

L 22 R 370/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 16 RA 255/02
Datum
23.03.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 370/05
Datum
01.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 23. März 2005 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung ab 01. März 2001.

Der im Dezember 1949 geborene Kläger, der zunächst von April 1965 bis September 1968 eine abgeschlossene Ausbildung zum Maschinenbauer (Gesellenbrief vom 24. September 1968) und dann von November 1969 bis Juli 1972 eine abgeschlossene Ausbildung zum Ingenieur (grad) Maschinenbau (Bescheinigung vom 06. Juli 1972), Diplomingenieur (Urkunde vom 19. Juli 1983) absolvierte, war danach als Ingenieurbetriebsassistent (August 1973 bis September 1982), Ingenieur-Abteilungsleiter (September 1982 bis Dezember 1986), Ingenieur-Fertigungsleiter (Januar 1987 bis Dezember 1991) und von Januar 1992 bis Januar 1997 als Betriebsingenieur (Abteilungsleiter/Projektleiter) tätig. Seither ist er unterbrochen durch eine Zeit der Arbeitsunfähigkeit von August 1999 bis Februar 2001 arbeitslos.

Im Februar 2001 beantragte der Kläger wegen eines im November 2000 erlittenen Bandscheibenvorfalles Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog den Entlassungsbericht der Klinik B/Reha-Klinik für Neurologie und Orthopädie vom 20. November 2000 über eine aufgrund eines im März 2000 gestellten Antrages auf Leistungen zur Rehabilitation vom 18. Oktober bis 15. November 2000 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme, für die Übergangsgeld gezahlt wurde, bei und holte den Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Handchirurgie Dr. L vom 28. Februar 2001 ein.

Mit Bescheid vom 10. April 2001 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab: Bei bestehender Lendenwirbelsäulendegeneration ohne schwerwiegende Leistungs-einschränkungen könne im bisherigen Beruf mindestens sechs Stunden täglich gearbeitet werden.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger eine unzureichende Untersuchung geltend machte, außerdem auf eine akute psychische Dekompensation bzw. reaktive Depression bei starker Somatisierung und die Folgen einer 1994 durchgeführten Magendurchbruchsoperation hinwies, holte die Beklagte die Befundberichte der Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie L - vom 24. August 2001 und des Facharztes für Neurochirurgie Dr. A vom 05. September 2001 ein; sie veranlasste außerdem die Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Sozialmedizin P vom 27. Oktober 2001 und des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie R vom 14. November 2001.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Februar 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die zusätzlichen Untersuchungen hätten weitere Einschränkungen des Leistungsvermögens nicht ergeben, so dass im bisherigen Beruf als Ingenieur vollschichtig gearbeitet werden könne.

Dagegen hat der Kläger am 05. März 2002 beim Sozialgericht Potsdam Klage erhoben.

Er ist der Ansicht gewesen, nicht mehr als Diplomingenieur vollschichtig tätig sein zu können. Neben Scrotalzysten, wiederkehrenden Magengeschwüren, einem depressiven Syndrom bestünden erhebliche Rückenprobleme mit teilweisen Lähmungserscheinungen. Wegen mehrerer Bandscheibenvorfälle, die nicht mehr operabel seien, sei die Gefahr einer Querschnittslähmung gegeben. Eine zunehmende Darminkontinenz mache einen Aufenthalt außerhalb des häuslichen Bereiches kaum möglich. Schließlich sei nach dem Tod seines Vaters im April 2003 eine Verstärkung des psychischen Leidens eingetreten.

Das Sozialgericht hat verschiedene Unterlagen aus der Schwerbehindertenakte des Amtes für Soziales und Versorgung Potsdam beigezogen, die Befundberichte des Orthopäden und Handchirurgen Dr. L vom 12. November 2002, der Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie L vom 18. November 2002, des Facharztes für Urologie S vom 17. Dezember 2002 und des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B vom 23. Februar 2003 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Dr. L vom 02. September 2003.

Der Kläger hat der Feststellung, dass auf psychiatrischem Gebiet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe, nur bedingt folgen können, denn weitere Gesundheitsstörungen seien nicht in vollem Umfang berücksichtigt worden. Es sei nicht auszuschließen, dass sich eine psychogene (reaktive) Depression entwickelt habe. Der Sachverständige, der zudem die erhebliche Stuhl- und Urininkontinenz nicht gesehen habe, habe die demonstrativen Bewegungen mit dramatischer Schmerzáußerung nicht hinterfragt. Die erhöhten Laborwerte seien nicht alkoholtypisch, sondern medikamentös bedingt. Zwischenzeitlich sei es zu einer hochgradigen Engstellung des Spinalkanals gekommen. Der Kläger hat u. a. das für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstattete Gutachten des Arztes S vom 09. Oktober 2003 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat den Sachverständigen Dr. L ergänzend gehört (Stellungnahme vom 12. Januar 2004).

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, der Sachverständige Dr. L habe sich nur unzureichend mit dem MDK-Gutachten vom 09. Oktober 2003 auseinandergesetzt. Seit der gutachterlichen Untersuchung durch den Sachverständigen sei es zu weiteren Verschlechterungen gekommen. So habe der Kläger in beiden Beinen Lähmungserscheinungen feststellen müssen, die durch die hochgradige Engstellung des Spinalkanals bedingt seien. Auch habe die Stuhlinkontinenz erheblich zugenommen.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht des Facharztes für Neurochirurgie Dr. Z vom 05. Oktober 2004 eingeholt und den Sachverständigen Dr. L ergänzend gehört (Stellungnahme vom 22. November 2004).

Der Kläger hat weitere Verschlechterungen in psychischer Hinsicht mit schweren depressiven Einbrüchen, quälenden Schlafstörungen und einer erheblichen Antriebschwäche bei nach wie vor gegebener Darminkontinenz vorgetragen und unter Bezugnahme auf das beigelegt gewesene Attest des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B vom 17. Februar 2005 gemeint, das Leistungsvermögen sei auf unter drei Stunden täglich herabgesetzt.

Das Sozialgericht hat den Sachverständigen Dr. L ergänzend gehört (Stellungnahme vom 17. März 2005).

Der Kläger hat nochmals betont, bei ihm sei zu keiner Zeit Alkoholismus attestiert worden. Es existierten auch keine erhöhten Leberwerte. Zu Unrecht habe der Sachverständige Dr. B kritisiert.

Mit Urteil vom 23. März 2005 hat das Sozialgericht die Klage - im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung - abgewiesen: Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme könne der Kläger mindestens sechs Stunden täglich seinen Beruf ausüben. Qualitative Leistungseinschränkungen ergäben sich erstrangig aus den Störungen des Bewegungsapparates, den degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit Bevorzugung der Lendenwirbelsäule und den dort gesicherten Bandscheibenschäden. Unter Wertung der organischen Gesundheitsstörungen, auch des grenzpathologischen neurologischen Befundes in Richtung einer Polyneuropathie der Beine, sowie der psychischen Störung bei ausreichend stabilisierter Stimmungslage, jedoch geprägt durch einen histrionischen Persönlichkeitsstil mit eingeschränkten Ressourcen zur Konflikt- und Krisenbewältigung, sei nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. L kein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen abzuleiten.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 09. Juni 2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 17. Juni 2005 eingelegte Berufung des Klägers.

Er verweist darauf, dass er nach wie vor arbeitsunfähig erkrankt sei und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beziehe. Im Rahmen einer kernspintomografischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule sei im September 2005 neben weiteren Bandscheibenvorwölbungen und multisegmentalen Spinalkanalstenosen ein neuer Bandscheibenvorfall bei L 4/5 festgestellt worden. Zudem sei im August 2005 eine leichte sensomotorische Polyneuropathie gesichert worden. Angesichts dessen sei der Kläger nicht wegefähig. Völlig unbeachtet sei schließlich die aus der Lendenwirbelsäulenerkrankung resultierende Blasen- und Darminkontinenz geblieben. Der Kläger hat u. a. das MDK-Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. M vom 13. September 2005 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 23. März 2005 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 10. April 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2002 zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung ab 01. März 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 verschiedene Unterlagen, das Arbeitsamtsgutachten der Ärztin Dr. K vom 13. Juni 2001, das MDK-Gutachten der Fachärztin für Psychiatrie G vom 05. August 2005, den Bericht der Rettungsstelle des E S vom 05. September 2005 und den Bericht des Radiologen Dr. T vom 06. April 2006 beigezogen sowie die Befundberichte des Facharztes für Neurologie Dr. F vom 12. Januar 2006, des Facharztes für Neurochirurgie Dr. Z vom 12. Januar 2006, dem u. a. die Stellungnahme des MDK der Ärztin für Innere und Sozialmedizin S vom 24. November 2005 beigelegt gewesen ist, und des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B, vom 21. Januar 2006 eingeholt.

Die Beklagte hat den Entlassungsbericht des Reha-Zentrums B vom 14. März 2006 über eine dort vom 14. Februar bis 14. März 2006 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme vorgelegt.

Der Kläger hat außerdem die gutachterliche Stellungnahme des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 13. November 2006 aus dem Verfahren des Sozialgerichts Potsdam S 9 SB 183/03 übersandt und darauf hingewiesen, dass die danach festgestellte psychogene Überlagerung sowie die erheblichen degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule bisher nicht berücksichtigt worden seien.

Nachdem der Senat Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zu Ingenieuren des Maschinen- und Fahrzeugbaus (BO 601), Bürohilfskraft (BO 784), Pförtner (BO 793) und Versandfertigmacher (BO 522) sowie Kopien der Auskunft des Arbeitsamtes Frankfurt (Oder) vom 01. November 1999 und der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 14. Februar 2000 zum Pförtner sowie vom 01. November 2002/24. November 2002 und 14. Januar 2005 zum Versandfertigmacher beigezogen hatte, hat er Beweis erhoben durch die schriftlichen Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B vom 27. Dezember 2006 nebst ergänzender Stellungnahmen vom 02. März 2007 und 31. Mai 2007 und des Facharztes für Orthopädie und Rheumatologie Dr. M vom 08. Februar 2007 nebst ergänzender Stellungnahme vom 21. März 2007.

Der Kläger verweist auf erhebliche Widersprüche zwischen den Gutachten der Sachverständigen Dr. B und Dr. M. Zwischenzeitlich seien ein Diabetes, ein erhöhtes Cholesterin und ein Bluthochdruck festgestellt worden, so dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgeschlossen werden könne.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 93 bis 115, 135 bis 140, 177 bis 178, 200 bis 201, 393 bis 418, 420 bis 436, 439 bis 440, 449 bis 451 und 462 bis 466 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 Verwaltungsakte der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 10. April 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2002 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, denn sein Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken. Der Kläger kann insbesondere seinen Beruf als Diplomingenieur noch mindestens sechs Stunden täglich ausüben.

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](#)).

Der Kläger ist hiernach nicht teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig. Er kann mindestens sechs Stunden täglich als Diplomingenieur arbeiten.

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](#)).

Der Beruf des Diplomingenieurs ist danach maßgebender Beruf. Nach der Urkunde des Senators für Wissenschaft und Forschung vom 19. Juli 1983 hat der Kläger am 06. Juli 1972 an der Technischen Fachhochschule Berlin die Staatliche Abschlussprüfung in der Fachrichtung Maschinenbau abgelegt und ist berechtigt, die Bezeichnung Diplom-Ingenieur zu führen. In seinem Beruf war er auch zuletzt bis zum betriebsbedingten Ausscheiden im Januar 1997 tätig (vgl. das Zeugnis der AG vom 31. Januar 1997).

Den Beruf des Diplomingenieurs kann der Kläger weiterhin mindestens sechs Stunden täglich ausüben. Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. M, Prof. Dr. Bund Dr. L.

Nach Dr. M bestehen ein vertebrales Schmerzsyndrom mit beidseitiger Ischialgie in Gestalt einerseits eines Cervikalsyndroms bei mehrsegmentaler Osteochondrose der Halswirbelsäule und andererseits eines Lumbalsyndroms mit Bandscheibenprolaps bei L 4/5, gedecktem Bandscheibenprolaps bei L 3/4, engem Spinalkanal ab Lendenwirbelkörper (LWK) 2 und Osteochondrose bei L 5/S 1, eine

Dupuytren'sche Kontraktur beider Hände (im 3. und 4. Strahl rechts und im 4. und 5. Strahl links) bei Arthralgie des rechten Handgelenkes und bei Zustand nach Karpaltunnelsyndrom-Operation, eine sensible Neuropathie im distalen Beinbereich beiderseits sowie eine erhebliche psychische Überlagerung der Beschwerden (somatoforme Schmerzstörung, erhebliche Schmerzakzentuierung).

Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. B liegen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine adäquat therapierte und - so seine ergänzende Stellungnahme vom 31. Mai 2007 - zur Zeit durch klinische Befunde nicht nachweisbare mittelgradige depressive Episode, eine überwiegend sensible Polyneuropathie ohne wesentliche Funktionseinschränkungen, ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ohne Bestehen einer Alkoholkrankheit im engeren Sinne), degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mit belastungsabhängigen Schmerzen und pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Beine, eine Sehnenverkürzung im Bereich beider Hände im Sinne eines Morbus Dupuytren, ein Zustand nach Karpaltunnelsyndrom-Operation rechts sowie jeweils ohne relevante Auswirkungen auf das Leistungsvermögen eine Magenschleimhautentzündung, ein medikamentös mäßig eingestellter arterieller Hypertonus, eine Adipositas, eine Lebervergrößerung und der Verdacht auf einen beginnenden diätetisch hervorgerufenen Diabetes mellitus vor.

Nach dem Sachverständigen Dr. L leidet der Kläger an degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates mit Bevorzugung im Bandscheibenbereich der Lendenwirbelsäule, einer chronischen Magenschleimhauterkrankung, einer präklinischen bzw. dezenten sensomotorischen sensiblen Polyneuropathie unklarer Genese, einem schädlichen Gebrauch von Alkohol bei Verdacht auf Alkoholabhängigkeit und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Dies ist 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.

Daneben mögen noch Scrotalaterome (vom Kläger als Scrotalzysten bezeichnet) und Hämorrhoiden (so einmalig erwähnt im Befundbericht des Arztes für Urologie S vom 17. Dezember 2002) vorhanden sein. Die Sachverständigen haben diese Diagnosen nachvollziehbar jedoch nicht für erwähnenswert gehalten, denn nicht einmal dem genannten Befundbericht sind daraus resultierende Funktionsstörungen zu entnehmen.

Der Kläger mag auch gelegentlich bzw. zeitweilig an Blasen- und Darminkontinenz leiden. Eine medizinische Ursache lässt sich hierfür allerdings nicht feststellen. Nach dem MDK-Gutachten des Arztes S vom 09. Oktober 2003 erbrachte eine urologische Diagnostik keine gravierenden Befunde. Im MDK-Gutachten der Fachärztin für Psychiatrie G vom 05. August 2005 wird bezogen auf Harnentleerungsstörungen ein urologisch unauffälliger Befund angegeben. Im weiteren MDK-Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. M vom 13. September 2005 werden Stuhlgangsprobleme und Harninkontinenz, jedoch unklarer Genese, erwähnt. Die Angaben des Klägers gegenüber behandelnden und untersuchenden Ärzten sind zudem uneinheitlich. So geht aus dem Befundbericht des Facharztes für Neurologie Dr. F vom 12. Januar 2006 hervor, dass (erst) seit ca. Anfang 2005 unwillkürlicher Stuhl-/ Urinabgang gegeben sei. Im MDK-Gutachten der Fachärztin für Psychiatrie G wird seitens des Klägers über eine gelegentliche Stuhlinkontinenz und gelegentliche Harnentleerungsstörungen berichtet. Gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. B hat der Kläger angegeben, das Wasserlassen sei im Wesentlichen regelrecht; bisweilen bestehe eine Dranginkontinenz. Dies sei urologisch untersucht worden und im Wesentlichen ohne therapeutische Konsequenzen geblieben. Eine Stuhlinkontinenz ist von ihm verneint worden. Es sei im Rahmen einer Routineuntersuchung eine Retroskopie/Koloskopie ohne pathologischen Befund durchgeführt worden. Beim Sachverständigen Dr. M hat der Kläger über unvermittelt beginnenden Stuhlabgang und plötzlichen Harndrang berichtet; eine Medikation gegen Blasenentleerungsstörungen finde aber nicht statt. Die Sachverständigen Dr. M und Prof. Dr. B haben gleichfalls aus der Sicht ihres jeweiligen Fachgebiets für die geklagten Blasen- und Darmstörungen keine Ursache erkennen können. All dies deutet weder auf gravierende, noch auf mehr als gelegentliche oder zeitweise vorhandene Störungen hin. 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.

Wenn der Sachverständige Dr. M infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger könne noch körperlich leichte Arbeit und geistig schwierige Arbeit überwiegend im Sitzen und Gehen, wobei jeweils (bei Verschiebungen von 10 v. H. zugunsten der einen oder anderen Haltungsart) 50 v. H. sitzende und 50 v. H. gehende Arbeit zumutbar sind, sofern ein gelegentlicher, zeitlich aber nicht festlegbarer, Wechsel der Haltungsart gewährleistet ist (vgl. dazu auch seine ergänzende Stellungnahme vom 21. März 2007) in geschlossenen Räumen und auch unter Witterungsschutz, jedoch ohne die folgenden Einschränkungen wie Arbeit in Kälte, Nässe, Zugluft und mit Temperaturschwankungen, in Hitze und Lärm, mit besonderen Anforderungen an die Fingerfertigkeit, Leiter- und Gerüstarbeiten, Arbeiten in Zwangs- oder überwiegend einseitiger Körperhaltung, mit Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit Knien und Hocken, Überkopparbeiten im Umfang von mehr als 10 v. H. der Arbeitszeit, Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeit und in Nachtschicht verrichten, ist dies einleuchtend.

Wesentlich für diese Beurteilung ist der Zustand des Achsenorgans, insbesondere der Lendenwirbelsäule und neuerdings auch der Halswirbelsäule. Der Sachverständige hat im Bereich der Halswirbelsäule mäßig schmerzhafte Nervenaustrittspunkte, eine beiderseits schmerzhafte Scalenuslücke, einen Klopfschmerz bei C 6/7 und einen atypischen Foramenkompressionsschmerz mit Stauchungseffekten vorgefunden. Nach der radiologischen Untersuchung der Halswirbelsäule vom 16. Februar 2006 (vgl. den Entlassungsbericht des Reha-Zentrums B vom 14. März 2006) haben sich (erstmalig) eine fortgeschrittene Osteochondrose im Bereich von C 3 bis C 7 mit weiteren degenerativen Veränderungen feststellen lassen. Eine Kernspintomografie konnte insbesondere die aktivierte Osteochondrose bei Ausschluss einer Beeinträchtigung des cervicalen Myelons und eines akuten Bandscheibenvorfalles bestätigen (vgl. Bericht des Radiologen Dr. T vom 06. April 2006). Dr. M hat im Bereich der unteren Brust- und der Lendenwirbelsäule einen Klopfschmerz, eine elongierte und insuffiziente parathorakale Muskulatur und eine strangförmig verhärtete paralumbale Muskulatur vorgefunden. Die zahlreichen, in der Vergangenheit durchgeführten radiologischen Untersuchungen der Lendenwirbelsäule belegen die im Einzelnen genannten degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die Beweglichkeit von Hals- und Lendenwirbelsäule ist eingeschränkt gewesen. Dr. M hat allerdings darauf hingewiesen, dass die Bewegungsausschläge kooperationsabhängig sind und der Kläger generell die passiven Bewegungsexkursionen durch einsetzende Gegenspannung erheblich limitiert hat. Gleiches ist bereits bei der Untersuchung durch den

Sachverständigen Dr. Lauffällig gewesen, so dass auch jener Sachverständige auf die nur eingeschränkte Verwertbarkeit bestimmter, nämlich der von Dr. M genannten kooperationsabhängigen Untersuchungen, hingewiesen hat. Es hat sich folgende Beweglichkeit gezeigt: Für die Halswirbelsäule Reklination/Flexion 5/0/Kinn-Jugulum-Abstand 5 cm (Norm 35 bis 45/0/Kinn-Jugulum-Abstand 0 bis 1 cm), Seitneigung rechts/links 10/0/5 (Norm 45/0/45), Rotation rechts/links 20/0/20 (Norm 60 bis 80/0/60 bis 80) und für die Brust- und Lendenwirbelsäule Reklination/Flexion 5/0/Fingerbodenabstand 51 cm (Norm 30/0/Fingerbodenabstand 0 bis 5 cm), Seitneigung rechts/links 10/0/15 (Norm 30 bis 40/0/30 bis 40), Rotation rechts/links 5/0/0 (Norm 30/0/30). Die genannten Bewegungseinschränkungen lassen allerdings keinen Schluss auf die tatsächlich mögliche Beweglichkeit zu, denn die geklagten und demonstrierten Beschwerden stehen in Diskrepanz zum pathologisch-anatomischen Substrat. Dies gilt zum einen für die vom Kläger vorgetragenen sofortigen Schmerzattacken bei der passiven Bewegungsüberprüfung der Halswirbelsäule. Dies gilt zum anderen bezüglich des geklagten anhaltenden Schmerzes in der Lendenwirbelsäule (vgl. auch Bericht der Neurochirurgischen Klinik der Charité des Prof. Dr. B vom 29. September 2005, wonach deswegen keine valide Überprüfung möglich war). Dieser Schmerz hat sich nach Angaben des Klägers bei dem Versuch, die Bewegungsexkursionen passiv zu optimieren, verstärkt, was jedoch aus pathologisch-anatomischer Sicht nicht erklärbar ist. Wenn bei Hüftbeugung und gleichzeitiger Kniebeugung der Nervus ischiadicus funktionell entlastet und somit die mechanische Irritation des Nervens im Lendenwirbelsäulenabschnitt gemindert wird, ist bei Angabe der Schmerzzunahme der Verdacht auf Aggravation, wie Dr. M ausgeführt hat, nahe liegend. Die gleiche erhebliche Diskrepanz zwischen den bildgebenden Untersuchungen im Bereich der Wirbelsäule und der Schmerzdemonstration des Klägers hat auch der Sachverständige Prof. Dr. B festgestellt. Die bildmorphologisch dokumentierte lumbale Spinalkanalstenose hat beim Kläger keine neurogene claudicatio spinalis und damit keine wesentlichen neurologischen Ausfallerscheinungen bewirkt. Typisch hierfür ist nach diesem Sachverständigen eine zunehmende Schmerzsymptomatik bei längerem Laufen mit Besserung bei vornüber gebeugtem Gehen wie beim Aufwärtsgen einer Treppe; wohin gehend beim Abwärtsgen mit tendenzieller Reklination der Wirbelsäule eine Verstärkung der Symptomatik auftritt. Demgegenüber hat der Kläger gerade eine Entlastung der Beschwerden beim Bergabgehen und eine Verstärkung beim Bergaufgehen angegeben. Bis auf einen unspezifischen Dehnungsschmerz des Ischiadicus hat der Sachverständige Dr. M in neurologischer Hinsicht bezüglich der Lendenwirbelsäule nichts erheben können. Dieser unspezifische Dehnungsschmerz wird nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. M vom 21. März 2007 als klinisches Zeichen der Ischialgie gewichtet. Der Sachverständige Prof. Dr. B hat bei seiner Untersuchung nicht einmal eine solche Nervenwurzelreizung mit typischer Ausstrahlung längs des Ischiasnerves im Sinne einer eigentlichen Ischialgie feststellen können. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. Mai 2007 hat er sich der Auffassung des Sachverständigen Dr. M angeschlossen, wonach die vom Kläger demonstrierte Schmerzzunahme gerade bei Entlastung des Nervus ischiadicus auf eine Aggravation hindeutet. Es darf hierbei auch nicht unbeachtet gelassen werden, dass der unspezifische Dehnungsschmerz nach der ergänzenden Stellungnahme des Dr. M vom 21. März 2007 ebenfalls ein kooperationsabhängiges Untersuchungsergebnis bedeutet. Insoweit erweist sich der von Dr. L erhobene Untersuchungsbefund als aufschlussreich; während sich der unspezifische Dehnungsschmerz geprüft im Liegen beiderseits bereits bei 5 Grad mit heftigster Schmerzüßerung dargestellt hat, ist er geprüft im Sitzen unauffällig gewesen. Der von Dr. M festgestellte unspezifische Dehnungsschmerz rechtfertigt allerdings auch nach Prof. Dr. B die Annahme einer Ischialgie. Zwischen den beiden Sachverständigen bestehen insoweit letztlich in der Bewertung dessen keine Unterschiede. Beide gehen davon aus, dass ein solcher Befund zeitweilig akut bestehen kann und dann aktuell behandlungsbedürftig ist. Beide sind sich darin einig, dass daraus keine Änderung bei der Beurteilung des Leistungsvermögens abzuleiten ist. Dies ist wegen der nur vorübergehenden Natur dieser Erscheinung nachvollziehbar.

Die vorgefundenen Gefühlsstörungen im Bereich der Beine als weitere neurologische Auffälligkeit hat Dr. M im Wesentlichen auf die Neuropathie zurückgeführt, auch wenn er gewisse Hinweise für ein Restdermatom links gesehen hat. Der Sachverständige Prof. Dr. B ist keiner anderen Auffassung gewesen. Die von ihm erhobene distal und links betonte Abschwächung der Muskeleigenreflexe im Bereich der unteren Extremitäten in Verbindung mit einer sockenförmigen Sensibilitätsstörung im Bereich beider Beine, dazu passend eine beidseitige Abschwächung bzw. Aufhebung des Vibrationsempfindens im sockenförmigen Bereich entspricht dem Vorliegen einer sensiblen Polyneuropathie. Diese Tatsache wird nach seiner Auffassung durch die elektroneurografische und elektromyografische Untersuchung (Bericht des Facharztes für Neurologie Dr. F vom 11. August 2005) durch eine verlängerte distale motorische Latenz und ein fehlendes sensibles Reizantwortpotential für den Nervus suralis beidseits unterstützt. Als mögliche, wenn nicht sogar wahrscheinliche Ursache für diese periphere Nervenschädigung hat er, wie bereits seinerzeit vom Sachverständigen Dr. L diskutiert, den schädlichen Gebrauch von Alkohol angesehen (im gleichen Sinne Gutachten des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie R vom 14. November 2001). Demgegenüber lassen sich radikuläre Ausfälle klinisch nur ansatzweise im Sinne einer fraglich abgrenzbaren Hypalgesie im Bereich der Wurzeln S 1 und L 5 links feststellen, wobei sich wesentliche funktionelle Einschränkungen, die aufgrund dieser Wurzelschädigung eine Rolle spielen könnten, nach Prof. Dr. B nicht nachweisen lassen. Auch nach Dr. M wie auch nach Dr. L kommt den bezeichneten neurologischen Befunden keine wesentliche Bedeutung hinsichtlich des Leistungsvermögens zu.

Der Sachverständige Dr. M hat darüber hinaus im Bereich der rechten Hand eine längliche Narbe bei Zustand nach Karpaltunnelsyndrom-Operation mit Sensibilitätsstörungen im Bereich der Fingerkuppen 2 bis 5, die er mangels segmentalen Dermatoms dem Operationszustand zugeordnet hat, sowie eine Dupuytren'sche Kontraktur des 3. und 4. Strahles rechts und des 4. und 5. Strahles links mit gewissen Intensitätsschwierigkeiten der Oppositionsfähigkeit beider Daumen zu den Fingern 4 und 5 beiderseits befundet. Auch die Handwurzelarthralgie rechts hat er in Zusammenhang mit dem stattgehabten Karpaltunnelsyndrom gesehen. Dabei handelt es sich nach Dr. M lediglich um leichte Funktionsstörungen.

Die sonstigen von ihm erhobenen Befunde (schmerzlimitierte endgradige Bewegungseinschränkung beider Schultern, schmerzlimitierte Bewegungseinschränkung der Hüft- und Kniegelenke) hat er mangels pathologisch-anatomischen Substrats sowie wegen atypischer Schmerzkonstellation und Aggravation einer erheblichen psychischen Überlagerung zugeordnet. Dies ist schon deswegen einleuchtend, weil auch den sonstigen vorliegenden ärztlichen Unterlagen keine diese Gelenke betreffenden Gesundheitsstörungen zu entnehmen sind.

Der krankhafte Zustand der Wirbelsäule bedingt allerdings, dass sowohl stärkere als auch dauerhaft einseitige Haltungen vermieden werden müssen. Die von Dr. M genannten Leistungseinschränkungen tragen dem Rechnung. Der Ausschluss von besonderen Anforderungen an die Fingerfertigkeit berücksichtigt den Zustand der Hände. Die genannten Witterungseinflüsse sind als schmerzprovozierende Einflüsse zu vermeiden. Die darüber hinaus genannten Leistungseinschränkungen berücksichtigen den psychischen Zustand des Klägers.

Der Sachverständige Prof. Dr. B hat infolge der von ihm vorgefundenen Gesundheitsstörungen im Wesentlichen dieselben qualitativen Leistungseinschränkungen wie der Sachverständige Dr. M für gegeben erachtet. Er hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 02. März 2007 betont, dass die gleichen Gesundheitsstörungen mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen festzustellen gewesen sind. Diese

Aussage sowie die von ihm erhobenen Befunde lassen diese Beurteilung schlüssig werden. Soweit Prof. Dr. B im Unterschied zu Dr. M generell Überkopfarbeiten ausgeschlossen hat, unterstellt der Senat dies zugunsten des Klägers. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. Mai 2007 hat Prof. Dr. B klargestellt, dass in Übereinstimmung mit Dr. M lediglich Nachtschicht, nicht aber Wechselschicht ausscheiden muss. Insoweit ist ihm in seinem Gutachten ersichtlich ein Versehen unterlaufen, wie er in dieser ergänzenden Stellungnahme eingeräumt hat, denn der im Gutachten bei der Frage nach den Auswirkungen der Gesundheitsstörungen vorgenommene Ausschluss von Wechselschichten ist mit seiner Aussage im Rahmen der Zusammenfassung und Beurteilung, wonach der Kläger in Tages-, Früh- bzw. Spätschicht arbeiten kann, nicht in Einklang zu bringen gewesen. Als zusätzliche Leistungseinschränkung hat Prof. Dr. B Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die Umstellungsfähigkeit (geistige Flexibilität) ausgeschlossen. Dies ist für den Senat schlüssig, denn Prof. Dr. B ist als Psychiater vornehmlich kompetent, die Leistungseinschränkungen, die wegen der psychischen Irritierbarkeit hervorgerufen werden, zu beurteilen. Eine gewisse unterschiedliche Bewertung zwischen den beiden Sachverständigen ergibt sich allerdings, wenn allein die Aussage des Prof. Dr. B in seinem Gutachten zu den noch möglichen Haltungsarten herangezogen wird. Danach sollte überwiegend im Sitzen, aber mit wechselnder Körperhaltung, zeitweise im Gehen und Stehen gearbeitet werden. Wie seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. Mai 2007 zu entnehmen ist, sieht sich dieser Sachverständige damit aber nicht im Widerspruch zu dem Sachverständigen Dr. M. Dem kann beigeprlichtet werden, denn auch nach Dr. M kann der Kläger zu 50 v. H. (bei einer Abweichung bis zu 10 v. H.) der Arbeitszeit im Sitzen tätig werden. Dieser Beurteilung hat sich Prof. Dr. B jedenfalls in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. Mai 2007 angeschlossen. Wesentlich ist nämlich auch für ihn, dass, so wie bereits von Dr. M betont, ein Wechsel der Körperhaltung gelegentlich erfolgen kann, ohne dass auch jener Arzt eine genaue zeitliche Festlegung hat vornehmen können. Beide Sachverständige sind sich darin einig, dass längeres Verharren in einer der genannten Haltungsarten vermieden werden muss. Die übrigen von Prof. Dr. B genannten Leistungseinschränkungen decken sich vollständig mit denen des Sachverständigen Dr. M.

Ohne sozialmedizinische Relevanz sind für die genannten Leistungseinschränkungen nach Prof. Dr. B die Magenschleimhautentzündung, der medikamentös mäßig eingestellte arterielle Hypertonus, die Adipositas, die Lebervergrößerung und der Verdacht auf einen beginnenden diätetisch hervorgerufenen Diabetes mellitus. Dies ist nachvollziehbar, denn daraus resultierende Funktionsstörungen, insbesondere mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, hat weder dieser Sachverständige festgestellt, noch sind solche den vorliegenden ärztlichen Unterlagen zu entnehmen. Überhaupt findet sich lediglich im MDK-Gutachten des Arztes S vom 09. Oktober 2003 einmalig der Befund "aktuell Synkope in Verbindung mit hypertonen RR-Werten".

Dasselbe gilt für den schädlichen Gebrauch von Alkohol, der bisher noch zu keiner Alkoholerkrankung im engeren Sinne geführt hat. Bereits der Sachverständige Dr. L hat bei seiner Untersuchung vegetative Zeichen mit geröteten Bindehäuten, einem geröteten Gesicht, fahriger Motorik und einem feinschlägigen Händetremor feststellen können. Einem ebenfalls bestanden verstärkten Schwitzen, allerdings bei mehr als 25 Grad Raumtemperatur und Außentemperaturen um 30 Grad, hat er insoweit keine Bedeutung beigemessen. Die Alkoholmarker in der Leberfunktionsuntersuchung, insbesondere die relativ alkoholtypische Gamma-GT und der hochspezifische Alkoholmarker CDT sind deutlich erhöht gewesen. Der Sachverständige Prof. Dr. B hat ebenfalls die Erhöhung der Gamma-GT, das erhöhte mittlere Erythrozytenvolumen (MCV) und die Lebervergrößerung nach dem Entlassungsbericht des Reha-Zentrums B vom 14. März 2006 als typische Befunde für einen chronischen schädlichen Gebrauch von Alkohol bewertet. Im MDK-Gutachten des Arztes S vom 09. Oktober 2003 ist ebenfalls ausgeführt, eine angesprochene Alkoholproblematik werde nicht reflektiert. Der behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B erwähnt in seinem Befundbericht vom 21. Januar 2006 nunmehr ebenfalls einen Verdacht auf Alkoholabusus. Den durch keinerlei Tatsachen gestützten klägerischen Einwand, die alkoholspezifischen Leberfunktionsstörungen seien medikamentös bedingt, hat der Sachverständige Dr. L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Januar 2004 verworfen. Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. B sind die von ihm erhobenen Befunde insoweit zweifelsfrei. Es haben sich gleichwohl aus dem schädlichen Gebrauch von Alkohol noch keine wesentlichen gesundheitlichen Folgewirkungen eingestellt, so dass sowohl nach Dr. L als auch nach Prof. Dr. B eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit daraus (noch) nicht ableitbar ist.

Vielmehr wird das Leistungsvermögen auch nach Prof. Dr. B im Wesentlichen durch die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und das psychische Leiden bestimmt. Der Sachverständige hat im Bereich von Brust- und Lendenwirbelsäule einen leichten Klopfschmerz, im Bereich der Halswirbelsäule bei passiver Bewegung mit eingeschränkter Beweglichkeit ein leichtes Knirschen vorgefunden. Trotz ängstlicher Abwehrhaltung bei passiver Vorbeugung des Kopfes ist die Halswirbelsäule mit geringgradigen Einschränkungen gut beweglich gewesen. Über die bereits oben angesprochenen auffälligen neurologischen Befunde hinaus hat der Sachverständige schwach auslösbare Muskeleigenreflexe, im Bereich der oberen Extremitäten Taubheitsgefühl und Hypalgesie im Bereich der rechten Hand in den Beugeseiten der 2. bis 4. Finger, im Bereich der unteren Extremitäten links ein aufgehobenes und rechts ein mit 3/8 deutlich abgeschwächtes Vibrationsempfinden befundet. Manifeste depressive Symptome hat Prof. Dr. B nicht nachweisen können. Daraus folgt jedoch nicht, dass in der Vergangenheit nicht zeitweise eine mittelgradige depressive Episode mit entsprechenden Befunden bestand, wie aus der entsprechenden Bezeichnung der Gesundheitsstörung zum Ausdruck kommt. Während im Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Sozialmedizin P vom 27. Oktober 2001 eine unbeeinträchtigte Psyche deutlich wird, geht aus dem Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie R vom 14. November 2001 eine depressive Episode bei deutlicher Depression mit psychogen überlagerter Schmerzstörung hervor. Im Befundbericht des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B vom 23. Februar 2003 ist eine schwere rezidivierende depressive Episode angegeben, die danach im Behandlungszeitraum von November 2002 bis Februar 2003 durch medikamentöse Behandlung deutlich gebessert werden konnte. Das MDK-Gutachten des Arztes S vom 09. Oktober 2003 beschreibt den Kläger als leicht dysphorisch, untergründig depressiv mit leicht eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit und Grübelneigung bei reaktiv depressiver Störung. Dem Attest des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B vom 17. Februar 2005 ist gleichfalls ein wechselhaftes Krankheitsbild zu entnehmen. Nach dem MDK-Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. M vom 13. September 2005 war die Psyche unauffällig. Eine ausgeprägte depressive Symptomatik lag auch nach dem MDK-Gutachten der Fachärztin für Psychiatrie G vom 05. August 2005 nicht vor. Im weiteren Befundbericht des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. B vom 21. Januar 2006 findet sich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, wobei jedoch weder nähere Befunde noch genauere Zeitangaben, insbesondere über eine schwere Ausprägung gemacht werden. Im Entlassungsbericht des Reha-Zentrums vom 14. März 2006 gibt es gleichfalls keine Hinweise auf eine Depression; in psychischer Hinsicht ist der Kläger ausgesprochen klagsam und stark überlagernd wirkend gewesen. Anhaltspunkte für eine depressive Symptomatik hat schließlich auch der Sachverständige Dr. L nicht erkennen können; es hat bestenfalls eine untergründige depressive Gestimmtheit angenommen (vgl. seine ergänzende Stellungnahme vom 12. Januar 2004). Es leuchtet daher ein, wenn insbesondere der Sachverständige Prof. Dr. B einer mittelgradigen depressiven Episode, weil allenfalls zeitweilig bestehend, keine wesentliche sozialmedizinische Relevanz beigemessen hat, denn vorübergehende Beeinträchtigungen sind, wie bereits ausgeführt, für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Recht der gesetzlichen

Rentenversicherung nicht von Belang.

Ebenso wie bereits nach dem Sachverständigen Dr. L erweist sich aus psychiatrischer Sicht allein die anhaltende somatoforme Schmerzstörung insoweit als bedeutsam, als sie qualitative Leistungseinschränkungen zur Folge hat. Das für diese Diagnose u. a. erforderliche Kriterium des Vorhandenseins von emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen, mit denen die Schmerzen in Zusammenhang stehen, haben beide Sachverständige im beruflichen Bereich gesehen. Der Kläger, der sich wesentlich über Leistung definiert hat, arbeitete jahrelang in verantwortlicher und erfolgreicher Stellung. Die anscheinend völlig überraschend aus strukturellen betrieblichen Gründen erfolgte Kündigung erlebte er als tiefe Kränkung und Katastrophe, die zunächst zu einer depressiven Episode führte. Im gleichen Jahr kam die akute lumbale Schmerzsymptomatik hinzu, die nicht befriedigend behandelt werden konnte. Die Schmerzstörung erhielt damit eine anhaltende Funktionalität und mündete in einem sekundären Krankheitsgewinn, der u. a. Entschädigung durch eine Rentengewährung bedeutet. Hinzu kommt die histrionische, zur Dramatisierung und oberflächlichen Affektivität neigende Persönlichkeit, die in der Untersuchungssituation mit Aggravation einhergeht. Dies erklärt schlüssig und nachvollziehbar den von allen Sachverständigen festgestellten Widerspruch zwischen den objektivierbaren Befunden und den Schmerzlauten mit heftiger mimischer und gestischer Beteiligung bereits bei vorsichtiger Untersuchung und geringgradigen Bewegungsproben in allen Gelenkachsen, insbesondere in den Schulter-, Knie- und Hüftgelenken, aber auch der Wirbelsäule.

Der vom Kläger demonstrierte Gesundheitszustand steht im Übrigen auch nicht mit seinem Tagesablauf überein, der insbesondere keinen Hinweis auf einen sozialen Rückzug bietet. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. L hat er angegeben, nach dem Aufstehen seine (krankengymnastischen) Übungen durchzuführen, seine Frau zur Bahn zu fahren, anschließend Computerarbeiten für persönliche Belange zu machen. Den Rasen müsse er sehr vorsichtig mähen. Den Einkauf würde er zusammen mit seiner Frau machen. Er gehe auch mal zur Leichtathletik und Fußballveranstaltungen. Nach dem Entlassungsbericht des Reha-Zentrums B vom 14. März 2006 wurden Einschränkungen beim An- und Auskleiden, beim Schuhe- und Strümpfeanziehen, bei längerem Heben, beim Einkaufen, beim Treppensteigen, beim Staubsaugen, beim Fensterputzen, beim Wäscheaufhängen und bei der Gartenarbeit angegeben. Gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. B sind 30minütige krankengymnastische Übungen, häufige Arztbesuche und als Haupthobby der PC angegeben. Fußballspiele würde er noch besuchen. Daraus haben die Sachverständigen Prof. Dr. Bund Dr. L noch auf ein regelmäßiges, mindestens in leichter körperlicher Aktivität gegebenes Tätigwerden im Alltag geschlossen. All dies wäre nicht mehr möglich, wenn bereits bei geringster Bewegung die vom Kläger dargestellten unerträglichen Schmerzen auftreten würden.

Allerdings bedingt das psychische Leiden, dass besondere stressauslösende Faktoren zu vermeiden sind. Diese hat der Sachverständige Prof. Dr. B für den Senat nachvollziehbar dargestellt. Dasselbe gilt für die aus dem Zustand der Wirbelsäule und der Hände resultierenden Leistungseinschränkungen.

Darüber hinausgehende qualitative Leistungseinschränkungen sind auch nach dem Sachverständigen Dr. L nicht erforderlich.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, zugleich auch ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich folgerichtig, wie dies alle gerichtlichen Sachverständigen insoweit in Übereinstimmung mit dem Entlassungsbericht der Klinik B vom 20. November 2000, dem Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Sozialmedizin P vom 27. Oktober 2001, des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie R vom 14. November 2001 und dem Entlassungsbericht des Reha-Zentrums B vom 14. März 2006 annehmen.

Dem stehen die MDK-Gutachten des Arztes S vom 09. Oktober 2003 und des Facharztes für Chirurgie Dr. M vom 13. September 2005 nicht entgegen. Zum einen beurteilen beide MDK-Gutachten lediglich eine Arbeitsunfähigkeit.

Die im MDK-Gutachten vom 09. Oktober 2003 bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ist nach dem Sachverständigen Dr. M bezogen auf die damalige Situation angezeigt gewesen. Dieser Sachverständige verweist darauf, dass auch bei chronifizierten Leiden akute Krankheitsphasen auftreten können, die vorübergehend zu einem aufgehobenen Leistungsvermögen führen können. Von einem dauerhaft aufgehobenen Leistungsvermögen geht aber selbst dieses MDK-Gutachten nicht aus, denn es wird lediglich eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bescheinigt. Der Sachverständige Prof. Dr. B hat insoweit keine Abweichung gegenüber seiner Beurteilung gesehen. Der Sachverständige Dr. L hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Januar 2004 demgegenüber schon Zweifel daran geäußert, ob die seinerzeit erhobenen Befunde eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen können. Die nach dem MDK-Gutachten erhobenen neurologischen Befunde weichen nach Dr. L nicht von denen ab, die er selbst erhoben hat. Dies ist nachvollziehbar, denn zu Recht weist Dr. L darauf hin, dass das MDK-Gutachten keine neurologische Erkrankung, nicht einmal in Richtung einer beginnenden Polyneuropathie, ausweist. Der im MDK-Gutachten dargelegte psychische Befund, der bereits im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer depressiven Episode erörtert worden ist, ist nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. L vom 12. Januar 2004 eher dürftig, denn darüber hinaus findet sich lediglich noch der Befund einer erheblichen Somatisierungstendenz. Unabhängig von der Frage einer Arbeitsunfähigkeit ist damit jedenfalls auch nach diesem Sachverständigen ein dauerhaft eingeschränktes Leistungsvermögen nicht zu begründen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. Mai 2007 hat der Sachverständige Prof. Dr. B gleichermaßen auf die genannten Erwägungen des Sachverständigen Dr. M abgehoben.

Ein lediglich vorübergehend schlechterer Gesundheitszustand ist ebenfalls für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im MDK-Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. M vom 13. September 2005 verantwortlich. Dabei ist der psychische Zustand nicht wesentlich gewesen, denn insoweit auffällige Befunde werden dort nicht angegeben. Dies steht im Einklang mit dem MDK-Gutachten der Fachärztin für Psychiatrie G vom 05. August 2005. Ausschlaggebend war vielmehr das Auftreten akuter neurologischer Ausfälle der Lendenwirbelsäule betreffend, die jedoch, wie bereits oben im Zusammenhang mit dem Bestehen einer Ischialgie erörtert, behandlungsfähig sind und daher das Leistungsvermögen nur vorübergehend beeinträchtigen. Der Sachverständige Dr. M hat dementsprechend bezogen auf dieses MDK-Gutachten keine bedeutsamen Abweichungen hinsichtlich der Beurteilung der Defizite des Haltungs- und Bewegungsapparates erkennen können.

Soweit der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychoanalyse Dr. Bin seinem Attest vom 17. Februar 2005 ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich bescheinigt hat, ist dies nach den Sachverständigen Dr. L (vgl. seine ergänzende Stellungnahme vom 17. März 2005) und Prof. Dr. B mangels Begründung nicht nachvollziehbar. Die dort ausgewiesene Verschlechterung ist nicht festzustellen, was

nicht ausschließt, dass es vorübergehend zu derartigen Verschlechterungen kommt, wie bereits oben ausgeführt. Damit hat Dr. B das Leistungsvermögen wohl lediglich in den genannten vorübergehenden schlechteren Krankheitsphasen bewertet. Dies rechtfertigt zwar die Annahme von Arbeitsunfähigkeit, nicht jedoch von Erwerbsminderung im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Übrigen hat sich Dr. B in seinem Befundbericht vom 23. Februar 2003, in dem ein solch vorübergehender schlechterer psychischer Gesundheitszustand beschrieben wird, noch deutlich zurückhaltender geäußert, denn eine zeitliche Begrenzung des Leistungsvermögens wird nicht genannt; es wird lediglich mitgeteilt, der Kläger sei einer neuen Arbeitsstelle mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr gewachsen.

Veranlassung zur weiteren Sachverhaltsaufklärung sieht der Senat im Hinblick auf den Schriftsatz des Klägers vom 29. Januar 2008 nicht. Ein Bluthochdruck, ein (Verdacht auf) Diabetes und ein erhöhtes Cholesterin (vgl. wegen letztgenannter Gesundheitsstörung den Befundbericht der Ärztin für Allgemeinmedizin L - vom 18. November 2002) sind bekannt. Daraus haben die Sachverständigen weder Funktionsstörungen noch Leistungseinschränkungen abgeleitet. Der Kläger hat zwar eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes wegen dieser Leiden nicht ausgeschlossen. Er hat jedoch weder neue Befunde noch Funktionsstörungen behauptet. Angesichts dessen bietet nicht einmal das klägerische Vorbringen selbst konkrete Anhaltspunkte für eine Verschlechterung.

Mit den festgestellten Leistungseinschränkungen kann der Kläger als Diplomingenieur arbeiten.

Aus der beigezogenen berufskundlichen Literatur (BIK BO 601) ergibt sich, dass Ingenieure des Maschinenbaus körperlich leichte Arbeit vorwiegend in geschlossenen Räumen, abwechselnd im Gehen, Stehen und Sitzen verrichten, zum Teil Lärm ausgesetzt sind, wobei u. a. Flexibilität, Verantwortungsbewusstsein, Konzentrationsfähigkeit verlangt werden.

Diesem Belastungsprofil wird der Kläger gerecht. Er darf zwar nicht Lärm ausgesetzt sein. Dies ist jedoch nicht hinderlich, denn, wie aus der berufskundlichen Literatur hervorgeht, kommt dies nur bei einem Teil der in Frage kommenden Arbeitsplätze vor. Außerdem wird von einem solchen Ingenieur auch Flexibilität verlangt. Diese ist beim Kläger jedoch noch vorhanden, denn lediglich Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die Umstellungsfähigkeit (geistige Flexibilität) ist er nicht mehr gewachsen. Wenn die Sachverständigen Dr. M und Prof. Dr. B wie übrigens auch auf der Grundlage des Arbeitszeugnisses der Siemens AG vom 31. Januar 1997 der Sachverständige Dr. L, somit zu der Einschätzung gelangt sind, der Kläger könne als Diplomingenieur noch mindestens sechs Stunden täglich 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.

Teilweise Erwerbsminderung, insbesondere Berufsunfähigkeit, liegt damit nicht 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.

Damit kommt der Kläger für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsplatz in Betracht. Der Benennung einer konkreten Tätigkeit bedarf es daher nicht. Soweit hier gleichwohl die Tätigkeit eines Pförtners, einer Bürohilfskraft und eines Versandfertigtmachers als zumutbare Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes angeführt wird, erfolgt dies lediglich zur weiteren Verdeutlichung der für den Kläger noch bestehenden Möglichkeiten, sein Leistungsvermögen in Erwerbsarbeit umzusetzen. Den genannten Tätigkeiten ist der Kläger gesundheitlich gewachsen.

Der Ausschluss von Nachtschicht steht der Tätigkeit eines Pförtners nicht entgegen, wie der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Februar 2000 zu entnehmen ist. Der Ausschluss von Zwangshaltungen hindert nicht die Ausübung einer Tätigkeit als Bürohilfskraft, insbesondere als Poststellenmitarbeiter, wie die Auskunft des Arbeitsamts Frankfurt (Oder) vom 01. November 1999 ergibt. Die Sachverständigen Dr. M und Prof. Dr. B haben daher zutreffend solche Tätigkeiten als zumutbar angesehen. Soweit sie allerdings eine Tätigkeit als Versandfertigtmacher ausgeschlossen haben, vermag der Senat nicht zuzustimmen, denn sie haben dies mit dem Erfordernis auch mittelschwerer Arbeit mit zeitweisem schweren Heben und Tragen und mit teilweisen Zwangshaltungen begründet. Solche Belastungen fallen jedoch nicht generell an. Sie kommen insbesondere nicht bei den Aufgaben eines Versandfertigtmachers vor, die in den berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 01./24. November 2002 und 14. Januar 2005 beschrieben werden.

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

2008-04-03