

L 22 RA 42/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 8 RA 364/98
Datum
27.11.2002
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 RA 42/03
Datum
05.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 27. November 2002 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 verminderter Erwerbsfähigkeit ab 01. Januar 2000.

Die 1947 geborene Klägerin, die von September 1963 bis Januar 1966 eine abgeschlossene Ausbildung zum Industriekaufmann absolvierte (Zeugnis vom 07. Januar 1966), arbeitete danach als Sachbearbeiterin Finanzplanung (Januar 1966 bis August 1974), Sachbearbeiterin Materialökonomie (August bis Oktober 1974), Sekretärin (November 1974 bis Juni 1991) und Zahlstellenverwalterin (Juli 1991 bis Juni 1992). Zuletzt war sie von Juni 1992 bis Dezember 1999 als Sachbearbeiterin Personalangelegenheiten tätig.

Einen im Oktober 1993 wegen Hirndurchblutungsstörungen sowie einer Funktionsminderung beider Hüftgelenke und der Wirbelsäule gestellten Rentenanspruch lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13. Juli 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03. Januar 1995 ab, weil die Klägerin noch in der Lage sei, in ihrem bisherigen Berufsbereich vollschichtig tätig zu sein. Die dagegen erhobene Klage wies das Sozialgericht Cottbus nach Beweiserhebung u. a. durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. K vom 22. Juni 1995 mit Urteil vom 23. Mai 1996 zurück. Das sich anschließende Berufungsverfahren endete mit Berufungsrücknahme am 19. September 1996.

Im November 1996 beantragte die Klägerin wegen seit 1993 progressiv fortschreitender Fibromyalgie erneut Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Beklagte zog u. a. den Entlassungsbericht der H Klinik B vom 24. April 1997 bei.

Mit Bescheid vom 18. Juni 1997 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab. Mit den festgestellten Gesundheitsstörungen (degeneratives Cervikobrachialsyndrom beidseits, Epicondylopathia humerus radialis rechts, degeneratives Lumbalsyndrom, Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom und Mitralklappen-II. Grades insgesamt ohne gravierende Einschränkungen des Leistungsvermögens) könne im bisherigen Berufsbereich weiterhin vollschichtig gearbeitet werden.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, aufgrund permanenter starker Schmerzen und dem daraus resultierenden psychischen Leidensdruck nicht mehr vollschichtig leistungsfähig zu sein. Zwischenzeitlich sei es zu einer wesentlichen Verschlimmerung der Beschwerden gekommen. Im Übrigen seien nicht alle vorhandenen Leiden berücksichtigt worden.

Nach Einholung u. a. des Gutachtens des Facharztes für Innere Medizin Dr. M vom 12. Januar 1998 und der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie N vom 21. März 1998 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. Juni 1998 den Widerspruch zurück: Aus den Befundberichten und den Gutachten ergäben sich keine Befunde, die nicht bereits berücksichtigt worden seien.

Dagegen hat die Klägerin am 07. Juli 1998 beim Sozialgericht Cottbus Klage erhoben und vorgetragen:

Seit November 1994 sei sie auf Anraten ihrer behandelnden Ärzte nur noch halbschichtig beschäftigt. Die 1997 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei erfolglos geblieben. Angesichts der Drohung ihres Arbeitgebers in Form einer krankheitsbedingten Kündigung habe sie sich genötigt gesehen, ihre berufliche Tätigkeit unter permanenten Schmerzen auf Kosten ihrer restlichen Gesundheit wieder aufzunehmen. Infolge permanenter Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes habe sie den zweiten Rentenanspruch gestellt. Die

erhobenen Befunde ihrer Fachärzte wiesen deutlich auf Symptome einer Fibromyalgieerkrankung hin. Es sei daher ein Gutachten zur Beurteilung dieser Gesundheitsstörung nötig. Die psychischen Auswirkungen des permanenten Schmerzsyndroms seien durch das Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie N mit unterhalbsschichtig hinreichend gewürdigt worden, was jedoch von der Beklagten nicht berücksichtigt werde. Wegen des Zusammenwirkens mit weiteren Leiden (Mitralsuffizienz, Zustand nach Amaurosis fugax Dezember 1991/Juli 1992, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, rezidivierendes Schulter-Arm-Syndrom, rezidivierende Tendinose des rechten Schulter- und des rechten Ellenbogengelenks, beginnende Retropatellararthrose beiderseits und vasomotorisches Kopfschmerzsyndrom) bestehe eine Leistungsfähigkeit mehr.

Das Sozialgericht hat die Schwerbehindertenakte des Amtes für Soziales und Versorgung Cottbus beigezogen, die Befundberichte des Internisten und Kardiologen Dr. P vom 17. September 1998, des Facharztes für Orthopädie F vom 07. Oktober 1998, des Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. M vom 19. Oktober 1998, der Fachärztin für Allgemeinmedizin S vom 03. November 1998 und des Facharztes für Allgemein- und Sportmedizin Dr. K vom 21. November 1998, außerdem die Auskunft des Landesamtes für Bauen, Bautechnik und Wohnen des Landes Brandenburg vom 29. März 1999 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. T vom 25. September 1999.

Die Klägerin hat darauf hingewiesen, dass durch das orthopädische Gutachten keine Würdigung aller Leiden erfolgt sei. Sie fühle sich insbesondere psychisch nicht mehr in der Lage, ihrer beruflichen Tätigkeit regelmäßig nachzugehen.

Das Sozialgericht hat den Sachverständigen Dr. T ergänzend gehört (Stellungnahme vom 02. Dezember 1999), den Befundbericht des Facharztes für Allgemein- und Sportmedizin Dr. K vom 25. September 2001 eingeholt und nach Vorlage des sozialmedizinischen Gutachtens der Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Z vom 25. März 2002 weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Praktischen Arztes, Diplompsychologen und Psychotherapeuten B vom 14. Juni 2002.

Die Klägerin hat angezweifelt, dass der Sachverständige B die Befundberichte der sie behandelnden erfahrenen Fachärzte kompetent bewerten könne. Nach Dr. K leide sie an einem degenerativen Lumbalsyndrom und einer schmerzhaften Bandscheibenrückbildung, also nicht an altersentsprechenden Abnutzungserscheinungen. Der Orthopäde Dr. B habe auch unlängst eine Kniegelenksarthrose rechts mit Aussicht auf eine baldige Operation diagnostiziert.

Mit Urteil vom 27. November 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Mit den festgestellten, das altersentsprechende Maß nicht wesentlich überschreitenden Abnutzungserscheinungen im Bereich des Bewegungsapparates und einer Somatisierungsstörung als körperlicher Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes könne die Klägerin ihren Beruf als Sachbearbeiterin in Personalangelegenheiten noch vollschichtig ausüben.

Gegen das ihrem damaligen Prozessbevollmächtigten am 14. Februar 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 24. Februar 2003 eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie ist der Ansicht, das Sozialgericht habe die von ihren behandelnden Ärzten beschriebene fortlaufende Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nicht beachtet. Der Sachverständige Dr. T habe nicht alle bei ihr bestehenden Leiden berücksichtigt. Der Sachverständige B stelle alles in Frage, ohne insbesondere eine kardiologische Untersuchung bzw. eine Hirnleistungsdiagnostik durchgeführt zu haben. Die zutreffende Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms habe letztgenannter Sachverständiger zu Unrecht einer Somatisierungsstörung zugeordnet. Eine vollständige korrekte Sachaufklärung mit umfassender Würdigung aller Gesundheitsbeeinträchtigungen sei angesichts dessen nicht erfolgt. Die Klägerin sei aufgrund der chronischen Schmerzen mit Konzentrationsmangel und der psychiatrischen Erkrankung Neurasthenie nicht mehr in der Lage, eine Tätigkeit mit gehobener Verantwortung vollschichtig auszuführen. Der CCT-Befund vom 12. Dezember 2002 weise auf eine beginnende kortikale Atrophie hin. Die Schmerzen in den Gelenken und der Muskulatur seien zeitweilig unerträglich. Bewegungseinschränkungen, Konzentrations- und Gedächtnismängel als Folge der Schmerzsymptomatik beeinträchtigten den Alltag. Der behandelnde Arzt Dr. K habe die noch mögliche Erwerbstätigkeit auf zwei Stunden veranschlagt.

Die Klägerin hat die Berichte des Facharztes für Radiologie Dr. P vom 12. Dezember 2002, der Fachärztinnen für Allgemeinmedizin Dr. C und S vom 05. November 2003, des Radiologen Dr. M vom 14. Juni 2004, der Nervenärzte Dr. W und S vom 09. Dezember 2004 und des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 23. Juni 2005 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt, nach entsprechender Berufungsrücknahme,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 27. November 2002 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18. Juni 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 1998 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ab 01. Januar 2000, hilfsweise wegen Erwerbsminderung ab 01. Januar 2001 zu gewähren und die höhere Rente zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Der Senat hat aus der Schwerbehindertenakte des Amtes für Soziales und Versorgung Cottbus verschiedene Unterlagen beigezogen, die Auskunft des Landesamtes für Bauen, Verkehr und Straßenwesen des Landes Brandenburg vom 25. September 2003 sowie die Befundberichte der Fachärztin für Allgemeinmedizin Sam 08. September 2003 und des Facharztes für Allgemein- und Sportmedizin Dr. K vom 19. Oktober 2003 eingeholt. Nachdem er Auszüge aus dem Grundwerk ausbildungs- und berufskundlicher Informationen (gabi) und den Berufsinformationskarten (BIK) zu Industriekaufmann (Nr. 781 b), Verwaltungsfachkräfte (BO 781/I), Bürohilfskraft (BO 784) und Pförtner (BO 793) sowie Kopien der Auskünfte des Arbeitsamtes Frankfurt (Oder) vom 01. November 1999 zur Bürohilfskraft und der berufskundlichen Stellungnahme des ML vom 14. Februar 2000 zum Pförtner beigezogen hatte, hat er den Sachverständigen B ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 15. März 2004, 14. Juni 2004, 06. September 2004 und 01. Juni 2005).

Nach Ansicht der Klägerin ist der Sachverständige B nicht auf die physischen und psychischen Beeinträchtigungen eingegangen. Die Epicondylitis, die in verschiedenen ärztlichen Berichten erwähnt werde, hindere sie, ihren erlernten Beruf vollschichtig auszuüben. Entgegen dem Sachverständigen B weise somit der MRT-Befund vom 14. Juni 2004 kein neu aufgetretenes Trauma aus.

Der Senat hat außerdem Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. G vom 28. Juni 2005 nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nebst ergänzender Stellungnahme vom 18. Januar 2006. Die Klägerin hat die Epikrise des Facharztes für Orthopädie Dr. H vom 06. Januar 2006 und einen Aufsatz von Brückle/Zeidler von Juni 2004 zum Fibromyalgiesyndrom vorgelegt. Der Senat hat zudem den Sachverständigen B ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 16. August 2005, 15. März 2006 und 26. Oktober 2006), den Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 30. August 2006 eingeholt und Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. K vom 17. August 2006 nebst ergänzender Stellungnahme vom 18. September 2006.

Nach Ansicht der Beklagten ist dem Gutachten des Sachverständigen Dr. G nicht zu folgen. Gravierende Defizite am Stütz- und Bewegungsapparat seien nicht vorhanden. Die insoweit röntgenologisch festgestellten degenerativen Veränderungen gingen nicht über das Altersmaß hinaus. Dieser Sachverständige bewerte die subjektiven Angaben der Klägerin, ohne bedeutsame psychische Befunde aufzuzeigen. Objektive Kriterien für eine Einschränkung der Wegefähigkeit seien nicht erkennbar.

Die Klägerin verweist auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie, wonach die Fibromyalgie nach wie vor als Krankheit anerkannt sei. Wenn der Sachverständige Dr. K aus psychiatrischer Sicht zu einer vollständigen Leistungsfähigkeit gelange, so möge dies aufgrund des eingeschränkten Bildes aus psychiatrischer Sicht der Fall sein. Es sei jedoch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das Krankheitsbild nach den genannten Leitlinien dem Schwerpunkt für die Beurteilung im orthopädischen Bereich zuzuordnen sei, auch die Beurteilung aus dem Bereich der Orthopädie vorzunehmen.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 92 bis 103, 109 bis 111, 166 bis 187, 317 bis 319, 322, 335, 375, 380 bis 415, 425 bis 428, 431 bis 432, 460 bis 511, 523 bis 525 und 533 bis 534 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 beigezogenen 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 18. Juni 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 1998 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat weder Anspruch auf Rente wegen Berufs- noch wegen Erwerbsunfähigkeit. Ihr steht auch Rente wegen Erwerbsminderung nicht zu.

Als Anspruchsgrundlagen kommen auch weiterhin die [§§ 43](#) und [44](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) in der Fassung vor dem am 01. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Reformgesetz) vom 20. Dezember 2000 ([BGBl. I 2000, 1827](#)) in Betracht. Nach [§ 300 Abs. 2 SGB VI](#) sind aufgehobene Vorschriften dieses Gesetzbuches auch nach dem Zeitpunkt ihrer Aufhebung noch auf den bis dahin bestehenden Anspruch anzuwenden, wenn der Anspruch bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach der Aufhebung geltend gemacht wird. Dies ist vorliegend der Fall, denn der maßgebende Antrag wurde bereits im November 1996 gestellt.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit, wenn sie berufsunfähig sind und weitere beitragsbezogene - Voraussetzungen erfüllen. Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten 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 ([§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)).

Die Klägerin ist hiernach nicht berufsunfähig. Sie kann ihren Beruf als Verwaltungsfachkraft weiter vollschichtig 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).

Der Beruf einer Verwaltungsfachkraft, den die Klägerin nach der Auskunft des Landesamtes für Bauen, Bautechnik und Wohnen des Landes Brandenburg vom 29. März 1999 als Sachbearbeiterin Personal nach Vergütungsgruppe V b Fallgruppe 1 a Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) - Ost mit den Aufgaben Bearbeitung von Urlaubs-, Dienstbefreiungs- und Krankheitsangelegenheiten, Reisekosten-, Umzugskosten-, Trennungsgeldentschädigungs-, Unterstützungs- und Vorschussangelegenheiten zuletzt ab 01. September 1999 wieder mit 40 Stunden/Woche bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 03. Dezember 1999 bzw. der Beendigung des Arbeitsverhältnisses zum 31. Dezember 1999 (Auskunft des Landesamtes für Bauen, Verkehr und Straßenwesen des Landes Brandenburg vom 25. November 2003) ausübte, ist hiernach maßgebender Beruf.

Diesen Beruf kann die Klägerin noch ausüben. Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Brandt, - soweit der Senat folgen kann - auch Dr. G und Dr. K.

Nach dem Sachverständigen B bestehen eine Mitralklappeninsuffizienz, Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule und eine Somatisierungsstörung.

Die Mitralkappeninsuffizienz, deren Vorhandensein auch die Sachverständigen Dr. G und Dr. K aufgrund der vorliegenden ärztlichen Unterlagen bestätigt haben, ist nach dem Sachverständigen B nur geringgradig funktionseinschränkend. Eine Herzinsuffizienz besteht nicht. Die Klägerin ist kardial altersentsprechend belastbar. Der Sachverständige Dr. G hat dem nicht widersprochen. Der Sachverständige Dr. K hat dies, im Übrigen auch bezogen auf die Tricuspidalinsuffizienz, die der Sachverständige Dr. G ebenfalls gesehen hat, damit begründet, dass keine klinisch relevanten funktionellen Störungen daraus resultieren. Zu diesem Ergebnis kam bereits der im früheren Klageverfahren bestellte Sachverständige Dr. K- in seinem Gutachten vom 22. Juni 1995. Infolge eines im Dezember 1991 und Juli 1992 für ca. 2 Minuten anhaltenden Gesichtsfeldausfalls wurde die Klägerin u. a. kardiologisch untersucht, wobei die Diagnose einer Mitralkappeninsuffizienz gestellt wurde. Dr. K- konnte seinerzeit bereits keine Zeichen einer Herzleistungseinschränkung objektivieren. Da weitere Gesichtsfeldausfälle nicht auftraten, stellte dieser Arzt insoweit die Diagnose eines Zustandes nach Amaurosis fugax (so auch die Fachärztin für Allgemeinmedizin S im Befundbericht vom 19. September 1997). Bezüglich letztgenanntem Leiden ist daher folgerichtig, wenn kein Sachverständiger daraus eine Leistungseinschränkung hat ableiten können. Die sonstigen ärztlichen Berichte bieten ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine relevante Herzerkrankung. Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. P bezeichnet den Zustand als stabil (vgl. seine Berichte vom 22. September 1997 und 17. September 1998). Letztgenannter Bericht verzeichnet erstmalig auch die Diagnose einer Tricuspidalkappeninsuffizienz. Der Bericht des Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. H vom 22. Januar 2002 weist - bei einer Ergometriebelastung bis 125 Watt - eine gute Belastbarkeit ohne Zeichen auf therapiebedürftige Herzrhythmusstörungen aus. Eine relevante pulmonale Erkrankung wird im Bericht des Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie Dr. S vom 28. November 2002 ausgeschlossen. In nachfolgenden ärztlichen Berichten finden die genannten Erkrankungen offensichtlich deswegen keinerlei Erwähnung mehr.

Auf internistischem Gebiet liegen im Übrigen zwar noch eine Hepatopathie, eine Antrumgastritis und eine Refluxösophagitis vor. Daraus resultierende Funktionsstörungen sind aber nicht einmal den ärztlichen Berichten zu entnehmen, die diese Leiden benennen (vgl. u. a. Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin S vom 08. September 2003 nebst beigefügt gewesener Unterlagen), weswegen dem Sachverständigen Dr. K darin gefolgt werden kann, dass infolge des Fehlens klinisch relevanter Störungen keine Leistungseinbußen bestehen, was die Einholung eines internistischen Gutachtens entbehrlich macht.

Der Sachverständige B hat die durch die Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule, die das altersentsprechende nicht wesentlich überschreiten, hervorgerufene Funktionseinschränkung als geringfügig angesehen. Dies ist nach dem Ergebnis seiner Untersuchung nachvollziehbar, denn bis auf jeweils endgradige Einschränkungen der Beweglichkeit der Seitwärtsdrehung und Beugung des Rumpfes mit mäßiggradigen Verspannungen der Rückenstreckmuskulatur und einer Druck- und Schmerzhaftigkeit hat er keine normabweichenden Befunde erheben können. Dieser Sachverständige hat im Übrigen an beiden Kniegelenken eine mäßiggradige Genua valga-Fehlstellung und ein diskretes feinkörniges Gelenkreiben beiderseits sowie eine mäßiggradige Knick-, Senk-Spreizfußkonfiguration mit mäßiggradigen Krallenzehendeformitäten nebst geringgradiger Ballenbildung beiderseits festgestellt. Klassische Triggerpoints hat er an typischen Punkten des Körpers nur vereinzelt auslösen können und deswegen nachvollziehbar ein Fibromyalgiesyndrom ausgeschlossen.

Dieser Sachverständige hat damit im Wesentlichen keine anderen Befunde erhoben als der Sachverständige Dr. T. Bis auf die auch von dem Sachverständigen B genannte Bandscheibendegeneration bei L 5/S 1 hat Dr. T. altersadäquate Röntgenbefunde vorgefunden. Weder im Bereich der Wirbelsäule noch der Gelenke hat er auffällige Funktionsdefizite feststellen können. Die Leiden im Bereich der Wirbelsäule hat er als Cervikobrachialsyndrom und als Lumbalsyndrom diagnostiziert. Aufgrund geringfügiger Beschwerden (Druckschmerz über dem Epicondylus beiderseits, Trochanterdruckschmerz beiderseits und diskretes retropatellares Krepitiere am rechten Kniegelenk) hat er zwar daneben noch die Diagnosen einer Epicondylitis radialis und ulnaris beiderseits, einer Insertionstendopathie des Trochanter major beiderseits und eine beginnende Retropatellararthrose rechts gestellt, jedoch gleichzeitig auf einen fehlenden, sich daraus ergebenden gravierenden Einfluss auf die Leistungsfähigkeit hingewiesen.

Nach dem Sachverständigen Dr. G bestehen auf orthopädischem Fachgebiet eine stato-dynamische Funktionsstörung der Halswirbelsäule hinsichtlich Belastbarkeit und Beweglichkeit infolge mäßiger degenerativer Bandscheibenschäden mit sekundärer Fehlstellung, muskulärer Dysbalance und rezidivierendem Spannungskopfschmerz (Cervikobrachialsyndrom bei Osteochondrose und Cephalgie), eine stato-dynamische Funktionsstörung der Brust- und Lendenwirbelsäule hinsichtlich Belastbarkeit und Beweglichkeit infolge degenerativer Bandscheibenschäden mit sekundärer Fehlstellung und muskulärer Dysbalance, eine ausgeprägte Aufbraucherscheinung des rechten Kniegelenks mit Funktionsstörung hinsichtlich Belastbarkeit und Beweglichkeit (Gonarthrose), eine beginnende Aufbrauchkrankung des linken Kniegelenkes (Retropatellararthrose), eine chronische Muskelsehnenansatzreizung im Bereich beider Ellenbogengelenke und Hüftgelenke (Epicondylopathie humeri radialis beiderseits, Insertionstendopathie des Trochanter major beiderseits, Coxalgie beiderseits), eine Funktionsstörung beider Hände mit beginnender Aufbraucherscheinung der Fingergelenke (Polyarthrose), eine stato-dynamische Funktionsstörung beider Füße bei Senk-, Spreizfuß mit Zehendeformierung und Fersensporn links (pes plano valgus, Hallux valgus, Tendopathia fascia plantaris links) und ein mäßiger Knochenschwund (Oestopenie).

Mit diesen Diagnosen werden alle, insbesondere die gegenüber dem Gutachten des Sachverständigen B noch zusätzlich aufgetretenen, Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet erfasst.

Die von dem Sachverständigen Dr. G erhobenen Befunde bestätigen eine gewisse, insbesondere auf den Zustand des rechten Kniegelenks bezogene Befundverschlechterung. Die daraus resultierenden weiteren qualitativen Leistungseinschränkungen im Hinblick auf die zu verrichtende Tätigkeit sind daher nachvollziehbar.

Die Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule hat nach dem Sachverständigen Dr. G degenerative Bandscheibenschädigungen aufgedeckt, die das altersübliche Maß nicht wesentlich überschreiten. Die klinisch festgestellte Funktionsstörung der Halswirbelsäule resultiert hierbei aus einer Fehlhaltung mit Streckhaltung und Positionierung in Vorhalte, die durch eine Muskelfunktionsstörung mit muskulärem Ungleichgewicht im Bereich der Halswirbelsäule und des Schultergürtels hervorgerufen wird. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule hat der Sachverständige Dr. G wie folgt vorgefunden: Für Rotation (Norm 60/0/60) mit 60/0/50 (nach Dr. T 60/0/60), für Seitneigung (Norm 40/0/40) mit 25/0/30 (nach Dr. T 45/0/45). Die Beweglichkeit ist endgradig schmerzhaft, wobei teilweise auch ein Druckschmerz über bestimmten Dornfortsätzen besteht. Normabweichende Maße für Vor- und Rückneigen hat Dr. G nicht mitgeteilt. Durch die fixierte Fehlstellung der Halswirbelsäule sind die rezidivierend auftretenden Kopfschmerzen zu erklären, denn durch eine unphysiologische Stellung der Halswirbelkörper zueinander kann es zu einer Irritation der Kopfgelenke bzw. von Gefäßnerven kommen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule

ist röntgenologisch eine ausgeprägte Zwischenwirbelraumverschmälerung bei L 5/S 1 gesichert. Die bestehende Hyperlordose erzeugt durch das Facettensyndrom (Kompressionseffekt auf die Wirbelgelenke) einen chronischen Schmerz im Bereich der Wirbelgelenke, die in typischer Weise einen Einlaufschmerz bedingen und nach vorübergehender Besserung wiederum zu einem Belastungsschmerz führen. Der Sachverständige Dr. G hat im Bereich der Lenden-, aber auch im Bereich der Brustwirbelsäule paravertebrale Druckschmerzen, Federungsschmerzen und eine Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur beidseits vorgefunden. Die Beweglichkeit von Brust- und Lendenwirbelsäule hat sich wie folgt dargestellt: Für Seitneigung (Norm 30/0/30) mit 20/0/20 (nach Dr. T 30/0/30), für Rotation (Norm 50/0/50) mit 25/0/25 (keine Angabe bei Dr. T), für Beugung und Streckung das Zeichen nach Schober (Norm 8/10/15 cm) mit 9/10/14 cm (nach Dr. T 10/16 cm) und der Finger-Boden-Abstand mit 10 cm (nach Dr. T 15 cm).

Im Bereich der Hüftgelenke hat sich ein Druckschmerz über dem Trochanter major gezeigt. Die Hüftgelenksbeweglichkeit hat für Rotation (Norm 35/0/45) rechts 30/0/30 und links 30/0/25 und damit eine leichte Einschränkung gezeigt. Die Beinachsen sind valgisch verlaufen. Im Bereich der Füße hat der Sachverständige Dr. G einen ausgeprägten Senk-Spreiz-Fuß mit Hallux valgus und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Fußgelenke hinsichtlich Beugung/Streckung (Norm 25/0/40) mit 5/0/30 festgestellt. Die dadurch hergerufene Funktionseinschränkung ist allerdings durch stützende Maßnahmen im Bereich beider Füße (Einlagen) kompensiert. Wie bereits der Sachverständigen Bin seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01. Juni 2005 dargelegt hat, hat auch der Sachverständige Dr. G aus einem Tarsaltunnelsyndrom links eine wesentliche Funktionsstörung nicht ableiten können. Dies erscheint folgerichtig, denn selbst dem Bericht der Nervenärzte Dr. Wund S vom 09. Dezember 2004 ist bis auf einen Druckschmerz mit ausstrahlenden Schmerzen in den Fuß hinein nichts Weiteres zu entnehmen.

Die Röntgenuntersuchung von beiden Händen hat eine geringe Verschmälerung des Gelenkspaltes der Finger II, III und V sowie Heberdenarthrosen aufgedeckt. Daraus resultierende Funktionsstörungen werden nicht beschrieben. Die im Bereich der Muskelansätze an Schultergelenk, Ellenbogengelenk beidseits und Hüftgelenk beidseits vorgefundenen Druckschmerzen hat der Sachverständige Dr. G dem Fibromyalgiesyndrom zugeordnet. Aus einer Osteoporose (nach einer Knochendichtemessung grenzwertig zur Osteoporose: Bericht des Facharztes für Orthopädie K vom 20. Mai 2003) bzw. einer Osteopenie (als deren Vorstufe) hat Dr. G keine wesentliche Beeinträchtigung ableiten können. Ob vorübergehend eine frische Partialruptur der gemeinsamen Extensorensehne im Bereich des rechten Ellenbogens bestand (so Bericht des Radiologen Dr. M vom 14. Juni 2004 als Differenzialdiagnose neben der Verdachtsdiagnose auf Epicondylitis radialis als Ergebnis einer MRT des rechten Ellenbogens), kann dahinstehen. Sollte sie vorgelegen haben, ist sie zwischenzeitlich jedenfalls verheilt, denn weder der Sachverständige Dr. G noch ein anderer Arzt hat diese Diagnose nochmals gestellt. Die aus einer frischen Partialläsion resultierenden Folgen hat auch der Sachverständige Bin seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06. September 2004 nicht anders bewertet. Die infolge eines Druckschmerzes diagnostizierte Epicondylitis hat der Sachverständige Dr. G als Epicondylopathie mit berücksichtigt.

Der Sachverständige Dr. G hat schließlich als Ergebnis einer Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenkes neben einer Valgus-Stellung eine Gelenkspaltverschmälerung vorgefunden. Das rechte Kniegelenk ist bei einer Umfangsdifferenz (Kniescheibenmitte rechts 39,0 cm, links 37,0 cm) gegenüber links von 2 cm geschwollen gewesen. Bei der Weichteilpalpation an der Innenseite hat sich ein Druckschmerz dargestellt. An beiden Kniegelenken sind zudem ein deutlicher Kniescheibenanpressschmerz und eine Abschwächung des äußeren Kniesseitenbandes auffällig gewesen. Die Kniegelenksbeweglichkeit hat hinsichtlich Streckung/Beugung (Norm 5/0/150) rechts 0/0/130 und links 5/0/140 betragen.

Die Entwicklung des Zustandes des rechten Kniegelenkes lässt sich dem Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 30. August 2006 entnehmen. Danach wurden folgende Befunde erhoben: Am 23. April 2002: 0/0/145, deutliche Chondropathia patellae; am 08. Dezember 2004: 0/0/135; am 05. Juli 2005: 0/0/120, geringer Erguss, noch recht flüssiges Gangbild; am 10. Januar 2006: 0/5/120, mediales Seitenband deutlich elongiert, humpelndes Gangbild mit zwei Unterarmstützen. Dem letztgenannten Untersuchungsbefund ging unmittelbar die stationäre Behandlung vom 02. bis 06. Januar 2006 voraus, während der eine Arthroskopie durchgeführt wurde. Nach der Epikrise des Facharztes für Orthopädie Dr. H vom 06. Januar 2006 zeigten sich bei Aufnahme positive Chondromalaziezeichen, ein Druckschmerz am lateralen Gelenkspalt und eine geringe Ergussbildung bei einer Beweglichkeit von 0/0/130. Bei Entlassung betrug die Beweglichkeit 0/0/90 bei geringgradiger Weichteilschwellung. Der letzte vor Durchführung der Arthroskopie gefertigte Bericht des Facharztes für Orthopädie und Rheumatologie Dr. L vom 31. August 2005 benennt eine deutliche Gangstörung mit Seitenbandlockerung und mittelgradigem Erguss bei einer Beweglichkeit von 0/0/125. Nach dem Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 30. August 2006 wird der Zustand am 28. März 2006 wie folgt dargestellt: 0/5/120 ohne weitere krankhafte Befunde. Dieser Arzt nimmt ab Februar 2006 eine geringe weitere Verschlechterung an, da die Klägerin mit Unterarmstützen laufe. Inwieweit das subjektive Krankheitserleben diesen Prozess unterstützt, ließ er dabei aber offen.

Der Sachverständige B hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 16. August 2005 im Hinblick auf den Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 23. Juni 2005 wegen des Zustandes des rechten Kniegelenkes eine entsprechende fachspezifische Begutachtung angeregt, ohne Kenntnis davon zu haben, dass Dr. G bereits zum Sachverständigen ernannt worden war. Dem ihm zur Beurteilung vorgelegten Gutachten des Sachverständigen Dr. G hat er in seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 15. März 2006 seitens des Bewegungsapparates keine gravierenden Funktionseinschränkungen entnehmen können und dargestellt, dass das Altersgemäße nicht wesentlich überschritten werde. Er hat zugleich darauf hingewiesen, dass für die Beurteilung des psychosomatischen Beschwerdebildes im Sinne des Fibromyalgiesyndroms, das nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. G vom 18. Januar 2006 Hauptdiagnose für die Einschränkung des bestehenden Leistungsvermögens ist, ein orthopädischer Gutachter nicht primär geeignet ist.

Der Sachverständige Dr. G hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. Oktober 2006 aus den o. g. ärztlichen Berichten die Schlussfolgerung gezogen, dass sich der Zustand des rechten Kniegelenkes seit dem Zeitpunkt seiner Untersuchung offensichtlich weiter verschlechtert hat. Zur Begründung hat er sich auf eine festgestellte Beweglichkeit für Streckung und Beugung mit 0/5/120, auf eine Valgusfehlstellung und eine Schwellung im Kniegelenk bezogen. Dieser Ansicht vermag sich der Senat nicht anzuschließen, denn eine Schwellung wird im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. B vom 30. August 2006 gerade nicht aufgeführt. Dr. B hat im Übrigen allein wegen der Benutzung von Unterarmstützen eine geringe weitere Verschlechterung prognostisch angenommen, ohne dies mit objektiven Befunden zu belegen. Insbesondere hat er es für möglich gehalten, dass das subjektive Krankheitserleben diesen Prozess unterstützt. Soweit der Sachverständige Dr. G allerdings im Ergebnis gleichwohl einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand für gegeben erachtet hat, vermag der Senat zuzustimmen.

Wenn der Sachverständige Dr. G aufgrund der festgestellten Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet zu der Auffassung gelangt ist, die Klägerin könne noch leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen mit gelegentlichem Wechsel von Gehen und Stehen in geschlossenen Räumen jeweils ohne Arbeiten in Zwangs- oder überwiegend einseitiger Körperhaltung mit Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Arbeiten im Knien und im Hocken, Leiter- und Gerüstarbeiten, Arbeiten in Kälte, Nässe, Zugluft, mit starken Temperaturschwankungen, unter Aussetzung von Hautreizstoffen und Arbeiten mit ausgeprägter Fingerfertigkeit verrichten, ist dies schlüssig. Die Funktions- und Belastungsminderung der Wirbelsäule und des rechten Kniegelenkes schließen stärkere, dauerhafte oder unphysiologische Einwirkungen auf den Bewegungsapparat, der infolge von muskulären Dysbalancen vermehrt witterungsempfindlich ist, aus.

Dem Sachverständigen Dr. G vermag der Senat jedoch nicht zu folgen, soweit dieser darüber hinausgehende, die Beurteilung des Sachverständigen Dr. K überschreitende qualitative Leistungseinschränkungen, ein Leistungsvermögen von zwei bis unter vier Stunden täglich, eine eingeschränkte Wegefähigkeit (keine Fußwege von mehr als 500 m zusammenhängend in einer Zeit von wenigstens 20 Minuten, und zwar viermal arbeitstäglich) und die Notwendigkeit von untypischen Arbeitspausen (mehr als zweimal 15 Minuten arbeitstäglich) angenommen hat. Diese Leistungseinschränkungen hat er nämlich mit dem Fibromyalgiesyndrom als der Hauptdiagnose begründet. Das Fibromyalgiesyndrom rechtfertigt eine solche Schlussfolgerung jedoch nicht.

Der Verdacht auf ein solches Leiden wurde zwar bereits früher geäußert (vgl. Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie N vom 21. März 1998, Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin S vom 03. November 1998). Die Sachverständigen Dr. T und B haben dafür allerdings mangels einer ausreichenden Anzahl so genannter Tenderpoints keine Anhaltspunkte gesehen. Der Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin S vom 08. September 2003 benennt dann erstmalig ein myofasciales Schmerzsyndrom, allerdings ohne dafür irgendwelche Befunde aufzuzeigen. Die Diagnose einer Fibromyalgie ergibt sich zudem aus dem Bericht der Nervenärzte Dr. W und S vom 09. Dezember 2004. Es wird auf verschiedene Druckschmerzen an den Ansätzen verschiedener Muskel hingewiesen, wobei jedoch offen bleibt, ob überhaupt die erforderliche Anzahl der Tenderpoints positiv war. Die zusammenfassende Bewertung lässt eher auf eine Verlegenheitsdiagnose schließen. So wird dort ausgeführt: Die Wertung der bisherigen erhobenen Diagnosen sowie des bisherigen Verlaufs kann zwar im Einzelfall auch für ein isoliertes orthopädisches Syndrom sprechen, jedoch deutet die Druckschmerzhaftigkeit der Sehnenansätze der Muskulatur als auch der Muskelbäuche bei einem normalen neurologischen bzw. neurophysiologischen Befund auf die Fibromyalgie hin. Angesichts dessen gibt es keinen Nachweis dafür, dass eine Fibromyalgie vor der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. G tatsächlich bestand. Wenn dieser Sachverständige daher das von ihm festgestellte eingeschränkte Leistungsvermögen als seit Dezember 1999 gegeben beurteilt, entbehrt dies jeglicher tatsächlicher Grundlage. Nach dem Sachverständigen Dr. G hat die von ihm durchgeführte Untersuchung in typischer Weise Schmerzpunkte an definierten Stellen an mehr als 11 von 18 definierten Körperpunkten gezeigt. Es mag sich als eine Nachlässigkeit darstellen, wenn dieser Sachverständige die einzelnen Schmerzpunkte nicht konkret angegeben hat. Unschlüssig ist sein Gutachten, wenn er einerseits ausführt, dass es im Zusammenhang mit den anhaltenden Schmerzen im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms zum Auftreten von psychischen Symptomen kommt, die sich als ängstlich-depressive Haltung darstellen, andererseits aber er lediglich eine subdepressive Grundstimmung bei der Klägerin hat feststellen können. Ungeachtet dessen geht der Senat davon aus, dass die Kriterien des Fibromyalgiesyndroms zumindest seit der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. G am 26. Mai 2005 erfüllt sind.

Der Sachverständige Dr. G hat jedoch unter der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms eine Gesundheitsstörung beurteilt, die hinsichtlich ihrer Auswirkungen insbesondere auf das Leistungsvermögen nach den für somatoforme Störungen geltenden Kriterien zu beurteilen ist. Insofern ist dieser Sachverständige als Orthopäde grundsätzlich nicht kompetent, dazu Stellung zu nehmen. Jedenfalls sind seine nicht näher begründeten Aussagen zum o. g. Leistungsvermögen im Hinblick auf die Beurteilung des Sachverständigen Dr. K, der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie ist, nicht überzeugend.

Nach Dr. K bestehen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Cephalgie.

Der Begriff einer Cephalgie bezeichnet - so der Sachverständige - einen allgemeinen Oberbegriff für Kopfschmerzen. Nur in seltenen Fällen können spezifische Kopfschmerzsyndrome zu zeitweiligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führen, wie dies typischerweise bei ausgeprägten Migräneanfällen der Fall ist. Eine derartige Kopfschmerzsymptomatik hat der Sachverständige bei der Klägerin nicht erheben können. Die bei ihr bestehenden Beschwerden sind diffuse unspezifische Kopfschmerzen ohne wesentliche Leistungseinschränkung. Sie sind, wie der Sachverständige Dr. G dargelegt hat, Folge der Fehlhaltung der Halswirbelsäule.

Bei der somatoformen Schmerzstörung handelt es sich nach Dr. K um eine Störung aus dem Formenkreis der so genannten somatoformen Störungen, zu der auch die von dem Sachverständigen B genannte Somatisierungsstörung gehört. Bei der Entstehung und bei der Symptomatik bestehen viele Übereinstimmungen. Unterschiede ergeben sich bezüglich der vorherrschenden subjektiven Symptome. In ihren Auswirkungen bezüglich der Leistungsfähigkeit ergeben sich prinzipiell jedoch keine Unterschiede. Der Sachverständige Dr. K hat sich daher trotz abweichender Diagnosenstellung bezüglich der Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit in völliger Übereinstimmung mit dem Sachverständigen B gesehen.

Die somatoforme Schmerzstörung führt aufgrund eines neurotischen Prozesses zu einer mangelnden Verarbeitung von Konflikten und Problemen. Sie zeigt sich in einer Diskrepanz zwischen den objektiv nachweisbaren körperlichen Gesundheitsstörungen und den subjektiv wahrgenommenen Beschwerden.

Der Sachverständige Dr. K hat unter Hinweis auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. G und unter Mitberücksichtigung und Bewertung dieses Gutachtens darauf hingewiesen, dass sich ein Teil der subjektiven Beschwerden der Klägerin den degenerativen Veränderungen zuordnen lassen. Die von Dr. K veranlasste Elektromyographie (EMG) und Elektroneurographie (ENG) hat leicht bis mäßig ausgeprägte chronisch-neurogene Veränderungen als möglichen Hinweis für leicht ausgeprägte chronische Wurzelirritationen, am ehesten den entsprechenden degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule zuzuordnen, aufgedeckt. Aktuelle Denervierungszeichen sind hingegen nicht zu erkennen gewesen. Dieser Befund korreliert nach Dr. K mit gelegentlichen funktionellen radikulären Beschwerden, die insgesamt altersentsprechend sind. Das Gesamtausmaß der subjektiven Schmerzen lässt sich damit jedoch nicht erklären, so dass die aufgezeigte Diskrepanz bei der Klägerin, auch nach dem Sachverständigen Dr. G, tatsächlich besteht. Als auslösendes Ereignis hat der Sachverständige Dr. K ein Überforderungserleben im Arbeitsbereich nach der Wende als wahrscheinlich erachtet, da die Klägerin selbst sehr

belastende Arbeitsumstände angegeben hat. Gegenüber dem Sachverständigen B hat die Klägerin seinerzeit angegeben, am Arbeitsplatz gemobbt worden zu sein, indem man ihr einen anderen Arbeitsbereich habe zuweisen wollen. Aber auch der Tod der Mutter 1998, die die Klägerin seit 1991 gepflegt hat, sowie die Darmkrebserkrankung ihres Ehemannes kommen dafür in Betracht. Die Diskussion dieser psychodynamischen Zusammenhänge ist allerdings für die Bewertung der funktionellen Leistungseinbußen unerheblich.

Demgegenüber handelt es sich nach dem Sachverständigen Dr. K beim so genannten Fibromyalgiesyndrom nicht um eine objektiv nachvollziehbare eigenständige Erkrankung, sondern um eine psychische Störung, die den somatoformen Störungen zuzuordnen ist. Wie Dr. K ausgeführt hat, wurde der Begriff Fibromyalgie 1990 von dem amerikanischen Rheumatologen W mit den - auch von dem Sachverständigen Dr. G bereits erwähnten - Kriterien postuliert. Da sich trotz intensiver Untersuchung bis zum heutigen Tage keinerlei objektivierbare diagnostische Messmethoden bezüglich der Fibromyalgie haben finden lassen, hat dieser Rheumatologe im Jahre 2003 ausdrücklich dazu aufgefordert, den Begriff der Fibromyalgie nicht mehr zu verwenden, da die Existenz eines eigenständigen Krankheitsbildes nicht mehr haltbar erscheint.

Ob das Fibromyalgiesyndrom entgegen dem Sachverständigen Dr. K weiterhin als eigenständiges Krankheitsbild anzuerkennen ist, bedarf keiner Entscheidung. Wesentlich für die Beurteilung des Leistungsvermögens sind nicht Diagnosen, sondern die Auswirkungen, die aus einer Krankheit resultieren. Insoweit ist wiederum entscheidend, nach welchen Kriterien solche Auswirkungen festzustellen sind.

Der Sachverständige Dr. G hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2006 ausgeführt, dass die Fibromyalgie heute allgemein als chronisches Schmerzsyndrom verstanden wird und bei weiterhin unauffindbaren Ursachen zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu zählen ist. Die Diagnostik der Somatisierungsstörung erfolgt entsprechend auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet. Für die Fibromyalgie besteht die kontroverse Diskussion, ob es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild oder eine somatoforme Schmerzstörung handelt.

Dem vorgelegten Aufsatz von Brücke/Zeidler von Juni 2004 zum Fibromyalgiesyndrom ist nichts zu entnehmen, was dieser Beurteilung entgegenstehen könnte. Danach ist das Fibromyalgiesyndrom keine umschriebene Erkrankung, sondern die Endstrecke vermutlich völlig unterschiedlicher pathogener Prozesse, für die bislang nur Hypothesen bestehen. Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist schwierig und weniger von der Diagnose als vom Ausmaß der Funktionseinschränkung und der verbleibenden Partizipationsmöglichkeiten in Beruf, Familie und Gesellschaft abhängig.

Gleiches geht aus der von der Klägerin genannten Leitlinie "Somatoforme Störungen/Fibromyalgie" hervor. Nach "Ziele und Inhalte der Leitlinie" gilt diese Leitlinie für Patienten des orthopädischen Fachgebietes, deren (Schmerz)Leiden durch organische Befunde nicht ausreichend erklärt werden kann und bei denen psychosoziale Faktoren erhebbar sind, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzen ursächlich beitragen. Unter "Krankheitsbilder im engeren Sinne" wird ausgeführt, dass unter die Leitlinie die Krankheitsbilder der somatoformen Störungen fallen, so wie sie im Kapitel F 45 der ICD-10 definiert werden. Unter "weitere Krankheitsbilder" wird dargelegt: Die Fibromyalgie wird weder aufgrund objektivierbarer und spezifischer Befunde diagnostiziert, noch stellt sie als nosologische Einheit eine ICD-10-Diagnose dar. Es handelt sich um eine rheumatologische Diagnose, die mit der psychiatrischen Diagnose der somatoformen Schmerzstörung bzw. der undifferenzierten somatoformen und der somatoformen autonomen Funktionsstörung Ähnlichkeiten bis Übereinstimmung bietet. Da diese Leitlinie nicht die Diskussion um den nosologischen Stellenwert der Fibromyalgie zum Gegenstand hat, sondern die Diagnostik und Behandlung von Schmerzbildern der Haltungs- und Bewegungsorgane ohne ausreichende organische Erklärbarkeit (somatoforme Störungen), wird die Fibromyalgie in dieser Leitlinie mitberücksichtigt, ohne im Weiteren explizit genannt zu werden. Die Zuordnung der Fibromyalgie zu den psychosomatischen Erkrankungen (also zu den somatoformen Störungen) bietet eine Grundlage, sich fachübergreifend zu verständigen. Unter "Sozialmedizinische Beurteilung" heißt es u. a.: Es ist davon auszugehen, dass ca. 50 Prozent der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsverfahren mit somatoformen Störungen vergesellschaftet sind; bei Verfahren der Kategorien "Muskel-, Skelettsystem und Bindegewebe" wird dies jedoch meist nicht im Einzelnen durch den (orthopädischen) Gutachter festgestellt. Chronische Schmerzen der Haltungs- und Bewegungsorgane sind nach dem aktuellen Forschungsstand meist multidimensional zu verstehen, das heißt neben der orthopädisch-organischen Abklärung sollte auch eine psychosomatische Abklärung erfolgen, wenn die beklagten Beschwerden körperlich nicht ausreichend zu erklären sind. Die organische Abklärung erfolgt durch den Facharzt für Orthopädie, der eine Zusatzbegutachtung durch den psychosomatischen/psychiatrischen Fachkollegen anregt. Die Einschätzung der verbleibenden Leistungsfähigkeit erfolgt für somatoforme Störungen (also auch für die Fibromyalgie, vgl. dazu die oben gemachten Ausführungen zu "weitere Krankheitsbilder") auf der Grundlage der Diagnose, der Beurteilung des Schweregrads der Störung und der darauf gründenden verbleibenden Partizipationsmöglichkeiten des Probanden. Abschließend wird vermerkt, dass nicht zuletzt der orthopädische Gutachter, der auf die Möglichkeiten psychosomatischer (Mit)Erkrankung hinweist, auch einen wichtigen Hinweis auf eventuelle therapeutische Notwendigkeiten außerhalb des Fachgebietes der Orthopädie leisten kann. Damit macht gerade die von der Klägerin angeführte Leitlinie "Somatoforme Störungen/Fibromyalgie" deutlich, dass es orthopädischerseits keine wissenschaftlich gesicherten Kriterien zur Beurteilung der Auswirkungen und damit des Schweregrades des Fibromyalgiesyndromes gibt. Der Facharzt für Orthopädie ist danach ausschließlich für die "organische" Abklärung berufen. Die Einschätzung der verbliebenen Leistungsfähigkeit erfolgt vielmehr nach den entsprechenden Grundsätzen, die für die somatoformen Störungen gelten. Ein Orthopäde verlässt somit sein Fachgebiet, wenn er diese Störungen, die berufener Maßen von einem Psychiater zu beurteilen sind, hinsichtlich der "nichtorganischen" Auswirkungen bewertet. Ungeachtet der o. g. aufgezeigten Diskussion zum Fibromyalgiesyndrom bedeutet dies vorliegend im Ergebnis: Mit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird die Gesundheitsstörung der Klägerin ausreichend und abschließend insbesondere hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsvermögen beschrieben.

Eine Hirnleistungsschwäche liegt nicht vor. Der Bericht des Radiologen Dr. P vom 12. Dezember 2002 weist zwar als Ergebnis einer cerebralen Computertomografie den Verdacht auf eine beginnende cortikale Atrophie bei grenzwertigem Befund auf. Eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge einer krankhaften Veränderung von extra- bzw. intrakraniellen Hirngefäßen konnte durch eine Farbduplexsonografie ausgeschlossen werden (Bericht des Facharztes für Innere Medizin Dr. K vom 03./08. Februar 2003). Der genannten Computertomografie hat Dr. K, ebenso wie bereits der Sachverständige B, keine Bedeutung beigemessen, da die Atrophie nach diesem Bericht bereits als fraglich dargestellt wird und darüber hinaus, selbst wenn sie vorhanden wäre, für sich genommen keine funktionelle Bedeutung hat. Entscheidend bezüglich hirndegenerativer Veränderungen ist vielmehr die Feststellung der Hirnfunktion im Sinne der Hirnleistungsmessung. Die Hirnleistungsdiagnostik hat bei normaler primärer Intelligenz mit einem Intelligenzquotienten von 102 keinerlei Hinweise für eine hirnorganische Beeinträchtigung, also auf kognitive Defizite, gegeben.

Ein neurasthenisches Syndrom, das letztmalig im Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie N vom 21. März 1998 als Differenzialdiagnose angeführt wurde, hat Dr. K ebenfalls ausgeschlossen. Entscheidendes Kennzeichen einer Neurasthenie sei der Akzent, den der Patient auf Ermüdbarkeit und Schwäche lege, während im Gegensatz dazu bei den somatoformen Störungen die Schmerzsymptomatik im Vordergrund stehe, wie dies im Falle der Klägerin ist.

Nach dem Sachverständigen B (vgl. insbesondere seine ergänzende Stellungnahme vom 15. März 2004) ist die Klägerin infolge der seelischen Erkrankung in der Lage, mittelschwere geistige Arbeiten ohne Akkordarbeit auszuführen. Die anderen von diesem Sachverständigen genannten Leistungseinschränkungen rühren nach dessen ergänzender Stellungnahme vom 15. März 2004 aus den orthopädischen Leiden und gehen nicht über die Einschränkungen hinaus, die der Sachverständige Dr. G genannt hat. Nach Dr. K schließt die psychische Störung zwar dauerhafte Arbeiten unter Zeitdruck aus; gelegentlicher Zeitdruck ist jedoch zumutbar. Im Übrigen können noch Arbeiten mit durchschnittlichen und gelegentlich besonderen Anforderungen an das Reaktionsvermögen, die Aufmerksamkeit, die Übersicht, das Verantwortungsbewusstsein und die Zuverlässigkeit bewältigt werden. Die weiteren von Dr. K aufgeführten Leistungseinschränkungen werden durch die orthopädischen Leiden hervorgerufen, so dass Dr. K insoweit die von dem Sachverständigen Dr. G aufgeführten Einschränkungen unter Mitberücksichtigung und Bewertung dessen Gutachtens übernommen hat.

Die genannten Leistungseinschränkungen sind nachvollziehbar, denn die somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie) ist nur mäßiggradig ausgeprägt. Dies folgt zum einen aus dem psychopathologischen Befund und zum anderen aus der damit in Übereinstimmung zu bringenden Lebensbewältigung, der Alltagskompetenz.

Trotz angegebenem verminderten Antrieb und vorschneller Erschöpfbarkeit hat Dr. K keine deutliche Störung der Antriebs- und Interessenlage vorgefunden. Die gleichfalls angegebenen kognitiven Defizite im Sinne von Konzentrations- und Ausdauerstörungen haben sich in der testpsychologischen Diagnostik ebenfalls nicht bestätigen lassen. Sämtliche Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen haben mindestens im durchschnittlichen, meist im überdurchschnittlichen Bereich gelegen. Bei der testpsychologischen Diagnostik ist die Selbsteinschätzung auf der Skala Offenheit auffällig gewesen, die sich weit unter der Norm dargestellt hat. Die testpsychologischen Ergebnisse können gleichwohl verwendet werden, obwohl dann, wenn die Statinewerte auf der Skala Offenheit nur zwischen 1 bis 3, wie hier 2, liegen, regelmäßig von der Tendenz zur Verfälschung ausgegangen werden muss. Diese Schlussfolgerung kann vorliegend allerdings nicht gezogen werden, da das Gesamtprofil eine weit überdurchschnittlich introvertierte Persönlichkeit mit stark ausgeprägter Gehemmtheit und Unsicherheit widerspiegelt. Die sich überdurchschnittlich an guten Umgangsnormen orientierende Klägerin achtet auf soziale Erwünschtheit und zeichnet sich durch mangelnde Selbstkritik aus. Auffällig sind auch die Werte bezüglich der Leistungsorientierung gewesen, welche für mangelndes ehrgeizig - konkurrierendes Verhalten sprechen und für Passivität stehen. Als Ursache dafür sind wohl die zahlreichen körperlichen Beschwerden, insbesondere die weit überdurchschnittlich hoch ausgeprägte Angst vor Erkrankungen, zu sehen, die die Klägerin veranlassen, eine Schonhaltung einzunehmen. Schließlich hat die testpsychologische Diagnostik Normwerte bezüglich der Lebenszufriedenheit und der Beanspruchung aufgedeckt. Daraus muss die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Klägerin trotz vorgetragener Schmerzen den alltäglichen Belastungen gerecht wird. Die gut erhaltende Alltagskompetenz hat der Sachverständige Dr. K in den von der Klägerin gemachten Angaben tatsächlich bestätigt gefunden. Neben den üblichen Haushaltstätigkeiten erledigt sie zusammen mit ihrem Ehemann notwendige Gartenarbeiten, wobei sie allerdings entsprechende Pausen einlegt, wenn die Schmerzen bei Belastung zunehmen. Zusammen mit ihrem Ehemann werden die Einkäufe durchgeführt. Die Klägerin fährt zudem selbst, wenn auch selten, Auto. Läge eine schwergradige somatoforme Schmerzstörung vor, wäre die Klägerin nach Dr. K praktisch kaum noch in der Lage, Verrichtungen des Alltages in Haushalt und Garten zu bewältigen. Wenn dieser Sachverständige aufgrund der gut erhaltenden Alltagskompetenz und dies bestätigender Hirnleistungsdiagnostik die Schlussfolgerung gezogen hat, dass die seelischen Folgeerscheinungen der chronisch wahrgenommenen Schmerzen als kompensiert bezeichnet werden können, ist dies schlüssig. Dem steht nicht entgegen, dass es gelegentlich zu einer depressiven Symptomatik kommt, die sich insbesondere bei der Untersuchung durch den Sachverständigen B gezeigt hat, der eine subdepressive Grundstimmung befundet hat. Eine gewisse depressive Verstimmung oder auch Angstsymptomatik ist nach Dr. K im Rahmen der somatoformen Störungen als typisch zu bewerten. Eine klinisch manifeste eigenständige depressive Störung hat Dr. K damit zutreffend ausgeschlossen.

Das von diesem Sachverständigen beurteilte Leistungsvermögen ist für den Senat somit nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere, soweit Dr. K in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen B - auch in Würdigung der Beurteilung des Sachverständigen Dr. G - ein vollschichtiges Leistungsvermögen im Umfang von 8 Stunden täglich angenommen hat. Der Sachverständige Dr. G hat ausschließlich auf die subjektiven Angaben der Klägerin abgestellt, ohne diese, wie vom Sachverständigen Dr. K geschehen, zu hinterfragen. Es muss daher nicht überraschen, dass der Sachverständige Dr. G als Orthopäde das Leistungsvermögen, soweit es das neuropsychiatrische Fachgebiet anbelangt, nicht zutreffend hat beurteilen können.

Etwas anderes folgt auch nicht aus dem Gutachten der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie N vom 21. März 1998, unabhängig davon, dass es keine Aussagen zum noch streitigen Zeitraum enthält bzw. enthalten kann. Bereits der Sachverständige B hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Juni 2004 darauf hingewiesen, dass selbst nach der dort getroffenen Aussage, "es ergeben sich aus der nervenärztlichen Sicht keine grundsätzlichen Diagnosen, die eine erhebliche Einschränkung der Tätigkeit als Bürokraft ergeben würden", ein Leistungsvermögen von 2 Stunden täglich bis unterhalbschichtig nicht zu begründen ist. Auch die tatsächlichen Verhältnisse sprechen dagegen, denn die Klägerin war nach der Auskunft des Landesamtes für Bauen, Bautechnik und Wohnen des Landes Brandenburg vom 29. März 1999 ab November 1994 20 Stunden wöchentlich tätig, ohne dass der dieser Auskunft beigefügt gewesenen Übersicht über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit für längere Zeiträume Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen ist. So war die Klägerin insbesondere nach dem 12. August 1997 lediglich vom 11. bis 18. März 1998, vom 21. bis 28. August 1998, vom 04. bis 08. Januar 1999 und nach der weiteren Auskunft des Landesamtes für Bauen, Verkehr und Straßenwesen des Landes Brandenburg vom 25. November 2003 vom 22. April bis 28. Mai 1999 arbeitsunfähig erkrankt. Nach letztgenannter Auskunft war sie sogar ab 01. September 1999 wieder mit 40 Stunden/Woche beschäftigt, wobei sie am 03. Dezember 1999 erneut arbeitsunfähig erkrankte. Ein Arbeiten auf Kosten der Gesundheit, welches der Sachverständige B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15. März 2004 ausgeschlossen hat, ist bei der von der Klägerin vorgenommenen Ausweitung der täglichen Arbeitszeit nach ihrem eigenen Verhalten wenig überzeugend.

Der Senat vermag auch der Einschätzung des Facharztes für Allgemeinmedizin und Sportmedizin Dr. K in seinem Bericht vom 25. September 2001 nicht zu folgen, soweit dieser eine Realisierung der Erwerbstätigkeit auf unter zwei Stunden veranschlagt hat. Die von diesem Arzt angeführte Gesundheitsstörung (Lendenwirbelsäulensyndrom bei degenerativer Spinalkanalstenose und lumbal muskulärer

Dysfunktion) begründet nach dem Sachverständigen Dr. G gerade keine Reduzierung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht.

Schließlich vermag der Vortrag ihres Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung, die Klägerin sei durchgehend seit 03. Dezember 1999 arbeitsunfähig, an dem mittels Sachverständigenbeweis festgestellten vollschichtigen Leistungsvermögen mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen nichts zu ändern. Es mag durchaus zutreffen, dass sowohl die behandelnden Ärzte als auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine solche Arbeitsunfähigkeit bescheinigt haben. Zur Beurteilung des Leistungsvermögens durch den Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin Dr. K im Befundbericht vom 25. September 2001 sind bereits Ausführungen gemacht worden. Soweit Gutachten des MDK vorliegen, vermögen diese jedenfalls die getroffene Entscheidung nicht zu begründen. Das MDK-Gutachten des Dr. M vom 02. Februar 2000 benennt ein vertebrogenes Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule. Unter "Beurteilung und Leistungsvermögen" wird ausgeführt: Bei der Versicherten ist es bei bekannter chronischer Erkrankung Anfang Dezember zu akuten lumbalen Beschwerden gekommen. Nach Ende Dezember kam es zusätzlich zu Bewegungseinschränkungen. Diese bestehen gegenwärtig nicht mehr, jedoch weiterer Behandlungsbedarf. Zurzeit sind noch zwei Serien Physiotherapie vorgesehen, diese sollten zunächst abgeschlossen werden, darüber hinaus ist jedoch eine Weiterführung der Arbeitsunfähigkeit nicht begründet. Langfristig erscheint die Belastbarkeit für schwere körperliche Tätigkeiten, Tätigkeiten mit monotonen Bewegungsabläufen und in Oberkörpervorbeuge eingeschränkt. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sind jedoch möglich. Diesem Tätigkeitsprofil entspricht auch die bisher ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiter, so dass die Wiederaufnahme einer der dem Profil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit entsprechenden Arbeit möglich ist. Das Gutachten des sozialmedizinischen Dienstes der Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Z vom 25. März 2002 kommt zusammenfassend zu folgendem Ergebnis: Schon seit Jahren leidet die Versicherte an Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates. Seit Januar 2002 ist sie wegen eines Lendenwirbelsäulensyndroms sowie Coxalgien arbeitsbefreit. Aus unserer Sicht sind die Voraussetzungen für die Anwendung des [§ 51 SGB V](#) erfüllt. Eine nochmalige Vorstellung beim sozialmedizinischen Dienst ist nicht notwendig. Wie bereits dargelegt, rechtfertigen die orthopädischen Leiden nach dem Sachverständigen Dr. G aber gerade nicht die Annahme eines nicht mehr vollschichtigen Leistungsvermögens. Bei dieser Sachlage ist nicht nachvollziehbar, weswegen die Klägerin nicht nur möglicherweise vorübergehend, sondern dauerhaft arbeitsunfähig, also zugleich leistungsunfähig nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, sein soll.

Für das Erfordernis untypischer Arbeitspausen gibt es angesichts der Beurteilung des Sachverständigen Dr. K ebenfalls keine nachvollziehbare Begründung. Insbesondere aus der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. G vom 18. Januar 2006 wird erkennbar, dass für die entsprechende Beurteilung dieses Sachverständigen die subjektiven Angaben ausschlaggebend gewesen sind, wenn dort ausgeführt wird, dass "der von der Klägerin angegebenen Beschreibung der Schmerzen folgend, regelmäßige Pausen im Abstand von zwei Stunden mit einer Dauer von 15 Minuten arbeitstäglich notwendig" wären.

Eine Verschlussenheit des Arbeitsmarktes vermag im Fall der Klägerin auch nicht das von ihrem Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung genannte Urteil des BSG vom 31. März 1993 - [13 RJ 65/91](#), abgedruckt in SozR 3-2200 § 1247 Nr. 14 zu begründen. In diesem Urteil wird zunächst auf die Rechtsprechung des BSG abgestellt, wonach ein Versicherter, der noch eine Erwerbstätigkeit vollschichtig ausüben kann, nicht allein deshalb erwerbsunfähig ist, weil er häufig "krankfeiern" muss. Nach dieser Rechtsprechung kann allerdings etwas anderes gelten, wenn der Versicherte so häufig "krankfeiern" muss, dass die von ihm während eines Arbeitsjahres erbrachten Arbeitsleistungen nicht mehr die Mindestanforderungen, welche ein vernünftig und billig denkender Arbeitgeber zu stellen berechtigt ist, erfüllen, so dass eine Einstellung oder Weiterbeschäftigung eines solchen Versicherten praktisch ausgeschlossen ist. Daran anknüpfend wird in diesem Urteil ausgeführt, dass das häufige Auftreten von Fieberschüben mit mehrtägigen (vollständigen) Arbeitsunfähigkeiten eine schwere spezifische Leistungsbeeinträchtigung darstellt, die Zweifel aufkommen lässt, ob der Versicherte in einem Betrieb einsetzbar ist. Häufige, zeitlich nicht genau festliegende Ausfälle für jeweils mehrere Tage stellten insofern ein erhebliches Hindernis für den Arbeitseinsatz dar.

Weder ist entsprechendes ersichtlich oder hat die Klägerin bisher vorgetragen, trotz eines vollschichtigen Leistungsvermögens falle sie häufig jeweils für mehrere Tage vollständig wegen Arbeitsunfähigkeit aus, noch hat irgendein Sachverständiger solches festgestellt.

Die Ausführungen des Sachverständigen Dr. G vermögen den Senat schließlich auch nicht vom Vorliegen einer rechtlich erheblichen Einschränkung der Wegefähigkeit zu überzeugen.

Nach der Rechtsprechung des BSG (BSG [SozR 2200 § 1247 Nr. 56](#); BSG [SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10](#)) gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen, denn eine Tätigkeit zum Zwecke des Gelderwerbs ist regelmäßig nur außerhalb der Wohnung möglich. Hinsichtlich der Bestimmung der erforderlichen Fußwegstrecke wird hierbei ein generalisierender Maßstab angesetzt und danach generell die Fähigkeit des Versicherten für erforderlich gehalten, Entfernungen, gegebenenfalls unter Verwendung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Gehstützen, orthopädischen Schuhen, Einlagen, Abrollhilfen), von über 500 m zu Fuß viermal arbeitstäglich zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit zu benutzen. Zudem wird gefordert, dass die Strecke von mehr als 500 m in wenigstens 20 Minuten zurückgelegt werden kann.

Der Sachverständige Dr. G hat zwar einen Gesundheitszustand aufgezeigt, nämlich die Gonarthrose des rechten Kniegelenkes, der grundsätzlich geeignet sein mag, die oben genannte Wegebeschränkung hervorzurufen. Die von ihm dafür konkret gegebene Begründung wird jedoch weitgehend durch die Fibromyalgie, also durch die somatoforme Schmerzstörung, getragen, wobei die subjektiven Angaben der Klägerin auch hierfür ersichtlich ausschlaggebend gewesen sind. So hat er in seinem Gutachten vom 28. Juni 2005 ausgeführt: "Die krankheitsbedingte, rasche schmerzbedingte, Erschöpfbarkeit lässt zwar die Bewältigung der Wegstrecke durchführbar erscheinen, allerdings ist die Wegzeit durch Pausen deutlich erhöht." In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2006 wird dann ausgeführt: "Wegen der Aufbraucherkrankung im Bereich der Kniegelenke und des chronischen Schmerzsyndroms mit Schmerzverstärkung bei anhaltender Belastung ist die Wegezeit verlängert, so dass Fußwege von mehr als 500 m zusammenhängend nicht in 20 Minuten zurückgelegt werden können." Dies wird mit dem Vorbringen der Klägerin gegenüber diesem Sachverständigen wie folgt begründet: "Die schmerzarme Gehstrecke wird mit 100 bis 200 m angegeben, danach sind Erholungspausen erforderlich." Die bezeichnete Gehstrecke hat die Klägerin gegenüber dem Sachverständigen Dr. G darauf zurückgeführt, dass, "wenn ich länger laufe, werden die Beine sehr schwer, alle Muskeln schmerzen." Angesichts dessen wird die genannte Beschränkung der Wegefähigkeit nach dem Sachverständigen Dr. G tatsächlich nicht mit dem Zustand des rechten Kniegelenkes, sondern mit der allgemeinen Schmerzhaftigkeit infolge des Fibromyalgiesyndroms begründet. Dieses bzw. die somatoforme Schmerzstörung bietet nach dem Sachverständigen Dr. K jedoch keine Grundlage für die

Beschränkung der Wegefähigkeit.

Im Übrigen fährt die Klägerin selbst, wenn auch nur gelegentlich, Auto, so dass sie damit in der Lage ist, einen Arbeitsplatz zu erreichen. Der Sachverständige Dr. G hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2006 ausdrücklich festgestellt, dass ein Pkw genutzt werden kann.

Mit den festgestellten Leistungseinschränkungen, wie sie der Senat seiner Entscheidung zugrunde legt, kann die Klägerin als Verwaltungsfachkraft arbeiten.

Aus der beigezogenen berufskundlichen Literatur (BIK BO 781/I) ergibt sich, dass Verwaltungsfachkräfte körperlich leichte Arbeit in geschlossenen Räumen, im Sitzen und bei Schaltertätigkeit im Stehen, zum Teil an Bildschirmarbeitsplätzen, zum Teil im Außendienst und mit Publikumsverkehr verrichten, wobei Verantwortungsbewusstsein, Konzentrationsfähigkeit und Kontaktfähigkeit verlangt werden. Das Belastungsprofil einer Verwaltungsfachkraft in der Funktion einer Personalsachbearbeiterin wird in der Auskunft des Landesamtes für Bauen, Bautechnik und Wohnen des Landes Brandenburg vom 29. März 1999 in ähnlicher Weise beschrieben. Danach ist die Arbeit körperlich leicht, wird überwiegend im Sitzen und in geschlossenen temperierten Räumen an einem Arbeitsplatz mit Bildschirmunterstützung ausgeübt.

Wenn die Sachverständigen B und Dr. K, im Übrigen auch der Sachverständige Dr. G, sofern die von ihm aus dem Fibromyalgiesyndrom hergeleiteten Leistungseinschränkungen außer Betracht bleiben, somit zu der Einschätzung gelangt sind, die Klägerin könne als Verwaltungsfachkraft 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 machen kann.

Die Sachverständigen - Dr. G mit der oben genannten Einschränkung - haben im Übrigen auch beurteilt, dass die Klägerin als Industriekauffrau vollschichtig tätig sein kann.

Berufsunfähigkeit liegt damit nicht vor.

Der Klägerin ist auch keine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nach [§ 44 Abs. 1 SGB VI](#) zu gewähren.

Nach [§ 44 Abs. 2 SGB VI](#) sind Versicherte erwerbsunfähig, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben und Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt. Bei dem bereits dargelegten vollschichtigen Leistungsvermögen liegen diese Voraussetzungen, die noch weitergehende Leistungseinschränkungen als bei der Berufsunfähigkeit erfordern, nicht vor.

Für die Klägerin kommen damit Tätigkeiten einer Bürohilfskraft und einer Pförtnerin in Betracht, die sie nach den Beurteilungen der Sachverständigen - im Falle des Dr. G mit der oben genannten Einschränkung - vollschichtig ausführen kann.

Schließlich kann der Klägerin auch keine Rente wegen Erwerbsminderung nach [§ 43 SGB VI](#) in der Fassung des EM Reformgesetzes (SGB VI n. F.) gewährt werden, denn sie ist noch nicht einmal teilweise erwerbsgemindert.

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) n. F. sind Versicherte teilweise erwerbsgemindert, 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. Diese Voraussetzung kann notwendigerweise bei einem sogar noch vollschichtigen Leistungsvermögen nicht vorliegen.

Der Senat hat keine Veranlassung gesehen, wie in der mündlichen Verhandlung beantragt, den Sachverständigen Dr. G zu hören, hilfsweise den Sachverständigen Dr. G aufzufordern, eine schriftliche Stellungnahme zum Gutachten des Sachverständigen Dr. K abzugeben. Nach diesen Anträgen bleibt schon offen, zu welchen Tatsachen oder Feststellungen der Sachverständige Dr. G ergänzend Stellung nehmen soll. Der Senat hielt insbesondere die bei der Klägerin vorliegenden Leistungseinschränkungen auf der Grundlage der vorliegenden schriftlichen Gutachten für geklärt. Die Feststellung der Ursachen der Leistungseinschränkungen bzw. der Zuordnung von Erkrankungen zum orthopädischen oder neurologisch/psychiatrischen Fachgebiet ist nicht Aufgabe eines um Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung geführten Rechtsstreits.

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

2007-01-30