

L 22 R 1242/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 31 RJ 1113/04
Datum
05.07.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 1242/06
Datum
03.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 05. Juli 2006 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung ab 01. Dezember 2003.

Die 1953 geborene Klägerin, die von April 1970 bis März 1973 nach ihren Angaben eine abgeschlossene Ausbildung zur Damenschneiderin absolvierte, war zuletzt von Februar 1979 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 13. Oktober 2003 als Reinigungskraft beschäftigt.

Im November 2003 beantragte die Klägerin wegen andauernder Traurigkeit, Halswirbelsäulen-, Schulter- und Rückenschmerzen sowie Migräne Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen bei und holte das Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Psychotherapie Dr. T vom 28. Januar 2004 ein.

Mit Bescheid vom 04. Februar 2004 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab: Trotz depressiver Entwicklung, eines Cluster-Kopfschmerzes, eines degenerativen Lumbalsyndroms bei Bandscheibenprotrusion L 4/5, eines Hörsturzes links 1994 mit verbleibender Hörminderung und Tinnitus, einer operativ behandelten chronisch venösen Insuffizienz beider Beine und einer substituierten Hypothyreose könnten noch Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt werden.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch zog die Beklagte weitere ärztliche Unterlagen bei und veranlasste das Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Sozialmedizin P vom 05. Mai 2004.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Mai 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Mit den festgestellten Gesundheitsstörungen, auch einem pseudoradikulären Lumbalsyndrom bei Spondylarthrose, einer Cervikalneuralgie und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne die Klägerin mindestens sechs Stunden täglich leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen bei zeitweisem Stehen und Gehen, ohne Überkopfarbeiten, Armvorhalt, Nässe, Kälte, Zugluft, starke Temperaturschwankungen, besondere Anforderungen an das Hörvermögen auf dem zumutbaren allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten, so dass nicht entscheidungserheblich sei, ob die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft noch ausgeübt werden könne. Dagegen hat die Klägerin am 16. Juni 2004 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Sie hat vorgetragen, nicht mehr in der Lage zu sein, eine Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert zu verrichten. Neben einer Bing-Horton'schen Erkrankung mit Attacken über mehrere Tage leide sie seit mehreren Jahren an rezidivierenden depressiven Phasen. Insbesondere nach dem Tod des Ehemannes im Januar 2004 habe sich der psychische Zustand dramatisch verschlechtert. Die Klägerin habe sich massiv aus ihrer sozialen Umwelt zurückgezogen. Ihr fehle der Lebensantrieb. Das Clustersyndrom habe sich in den letzten Monaten massiv gehäuft. Das Beinleiden sei anhaltend und trete vermehrt auf. Der Tinnitus hindere sie am Einschlafen. Es sei eine Mitralklappeninsuffizienz diagnostiziert worden. Die ärztlichen Berichte machten deutlich, dass sie sowohl auf orthopädischem als auch auf psychiatrischem Gebiet nicht mehr in der Lage sei, drei Stunden täglich zu arbeiten. Zudem bestehe eine ausgeprägte Somatisierungstendenz mit diffusen Gelenkbeschwerden, Schwindel und allgemeiner körperlicher Schwäche. Wegen der schweren Depression sei keine Umstellungsfähigkeit mehr gegeben.

Die Klägerin hat verschiedene ärztliche Unterlagen, u. a. das vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstattete

Gutachten des Arztes S vom 08. März 2005, vorgelegt. Das Sozialgericht hat den Befundbericht der Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 27. April 2005 eingeholt sowie verschiedene ärztliche Unterlagen, insbesondere aus der beigezogenen Schwerbehindertenakte, u. a. das MDK-Gutachten des Dr. R vom 25. August 2004, sowie den Entlassungsbericht der B B vom 30. November 2004 über eine vom 14. Oktober bis 25. November 2004 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme beigezogen. Es hat außerdem Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten der Ärztin für Psychiatrie G vom 22. März 2006.

Die Klägerin hat um Erläuterung des Begriffes der zumutbaren Willensanstrengung gebeten, auf extreme Angstzustände hingewiesen und weitere ärztliche Unterlagen, insbesondere den Kurzbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité B vom 21. Februar 2006 vorgelegt.

Mit Urteil vom 05. Juli 2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Die Klägerin könne zwar nicht als Reinigungskraft arbeiten. Sie sei jedoch noch in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auch zumutbar ausgehend von diesem Beruf, sechs Stunden täglich tätig zu sein. Die Sachverständige G habe nachvollziehbar beschrieben, dass eine Dysthymia vorliege, die in der Vergangenheit dekompenziert sei. Es habe sich nach dem Tod des Ehemannes im Jahre 2004 eine verlängerte Trauerreaktion entwickelt. Zwischenzeitlich sei die Dysthymia nur noch von einer leichten depressiven Episode mit plötzlich auftretenden Ängsten begleitet. Wesentliche Änderungen seien nicht erkennbar. Der Kurzbericht der Charité vom 21. Februar 2006, der nur 12 Tage nach der Untersuchung durch die Sachverständige G erstellt worden sei, lasse trotz Diagnose einer schweren depressiven Episode eine Verschlechterung nicht erkennen. Die leicht reduzierte Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit stehe der Ausübung körperlich leichter Arbeiten nicht entgegen.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 11. August 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 23. August 2006 eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie meint, die Sachverständige habe sich nicht mit der Frage auseinandergesetzt, ob sie noch für andere Tätigkeiten anpassungs- und umstellungsfähig sei. Auch wenn die depressive Symptomatik habe reduziert werden können, sei das psychiatrische Leiden nicht beseitigt. Nach wie vor besuche die Klägerin das Grab ihres Ehemannes dreimal täglich. Das Sozialgericht habe sich zudem mit der Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen auseinandersetzen müssen. Die Klägerin könne nicht an einem Rechner arbeiten. Sie leide unter Tinnitus. Hinzu komme ein krampfartig auftretender Cluster-Kopfschmerz. Längeres Sitzen sei aufgrund der Nervenwurzelreizerscheinungen nicht möglich. Die Beweglichkeit des Halses sei schmerzhaft eingeschränkt. Bei Bewegung verspüre die Klägerin Schmerzen in den Ellenbogen mit nachfolgender Taubheit und Kribbeln in den Fingern. Angstgefühle träten plötzlich auf. Die Klägerin hat den Bericht der Radiologin Harms vom 08. August 2006 vorgelegt, aus dem sich eine Bandscheibenprotrusion bei C 5/6 ergibt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 05. Juli 2006 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 04. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2004 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung ab 01. Dezember 2003 zu gewähren und die höhere Rente zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie weist unter Vorlage des Gutachtens der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006 darauf hin, dass ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Bescheid vom 27. Oktober 2006 abgelehnt worden sei, da die Klägerin noch über ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich für leichte Tätigkeiten verfüge.

Der Senat hat die Befundberichte des Arztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. P vom 04. Januar 2007, der Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 06. Januar 2007, des Arztes für Orthopädie und Sportmedizin Dr. G vom 03. Januar 2007, des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren (HNO) Dr. R vom 08. Januar 2007 und des Arztes für Augenheilkunde Dr. G vom 06. Februar 2007 eingeholt sowie aus der Schwerbehindertenakte verschiedene Unterlagen beigezogen. Die Klägerin hat außerdem ein Audiogramm des Facharztes für HNO Dr. R übersandt. Nachdem der Senat Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Pförtner (BO 793) und zum Versandfertigmacher (BO 522) sowie Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des ML vom 14. Februar 2000 zum Pförtner und vom 01./24. November 2002 und vom 14. Januar 2005 zum Versandfertigmacher beigezogen hatte, hat er die Sachverständige G ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 13. Juni 2007 und 20. September 2007), den weiteren Befundbericht des Facharztes für HNO Dr. R vom 06. Dezember 2007 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 17. Januar 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 28. Februar 2008.

Die Klägerin meint, ihre Beschwerden in psychischer Hinsicht beinhalteten starke Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen, die in Richtung Migräne gingen und sich auch auf ihre Sehkraft auswirkten. Infolge angegriffener Bandscheiben habe sie extreme Schmerzen. Wegen der Fehlstellung ihres zweiten Halswirbels sei es zu starken Beeinträchtigungen ihres rechten Ohres gekommen. Mit den bestehenden Einschränkungen werde sie von keinem Arbeitgeber eingestellt, unabhängig davon, dass sie wegen der Schmerzen auch gar nicht arbeiten könne.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 98 bis 116, 252 bis 256, 270 bis 272, 291 bis 324 und 329 bis 331 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 04. Februar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2004 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, denn das Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

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

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind und weitere - beitragsbezogene - Voraussetzungen erfüllen. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)). Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

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

Die Klägerin ist hiernach weder voll noch teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig. Sie kann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt insbesondere als Pförtnerin und Versandfertigtmacherin mindestens drei bzw. sechs Stunden täglich tätig sein.

Es kann hierbei dahinstehen, ob die Klägerin als Reinigungskraft arbeiten kann, denn ein Berufsschutz, der im Übrigen von der Klägerin selbst nicht geltend gemacht wird, kommt ihr hinsichtlich dieses Berufes nicht zu. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass zu dessen vollwertiger Ausübung eine Anlernzeit von drei Monaten erforderlich gewesen sein könnte. Nach dem vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Mehrstufenschema (vgl. dazu BSG, [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#) m.w.N.) gehört die Klägerin somit der Gruppe des ungelernten Arbeiters an und kann ohne Benennung einer Verweisungstätigkeit auf den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden.

Das Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken. Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. Bund G.

Nach Dr. B bestehen mäßige degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die zu gelegentlichen muskulären Reizerscheinungen führen können.

Eine Cervikobrachialgie, ein so genanntes C-7-Syndrom (eine von Halswirbelsäulenveränderungen ausgehende sensible radikuläre Symptomatik), ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bzw. eine Lumboischialgie sowie polyarthrotische Veränderungen an den Schulter-, Hüft- und Kniegelenken sowie eine Fingergelenksarthrose hat dieser Sachverständige ausgeschlossen.

Dies ist im Wesentlichen nachvollziehbar. Eine Fingergelenksarthrose wird in vorliegenden ärztlichen Berichten nicht erwähnt. Dasselbe gilt für polyarthrotische Veränderungen an den Kniegelenken. Die Diagnose einer Polyarthrose findet sich einmalig im MDK-Gutachten des Arztes S vom 08. März 2005, ohne dass diese Diagnose mit entsprechenden Befunden belegt wird. Die diffusen Gelenksbeschwerden werden vielmehr dem Verdacht auf eine ausgeprägte Somatisierungstendenz zugeordnet. Die Leiden Coxarthrose beidseits und Arthrosen im Bereich der Schulterregion beidseits sind ebenfalls nur einmalig im Befundbericht des Arztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. P vom 04. Januar 2007 erwähnt, wobei gleichfalls dies belegende Befunde fehlen. Nach dem Bericht der Radiologen Dres. V und M vom 21. Februar 2005 sind die von der Klägerin insoweit geklagten Beschwerden "im Sinne möglicherweise einer künftigen Coxarthrose" eingeordnet worden.

Befunde, die eine Cervikobrachialgie oder eine Lumboischialgie (so Attest des Arztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. P vom 08. Dezember 2003, Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006 und Befundbericht des Arztes für Orthopädie und Sportmedizin Dr. G vom 03. Januar 2007) belegen könnten, werden auch in den genannten ärztlichen Unterlagen nicht beschrieben. Wie der Sachverständige Dr. Bausgeführt hat, werden im Gutachten vom 20. Oktober 2006 ohne genauere Präzisierung leichtgradige Bewegungsminderungen von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei neurologisch unauffälligem Befund benannt. Angesichts des Fehlens neurologischer Ausfallerscheinungen hat Dr. B daher zutreffend eine Lumboischialgie als nicht nachgewiesen angesehen. Dies steht auch in Einklang mit dem Gutachten des Chirurgen und Sozialmediziners P vom 05. Mai 2004, worauf Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2008 hingewiesen hat, wonach bei physiologischem Achsenorgan nur eine leichte Fehllage von Brust- und Lendenwirbelsäule vorgefunden wurde. Das dort bezeichnete pseudoradikuläre Lumbalsyndrom kann daher im Sinne der von Dr. B angenommenen lumbalen Reizerscheinungen gewertet werden. Dasselbe gilt für die im bereits angesprochenen Gutachten vom 20. Oktober

2006 genannten Cervikobrachialgien, die von Dr. B als cervikale Reizerscheinungen bewertet werden.

Die diagnostische Erfassung der Befunde des Stütz- und Bewegungsapparates, also der Wirbelsäule und der großen Gelenke durch Dr. B, steht, wie dieser Sachverständige unter Bezugnahme auf das Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Psychotherapie Dr. T vom 28. Januar 2004 und des Entlassungsberichts der B Klinik B vom 30. November 2004 ausgeführt hat, damit in Übereinstimmung. Der Senat ist angesichts dessen davon überzeugt, dass die von Dr. B benannten Diagnosen den insoweit bestehenden Gesundheitszustand zutreffend wiedergeben.

Allerdings erscheint es auf der Grundlage des Gutachtens der weiteren Sachverständigen G möglich, dass ein C 7-Syndrom rechts und ein lumboischialgieformes Schmerzsyndrom, wie von dieser Sachverständigen diagnostiziert, jedenfalls zeitweilig aufgetreten ist und auftreten kann. Die Sachverständige G hat die lumboischialgieformen Beschwerden auf Nervenwurzelirritationen im Bereich der Lendenwirbelsäule zurückgeführt und insoweit auf eine Computertomografie der Lendenwirbelsäule (Bericht der Fachärztin für Radiologie A vom 17. September 2001) abgestellt, die eine Vorwölbung der Bandscheibe L 4/5 links hin zum Grenzbefund eines Diskusprolapses zeigte. Trotz dieses Befundes darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass weder im Bericht der Fachärzte für Neurochirurgie Dr. B u. a. vom 01. Oktober 2001 (mangels radikulärer Beschwerden) noch im Attest des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. G vom 26. Oktober 2001 die Diagnose einer Lumboischialgie gestellt wurde. Diese Diagnose erscheint erstmalig in der MDK-Stellungnahme der Ärztin Dr. L vom 31. Oktober 2001 bei einem Befund Lasègue rechts 70 Grad. In der nachfolgenden MDK-Stellungnahme der Ärztin Z vom 23. November 2001 wird jedoch anstelle dieser Diagnose bei endgradig positivem Lasègue rechts und einer Hypästhesie im Bereich des rechten Beines die Diagnose eines Lendenwirbelsäulensyndroms angegeben. Die Sachverständige G hat bei ihrer Untersuchung einen Lasègue beidseits bei 45 Grad erhoben. Neurologische Ausfallerscheinungen sind auch von dieser Sachverständigen nicht festzustellen gewesen. Die Sachverständige G hat jedoch im Bereich der Halswirbelsäule eine Hypästhesie und Hypalgesie im Dermatome C 7 rechts befundet, woraus sie erstmals die Diagnose eines C 7-Syndroms rechts gestellt hat. Der Sachverständige Dr. B ist in seinem Gutachten darauf ausdrücklich eingegangen und hat diese Diagnose nicht für nachvollziehbar gehalten. Ob dieser Ansicht zu folgen ist, kann dahinstehen. Es lässt sich jedenfalls nicht feststellen, dass es sich insoweit um ein Leiden handelt, das von Dauer war. Der Sachverständige Dr. B hat bei seiner Untersuchung entsprechende sensible Empfindungsstörungen nicht erheben können. Der Bericht der Fachärztin für Radiologie H vom 08. August 2006 benennt als Ergebnis einer Computertomografie der Halswirbelsäule ausschließlich eine Bandscheibenprotrusion bei C 5/6, aber weder eine Spinalkanalstenose noch eine wesentliche Einengung der Foramina intervertebralia, so dass Dr. B gestützt auf diese radiologische Untersuchung eine Ursache für eine Nervenwurzelreizsymptomatik nicht hat erkennen können. Der Befundbericht der behandelnden Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 06. Januar 2007 weist gleichfalls ein C 7-Syndrom nicht aus. Angesichts dessen, dass auch die Sachverständige G keine wesentlichen neurologischen Ausfallerscheinungen erhoben hat, kommt weder dem C 7-Syndrom rechts noch dem lumboischialgieformen Schmerzsyndrom wesentliche, das Leistungsvermögen einschränkende Bedeutung zu, zumal beide Leiden nur zeitweilig bestanden haben. 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.

Nach dem Sachverständigen Dr. B liegen über die genannten Leiden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule hinaus noch eine Hypothyreose bei abgelaufener Autoimmunthyreoiditis, ein Zustand nach chronisch venöser Insuffizienz beider Beine, eine Mitralklappen- und Tricuspidalklappeninsuffizienz, eine Fettstoffwechselstörung, eine Leukozytose, ein Leberparenchymschaden, Reinke-Ödeme beidseits sowie eine Schwerhörigkeit beidseits und ein Tinnitus links vor.

Diese Leiden sind, abgesehen vom Hörschaden, für das Leistungsvermögen nicht wesentlich, wie der Sachverständige Dr. B dargelegt hat. Die Schilddrüsenfunktionsstörung ist medikamentös mittels Substitutionstherapie behandelt (vgl. Berichte des Arztes für Nuklearmedizin Dr. I vom 14. Februar 2002 und vom 05. Dezember 2002, Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Psychotherapie Dr. T vom 28. Januar 2004). Die ehemals bestandene Stammvarikosis der Vena saphena magna rechts und die Seitenastvarikosis beidseits wurde im September 2002 durch Chrossektomie und Stripping der Vena saphena magna rechts sowie durch Seitenastextirpation beidseits (Epikrise der DRK-Kliniken Mark Brandenburg vom 03. September 2002) therapiert. Verbleibende Funktionsstörungen hat weder der Sachverständige Dr. B, der bei seiner Untersuchung lediglich eine dezente, verbleibende oberflächliche retikuläre vermehrte Venenzeichnung befundet hat, festgestellt, noch gehen solche Funktionsstörungen aus den vorliegenden ärztlichen Berichten hervor. Die Mitralklappen- und Tricuspidalklappeninsuffizienz, erstmals genannt im Bericht des Arztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. P vom 15. März 2004, ist geringgradig und hämodynamisch nicht relevant. Eine dynamische Stressechokardiografie zeigte bei einer schrittweisen Belastung bis 100 Watt über jeweils 2 Minuten eine altersentsprechende Ausbelastung ohne Hinweise auf eine koronare Ischämie (Bericht des Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie H vom 09. Juli 2004). Nach dem Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006 erbrachte die ergometrische und echokardiologische Untersuchung gleichfalls keine Hinweise für eine Ischämie oder für eine pulmonal arterielle Druckerhöhung infolge der genannten Klappeninsuffizienz. Der Bericht des Arztes für Innere Medizin und Kardiologie M vom 10. Dezember 2006 weist dieselben Ergebnisse aus. Die Fettstoffwechselstörung, die Leberstoffwechselstörung (Leberparenchymschaden) und die Leukozytose sind nach Dr. B laborchemisch allenfalls geringgradig. Daraus resultierende Funktionsstörungen werden selbst im Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006, welches diese Diagnosen erstmalig aufführt, nicht beschrieben. Das nach dem Befundbericht des Facharztes für HNO Dr. R vom 06. Dezember 2007 bestehende Reinke-Ödem beidseits bei Nikotinabusus ist nach Dr. B nicht schwerwiegend, da bei seiner Untersuchung eine Sprachstörung oder Störung der Phonation bei regelrechter Stimmlage nicht nachweisbar gewesen ist. Der genannte Befundbericht lässt ohnehin darauf schließen, dass der betriebene Nikotinabusus für dieses Leiden ursächlich ist.

Der Sachverständige Dr. B hat eine schwerwiegende Schwerhörigkeit ausgeschlossen, da bei seiner Untersuchung die normale Umgangssprache verständlich gewesen ist. Bereits die Sachverständige G hat bei ihrer Untersuchung eine Hörminderung nicht feststellen können. Gleiches ergibt sich aus dem Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Psychotherapie Dr. T vom 28. Januar 2004. Lediglich im Gutachten der Ärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006 wird auf ein auch bei der Umgangssprache leicht eingeschränktes Hörvermögen hingewiesen. Anhaltspunkte für einen beidseitigen Hörverlust durch Schallleitungsstörung, wie im Befundbericht des Arztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. P vom 04. Januar 2007 niedergelegt, gibt es nicht. Der Facharzt für HNO Dr.

R hat die aus dem Zustand nach Hörsturz links 1994 mit verbliebener Innenohrschwerhörigkeit links und Tinnitus links resultierenden Funktionsstörungen mit Schlafstörungen und Konzentrationsschwäche bezeichnet.

Es ist jedoch aufgrund dieses Hörschadens nachvollziehbar, wenn Dr. B deswegen Arbeiten mit dauerhaften Anforderungen an das Gehörvermögen und unter Lärm ausgeschlossen hat.

Nach diesem Sachverständigen kann die Klägerin im Übrigen leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten in wechselnden Körperhaltungen, aber auch längere Zeit im Sitzen, Gehen und Stehen, überwiegend in geschlossenen Räumen, im Freien nur unter Witterungsschutzbedingungen, ohne Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft, ohne ständige Zwangs- und überwiegend einseitige Körperhaltungen, ständige Leiter- und Gerüstarbeit, ständiges Bücken, ständige Überkopparbeiten sowie Heben und Tragen von Lasten über 15 kg verrichten. Dies ist bedingt durch die Hals- und Lendenwirbelsäulenveränderungen nachvollziehbar. Ob die Klägerin, wie von Dr. Bausgeführt, auch Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkordarbeiten und Arbeiten in Nachtschicht aus orthopädisch-chirurgischer Sicht nicht mehr ausführen kann, kann offen bleiben, denn diese Leistungseinschränkungen sind jedenfalls nach der Sachverständigen G gegeben.

Bei seiner Untersuchung hat Dr. B weder im Bereich der Hals- noch Lendenwirbelsäule oder der Gelenke der unteren und oberen Extremität schwerwiegende, funktionell einschränkende Befunde vorgefunden. Die Prüfung des Finger-Boden-Abstandes hat einen Wert von 11 cm ergeben, wobei dann lumbale Reizerscheinungen angegeben worden sind. Das Kreuz- und Steißbein sind mäßig klopfschmerzhaft gewesen. Beim Einfüßlerstand, bei Zehen- und Fersengang und -stand beidseits ist eine leichte Unsicherheit demonstriert worden. Es hat sich ein mäßiger Senk-, Spreizfuß beidseits und eine mäßige Halux-valgus-Bildung beidseits gefunden. Im Übrigen sind die Bewegungsexkursionen der Halswirbelsäule als subjektiv schmerzhaft, die Nacken- und Schultergürtelmuskulatur als subjektiv druckempfindlich und die Dornfortsätze im Bereich der Halswirbelsäule als subjektiv klopfschmerzhaft angegeben worden. Daneben hat die Klägerin Beschwerden in den Schultergelenken, den Ellenbogengelenken, am linken Hüftgelenk und in beiden Kniegelenken angegeben, die sich jedoch nicht auf entsprechende somatische Befunde haben zurückführen lassen. Die Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule hat eine geringfügige Steilstellung, die der Lendenwirbelsäule eine geringfügige Schrägstellung mit degenerativen Veränderungen am 2. und 3. Lendenwirbelkörper und die des Beckens eine vermehrte Sklerose der Hüftpfanne gezeigt. Die Röntgenuntersuchungen des rechten Schultergelenkes, des linken Hüft- und des linken Kniegelenkes sind unauffällig gewesen. In neurologisch-psychiatrischer Hinsicht hat die Klägerin einen subdepressiven Eindruck vermittelt. Subjektiv empfundene Konzentrationsschwächen sind bei der Untersuchung nicht festzustellen gewesen. Es haben sich Zeichen einer allgemeinen vegetativen Übererregbarkeit gezeigt. Die Klägerin ist deutlich beschwerdebetont gewesen.

Die von Dr. B erhobenen Befunde machen deutlich, dass eine besondere Beanspruchung der Wirbelsäule nicht mehr in Betracht kommt. Die von diesem Sachverständigen genannten Leistungseinschränkungen tragen diesem Zustand Rechnung. Die genannten Witterungseinflüsse sind als schmerzverstärkende Einwirkungen zu vermeiden.

Nach der Sachverständigen G bestehen außerdem eine Dysthymia, eine leichte depressive Episode, eine Panikstörung und ein Cluster-Klopfschmerz. Auf das C 7-Syndrom rechts und das lumboschialgieforme Schmerzsyndrom ist bereits oben eingegangen worden. Wenn die Sachverständige infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, die Klägerin könne noch geistige Arbeiten außer schwierigen geistigen Arbeiten, - wie in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 20. September 2007 klargestellt - auch Arbeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit sowie die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit ohne Arbeiten mit Wechsel- oder Nachtschichten sowie unter Zeitdruck verrichten, ist dies aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar. Die weiteren von ihr genannten Einschränkungen (körperlich leichte Arbeit in geschlossenen Räumen ohne Einfluss extremer klimatischer Bedingungen, im Wechsel der Haltungsarten, ohne einseitige Belastungen, ohne Zwangshaltungen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Leiter- und Gerüstarbeiten) resultieren nach ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 13. Juni 2007 und 20. September 2007 aus dem lumboschialgieformen Schmerzsyndrom und dem C 7-Syndrom rechts. Soweit die Sachverständige G daraus gegenüber dem Sachverständigen Dr. B stärkere Leistungseinschränkungen ableitet (nur körperlich leichte Arbeiten statt körperlich leichte und mittelschwere Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten nicht über 5 kg statt nicht über 15 kg) mag dies für den Fall einer akuten Exazerbation, also zeitweilig vorübergehend zutreffen; eine dauerhafte Beschränkung des Leistungsvermögens insoweit lässt sich, wie oben dargelegt, aus diesen beiden Gesundheitsstörungen jedoch nicht begründen. Gleichwohl unterstellt der Senat zugunsten der Klägerin, dass die genannten stärkeren Leistungseinschränkungen gegeben sind.

Eine Anpassungsstörung, also nach der Sachverständigen G ein Zustand von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, der die sozialen Funktionen und Leistungen behindern und während eines Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftritt, wie einmalig im MDK-Gutachten der Ärztin Dr. R vom 25. August 2004 bezeichnet, mag nach deren ergänzender Stellungnahme vom 13. Juni 2007 seinerzeit bestanden haben, denn die damalige depressive Stimmung ist als Reaktion auf den Tod des Ehemannes im Januar 2004 zu werten gewesen. Die weiterhin gegebene leichte depressive Symptomatik muss nach dieser Sachverständigen jedoch zwischenzeitlich als leichte depressive Episode bewertet werden. Dies erscheint einleuchtend, denn die Diagnose einer Anpassungsstörung wurde seither von keinem anderen Arzt - offensichtlich weil sie nicht mehr zutrifft - gestellt.

Eine Somatisierungsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung hat die Sachverständige G ausgeschlossen. Diese Diagnosen finden sich außer im genannten MDK-Gutachten der Ärztin Dr. R vom 25. August 2004 im Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Sozialmedizin P vom 05. Mai 2004, wobei dort allerdings lediglich pauschal auf eine psychische Komponente hingewiesen wird, sowie im Bericht der Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 03. Dezember 2003 ("zeitweise Somatisierungsstörung") und im Befundbericht letztgenannter Ärztin vom 27. April 2005 neben der Diagnose einer Depression. In weiteren Berichten bzw. Befundberichten der Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 16. April 2004 und 06. Januar 2007 wird hingegen in Übereinstimmung mit weiteren ärztlichen Berichten, soweit diese das psychische Leiden beurteilen, von rezidivierenden depressiven Phasen bzw. einer Depression gesprochen. Nach der ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen G vom 13. Juni 2007 gehören zu einer Depression somatische Symptome, so dass ein vermehrtes Klagen über körperliche Beschwerden der Depression zuzuordnen ist. Hinweise dafür, dass die Klägerin an der Idee der körperlichen Genese solcher Symptome entgegen Erkenntnissen und Erklärungen von Ärzten festgehalten hat oder festhält, hat die Sachverständige weder bei ihrer Untersuchung noch aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen entnehmen können.

Wesentlich für die genannten Leistungseinschränkungen ist das psychische Leiden, wie es sich nach dem psychopathologischen Befund

darstellt. Bei der Untersuchung durch die Sachverständige G ist die Stimmung zwar niedergeschlagen und die affektive Stimmungsfähigkeit etwas reduziert gewesen. Die Klägerin hat gelegentlich beim Bericht leidvoller Inhalte geweint. Das Konzentrationsvermögen ist subjektiv als eingeschränkt empfunden worden, was objektiv jedoch nicht festzustellen gewesen ist, denn die gestellten Aufgaben zur Prüfung der Konzentration hat die Klägerin langsam, aber richtig bewältigt. Die Klägerin hat von gelegentlichem Grübeln berichtet sowie darüber, sich eine Aufgabe suchen zu wollen. Gelegentlich komme es zu Angstanfällen ohne Auslöser mit vegetativer Begleitsymptomatik. Ein schwerwiegendes psychisches Leiden hat die Sachverständige danach nicht erkennen können. Bei der Dysthymia handelt es sich um eine depressive Neurose der älteren diagnostischen Systeme, bei der der Affekt eher subdepressiv ist, ohne das Ausmaß einer leichten depressiven Episode zu erreichen. Über die Dysthymia hinausgehend finden sich bei der Klägerin zwar Symptome einer depressiven Störung, die jedoch nach der Sachverständigen als leicht zu bewerten sind. Dies wird durch die von der Klägerin geschilderte aktuelle Lebenssituation und ihren Tagesablauf bestätigt. Danach hat sie weiterhin Kontakt zu zwei Bekannten; auch ehemalige Nachbarn besuchen sie. Nach dem erstmaligen morgendlichen Aufstehen zwischen 04.00 und 05.00 Uhr macht sie sich eine Tasse Kaffee und raucht eine Zigarette. Sie legt sich dann wieder hin. Nach dem erneuten Aufstehen macht sie ein bisschen Fußtraining, geht nach dem Abwasch spazieren, sofern sie keine Arzttermine wahrzunehmen oder andere Dinge zu erledigen hat. Gelegentlich besucht sie mit einem Bekannten den Markt. Jeden zweiten Tag besucht sie das Grab ihres Mannes für ca. 10 oder 15 Minuten. Nachmittags beschäftigt sie sich gern mit so genannten Kratzbildern. Den Haushalt erledigt sie Stück für Stück. Nachmittags geht sie erneut spazieren. Sie beschäftigt sich auch mit Lesen. Der Rentenantrag sei seinerzeit gestellt worden, um Zeit zu haben, ihren Ehemann zu pflegen.

Die bei der Klägerin vorliegenden depressiven Syndrome zwingen dazu, besondere Anforderungen an die Psyche zu vermeiden. Die von der Sachverständigen aufgeführten Leistungseinschränkungen nehmen hierauf Rücksicht und erweisen sich somit als schlüssig. Leistungseinschränkungen wegen der gelegentlich auftretenden Panikstörung oder dem Clusterkopfschmerz hat diese Sachverständige nicht gesehen. Dies leuchtet wegen des nur vorübergehenden Zustandes ein. Die Sachverständige G hat unabhängig davon die geschilderten Kopfschmerzanfälle als nicht ganz typisch für einen Cluster-Kopfschmerz gehalten. Der Befundbericht des Arztes für Augenheilkunde Dr. G vom 06. Februar 2007 deutet gleichfalls darauf hin. Die mit einem Cluster-Kopfschmerz - so die Sachverständige - einhergehende Rötung der Augen und der Gesichtshaut, Tränenfluss und Nasensekretion können auch mit einem chronischen Reizzustand der Bindehaut einhergehen, weswegen offensichtlich dieser Augenarzt die Diagnosen Cephalgien und chronische Konjunktivitis gestellt hat. Dies kann letztlich dahinstehen.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich, wie dies die gerichtlichen Sachverständigen in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Arztes für Innere Medizin und Psychotherapie Dr. T vom 28. Januar 2004, dem Gutachten des Chirurgen und Sozialmediziners P vom 05. Mai 2004, dem Entlassungsbericht der Bklinik B vom 30. November 2004 und dem Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006 angenommen haben, folgerichtig. Die Gesundheitsstörungen sind nicht so schwerwiegend, dass sie eine Reduzierung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht rechtfertigen können. Im Hinblick auf die nur leichte depressive Symptomatik gibt es insbesondere keine medizinische Begründung dafür, dass die Klägerin gehindert sein könnte, bei zumutbarer Willensanstrengung einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Eine wesentliche Änderung im Gesundheitszustand ist nicht eingetreten. Solches folgt insbesondere nicht aus dem Kurzbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der C B vom 21. Februar 2006, wie die Sachverständige G in ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 13. Juni 2007 und 20. September 2007 dargelegt hat. Nach diesem Bericht besteht ein depressives Syndrom mit Lebensüberdrußgedanken im Sinne einer schweren depressiven Episode, die die Durchführung einer neuropsychologischen Testung unmöglich gemacht habe. Diese Diagnose ist jedoch nicht durch entsprechende klinische Befunde belegt.

Anlass für die für den 21. Februar 2006 vorgesehene neuropsychologische Testung war das Ergebnis einer am 02. Februar 2006 erfolgten Untersuchung (Bericht der Klinik für Neurologie und Klinische Neuropsychologie der CB vom 15. Februar 2006), die der Untersuchung durch die Sachverständige G am 09. Februar 2006 vorausging. Nach letztgenanntem Bericht wurden als Diagnosen eine Konzentrations- und Gedächtnisstörung unklarer Genese, differenzialdiagnostisch eine Pseudodemenz bei Depression, eine Depression, eine Hypästhesie des linken Gesichtes und eine Koordinierungsstörung links unklarer Genese sowie eine Migräne ohne Aura gestellt. Wegen der leichten kognitiven und mnestischen Defizite sollte eine neuropsychologische Testung, wegen der links-cerebralen Störung eine kraniale Computertomografie durchgeführt werden. Die Sachverständige G hat wenige Tage später bei ihrer Untersuchung diese Befunde, insbesondere auch die im Bericht vom 15. Februar 2006 näher bezeichneten Befunde bezüglich der links-cerebralen Störung, schon nicht mehr erheben können. Die Computertomografie des Schädels (Bericht des Radiologen Dr. G vom 21. März 2006, beigelegt gewesen dem Befundbericht der Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 06. Januar 2007) zeigte keinen pathologischen Befund (vgl. auch die ergänzende Stellungnahme der Sachverständigen G vom 20. September 2007). Der Kurzbericht der C vom 21. Februar 2006 stützt sich hinsichtlich der Diagnose auf die Hamilton-Depression scale (HAMD), bei der es sich nicht um einen Selbstauskunftsbogen, sondern um eine Fremdbeurteilung handelt. Der dort angegebene Wert würde nach der ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen G vom 13. Juni 2007 für das Vorliegen einer schweren depressiven Symptomatik sprechen. Bei solch schweren depressiven Syndromen sind nach der weiteren ergänzenden Stellungnahme der Sachverständige G vom 20. September 2007 neuropsychologische Testverfahren jedoch überflüssig, weil die kognitiven Fähigkeiten derart eingeschränkt wären, dass eine Differenzierung der pathologischen Ergebnisse nicht gelingen kann. Allerdings ist allein ein erhöhter Wert auf der HAMD für eine Diagnostik unzureichend. Maßgebend sind die klinischen Befunde. Neuropsychologische Testverfahren dienen grundsätzlich nur dazu, diese klinischen Befunde zu untermauern bzw. zu ergänzen. Solche klinischen Befunde werden im Kurzbericht der Charité vom 21. Februar 2006 jedoch nicht beschrieben. Die im Bericht der Charité vom 15. Februar genannten Befunde sind wiederum eher diskret, so dass basierend hierauf eine entsprechende Diagnose gleichfalls nicht gestützt werden kann. Schließlich sind auch dem Befundbericht der Fachärztin für Nervenheilkunde I vom 06. Januar 2007 insbesondere bezüglich einer wesentlichen depressiven Symptomatik keine neuen Gesichtspunkte zu entnehmen (so die Sachverständige G in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 13. Juni 2007). Eine schwerwiegende depressive Symptomatik weist weder das Gutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin R vom 20. Oktober 2006 (danach hat die Klägerin Konzentrationsstörungen angegeben bei emotional wenig Schwingungsfähigkeit) aus, noch hat der weitere Sachverständige Dr. B bei seiner Untersuchung eine solche erkennen können. Angesichts dessen ist der Senat davon überzeugt, dass eine wesentliche objektive Änderung des Gesundheitszustandes zwischenzeitlich nicht eingetreten ist, so dass die Beurteilung der Sachverständigen G weiterhin Bestand hat.

Damit kommt die Klägerin für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht. Der Benennung einer konkreten Tätigkeit

bedarf es nicht. Soweit hier gleichwohl die Tätigkeit einer Pförtnerin und Versandfertigmacherin als zumutbare Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes angeführt wird, erfolgt dies lediglich zur weiteren Verdeutlichung der für die Klägerin noch bestehenden Möglichkeiten, ihr Leistungsvermögen in Erwerbsarbeit umzusetzen. Den genannten Tätigkeiten ist die Klägerin gesundheitlich gewachsen.

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

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

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

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

In der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Januar 2005 wird an der Darstellung vom 01./24. November 2002, die im Einzelnen wiederholt wird, festgehalten und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich seither bezüglich des Berufes eines Versandfertigmachers keine nachhaltigen Veränderungen ergeben hätten. Wird das Leistungsvermögen jenes Klägers, das Grundlage der berufskundlichen Stellungnahme vom 14. Januar 2005 war, mit dem vorliegenden Leistungsvermögen verglichen, ist zwar festzustellen, dass jener Kläger teilweise in seinem Leistungsvermögen nicht so deutlich eingeschränkt war. Jener Kläger konnte körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten und geistig einfache Arbeiten (ohne hohe Anforderungen an das Intelligenzniveau) mit nur geringen Anforderungen an Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit und Verantwortungsbewusstsein in freien und in geschlossenen Räumen, jedoch ohne Arbeit unter besonderem Zeitdruck, wie z. B. Akkordarbeit, ohne Kontakt mit hautreizenden Stoffen und mit grober Verschmutzung und ohne Feuchtarbeit verrichten. Dieses Leistungsvermögen steht ebenfalls einer Tätigkeit eines Versandfertigmachers nach der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Januar 2005 nicht entgegen. Im Übrigen folgt daraus jedoch nichts Neues, denn dass sich das Belastungsprofil eines Versandfertigmachers in körperlicher oder geistiger Hinsicht zwischenzeitlich verändert haben könnte, insbesondere stärkere oder höhere Anforderungen gestellt werden, wird in dieser neuen berufskundlichen Stellungnahme gerade verneint.

Die bei der Klägerin bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Pförtnerin und einer Versandfertigmacherin in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen Dr. G und Dr. B somit zu der Einschätzung gelangt sind, die Klägerin könne die genannten Berufe noch mindestens sechs Stunden täglich ausüben, ist dies, weil sie das berufskundliche Anforderungsprofil nicht verkannt haben, schlüssig und bewegt sich im Rahmen des einem Arzt einzuräumenden Beurteilungsspielraumes, so dass sich der Senat deren Bewertung zu eigen machen kann.

Angesichts dessen kann dahinstehen, ob eine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungsbeschränkungen besteht, die das Erfordernis der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit begründen (BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 90](#); BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 50](#)). Dieses Erfordernis rührt daher, dass in solchen Fällen ernsthafte Zweifel daran aufkommen können, ob noch geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden sind. Solche Zweifel drängen sich vorliegend nicht auf, denn es gibt, wie dargelegt, zumindest noch eine Berufstätigkeit, die ausgeübt werden kann.

Ob die Klägerin einen Arbeitgeber findet, der sie für eine entsprechende Tätigkeit einstellt, ist für den Rentenanspruch nicht von Bedeutung. Diese Frage betrifft allein die Vermittelbarkeit. Das Risiko eines Versicherten, der eine Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich verrichten kann, einen entsprechenden Arbeitsplatz auch zu erhalten, fällt grundsätzlich in den Bereich der Arbeitslosenversicherung. Dies folgt aus [§ 43 Abs. 3](#) 2. Halbsatz SGB VI, der ausdrücklich bestimmt, dass bei einem Leistungsvermögen von sechs Stunden täglich die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Volle und teilweise Erwerbsminderung liegen damit nicht vor.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-08-11