlangsamung, eine leicht erhöhte Depressivität bei psychosomatischer Reaktionsbildung und ein leicht aggraviertes Störungsempfinden offenbart. Die vom Kläger geschilderten Schmerzen haben auf den Sachverständigen Dr. C nicht übertrieben dargestellt gewirkt. Die Vermutung des Sachverständigen Dr. T auf eine Erkrankung auf psychiatrisch-psychosomatischem Sektor, die er aus einer vorgefundenen gewissen Diskrepanz zwischen der Schmerzintensität einerseits und andererseits der nicht ausreichend wahrgenommenen Behandlung bzw. der nur bedarfsweisen Einnahme von Schmerztabletten geschlossen hat, ist danach nicht zu bestätigen gewesen.

Angesichts dieser Befunde wird deutlich, dass lediglich starke Belastungen der Psyche ausscheiden müssen, so dass die von dem Sachverständigen Dr. C genannten Leistungseinschränkungen einleuchten.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, zugleich ein Leistungsvermögen von 6 Stunden täglich folgerichtig, wie dies die Sachverständige Dr. T und Dr. C insoweit in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Arztes für Orthopädie B vom 31. Oktober 2003, aber auch mit dem MDK-Gutachten des Dr. M vom 01. Oktober 2003 angenommen haben. Entgegen der Ansicht des Klägers besteht nach dem MDK-Gutachten des Dr. M lediglich für die zuletzt ausgeübte Beschäftigung als Glasschleifer ein aufgehobenes Leistungsvermögen.

Der Beurteilung des Sachverständigen Dr. F vermag der Senat im Wesentlichen nicht zu folgen.

Nach diesem Sachverständigen bestehen neben den o. g. Leiden auf orthopädischem Fachgebiet ein depressiv-ängstliches Syndrom im Sinne einer Anpassungsstörung mit zahlreichen Somatisierungen, eine somatoforme Schmerzstörung im Stadium III, eine Hirnleistungsstörung mit Störung der Kognition, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits und eine Neuropathie aus dem Cervikal- und Lumbalbereich.

Diese Diagnosen haben, soweit sie zutreffen, keinen Einfluss auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und sind ansonsten, weil sie auf einer von Dr. F entwickelten, aber wissenschaftlich nicht abgesicherten Methode beruhen, nicht nachvollziehbar.

Es mag zwar zutreffen, dass ein Karpaltunnelsyndrom beidseits und eine Neuropathie aus dem Cervikal- und Lumbalbereich durch elektrophysiologische Erhebungen festzustellen sind. Solche elektrophysiologisch festgestellten Auffälligkeiten dürfen jedoch nach den Sachverständigen Dr. T und Dr. C nicht überbewertet werden, insbesondere, wenn in klinischer Hinsicht nichts Entsprechendes zu erheben ist, insbesondere wenn sensomotorische Ausfälle, wie im Falle des Klägers, fehlen (so deren ergänzende Stellungnahmen vom 10. Dezember 2006 und 05. Januar 2007). Der Sachverständige Dr. F benennt als neurologische Befunde lediglich einen nicht auslösbaren Achillessehnenreflex und unter dem speziellen Schmerzbefund positive Tinell'sche und Phalen'sche Zeichen beidseits. Demgegenüber ist die Motorik nicht neurologisch, sondern durch die Schmerzsymptomatik eingeschränkt. Im Übrigen wird als neurologischer Befund ein allgemeines Schwanken beim Romberg, beim Seiltänzerengang und Seiltänzerblindgang mitgeteilt. Es bleibt jedoch offen, ob und wie dies Neuropathien zuzuordnen ist. Unter der Darstellung des psychischen Befundes wird von dem Sachverständigen Dr. F auf etwas steif wirkende Gangabläufe und wenig harmonisch erscheinende Abrollabläufe der Knie- und Fußgelenke hingewiesen. Inwieweit dies psychische Ursachen hat, wird nicht näher erläutert. Die Zuordnung unter einen psychischen Befund lässt zudem keine neurologischen Zusammenhänge erkennen. Schließlich wird im Zusammenhang mit der Erörterung der Wegefähigkeit auf anatomisch nachgewiesene Einschränkungen der Gelenke mit deutlichen Funktionsablaufstörungen verwiesen, dann jedoch das gesamte Gangverhalten als durch die Neuropathien und das chronifizierte Schmerzsyndrom als eingeschränkt bezeichnet. Infolge dieser Vermengung ist eine Zuordnung von bestimmten Befunden als neurologisch, psychiatrisch oder orthopädisch ausgeschlossen. Mangels eindeutiger neurologischer Befunde erscheint es daher sachgerecht, zeitweilige Funktionsstörungen im Bereich der Lendenwirbelsäule als pseudoradikuläres Lendenwirbelsäulensyndrom zu bewerten, wie dies der Sachverständige Dr. T getan hat. Funktionsbeeinträchtigungen aus einer Neuropathie aus dem Cervikalbereich oder einem Karpaltunnelsyndrom beidseits sind dem Gutachten des Sachverständigen Dr. F schon nicht zu entnehmen.

Eine Hirnleistungsstörung mit Störung der Kognition leitet der Sachverständige Dr. F aus dem Daueraufmerksamkeitstest (Test zur Erfassung der langfristigen selektiven Aufmerksamkeit) und dem Cognitrone (Darbietung von visuellen Inhalten zur Durchführung von Tests, Training und Experimenten im kognitiven Bereich) ab. Worin die kognitiven Störungen im Einzelnen bestehen, wird in diesem Zusammenhang nicht erörtert. Daraus ergibt sich lediglich, dass eine gestörte Daueraufmerksamkeit vorliegt. Als psychischer Befund hat

der Sachverständige Dr. F leichte Konzentrationsstörungen und eine erschwerte Umstellungsfähigkeit vorgefunden. Es handelt sich hierbei nicht um Sachverhalte, die von dem Sachverständigen Dr. C grundsätzlich anders vorgefunden und bewertet worden sind, worauf dieser in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 05. Januar 2007 hingewiesen hat. Der Sachverständige Dr. F hat dies grundsätzlich nicht anders gesehen, denn er bemängelt am Gutachten des Sachverständigen Dr. C lediglich eine fehlende Gesamtschau und Interpretation.

Im Vordergrund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. F steht der spezielle Schmerzbefund. Dieser Sachverständige hat, um Aggravation und Simulation weitgehend auszuschließen, dazu einen selbst entwickelten Test angewandt. Er hat nicht dargetan, dass dieser Test von der herrschenden medizinischen Lehrmeinung getragen wird. Zum Nachweis dessen hat er auch keinerlei Fundstellen in der medizinischen Literatur benannt. Es liegt daher insoweit kein wissenschaftlich gesichertes Verfahren vor, worauf der Sachverständige Dr. C in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 05. Januar 2007 hingewiesen hat. Damit sind die daraus gewonnenen Schlussfolgerungen bereits zweifelhaft in ihrer Aussagekraft. Der Sachverständige Dr. F hat aus seinem speziellen Schmerzbefund auf ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit zusätzlicher autonomer Beteiligung geschlossen. Unklar und unbegründet bleibt, woraus er dies ableitet. Es werden im Bereich des Kopfes, der Halswirbelsäule, der Schulter und des Nackens, der oberen Extremitäten, der unteren Extremitäten, der Gelenke und des Thorax verschiedene Druck- und Klopfschmerzpunkte und Muskelverspannungen angegeben. Inwieweit diese Befunde mit den Diagnosen insbesondere einer Anpassungsstörung mit zahlreichen Somatisierungen bzw. zu einer somatoformen Schmerzstörung im Stadium III im Zusammenhang stehen, erschließt sich dem Senat nach dem Inhalt seines Gutachtens nicht. Dr. F hat sein Gutachten, wie er ausdrücklich betont, unter dem Aspekt des biopsychosozialen Krankheitsmodells erstellt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. November 2006 hat er dargelegt, für die Entstehung von Schmerzen sei nach der Definition der internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes ein peripherer Reiz weder eine notwendige, noch, wenn vorhanden, eine hinreichende Bedingung für Schmerz. Aus dieser Definition leite sich dieses Modell als Grundlage von Diagnostik und Therapie und der daraus abzuleitenden Versorgungsstrategien für chronische Patienten ab. Daraus könne allgemein gefolgert werden, je länger der Schmerz dauere und je mehr er chronifiziert sei, desto bedeutsamer würden psychosoziale Einflussfaktoren und desto weniger bedeutsam seien biologische. Danach dient dieses Modell ersichtlich vornehmlich der Diagnostik und der Therapie. Nach dem Sachverständigen bleibt hingegen offen, inwieweit dieses Modell Aussagen zum Leistungsvermögen zulässt. Er verweist dazu vielmehr auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Vorherrschende Beschwerde dieses Leidens sei ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann und in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftritt, die schwer genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Während nach dem Sachverständigen Dr. F dies auf den Kläger in geradezu klassischer Weise zutrifft, sieht dies der Sachverständige Dr. C anders. Nach Dr. F hat sich beim Kläger aus seiner Kindheit, die durch klare Verhaltensweisen geprägt war, eine zwanghafte, übergenaue und gewissenhafte Persönlichkeitsstruktur entwickelt, aus der das Schmerzsyndrom entstanden sei. Dr. C verweist demgegenüber darauf, dass tatsächlich deutliche objektive Veränderungen insbesondere an den Handgelenken vorliegen, die Ursache der Schmerzen sind. Dies wird im Übrigen, worauf der Sachverständige Dr. C in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 05. Januar 2007 hingewiesen hat, vom Kläger ebenso gesehen. Nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. F ist auch kein schwerer und quälender Schmerz erkennbar. Im psychischen Befund wird eine deutliche depressive Gemüthsstimmung herausgestellt. Der Kläger drücke den Gefühlszustand von Hilflosigkeit, Hoffungslosigkeit und Wertlosigkeit im nonverbalen Kommunikationsbereich aus. Es wird von massiven Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, resultierend daraus, den Auftrag nicht richtig erfüllt zu haben, berichtet. Es habe sich eine ängstliche Stimmung gezeigt, die sich in Erwartungshaltung, Gespanntheit, Erschöpfbarkeit ausdrücke. Dr. F hat darüber hinaus, so vom Kläger selbst vorgetragen, auf dessen Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Kränkung, Verbitterung hingewiesen. Dies mag zwar alles vorliegen. Selbst wenn die Diagnose des Sachverständigen Dr. F trotz erheblicher Bedenken als zutreffend erachtet werden sollte, ist das von ihm beurteilte Leistungsvermögen danach jedenfalls nicht nachvollziehbar.

Es ist zunächst auffällig, dass nach dem Sachverständigen Dr. F sogar Arbeiten mit besonderen Anforderungen an das Reaktionsvermögen und die Aufmerksamkeit, wenn auch nur eingeschränkt, möglich sind. Der Sachverständige Dr. C hat demgegenüber, wie dargelegt, nur durchschnittliche Anforderungen für zumutbar erachtet. Es mag allerdings richtig sein, dass dem Kläger nur noch geistig einfache Arbeiten ohne Arbeiten mit Wechselschicht und mit besonderer Umstellungsfähigkeit zuzumuten sind. Darüber hinausgehende Anforderungen erscheinen als psychische Überlastungen. Zugunsten des Klägers geht der Senat von diesen zusätzlich bestehenden Leistungseinschränkungen aus.

Die Beurteilungen des Sachverständigen Dr. F, der Kläger könne nur noch drei Stunden bzw. unter drei Stunden täglich arbeiten, es seien unvorhergesehene Arbeitspausen notwendig, wobei zwei Pausen von ca. 20 Minuten zu empfehlen seien, und der Kläger könne maximal 150 m Fußweg zurücklegen, sind hingegen nicht nachvollziehbar. Eine schlüssige Begründung dafür wird nicht gegeben. Die Einschränkung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht wird damit erklärt, dass die zusätzliche Verknüpfung und Potenzierung mit der seelischen Störung, in die die somatoforme Schmerzstörung eingebettet ist, das gesamte Zustandsbild potenzierten. Diese Aussage im Gutachten ist nichtssagend, da weder die entsprechenden Mechanismen noch die Art der Potenzierung dargelegt sind. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. November 2006 verweist Dr. F auf die körperlichen Zustände im somatischen Bereich, die zusätzlichen morphologischen Probleme, die neurogenen Einflüsse durch die Neuropathie und die psychosozialen Faktoren mit depressiv-ängstlicher Symptomatik und zwanghafter Persönlichkeitsstruktur. Unabhängig davon, dass Funktionseinschränkungen einer Neuropathie nicht zu erkennen sind, wiederholt der Sachverständige Dr. F damit lediglich die von ihm erhobenen Befunde, die sich auch nach dem Sachverständigen Dr. C nicht anders darstellen, ohne näher darauf einzugehen, weswegen daraus eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens resultiert. Der Sachverständige Dr. C kann eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Leistungsvermögens nicht erkennen, weil trotz Schmerzen die Gelenke gut beweglich sind, keine deutliche somatopsychischen Reaktionen zu finden sind und auch der Schmerzmittelkonsum eher geringgradig ist. Der Sachverständige Dr. T weist darüber hinaus auf die nahezu ungestörte soziale Kompetenz des Klägers hin. Der Sachverständige Dr. F nennt zwar einen sozialen Rückzug. Im Widerspruch dazu werden jedoch die nach dem Kläger selbst noch vorhandenen Ressourcen wie Einkaufen, Reisen, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte gegenübergestellt. Es findet auch keine psychologische bzw. psychiatrische Behandlung statt, die bei einem erheblichen Leidensdruck zu erwarten wäre. Werden die qualitativen Leistungseinschränkungen beachtet, gibt es keine Gründe für ein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden täglich oder das Erfordernis von zusätzlichen Pausen.

Die Einschätzung des Sachverständigen Dr. U. von eingeschränkter Wegefähigkeit geht von falschen Tatsachen aus. So meint er in seinem Gutachten, dass das Zurücklegen des Weges aus orthopädischer Sicht hochgradig eingeschränkt ist. Die Orthopäden beschrieben einen Weg von maximal 150 m. Wie oben dargelegt ist dies ersichtlich unrichtig. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. November

2006 benennt er zusätzlich die Neuropathie, die wie ebenfalls bereits ausgeführt, für Beeinträchtigungen des Gehens nicht herangezogen werden kann. Dass der Kläger bei der Absolvierung einer Gehstrecke von 500 m einem besonderen Druck unterliegen soll, ist schon nicht ersichtlich. Eine Gehstrecke von 500 m kann in weniger als 20 Minuten problemlos von jedermann zurückgelegt werden, bei dem keine bedeutsamen Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule oder der unteren Extremitäten, wie vorliegend beim Kläger, bestehen.

Der Senat hat keine Veranlassung gesehen, wie seitens des Klägers in der mündlichen Verhandlung wiederholt angeregt, dem Sachverständigen Dr. F die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. C vom 05. Januar 2007 vorzulegen. So bleibt schon offen, zu welchen Tatsachen oder Feststellungen der Sachverständige Dr. F sich äußern soll. Entgegen der Ansicht des Klägers ist nicht nur der Sachverständige Dr. Fin der Lage, aus medizinischer Sicht und mit den nötigen Fachkenntnissen Stellung zu nehmen. Der Senat hält insbesondere die beim Kläger vorliegenden Leistungseinschränkungen auf der Grundlage der Beurteilungen des Dr. T und des in gleicher Weise wie der Sachverständige Dr. F mit den nötigen Fachkenntnissen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ausgestatteten Sachverständigen Dr. C für geklärt.

Das Leistungsvermögen des Klägers steht einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht entgegen. Mit den qualitativen Leistungseinschränkungen kann der Kläger insbesondere als Pförtner mindestens sechs Stunden täglich arbeiten.

Die Aufgaben eines Pförtners bestehen nach der BIK BO 793 in der Überwachung des Personen- und Fahrzeugverkehrs an Türen, Toren von Fabriken, Geschäfts- und Bürohäusern, Museen, Krankenhäusern. Sie empfangen Besucher, Betriebsangehörige und Lieferanten, prüfen deren Legitimationen, melden Besucher an, stellen Besucherscheine aus, erteilen Auskünfte, bedienen gegebenenfalls die Telefonanlage und sind häufig auch verantwortlich für die Sicherheit im Betrieb und die Kontrolle der Einrichtungen.

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 ML vom 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 ML zugrunde gelegen hatte, mit demjenigen des hiesigen Klägers, 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 Zeitanteil 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 in ähnlichem Umfang wie der hiesige Kläger 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 gibt 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 beim Kläger bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil eines Pförtners in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen Dr. T und Dr. C somit zu der Einschätzung gelangt sind, der Kläger könne diesen Beruf noch mindestens sechs Stunden täglich ausüben, ist dies, weil sie das berufskundliche Anforderungsprofil nicht verkannt haben, schlüssig und bewegt sich im Rahmen des einem Arzt einzuräumenden Beurteilungsspielraumes, so dass sich der Senat deren Bewertung zu eigen machen kann.

Volle Erwerbsminderung liegt damit nicht vor, so dass die Berufung erfolglos bleiben muss.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-06-26