

L 22 R 241/05 -17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 17 RA 6196/02
Datum
13.01.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 241/05 -17
Datum
15.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Januar 2005 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung ab 01. Juli 2001.

Die im Juni 1952 geborene Klägerin, die von Mai 1969 bis März 1972 eine nach ihren Angaben abgeschlossene Ausbildung zur Erzieherin absolvierte, war in diesem Beruf bis Dezember 1978 beschäftigt. Während der anschließenden Zeit der Kindererziehung nahm sie 1980 an einer dreimonatigen Ausbildung zur Schwesternhelferin teil. Von Februar 1989 bis Januar 1994 arbeitete sie als Hauskrankenpflegerin. Ein im Juli 1994 gestellter Rentenantrag wurde mit Bescheid vom 12. August 1996 abgelehnt. Von August 1998 bis Juli 2000 wurde die Klägerin auf Kosten der Beklagten erfolgreich zur Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft (Zeugnis vom 20. Juli 2000) umgeschult. Zuletzt war sie vom 15. August 2000 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 03. November 2000 im Umschulungsberuf tätig.

Im Juli 2001 beantragte die Klägerin wegen seit Dezember 2000 bestehenden Lendenwirbelsäulenbeschwerden, Bandscheibenvorfällen im Bereich der Halswirbelsäule, Depressionen, eines Lungenleidens und eines Nierenleidens Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen, u. a. den Entlassungsbericht der Rheuma-Klinik B vom 05. April 2001 über eine dort vom 08. März bis 05. April 2001 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme und das vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstattete Gutachten des Arztes R vom 28. Juni 2001, bei, holte den Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K vom 16. November 2001 ein und veranlasste die Gutachten des Arztes für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie B vom 11./13. Januar 2002 und des Chirurgen Dr. H vom 11. Januar 2002.

Mit Bescheid vom 01. März 2002 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab: Trotz eines Wirbelsäulensyndroms und einer depressiven Neurose könne die Klägerin unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem die Klägerin unter Vorlage ärztlicher Unterlagen geltend machte, infolge einer Nervenwurzelreizung ausgehend von der Lendenwirbelsäule mit neurologischen Defiziten an den unteren Extremitäten keiner Tätigkeit mehr nachgehen zu können, holte die Beklagte den Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K vom 18. Juni 2002 ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02. September 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Weitere Einschränkungen des festgestellten Leistungsvermögens ergäben sich nicht.

Dagegen hat die Klägerin am 01. Oktober 2002 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben und ihr Begehren weiter verfolgt. Es sei eine Verschlechterung der entzündlich arthritischen Veränderungen fast aller Gelenke eingetreten. Es bestehe jetzt auch eine Arthrose im Bereich des linken Kniegelenkes, des rechten Sprunggelenkes und der Finger beidseits. Eine Augenoperation sei erfolglos geblieben. Das weitere MDK-Gutachten vom 25. Januar 2002 stütze ebenso wie der beigelegte Befundbericht des Facharztes für Orthopädie K vom 22. Mai 2002 ihr Begehren.

Das Sozialgericht hat die Auskunft der C GbR vom 25. April 2003 sowie die Befundberichte der Fachärzte für Dermatologie und Venerologie Dr. R und H vom 17. April 2003, der Fachärztin für Allgemeinmedizin S vom 20. April 2003, der Fachärzte für Lungen- und

Bronchialheilkunde Dres. S, S und andere vom 22. April 2003, des Facharztes für Orthopädie K vom 23. April 2003, der Internistin und Rheumatologin T vom 05. Mai 2003, der Diplompsychologin L vom 13. Mai 2003 und des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K vom 19. Mai 2003 eingeholt, Abschriften der MDK-Gutachten des Arztes M vom 02. Januar 2001 und 18. Januar 2001 und des Dr. S von 2002 beigezogen. Es hat außerdem Beweis erhoben durch die schriftlichen Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. K vom 31. Januar/26. März 2004 und des Arztes für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin Dr. M vom 14. Juli 2004.

Die Klägerin ist der Ansicht gewesen, der Sachverständige Dr. M habe fachfremd die orthopädischen Befunde verharmlost. Sie widersprach seiner Aussage über ausgeprägtere Arbeitsspuren der Hände. Die neurologische Untersuchung hingegen sei von diesem Sachverständigen sehr gründlich vorgenommen worden. Es widerspreche allerdings den vom Gertraudenkrankenhaus erhobenen Befunden, dass er keine Tender points festgestellt habe. Den Umschulungsberuf könne sie nicht mehr ausüben.

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass der Sachverständige Dr. K in seinem Gutachten Übereinstimmung mit den bisher erhobenen orthopädischen Befunden erklärt habe, so dass insoweit keine quantitative Leistungsminderung ersichtlich sei. Der Sachverständige Dr. M bestätige gleichfalls aus neurologisch-psychiatrischer Sicht die bisherige Leistungsbeurteilung. Maßgebender Beruf für die Beurteilung von Berufsunfähigkeit sei der einer Krankenpflegehelferin, denn er sei 1994 aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben worden. Berufsschutz liege somit nicht vor. Die Klägerin könne ohne Benennung einer Verweisungstätigkeit daher auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden. Sie könne dort jedenfalls als Bürohilfskraft tätig sein. Unabhängig davon sei sie auch auf den Umschulungsberuf verweisbar.

Nachdem das Sozialgericht einen Auszug aus nicht näher bezeichneter berufskundlicher Literatur zur Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft beigezogen hatte, hat es mit Urteil vom 13. Januar 2005 die Klage abgewiesen. Maßgebender Beruf im Rahmen der Prüfung der Berufsunfähigkeit sei die Tätigkeit als (angelernte) Schwesternhelferin in der Hauskrankenpflege, denn als Kauffrau für Grundstücks- und Wohnungswirtschaft sei die Klägerin nur kurzzeitig und daher nur vorübergehend vollwertig tätig gewesen. Mithin sei sie auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar, auf dem sie noch mindestens 6 Stunden täglich mit den von den Sachverständigen genannten qualitativen Leistungseinschränkungen tätig sein könne. Dem Sachverständigen Dr. K, der auf orthopädischem Gebiet kein aufgehobenes Leistungsvermögen beurteilt habe, sei nicht zu folgen, soweit er die Klägerin wegen psychosomatischer Erkrankungen nicht mehr für fähig gehalten habe, Arbeiten mit wirtschaftlichem Wert zu verrichten. Als orthopädischer Sachverständiger habe er insofern fachfremde Erwägungen angestellt, die er nicht durch funktionelle Leistungseinschränkungen belegt habe. Seine diesbezügliche Ansicht sei zudem durch das nervenärztliche Gutachten des Sachverständigen Dr. M überholt, der insoweit von einem vollschichtigen Leistungsvermögen ausgeht.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 10. Februar 2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 10. März 2005 eingelegte Berufung der Klägerin, die zunächst nicht weiter begründet worden ist.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Januar 2005 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 01. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. September 2002 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung ab 01. Juli 2001 zu gewähren und die höhere Rente zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf den beigelegten Entlassungsbericht der M-Klinik B vom 14. Juli 2005 über eine dort vom 25. Mai bis 06. Juli 2005 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme, nach dem eine Zunahme der depressiven Symptomatik festgestellt worden sei. Es werde angeregt, den Sachverständigen Dr. M dazu ergänzend zu hören.

Das Gericht hat den Sachverständigen Dr. M ergänzend gehört (Stellungnahme vom 20. September 2005) und weiter Beweis erhoben durch das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. W vom 10. März 2006.

Die Klägerin misst dem Entlassungsbericht der M-Klinik B stärkeres Gewicht wegen der längeren Beobachtungsdauer bei. Dem Sachverständigen Dr. W sei auch insoweit nicht zu folgen, dass keine neurologischen Ausfälle bestünden, denn solche habe der Sachverständige Dr. M festgestellt. Büroetätigkeiten seien nicht mehr möglich.

Die Beklagte hält demgegenüber leichte Arbeiten für zumutbar. Die ergänzende Leistungsbeurteilung der Sachverständigen sei nachvollziehbar.

Nachdem der Senat Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zur Helferin in der Krankenpflege (BO 854) und aus dem Grundwerk ausbildungs- und berufskundlicher Informationen (gabi) zur Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft (781 h) beigezogen hatte, hat er die Sachverständigen Dr. M und Dr. W ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 19. Juli 2006 und 21. August 2006).

Die Klägerin meint, wegen des Erfordernisses eines Arbeitens unter Zeitdruck/Termindruck und mit Kundenkontakt könne sie nicht als Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft arbeiten. Während ihrer Beschäftigung habe zudem die Hauptaufgabe in ganztägiger Computerarbeit bestanden. Zwischenzeitlich sei auch eine weitere Verschlechterung eingetreten, weswegen demnächst eine Operation des Schultergelenkes erforderlich werde.

Der Senat hat den Befundbericht der Fachärzte für Orthopädie Dr. W und D vom 13. Dezember 2006 und den Entlassungsbericht des Zentrums für ambulante Rehabilitation Berlin vom 27. März 2007 über eine dort vom 01. Februar bis 27. Februar 2007 durchgeführte ambulante Rehabilitationsmaßnahme beigezogen.

Die Klägerin meint, aus der Rehabilitationsmaßnahme mit verschlechtertem Gesundheitszustand entlassen worden zu sein. Ihr

Gesundheitszustand habe sich seit Juli 2004 erheblich verschlechtert. So bestehe eine mittelgradige Depression mit Angst- und Panikzuständen sowie ein Erschöpfungssyndrom. Sie habe zunehmend Schwierigkeiten beim Gebrauch der Hände und Arme. Sie hat das Schreiben des Arztes für Psychiatrie V des Bezirksamtes Steglitz-Zehlendorf von Berlin vom 24. Mai 2007 vorgelegt.

Der Senat hat die Sachverständigen Dr. W und Dr. M ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 30. Juli 2007 und vom - Eingang - 11. September 2007.

Die Klägerin äußert, nicht nachvollziehen zu können, dass ausschließlich auf der Grundlage der Stellungnahmen der Sachverständigen und nicht der entgegenstehenden Auffassungen ihrer behandelnden Ärzte entschieden werden solle. Ihre Auffassung, zur Ausübung einer Berufstätigkeit nicht in der Lage zu sein, werde durch den beigelegten Bericht des Arztes für Psychiatrie V des Bezirksamtes Steglitz-Zehlendorf von Berlin vom 03. Juli 2007 bestätigt.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 90 bis 111, 114 bis 116, 126 bis 177, 237 bis 243, 254 bis 263, 285 bis 288, 291 bis 293, 338 bis 341 und 345 bis 349 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 beigelegten Verwaltungsakten 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 01. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. September 2002 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung, denn ihr Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind und weitere - beitragsbezogene - Voraussetzungen erfüllen. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 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](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auch Versicherte, die 1. vor dem 02. Januar 1961 geboren und 2. berufsunfähig sind ([§ 240 Abs. 1 SGB VI](#)). Berufsunfähig im Sinne des [§ 240 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 240 Abs. 2 SGB VI](#)).

Die Klägerin ist hiernach nicht teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig. Sie kann ihren bisherigen Beruf als Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft noch mindestens 6 Stunden täglich ausüben.

Ausgangspunkt der Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist der bisherige Beruf. Dies ist in der Regel die letzte, nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit, jedenfalls dann, wenn diese zugleich die qualitativ höchste ist (Bundessozialgericht BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 53, 94, 130 zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)). Allerdings bleibt eine frühere versicherungspflichtige Beschäftigung maßgeblicher Beruf, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben wurde (vgl. BSGE 2, 181, 187; BSG SozR RVO § 1246 Nrn. 33, 57 und 94; BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 158 zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)).

Der Beruf der Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft ist maßgeblicher Beruf. Es handelt sich um die letzte versicherungspflichtige Beschäftigung, die im Verhältnis zur vorangegangenen Tätigkeit als Hauskrankenpflegerin zugleich die qualitativ höchste ist.

Für die Annahme des Sozialgerichts, dieser Beruf sei nicht vollwertig verrichtet worden, gibt es keinen Anhalt. Die C GbR hat in ihrer Auskunft vom 25. April 2003 angegeben, die Klägerin sei als Kauffrau in der Wohnungswirtschaft tätig gewesen, habe die für diesen Beruf vorgesehene Berufsausbildung abgeschlossen (vgl. auch das Zeugnis der Industrie- und Handelskammer R vom 20. Juli 2000) und habe - demnach - die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten für diesen Beruf erlangt. Die seitens dieses Arbeitgebers ausgesprochene Kündigung erfolgte danach nicht wegen unzureichender beruflicher Fähigkeiten, sondern verhaltensbedingt wegen eines mangelnden Willens zur Integration, einer nicht ausreichenden Arbeitsleistung und der ständigen Unterschreitung der vorgegebenen Arbeitszeit. Nach der genannten Rechtsprechung des BSG begründet bei vollwertiger Ausübung selbst eine nur kurzzeitige Ausübung der letzten qualitativ höchsten Beschäftigung diese den maßgebenden Hauptberuf.

Die Ansicht der Beklagten, wonach bei Aufgabe eines Berufes aus gesundheitlichen Gründen dieser Beruf maßgeblich bleibe, weil sich das versicherte Risiko verwirklicht habe, ist zwar grundsätzlich zutreffend. Soweit sie allerdings meint, die Klägerin sei aus gesundheitlichen Gründen gezwungen gewesen, den Beruf der Hauskrankenpflegerin aufzugeben, widerspricht dies vordergründig ihren eigenen Feststellungen. Nach dem Bescheid vom 12. August 1996 lehnte sie nämlich die Rentengewährung mit der Begründung ab, dass weiterhin im bisherigen Berufsbereich, nämlich als Hauspflege in einer Sozialstation bzw. Pflegerin/Kindergärtnerin, vollschichtig gearbeitet werden

könne. Ob diese Beurteilung tatsächlich zutreffend ist oder in Verkennung des Belastungsprofils zustande kam, kann dahinstehen, denn auch wenn gesundheitliche Umstände für die Beendigung des Berufes einer Hauskrankenpflegerin verantwortlich zu machen sind, ist dieser Beruf bei der Frage der Berufsunfähigkeit nicht heranzuziehen. Trotz einer aus gesundheitlichen Gründen erfolgten Aufgabe des bisherigen Berufes kann ein danach aufgenommener Beruf gleichwohl ausnahmsweise als zugrunde zu legender maßgebender Beruf in Betracht kommen. Das BSG (SozR RVO § 1246 Nr. 33) hat dies (nur) dann angenommen, wenn der Versicherte wegen Aufnahme einer für ihn besonders günstigen anderen versicherungspflichtigen Berufstätigkeit seine bisherige Berufstätigkeit auch dann nicht wieder aufnehmen würde, wenn ihn gesundheitliche Gründe nicht mehr daran hinderten. Im seiner Zeit zu entscheidenden Fall hatte das BSG dies verneint, weil nicht davon ausgegangen werden könne, dass der damalige Kläger als so genannter Wirtschaftsführer auf dem Hof seiner Frau eine so günstige Berufsstellung gefunden habe, dass er nicht mehr in den Maurerberuf zurückgekehrt wäre, selbst wenn ihn gesundheitliche Gründe nicht an der Rückkehr gehindert hätten. Im Fall der Klägerin ist dies jedoch anders. Beim Beruf der Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft handelt es sich gegenüber dem Beruf einer Hauskrankenpflegerin um einen deutlich höherqualifizierten Beruf mit der Chance, ein entsprechend höheres Arbeitsentgelt zu erzielen. Dies rechtfertigt die Schlussfolgerung, dass die Klägerin selbst unter anderen gesundheitlichen Verhältnissen nicht mehr zum Beruf der Hauskrankenpflegerin zurückkehren würde. Dieser Ansicht könnte allenfalls entgegengehalten werden, der Beruf der Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft wäre deswegen keine besonders günstige Berufstätigkeit, weil die Klägerin in diesem Beruf von Beginn an gesundheitlich überfordert gewesen wäre. Dies trifft jedoch nicht zu, denn die Klägerin kann sogar weiterhin vollschichtig und damit auch mindestens sechs Stunden täglich in diesem Beruf tätig sein.

Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. W und Dr. M, aber auch - soweit diesem gefolgt werden kann - des Sachverständigen Dr. K.

Nach Dr. W bestehen ein chronisches degeneratives Halswirbelsäulensyndrom bei Bandscheibendegeneration der unteren Halswirbelsäule mit geringen Funktionseinschränkungen und möglichen rezidivierenden sensiblen Reizerscheinungen, ein chronisches degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom bei Osteochondrose auf der Etage L 5/S 1 und eine beginnende Osteoporose, eine Polyarthrose beider Hände mit geringen Funktionseinschränkungen und Neigung zu entzündlichen Schüben, mitgeteilte Polyarthralgien, eine Großzehengrundgelenksarthrose rechts bei Zustand nach Resektionsarthroplastik und postoperativer Fehlstellung.

Dr. K hat im Wesentlichen keine anderen Gesundheitsstörungen festgestellt: Chronisches Lumbalsyndrom mit Lumboischialgie bei geringer linkskonvexer Lumbalskoliose und Erniedrigung des Zwischenwirbelraumes L 5/S 1 als Hinweis auf eine Bandscheibenschädigung ohne radikuläre Symptomatik, Cervikalsyndrom, Cervikobrachialsyndrom beidseits bei Bandscheibenveränderungen, Hallux rigidus rechts stärker links, Heberdenarthrose der Fingergelenke und Rhizarthrose jeweils beidseits. Darüber hinaus liegen eine geringe Sehnenansatzreizung im Bereich des rechten Ellenbogens (Tennisarm) und ein Zustand nach Lungenteilresektion mit Belastungsdispnoe vor, denen allerdings nach Dr. K keine zusätzliche leistungseinschränkende Bedeutung zukommt. Wie Dr. W hat Dr. K die Polyarthralgie lediglich als anamnestisch bezeichnet, also ohne klinisch feststellbaren Auswirkungen an den großen Körpergelenken bei nur geringem Beschwerdeausmaß. Auch letzteres ist nachvollziehbar. In den vorliegenden ärztlichen Berichten werden Polyarthralgien ausschließlich im Bereich der Hände und Füße erwähnt (Befundberichte des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Kowalski vom 18. Juni 2002 und 19. Mai 2003 sowie des Facharztes für Orthopädie K vom 22. Mai 2002 und vom 23. April 2003). Im Übrigen weist lediglich der Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin S vom 20. April 2003 noch unklare multiple Gelenkbeschwerden aus, wobei offen bleibt, ob sich diese auf andere Körperregionen beziehen; bei den sporadischen Konsultationen wurden danach jedenfalls keine Befunde erhoben.

Die beiden Sachverständigen Dr. W und Dr. K haben mit den bezeichneten Gesundheitsstörungen im Wesentlichen die Leiden auf orthopädischem Fachgebiet erfasst.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. K führt in seinen Befundberichten vom 10. November 2000, 18. Juni 2002 und 19. Mai 2003 zwar noch eine beginnende Periarthropathia humero scapularis zunächst beidseits, später nur im Bereich der linken Schulter bzw. eine Tendinitis calcarea der linken Schulter auf. Letztgenannte Erkrankung findet sich auch in den Befundberichten des Facharztes für Orthopädie K vom 22. Mai 2002 und vom 23. April 2003. Allerdings werden hierfür im Wesentlichen keine entsprechenden Befunde angeführt. Im Befundbericht des Dr. K vom 18. Juni 2002 gehen Schulterschmerzen mit Bewegungseinschränkungen hervor, ohne dass jedoch insoweit eine Abgrenzung gegenüber dem Halswirbelsäulensyndrom bei Bandscheibendegeneration vorgenommen wird. Lediglich der Facharzt für Orthopädie K beschreibt im Befundbericht vom 22. Mai 2002 insofern einen Druckschmerz subacromial im Bereich der linken Schulter und ein positives Impingement mit deutlich schmerzhaften Bewegungseinschränkungen des Schürzen- und Nackengriffes. Dabei hat es sich um vorübergehend bestandene Befunde gehandelt, denn wie seinem weiteren Befundbericht vom 23. April 2003 entnommen werden kann, ist im Anschluss daran (Februar bzw. Mai 2002) keine weitere Behandlung mehr erfolgt. Der Zustand der linken Schulter hat anhand dieser Befundberichte damit nachvollziehbar erst zu einem späteren Zeitpunkt wesentlichere Bedeutung erlangt, worauf noch einzugehen ist. Dies erklärt, weswegen die Sachverständigen Dr. W und Dr. K diesen Diagnosen zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung keine eigenständige Bedeutung beigemessen haben.

Eine Coxarthrose links, eine Gonarthrose links sowie eine Meralgia paraesthetica links, die überhaupt nur einmalig im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie K vom 23. April 2003 Erwähnung finden, können ausgeschlossen werden. Entsprechend belegende Befunde hat dieser Arzt nicht mitgeteilt. Bei einer danach nur bis Februar (bzw. Mai) 2002 stattgefundenen Behandlung müssten diese Gesundheitsstörungen außerdem in seinem Befundbericht vom 22. Mai 2002 sich wieder finden, was jedoch nicht der Fall ist.

Die weiteren Diagnosen, die in vorliegende Befundberichte Eingang gefunden haben, sind gleichfalls ohne Relevanz, denn es werden keinerlei Funktionsstörungen beschrieben. Dies gilt für das Hautleiden (Befundbericht der Fachärzte für Dermatologie und Venerologie Dr. R und H vom 17. April 2003) ebenso wie für die Hyperurikämie (Befundbericht der Ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie T vom 05. Mai 2003) und die Aortenklappeninsuffizienz I (Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K vom 19. Mai 2003).

Wenn der Sachverständige Dr. W infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, die Klägerin könne noch leichte Arbeiten verrichten und zwar überwiegend im Sitzen bei einem Wechsel zum Gehen und Stehen in geschlossenen Räumen ohne besondere klimatische Expositionen wie besondere Hitze, Kälte, Staub, Feuchtigkeit oder Zugluft, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, wobei ansonsten diese auch nicht über längere Wegstrecken bewegt werden können, sowie ohne Akkord-, Fließbandarbeit, Arbeit an laufenden Maschinen, Nachtschichtarbeiten, Arbeit mit besonderen Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit und Leiterarbeiten, ist

dies einleuchtend.

Wesentlich für diese Beurteilung ist die Belastungsminderung des Achsorgans einschließlich der Hände.

Der Sachverständige hat bei seiner Untersuchung im gesamten Hals- und Lendenwirbelsäulenbereich Druckdolenz vorgefunden, die schon beim leichten Palpieren ausgelöst worden sind, wobei sich die Reaktionen nicht adäquat dargestellt haben. Hinsichtlich der Beweglichkeit sind nur endgradige Defizite festzustellen gewesen. Es hat sich ein Finger-Boden-Abstand von 20 cm gezeigt. Die radiologische Untersuchung hat für die Halswirbelsäule eine leichte Steilstellung, deutliche osteochondrotische Veränderungen bei C 5/6 und C 6/7, Veränderungen an den Wirbelkörpern und eine beginnende knöcherne Einengung und Uncovertebralarthrose des Neuroforamen C 5/6, für die Lendenwirbelsäule bis auf eine osteochondrotische Abflachung des Bandscheibenfaches L 5/S 1 lediglich in der Etage L 4/5 beginnende Veränderungen aufgedeckt. Osteoporotische Wirbelkörperdeformierungen haben sich hierbei nicht gezeigt, jedoch hat sich der Eindruck einer erhöhten Strahlentransparenz wie bei möglicher osteoporotischer Veranlagung ergeben. Der Sachverständige hat auch, dies wird von der Klägerin jedoch verkannt, das phasenweise Auftreten von sensiblen Reizerscheinungen von spinalen Nervenwurzeln insbesondere im Bereich der Etage L 5/S 1 mitgeteilt. Gleichfalls hat er dies bezüglich der Halswirbelsäule bestätigt, auch wenn er die rezidivierenden Kribbelmissempfindungen insbesondere des linken Armes nicht in vollem Umfang hat objektivieren können. Ebenso hat er das wiederholte Auftreten reaktiver Myogelosen oder auch Cephalgien als Folge der Bandscheibenveränderungen bei C 5/6 und C 6/7 zugestanden.

Die Schultergelenke haben bis auf eine leichte Bewegungsverzögerung im Bereich der linken Schulter keine Defizite aufgewiesen. Im Bereich der Fingergelenke hat der Sachverständige knotige Verdickungen im Sinne einer Heberdenarthrose und bei Palpation druckempfindliche Gelenke, leichtgradig abgeschwächte Funktionsgriffe (Spitzgriff, Faustschluss und Abspreizen der Finger) bei beginnender Einschränkung der Fingergeschicklichkeit, eine dezente Minderempfindung im Kleinfingerbereich sowie Schmerzen bei endgradiger Bewegung des linken Handgelenkes erkennen können. Er hat dies als im Wesentlichen altersgemäß eingeordnet. Allerdings hat er es angesichts der Polyarthrose der Fingermittel- und -endgelenke für glaubhaft erachtet, dass phasenweise im Zusammenhang mit entzündlichen Vorgängen die manuelle Geschicklichkeit dadurch nachlässt. Abgesehen von diesen vorübergehenden Phasen bleiben normale Schreibtisch Tätigkeiten, Telefonieren und auch Schreiben möglich.

Im Bereich des linken Kniegelenkes hat sich bei maximaler Flexion ein leichtes retropatellares Reiben gezeigt. Im Bereich der rechten Großzehe hat sich ein Zustand nach Korrektur- Osteotomie mit Fehlstellung bei nicht möglichem Beugen offenbart. Die Röntgenaufnahme des rechten Fußes hat diesen Zustand bestätigt. Linksseitig hat sich ebenfalls ein beginnender Hallux valgus angedeutet. Die Fußfehlstatik infolge eines mittelgradigen Senk-Spreiz-Fußes mit genannter Fehlpositionierung ist durch Verwendung von Einlagen kompensiert. Schließlich haben diffuse Hypästhesien im Bereich der Unterschenkelaußenseite bestanden, ohne dass eine dermatombezogene Sensibilitätsstörung festzustellen gewesen ist.

Die von dem Sachverständigen Dr. W erhobenen Befunde machen deutlich, dass eine stärkere Beanspruchung der geschädigten Körperregionen ausscheiden muss. Die von ihm genannten Leistungseinschränkungen tragen dem Rechnung.

Der Sachverständige Dr. K hat im Wesentlichen keine davon abweichenden Befunde feststellen können.

Die Muskulatur der Halswirbelsäule ist paravertebral und im Bereich der oberen Rückenmuskulatur verspannt gewesen. Hinsichtlich der Beweglichkeit hat sich eine Linksseitigungsstörung bei Blockierung der Halswirbelsäule bei 30 Grad (nach Dr. W mit 40 Grad normal) gezeigt. Die von letztgenanntem Sachverständigen aufgezeigte Kopfschmerzsymptomatik ist zum Zeitpunkt der Untersuchung bei dem Sachverständigen Dr. Kaufgetreten gewesen. Die paravertebrale Muskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule ist gleichfalls verspannt gewesen. Die Dornfortsätze im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule sind ebenso wie das Kreuzdarmbeinbein beidseits klopfschmerzhaft, die Lendenwirbelkörper auch rüttelschmerzhaft gewesen. Der Finger-Boden-Abstand hat 32 cm betragen. Die Rückneigung der Lendenwirbelsäule ist schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Es hat sich im Differenzialtest nach Lasegué ein positives Zeichen für das Vorliegen einer Ischialgie rechts gefunden.

Abweichend gegenüber dem Sachverständigen Dr. W hat der Sachverständige Dr. K keinen schmerzhaften Bogen und ein eingeschränktes Bewegungsausmaß im Bereich der Schultergelenke beim horizontalen und vertikalen Abspreizen der Arme festgestellt. Er hat folgende Bewegungsmaße erhoben: Arm seitwärts/körperwärts rechts bis 100 Grad, links bis 110 Grad (nach Dr. W beidseits bis 170 Grad), Arm vorwärts/rückwärts beidseits 115/0/10 (nach Dr. W beidseits 170/0/40). Im Bereich des rechten Ellenbogens ist zudem ein Druck- und Bewegungsschmerz in geringem Maße aufgefallen, ohne dass jedoch die Funktion beeinträchtigt gewesen ist.

Im Bereich der kleinen Fingergelenke hat eine Schwellung bestanden. Im Bereich beider Handgelenke und bei der Beweglichkeit im Bereich beider Daumengelenke sind Schmerzen aufgetreten. Der Festgriff, Spitzgriff und die Gegenüberstellung des Daumens sind jedoch ausführbar gewesen. Der Sachverständige Dr. K hat darauf hingewiesen, dass diese Befunde zu Einschränkungen beim Schreiben und bei der Betätigung einer Computertastatur führen können. Im Bereich der unteren Extremitäten sind geringe Bewegungsgeräusche der Kniegelenke und die eingeschränkte Beweglichkeit des Großzehengrundgelenkes rechts festzustellen gewesen. Schließlich hat dieser Sachverständige ein kleinschrittiges Gangbild mit fehlendem physiologischen Abrollen des Fußes beidseits als auffällig befundet, was offensichtlich seinen Grund darin hat, dass verordnete Einlagen, wie von diesem Sachverständigen festgestellt, zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht getragen worden sind.

Werden die Gutachten der Sachverständigen Dr. K und Dr. W miteinander verglichen, fällt auf, dass trotz abweichender Befundung der Beweglichkeit der Schultergelenke Dr. K diesen Zustand nicht einer Gesundheitsstörung im Bereich der Schulter zugeordnet, sondern dies als Folge der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule angesehen hat, wie an seiner Diagnosenstellung zu erkennen ist. Die sonstigen geringfügigen Veränderungen im Befund sind ohne weiteres daraus zu erklären, dass aus degenerativen Veränderungen zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Ausprägungen resultieren können. Bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. K hat ausgehend von den von ihm erhobenen Befunden ein solch stärker ausgeprägter Zustand vorgelegen. Der Sachverständige Dr. W hat diese wechselnden Befunde in seinem Gutachten berücksichtigt, worauf bereits oben hingewiesen worden ist. Damit kann letztgenanntem Sachverständigen in seiner Aussage, dass über die Jahre hinweg sich die bekannten Leiden nicht messbar verschlechtert haben, gefolgt

werden. Beide Sachverständigen haben damit einen gleichen Gesundheitszustand der Klägerin beurteilt.

Dies wird auch daran ersichtlich, dass sie bezogen auf die qualitativen Leistungseinschränkungen nicht bedeutsam voneinander abweichen. Dr. K schließt ebenfalls Arbeiten mit extremen Umgebungsbedingungen aus. Einseitige körperliche Belastungen, Arbeiten unter Zeitdruck, in einem festgelegten Arbeitsrhythmus und mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sind zu vermeiden. Auch kommen Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an laufenden Maschinen nicht in Betracht. Eine individuelle Wahl der Haltungsart ist erforderlich, wobei dieser Sachverständige insoweit nicht einmal konkrete Vorgaben gemacht hat. Die von ihm festgestellte eingeschränkte Fingergeschicklichkeit steht mit der Bewertung des Sachverständigen Dr. W insoweit in Übereinstimmung, als besondere Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit nicht gestellt werden können. Soweit Dr. K allerdings von einer aufgehobenen Fingergeschicklichkeit ausgeht, liegt diese gerade nicht dauerhaft vor, worauf Dr. W hingewiesen hat. Vielmehr ist die Fingergeschicklichkeit nur dann aufgehoben, wenn es zu den genannten schubartigen entzündlichen Vorgängen kommt. Das zeitweise Bestehen einer Gesundheitsstörung, auch wenn dadurch die Erwerbsfähigkeit vorübergehend beeinflusst wird, begründet noch keine Minderung des Leistungsvermögens im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Erwerbsfähigkeit muss vielmehr nicht nur vorübergehend worunter ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten verstanden wird herabgesunken sein (vgl. Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, S. 670 f. VI; Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch SGB VI, gesetzliche Rentenversicherung, Kommentar, 60. Ergänzungslieferung, K § 43 Rdnr. 22, K § 44 Rdnr. 15; BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 16), so dass kurzzeitige Erkrankungen außer Betracht zu bleiben haben. Diese bedingen allenfalls Arbeitsunfähigkeit.

Zwischenzeitlich sind im Bereich der Schulter neue Befunde aufgetreten, die nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. W vom 30. Juli 2007 häufige Überkopfarbeiten, häufige Arbeiten in gebückter Körperhaltung und Zwangshaltungen ausschließen. Dies ist nachvollziehbar.

Nach dem Befundbericht der Fachärzte für Orthopädie Dr. Wund D vom 13. September 2006 zeigte eine Magnetresonanztomografie von August 2006 im Bereich der linken Schulter neben einer Tendinitis calcarea eine Teilläsion der Rotatorenmanschette und eine Bursitis bei chronischem Impingementsyndrom. Eine Röntgenuntersuchung der rechten Schulter im November 2006 offenbarte einen deutlichen subacromialen Sporn. Wegen des Zustandes der linken Schulter erfolgte im September 2006 eine Arthroskopie. Nach diesen Ärzten liegen somit als weitere Gesundheitsstörungen u. a. ein chronisches Impingementsyndrom, eine Bursitis subacromialis, eine Tendinitis calcarea und eine degenerierte Rotatorenmanschette der linken Schulter bei Zustand nach Arthroskopie sowie ein Impingementsyndrom der rechten Schulter vor. Durch die Operation ist danach eine Besserung des linken Schultergelenkes erreicht worden, wobei damals jedoch noch keine endgültig freie Bewegung bestand. Deswegen wurde die Klägerin im Anschluss daran einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme zugeführt. Nach dem Entlassungsbericht des Zentrums für ambulante Rehabilitation werden als Diagnosen bezogen auf die Schultern eine funktionelle Einschränkung der linken Schulter bei Zustand nach Arthroskopie und eine Arthralgie der rechten Schulter mit beginnenden Funktionseinschränkungen benannt. Die in diesem Entlassungsbericht niedergelegten Befunde hinsichtlich der Beweglichkeit hat der Sachverständige Dr. W wie folgt bewertet: Das Abduzieren der rechten Schulter mit 160 Grad und der linken Schulter mit 150 Grad (seinerzeit bei diesem Sachverständigen beidseits 170 Grad) stellt lediglich eine leichte Einschränkung dar. Größere Einschränkungen sind noch hinsichtlich der Innenrotation auf beiden Seiten (80 Grad, seinerzeit bei diesem Sachverständigen 90 Grad) vorhanden. Das Antevertieren bzw. Retrovertieren ist von Dr. W als nahezu physiologisch bewertet worden. Er hat allerdings darauf hingewiesen, dass sich auffälligerweise zum Ende der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme die Gesamtbeweglichkeit beider Schultern verschlechterte (Abduktion rechts 100 Grad und links 90 Grad; Antevertieren/Retrovertieren rechts 110/0/20 und links 100/0/20 gegenüber zu Beginn rechts 160/0/20 und links 150/0/20). Dies stellt nach diesem Sachverständigen jedoch keine wesentliche Beeinträchtigung dar, da auf beiden Seiten eine Abduktion bis 90 Grad noch möglich ist. Allerdings erfordert dies die von ihm genannten weiteren qualitativen Leistungseinschränkungen. Dies ist nachvollziehbar.

Nach dem Sachverständigen Dr. M bestehen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden einer schizoiden Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu depressiven Verstimmungen, leichte phobische Ängste, ein Wirbelsäulensyndrom mit radikulären Ausfällen bei C 7/Th 1 rechts mehr als links, eine leichte Polyneuropathie sowie leichte Arthrosen der Fingergelenke, eine leichte Fehlstellung beider Großzehnen (Hallux rigidus), eine Schielstellung des rechten Auges und ein Zustand nach Lungenteilresektion.

Dies ist insbesondere in neurologisch-psychiatrischer Hinsicht unzweifelhaft, denn 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. Unterschiedliche Ansichten bestehen lediglich zu der Schwere der psychiatrischen Erkrankung und zu den Auswirkungen auf das Leistungsvermögen.

Nach Dr. M können von der Klägerin körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten, geistig einfache bis mittelschwierige Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten mit Bevorzugung des Sitzens in geschlossenen Räumen, im Freien nur insoweit, als damit keine Belastung durch Hitze, Kälte, starke Temperaturschwankungen, Feuchtigkeit oder Zugluft verbunden ist, verrichtet werden. Auszuschließen sind Arbeiten mit Belastungen durch Stäube, Atemreizstoffe und Atem-Allergene, einseitige körperliche Belastung, Arbeiten unter Zeitdruck (wie Akkord- oder Fließbandarbeit), Arbeit mit Zwangshaltungen, mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, in Nachtschicht, auf Leitern und Gerüsten oder mit Absturzgefahr, mit Anforderungen an die Dauerbelastung der Hände und Finger wie langes Schreiben auf der Computertastatur, mit besonderen Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit, mit Anforderungen an das räumliche Sehen, mit Dauerbelastung an das Sehvermögen wie mehrstündige Bildschirmarbeit sowie ohne mehr als nur noch leichte bis durchschnittliche Anforderungen an die Kontaktfähigkeit. Dies ist unter Berücksichtigung der von diesem Sachverständigen erhobenen Befunde schlüssig. Die qualitativen Leistungseinschränkungen stimmen im Übrigen weitgehend mit denen der Sachverständigen Dr. Kund Dr. W überein. Soweit der Sachverständige Dr. M abweichend insbesondere von dem Sachverständigen Dr. W auch gelegentlich körperlich mittelschwere Arbeiten für zumutbar erachtet hat, unterstellt der Senat zugunsten der Klägerin, dass ihr gleichwohl nur noch körperlich leichte Arbeiten möglich sind.

Die von Dr. M zusätzlich genannten Leistungseinschränkungen beruhen zum einen auf der durchgemachten Lungenerkrankung (Stäube, Atem-Reizstoffe und Atem-Allergene) und zum anderen auf der Schielstellung des rechten Auges.

Bei seiner Untersuchung hat der Sachverständige einen situativ bedingten mit 148/91 mmHg etwas erhöhten Blutdruck vorgefunden. An beiden Händen haben sich eine etwas vermehrte Handbeschwellung und deutliche frische Arbeitsspuren gezeigt. Die Halswirbelsäule ist bei

endgradiger Bewegung in allen Richtungen subjektiv leicht schmerzhaft gewesen. Die Brustwirbelsäule hat sich als klopfschmerzhaft dargestellt. Der Finger-Boden-Abstand hat 20 cm betragen. Eine Sensibilitätsminderung im Sinne einer Nervenwurzelbeschädigung der Nervenwurzeln C 7/Th1 beidseits rechts mehr als links für alle geprüften Gefühlsqualitäten, am ausgeprägtesten jeweils am 4. und 5. Finger, in geringerem Maße auch an Unterarmen und Oberarmen hat sich zusätzlich ergeben. Der Sachverständige Dr. M hat daraus auf eine eingeschränkte Belastbarkeit des Achsorgans geschlossen.

An allen Fingern habe Auftreibungen der kleinen Fingergelenke im Sinne von Heberdenarthrosen und im Bereich der Endgelenke beider Daumen ein Druckschmerz bestanden. Die Zusammenführung der Finger beim Spitzgriff ist endgradig mühsam gewesen. Somit sind nach dem Sachverständigen Dauerbelastungen und besondere Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit auszuschließen.

Im Bereich der Kniegelenke hat sich beidseits eine leichte Krepitation, im Bereich der Füße eine leichte Fehlstellung beider Großzehen ergeben. Das Gangbild ist mit den nach Angaben der Klägerin benutzten Einlagen in den Schuhen unauffällig gewesen. Allerdings ist der Zehengang rechtsseitig in Schmerzerwartung verweigert worden. Aus letztgenanntem Krankheitsbild hat dieser Sachverständige deswegen ebenfalls Dauerbelastungen als nicht mehr zumutbar erachtet.

Unter Berücksichtigung der nicht auffällig gewesenen Schultergelenke ergibt sich damit insgesamt hinsichtlich des Stütz- und Bewegungsapparates ein ähnliches Bild, wie von dem Sachverständigen Dr. W festgestellt worden ist. Angesichts dessen ist nicht ersichtlich, dass der Sachverständige Dr. M die orthopädischen Befunde verharmlose.

In neurologischer Hinsicht ist eine Schielstellung des rechten Auges nach oben außen deutlich geworden. Zum Teil recht widersprüchliche Angaben hat die Klägerin im Zusammenhang mit der Angabe von Doppelbildern in allen Richtungen außer in Richtung der Schielstellung des rechten Auges gemacht. Der genannten Behinderung hat der Sachverständige Dr. M mit dem Ausschluss bestimmter Anforderungen an das Sehen Rechnung getragen. Im Übrigen sind nicht auslösbare Achillessehnenreflexe und ein deutlich gestörtes Vibrationsempfinden mit 4/8 über beiden Handgelenken, Kniescheiben und Fußknöcheln deutlich geworden. Letztgenannten Befund hat er einer Polyneuropathie, am ehesten bedingt durch die Chemotherapie nach der Tuberkulose, zugeordnet und infolge eines dadurch beeinträchtigten Gleichgewichtssinns wegen drohender Absturzgefahr Leiter- und Gerüstarbeiten ausgeschlossen.

Als psychischen Befund hat Dr. Meine durchgehend übermäßig misstrauisch und phasenweise immer wieder auch recht distanziert bis ablehnend wirkende Klägerin vorgefunden, deren Kooperationswilligkeit unterdurchschnittlich gewesen ist. Die gestellten Fragen sind nicht immer offen beantwortet worden, wobei Verdrängung und schamhaftes Verschweigen wohl eine Rolle gespielt haben, jedoch zielgerichtetes Verschweigen, wie ebenfalls Aggravation, nicht ganz auszuschließen gewesen ist. Das inhaltliche Denken ist stark auf das subjektive Schmerz- und Insuffizienzerleben eingeengt gewesen, wobei auch finanzielle Überlegungen einen breiteren Raum eingenommen haben. Die Stimmung hat sich überwiegend indifferent, zeitweilig leicht deprimiert, ängstlich bzw. gereizt dargestellt. Die emotionale Belastbarkeit und Frustrationstoleranz sind leicht reduziert erschienen. Die Fähigkeit, sich in Gruppen einzugliedern, ist vom Sachverständigen als eher unterdurchschnittlich, aber als nicht erkennbar gemindert bewertet worden. Die Klägerin hat sich zwar kaum zur Selbstwahrnehmung anregen lassen; für eine eher übend orientierte Verhaltenstherapie sind die Voraussetzungen jedoch ausreichend gewesen.

Das festgestellte stark subjektive Schmerz- und Insuffizienzerleben, dem entsprechende objektive Befunde nicht gegenüber stehen, hat Dr. Mals Somatisierungsstörung eingeordnet, bei welcher psychische Spannungen und Konflikte als zu belastend abgespalten werden und deshalb unzureichend bewusst erlebt und sprachlich-emotional ungenügend gegenüber einem bedeutsamen Anderen ausgedrückt werden können und stattdessen in ein körperliches Symptom umgesetzt (konvertiert) und subjektiv als Schmerz oder funktionelle Störung erlebt werden. Die typischen Voraussetzungen dafür hat er in der Ursprungsfamilie der Klägerin vorgefunden. Bis heute fühlt sich die Klägerin von der Mutter zumindest gegenüber ihrer Schwester zurückgesetzt. Der Vater verließ die Familie, als die Klägerin ca. 3 Jahre alt war. Gleichfalls im Bereich der Beziehungen und Freundschaften hat sich früh eine Störung eingestellt. Die Klägerin hat sich als misstrauisch und einzelgängerisch erlebt. Wegen dieser misstrauischen Haltung und der emotionalen Ferne hat Dr. M eine schizoide Persönlichkeitsstörung angenommen. Es folgte frühzeitig (1971) eine sehr schwierige Ehe mit zuletzt zeitweiliger Todesangst in Bezug auf ihren Ehemann, anschließend auch gehäuft Schwierigkeiten hinsichtlich der Kinder, von denen die Klägerin schwer enttäuscht ist. Diese gesamten Lebensumstände hat die Klägerin nach dem Sachverständigen bis heute offensichtlich nicht ausreichend verarbeitet. Während sie diese Belastungen noch teilweise über ihre Arbeitstätigkeit hat verdrängen können, ist mit der nur schwer zu verkraftenden Tuberkulose mit nachfolgender Lungenteilresektion und dem dadurch eingetretenen Verlust der Arbeit sowie der Kündigung der letzten Arbeitsstelle, die zudem mit einer Kränkung verbunden gewesen ist, dieser Kompensationsmechanismus entfallen und die Somatisierungsstörung klinisch manifest geworden. Der Senat folgt Dr. M nach dem bei der Klägerin eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, die mittelschwer einzuordnen ist. Dies ist durch die von ihm erhobenen Befunde nachvollziehbar, so dass bei der Klägerin qualitative Leistungseinschränkungen bestehen. Die leichten phobischen Ängste zeigen sich u. a. in der Angst vor Gewittern und vor Hunden. Ein sozialer Rückzug aus innerer Neigung ist nicht festzustellen gewesen; allerdings schränkt nach Angaben der Klägerin Geldmangel ihre soziale Aktivität ein. Der von der Klägerin gegenüber dem Sachverständigen Dr. M geschilderte Tagesablauf spricht gleichfalls nicht für eine stärkere Ausprägung ihrer psychischen Erkrankung. Sie macht ihren Haushalt allein und kocht auch häufiger. Besorgungen erledigt sie, auch wenn sie gelegentlich noch Auto fährt, meistens mit dem Fahrrad. Damit besucht sie auch eine Bekannte. Sie malt in Öl und schnitzt, wenn es die Hände zulassen. Die deutlichen frischen Arbeitsspuren weisen gleichfalls auf ein gewisses Tätigwerden hin. Angesichts der von der Klägerin selbst angegebenen Aktivitäten erscheint ihr Vortrag, solche Arbeitsspuren bestünden nicht, wenig schlüssig.

Ist die psychische Erkrankung nach alledem als lediglich mittelschwer einzuordnen, bedarf es allenfalls des Ausschlusses besonderer psychischer Belastungen, wie Arbeiten unter besonderen Stressbedingungen z. B. Akkord- und Fließbandarbeit bzw. in Nachtschicht wegen der dadurch gestörten Tagesrhythmik. Im Übrigen wird, da sich das subjektive Schmerzerleben besonders auf den Bewegungsapparat bezieht, mit den bereits aus orthopädischer Sicht erforderlichen qualitativen Leistungseinschränkungen insoweit auch der psychiatrischen Gesundheitsstörung hinreichend genügt.

Die vorliegenden ärztlichen Berichte anderer Ärzte belegen weder für die Zeit vor noch für die Zeit nach der Untersuchung beim Sachverständigen Dr. Meine mehr als nur vorübergehend stärkere Ausprägung der psychiatrischen Erkrankung.

Nach dem MDK-Gutachten des Arztes R vom 28. Juni 2001 bestand eine mittelgradige depressive Episode bzw. eine verlängerte depressive

Reaktion. Als weitere psychische Befunde werden eine reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit, eine Affektlabilität, eine leichte Reduktion im gezielten Antrieb und eine sehr leidend, erschöpft und belastet wirkende Klägerin beschrieben. Es wird auf die Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie hingewiesen. Ob eine erhebliche Gefährdung oder sogar eine Minderung der Erwerbsfähigkeit seinerzeit bestand, hat dieser Arzt nicht sicher beurteilen können. Die angeregte Psychotherapie erfolgte (vgl. Bericht der Diplompsychologin Lange vom 13. Mai 2002). Nach dem Gutachten des Arztes für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie B-vom 11./13. Januar 2002 konnten die genannten Befunde bei dessen Untersuchung bereits nicht mehr festgestellt werden. Auch wenn der Sachverständige Dr. M die von diesem Arzt gestellte Diagnose einer depressiven Neurose nicht geteilt hat, so besteht doch hinsichtlich des psychischen Befundes und insbesondere der Leistungseinschätzung kein Widerspruch zur Bewertung dieses Sachverständigen. Die Befunderhebung nach dem MDK-Gutachten des Dr. S (Gutachten von 2002)fügt sich darin nahtlos ein, so dass die von diesem Arzt angenommene Arbeitsfähigkeit ab 04. März 2002 nachvollziehbar ist.

Hinsichtlich der Schwere der psychiatrischen Erkrankung kommt allerdings die Diplompsychologin L in ihrem Bericht vom 13. Mai 2002 und ihrem Befundbericht vom 13. Mai 2003 zu einem anderen Ergebnis. Allerdings ist dies nicht nachvollziehbar. So hat der Sachverständige Dr. M zum einen darauf hingewiesen, dass in diesen Berichten die Persönlichkeitsstörung, welche an sich gegenüber der somatoformen Schmerzstörung das schwerere Leiden darstellt, überhaupt nicht festgestellt wurde. Zum anderen hat er sich auf einen Widerspruch innerhalb der Berichte bezogen: Trotz eines danach gegebenen stärkeren depressiven Erlebens wird gleichwohl lediglich die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt. Dies mag, worauf Dr. M zum dritten hinweist, daran liegen, dass insgesamt in diesen Berichten überwiegend mit den subjektiven Beschwerden der Klägerin argumentiert wird, ohne dass fassbare funktionelle Einschränkungen genannt werden. Dies ist nachvollziehbar, denn im Bericht vom 13. Mai 2002 findet keine Unterscheidung zwischen der Beschwerdeschilderung und der objektiven Befunderhebung statt. Noch deutlicher wird dies im Befundbericht vom 13. Mai 2003, in dem ausschließlich auf die Beschwerdeschilderung abgehoben wird und eine eigene Befunderhebung ausdrücklich als nicht erfolgt dokumentiert ist.

Der nachfolgende Entlassungsbericht der M-Klinik B vom 14. Juli 2005 ist ebenfalls nicht geeignet, eine schwerwiegendere psychiatrische Erkrankung zu belegen. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode wird durch die dort erhobenen Befunde, wie der Sachverständige Dr. Min seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. September 2005 ausgeführt hat, nicht gestützt. Es werden lediglich leichte seelische Auffälligkeiten mitgeteilt, nämlich affektiv etwas labil, Stimmung leicht gedrückt, Antrieb etwas reduziert. Die testpsychologische Untersuchung zeigte gleichfalls überwiegend durchschnittliche Leistungsbefunde. Es fiel lediglich eine unterdurchschnittliche kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit auf, die einen Hinweis auf eine mögliche hirnorganische Schädigung darstellen könnte. Der Sachverständige Dr. M hat dieser Bewertung in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. September 2005 jedoch keine wesentliche Aussagekraft beigemessen, weil ein entsprechender klinischer Befund insoweit nicht bestand. Außerdem hat er darauf hingewiesen, dass der Befund hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit in sich widersprüchlich ist, da einerseits eine Einschränkung, andererseits aber eine durchschnittliche Konzentrationsfähigkeit attestiert wird. Zu berücksichtigen ist insoweit nach dem Sachverständigen auch, dass die Klägerin anfangs für die Testung einen leistungsunmotivierten Eindruck vermittelte. Der Senat vermag daher der von dem Sachverständigen Dr. M vorgenommenen Bewertung dieses Entlassungsberichtes zu folgen. Es fällt ohnehin auf, dass nicht die mittelgradige depressive Episode, sondern die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ausschlaggebend für die dort vorgenommene Bewertung eines schwerwiegenden Krankheitsbildes angesehen wurde. Dabei wurde diese Beurteilung auch nicht von einem Psychiater, sondern der Chefärztin und Fachärztin für Orthopädie Dr. M, also fachfremd, vorgenommen. Die nach diesem Entlassungsbericht erhobenen Befunde bezüglich des Stütz- und Bewegungsapparates weichen nicht wesentlich von denen ab, die insbesondere der Sachverständige Dr. W erhoben hat. Insbesondere werden die Schultergelenke als aktiv und passiv frei beweglich, rechts lediglich als endgradig schmerzhaft beschrieben. Diese orthopädischen Befunde vermögen jedenfalls nicht, worauf der Sachverständige Dr. W in seinem Gutachten hingewiesen hat, eine Verschlechterung und damit ein schlechteres Leistungsvermögen zu begründen. Insgesamt gibt damit der Entlassungsbericht der M-Klinik B vom 14. Juli 2005 keinerlei Erklärung für eine andere sozialmedizinische Beurteilung der bei der Klägerin bestehenden Gesundheitsstörungen.

Nichts anderes folgt aus dem Entlassungsbericht des Zentrums für ambulante Rehabilitation Berlin vom 27. März 2007. Wie der Sachverständige Dr. M in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. September 2007 dargelegt hat, wird die dort genannte Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode lediglich als Verdachtsdiagnose aufgeführt. Bis auf die Angabe der Klägerin, deprimiert zu sein, findet sich dort kein weiterer psychischer Befund.

Die Schreiben des Arztes für Psychiatrie V vom 24. Mai 2007 und 03. Juli 2007 schließlich enthalten keinerlei Befunde. Dass eine relevante seelische Erkrankung vorliegt, ist nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. M vom 11. September 2007 nichts Neues. Das nach letztgenanntem Schreiben, wonach "gegenwärtig" vom Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, ist gleichfalls nicht weiter von Bedeutung. Es bestätigt eher die bisherige Beurteilung des Leistungsvermögens. Im Übrigen führt selbst länger dauernde Arbeitsunfähigkeit nicht zur Erwerbsminderung. Der Maßstab für die Arbeitsunfähigkeit als Begriff der Krankenversicherung ergibt sich aus dem Umfang des Versicherungsschutzes im jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis (BSG, Urteil vom 22. März 2005 - [B 1 KR 22/04 R](#)). Bei Versicherten, die im Zeitpunkt der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einem Arbeitsverhältnis stehen und einen Arbeitsplatz inne haben, liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn diese Versicherten die an ihrem Arbeitsplatz gestellten beruflichen Anforderungen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen können. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses ändert sich der rechtliche Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit insofern, als nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Der Versicherte darf dabei nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten verwiesen werden, wobei der Kreis möglicher Verweisungstätigkeiten entsprechend der Funktion des Krankengeldes eng zu ziehen ist (BSG, Urteil vom 07. Dezember 2004 - [B 1 KR 5/03 R](#)). Verweisungsmöglichkeiten auf berufsferne aber sozial zumutbare Tätigkeiten bestehen im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht. Ein in der Krankenversicherung der Arbeitslosen Versicherter ist arbeitsunfähig, wenn er aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, Arbeiten zu verrichten, für die er sich der Arbeitsverwaltung zwecks Vermittlung zur Verfügung gestellt hat, wobei ihm ein besonderer Berufsschutz nicht zukommt (BSG, Urteil vom 04. April 2006 - [B 1 KR 21/05 R](#)). Bei letztgenanntem Sachverhalt mag es zu Überschneidungen mit dem Begriff der Erwerbsminderung kommen.

Dies kann jedoch dahin stehen, denn neue, bisher unbekannte Befunde sind diesem Schreiben nicht zu entnehmen.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder

Gesichtspunkte hinzutreten, ein vollschichtiges Leistungsvermögen, wie dies die gerichtlichen Sachverständigen Dr. W und Dr. Mangenommen haben, folgerichtig. Der Sachverständige Dr. M hat zwar auf eine psychische Fehlhaltung im Sinne einer gestörten Erlebnisverarbeitung hingewiesen, von der sich die Klägerin bei zumutbarer Willensanstrengung allein und ohne fachliche Hilfe nicht vollständig lösen kann. Dies betrifft jedoch lediglich die aufgezeigten qualitativen Leistungseinschränkungen. Dr. M hat hingegen ausdrücklich betont, dass keine objektiven medizinischen Einschränkungen feststellbar gewesen sind, die bei Ausschöpfung der zumutbaren Willensanstrengung der Klägerin eine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens erfordern. Dies ist nachvollziehbar, denn Dr. M hat keine Hemmungen festgestellt, die einer entsprechenden Willensanstrengung entgegenstehen könnten. Diese Sachverständigen befinden sich hinsichtlich der Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens insoweit in Übereinstimmung mit den Gutachten des Arztes für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie B vom 11./13. Januar 2002 und des Chirurgen Dr. H vom 11. Januar 2002 sowie mit dem Entlassungsbericht des Zentrums für ambulante Rehabilitation Berlin vom 27. März 2007.

Soweit der Sachverständige Dr. K beurteilt hat, die Klägerin sei nicht in der Lage, Arbeiten von wirtschaftlichem Wert zu erbringen, kann der Senat nicht folgen. Dieser Sachverständige weist zutreffend darauf hin, dass die orthopädischen Erkrankungen nicht geeignet sind, das Leistungsvermögen aufzuheben. Er befindet sich damit in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. W. Seine abweichende Einschätzung ist ausschließlich durch das Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung bedingt, worauf Dr. K auch hinweist. Dieser Sachverständige hat jedoch keinen einzigen Befund in psychiatrischer Hinsicht erhoben, so dass sich seine entsprechende Beurteilung in der schlichten Behauptung eines aufgehobenen Leistungsvermögens erschöpft. Er bezieht sich insoweit ausschließlich auf die Angaben der Diplompsychologin L, ohne für sich in Anspruch zu nehmen, deren Befunde und Schlussfolgerungen auch fachkompetent bewerten zu können. Dies wird jedoch von einem gerichtlichen Sachverständigen verlangt. Dr. K ist dazu nicht in der Lage, so dass seine diesbezüglichen Aussagen wertlos sind. Der Senat stützt sich angesichts dessen auf die Beurteilung des Sachverständigen Dr. M.

Der Leistungsbeurteilung im Entlassungsbericht der M-Klinik B vom 14. Juli 2005 mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich vermag der Senat ebenfalls nicht zu folgen. Wie bereits oben ausgeführt, gibt es schon keine Befunde, die die dort angenommene Schwere der Erkrankung rechtfertigen können. Damit fehlt erst recht eine schlüssige Begründung für dieses Leistungsvermögen, das zudem fachfremd von einer Orthopädin angenommen wird. Nichts anderes gilt für die Annahme, die Klägerin sei "momentan erwerbsunfähig" (Bericht der Diplompsychologin L vom 13. Mai 2002) bzw. nicht in der Lage, vollschichtig zu arbeiten (Befundbericht derselben vom 13. Mai 2003 sowie Befundbericht des Facharztes für Orthopädie K vom 23. April 2003). Weder die Diplompsychologin L noch der Orthopäde K benennen irgendwelche Befunde, die eine solche Schlussfolgerung zulassen (vgl. zu letztgenanntem Befundbericht auch den Sachverständigen Dr. M).

Die Klägerin kann damit als Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft tätig sein.

Aus der beigezogenen berufskundlichen Literatur (gabi 781 h) ergibt sich, dass solche Kaufleute körperlich leichte Arbeit in geschlossenen, temperierten Räumen, teils auch im Freien (Objektbesichtigungen), überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen mit Kontrollfunktion, Publikumsverkehr, teilweiser Bildschirmtätigkeit, in Tagesschicht, häufig mit Überstunden, einer unregelmäßigen Arbeitszeit, auch abends und mit gelegentlichem Termindruck ausüben.

Die bei der Klägerin bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen Dr. W und Dr. M somit in ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 21. August 2006 und 19. Juli 2006 zu der Einschätzung gelangt sind, die Klägerin könne in diesem Beruf noch vollschichtig arbeiten, 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 macht.

Ein gelegentlicher Termindruck ist nicht leistungshindernd, da nach Dr. M lediglich besondere Stressbedingungen wie Akkordarbeit und nach dem Sachverständigen Dr. W wie Fließbandarbeiten ausscheiden müssen. Gelegentlicher Termindruck ist damit nicht zu vergleichen mit einem Arbeiten unter Zeitdruck, was der Sachverständige Dr. K ausgeschlossen hat, bei denen dauernd und ständig Stressbelastungen verkommen. Es ist nach der berufskundlichen Literatur zwar auch ein Arbeiten abends erforderlich. Nach Dr. M muss jedoch ausschließlich Arbeit in Nachtschicht wegfallen. Da nach diesem Sachverständigen noch leichte bis durchschnittliche Anforderungen an die Kontaktfähigkeit gestellt werden können, steht Publikumsverkehr einer Berufsausübung nicht entgegen. Schließlich schadet das Erfordernis einer teilweisen Bildschirmtätigkeit nicht, denn es müssen ausschließlich Dauerbelastungen mit mehrstündiger Bildschirmarbeit bzw. Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit und Anforderungen an die Dauerbelastbarkeit der Hände und Finger wie z. B. langes Schreiben auf einer Computertastatur vermieden werden.

Für die Beurteilung ist nicht von wesentlicher Bedeutung, dass der von der Klägerin konkret inne gehabte Arbeitsplatz dem in der berufskundlichen Literatur zu entnehmenden Belastungsprofil nicht entsprach. Bei der Beurteilung, ob ein bestimmter Beruf noch ausgeübt werden kann, ist auf die typischen gesundheitlichen Belastungen dieses Berufes und nicht etwa auf individuelle Gegebenheiten eines oder mehrerer bestimmter Arbeitsplätze abzustellen ([BSGE 41, 129](#) 133).

Kann die Klägerin somit als Kauffrau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft vollschichtig tätig sein, liegt weder Berufsunfähigkeit noch teilweise Erwerbsminderung vor.

Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung steht 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 Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich liegen diese Voraussetzungen, die noch weitergehende Leistungseinschränkungen als bei der teilweisen Erwerbsminderung erfordern, nicht vor.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (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

2008-03-14