

## L 22 R 257/08

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
22  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 105 R 4918/06  
Datum  
10.01.2008  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 22 R 257/08  
Datum  
23.06.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2008 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. März 2006.

Die im September 1950 geborene Klägerin, die nach ihren Angaben von September 1965 bis August 1968 eine abgeschlossene Ausbildung zum Teilschlosser absolvierte, arbeitete als Maschinenarbeiterin (Januar 1974 bis Juli 1977), Zimmerfrau (Juli 1977 bis Mai 1981), Küchenarbeiterin (Juni 1981 bis März 1984), nach Übersiedlung aus der DDR in die Bundesrepublik Deutschland am 20. März 1984 als Küchenhilfe (November 1984 bis September 1993, Juli 1994 und Mai 1995), bevor sie von November 1995 bis Dezember 2003 eine Beschäftigung als Reinigungskraft ausübte. Seither ist sie ohne Beschäftigung.

Nach Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 18. Oktober 2005 beantragte die Klägerin im März 2006 Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen bei und holte das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. R vom 14. April 2006 ein.

Mit Bescheid vom 26. April 2006 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung ab. Trotz eines Zustandes nach Hallux-rigidus-Operation rechts, eines Schmerzsyndroms des rechten Arms, einer Lumbalgie, einer Osteoporose und einer chronischen Bronchitis könnten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten im Umfang von mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden.

Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem die Klägerin die fehlende Beweglichkeit der rechten Zehe, starke Schmerzen im rechten Arm nach Gürtelrose und eine nicht berücksichtigte Arthrose im rechten Knie geltend machte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 09. Oktober 2006 zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 23. Oktober 2006 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Sie hat darauf hingewiesen, nach zwei Fußoperationen werde demnächst die dritte Operation durchgeführt. Zwischenzeitlich befinde sie sich auch in neurologischer Behandlung.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte der Fachärztin für Neurologie Dr. A vom 18. Januar 2007, des Arztes für Orthopädie Dr. T vom 25. Januar 2007, des Arztes für Orthopädie Dr. D vom 02. Februar 2007, des Chirurgen Dr. v vom 31. Januar 2007, der Fachärzte für Innere Medizin Dr. S und W vom 10. Februar 2007 und der Fachärzte für Orthopädie Dres. P, R und Svom 20. Mai 2007 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. W- vom 31. März 2007.

Die Klägerin ist der Ansicht gewesen, entgegen dem Sachverständigen sei ihre linke Schulter nicht unauffällig und schmerzfrei zu bewegen. Wegen Beinverkürzung seien ihr zwischenzeitlich orthopädische Schuhe verordnet worden. Eine Arthrose der linken großen Zehe sei unberücksichtigt geblieben. Die Agentur für Arbeit beurteile sie als nicht mehr vermittelbar. Die Klägerin hat verschiedene ärztliche Unterlagen beigelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 10. Januar 2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen, insbesondere dem Gutachten des Sachverständigen Dr. W-, könne die Klägerin unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein. Es liege auch keine Berufsunfähigkeit vor, da der Klägerin, die zuletzt als Reinigungskraft gearbeitet habe, alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sozial zumutbar seien.

Gegen den ihrem Prozessbevollmächtigten am 16. Januar 2008 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 04. Februar 2008 eingelegte Berufung der Klägerin, mit der sie vorträgt:

Bei der Bundesagentur für Arbeit lägen abweichende Erkenntnisse vor, die nicht berücksichtigt worden seien. Wegen einer weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigung, der Verkrümmung des Mittelfingers der rechten Hand, sei im März 2008 eine weitere Operation erfolgt. Die dadurch eingetretenen Beeinträchtigungen seien noch nicht abgeklungen. Die Klägerin hat einen weiteren ärztlichen Bericht vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2008 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26. April 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Oktober 2006 zu verurteilen, der Klägerin Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren und die höhere Rente zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat die Auskünfte der G GmbH und Co. KG vom 30. Dezember 2008 und der A KG "R" GmbH und Co. vom 23. Januar 2007, der Auszüge aus dem Lohntarifvertrag vom 23. November 1999 für das Gebäudereiniger-Handwerk Berlin (LTV Gebäudereiniger-Handwerk) beigelegt gewesen sind, außerdem die Befundberichte des Facharztes für Orthopädie und Rheumatologie Dr. S vom 12. Januar 2009, der Fachärzte für Innere Medizin Dr. S und W vom 10. Januar 2009 und des Chirurgen Dr. v vom 27. Januar 2009 eingeholt sowie das Arbeitsagenturgutachten des Dr. E vom 22. August 2007 nebst Ergänzung vom 24. Februar 2009 nach Aktenlage beigelegt.

Nach Ansicht der Klägerin ist nicht nachvollziehbar, dass im Arbeitsagenturgutachten vom 24. Februar 2009 vom früheren Arbeitsagenturgutachten vom 22. August 2007 abgewichen werde.

Nachdem der Senat Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Raum-Hausratreiniger (BO 933), Pförtner (BO 793) und Versandfertigmacher (BO 522) sowie Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 14. Februar 2000 und 13. Oktober 2008 zum Pförtner und vom 01./24 November 2002, 14. Januar 2005 und 13. Oktober 2008 zum Versandfertigmacher beigelegt hatte, hat er Beweis erhoben durch die schriftlichen Sachverständigengutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 19. März 2009 und nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) des Facharztes für Anästhesiologie und Praktischen Arztes Dr. J vom 02. September 2009.

Die Beklagte meint, objektive Parameter, die das von dem Sachverständigen Dr. J beurteilte Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich begründen könnten, seien nicht genannt. Der Sachverständige räume selbst ein, dass die Leistungseinschätzung überwiegend auf subjektiven Angaben beruhe. Neue Befunde seien nicht erhoben worden. Die Klägerin erhalte keine fachspezifischen Medikamente. Die psychologischen Tests seien als Selbstauskunftsskalen für eine Anwendung in Streitverfahren nicht validiert. Der psychische Befund sei sehr knapp gehalten und entspreche nicht den gängigen Standards in der Psychiatrie. Kognitive Beeinträchtigungen seien nicht festzustellen. Eine fachspezifische ambulante psychiatrische Behandlung finde nicht statt.

Die Klägerin weist darauf hin, es sei aus ihrer Sicht schwer erträglich, wenn ihr angesichts der Feststellungen des Sachverständigen Dr. J unterstellt werde, durch ihre Angaben das Ergebnis beeinflusst zu haben. Eine zusätzliche Beschränkung der Leistungsfähigkeit sei dadurch eingetreten, dass seit geraumer Zeit ein atopisches Hautekzem bestehe, welches ein Arbeiten in Feuchtigkeit und mit dem Tragen von Gummihandschuhen unmöglich mache. Die Klägerin hat verschiedene ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Der Senat hat den Sachverständigen Dr. B (Stellungnahmen vom 20. November 2009, 07. Januar 2010 und 21. Juni 2010) und den Sachverständigen Dr. J (Stellungnahmen vom 21. Dezember 2009, 07. Januar 2010, 09. Februar 2010 und 22. Februar 2010) ergänzend gehört. Außerdem hat er weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Sozialmedizin Dr. M vom 22. September 2010.

Die Klägerin meint, entgegen dem Sachverständigen Dr. M habe sie zahlreiche Bemühungen schmerztherapeutischer Art unternommen, um ihre Situation zu verbessern. Dessen Ausführungen, dass die anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen lediglich zu einem subjektiven Leiden, nicht aber zu konkreten Funktionsstörungen führten, müsse kritisch bewertet werden. Die Qualifizierung der seelischen Störungen als eher leicht erscheinend im Zusammenhang mit den anderen Diagnosen des Sachverständigen Dr. J bedenklich. Es werde auch nicht transparent, weswegen der Sachverständige Dr. M die fehlende Verschlüsselung der Diagnosen durch Dr. J kritisiere. Nicht hinlänglich transparent sei zudem, worin sich die deutlichen Aggravationstendenzen manifestierten. Es sei schließlich widersprüchlich, wenn dieser Sachverständige einerseits eine Behebung der Leistungseinschränkung auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet ausschließe, aber andererseits beurteile, dass eine quantitative Leistungseinschränkung auf seinem Fachgebiet nicht bestehe. Zwischenzeitlich habe sich der gesundheitliche Zustand insbesondere im orthopädischen Bereich fortgesetzt verschlechtert. Die Klägerin hat die Berichte des Radiologen Dr. M vom 15. Januar 2011 und 18. Februar 2011 vorgelegt.

Der Senat hat vom Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie Dr. S einen Befundbericht angefordert, worauf dieser Arzt seinen Befundbericht vom 12. Januar 2009 mit dem Hinweis übermittelt hat, dass sich die Klägerin seither nicht mehr vorgestellt habe. Der Senat hat außerdem die Sachverständigen Dr. M und Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 10. April 2011 und 12. April 2011).

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 83 bis 104, 288 bis 321, 350 bis 385, 406 bis 407, 417 bis 449, 476 bis 479, 481 bis 484, 490 bis 492, 517 bis 519, 522 bis 572, 608 bis 610 und 613 bis 615 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 26. April 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Oktober 2006 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung ab 01. März 2006, denn ihr Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken. Die Klägerin ist nicht einmal teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig.

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

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

Die Klägerin ist hiernach nicht teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig. Sie kann zwar nicht mehr den Beruf einer Reinigungskraft ausüben. Sie ist jedoch noch in der Lage, auf dem ihr sozial zumutbaren allgemeinen Arbeitsmarkt insbesondere als Pförtnerin und Versandfertigmacherin mindestens sechs Stunden täglich zu 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](#)). Allerdings bleibt eine frühere versicherungspflichtige Beschäftigung maßgeblicher Beruf, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben wurde (vgl. BSGE 2, 181, 187; BSG SozR RVO § 1246 Nrn. 33, 57 und 94; BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 158 zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)).

Der Beruf der Reinigungskraft, den die Klägerin von Juli 1999 bis Januar 2003 ausübte, ist hiernach maßgebender Beruf. Es mag sich dabei zwar nicht um die qualitativ höchste Beschäftigung gehandelt haben, wenn davon ausgegangen wird, dass die Klägerin, ohne dass dies durch ein entsprechendes Zeugnis nachgewiesen ist, von September 1965 bis August 1968 eine abgeschlossene Ausbildung zum Teilschlosser absolvierte. Es gibt jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin diesen - oder einen anderen nachfolgend ausgeübten - Beruf aus gesundheitlichen Gründen beenden musste. Auf die weitere von Januar bis Dezember 2003 ausgeübte Beschäftigung als Reinigungskraft in der Innen- und Unterhaltsreinigung ist, auch wenn es sich hierbei um die letzte versicherungspflichtige Beschäftigung handelt, nicht abzustellen, denn diese war nach der Auskunft der G B GmbH und Co. KG vom 30. Dezember 2008 befristet. Als somit nur vorübergehende Beschäftigung vermag sie nicht den maßgeblichen, auf Dauer ausgerichteten Beruf darzustellen (vgl. BSG, [SozR 2200 § 1246 Nr. 130](#)).

Die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen schließen eine Beschäftigung als Reinigungskraft aus. Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. B, Dr. W- und Dr. M. Dem Gutachten des Sachverständigen Dr. J kann hingegen insgesamt nicht gefolgt werden.

Nach dem Sachverständigen Dr. B bestehen degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule mit Neigung zu lokalisierten Muskelreizerscheinungen bei Ausschluss einer Nervenwurzelreizsymptomatik bzw. einer Radikulitis, Myalgien am rechten Oberarm, unspezifisch und nicht im Sinne schwerer neurologischer Ausfallerscheinungen nach stattgehabter Gürtelrose (Herpes Zoster) im Jahr 2001, eine Periarthritis humero scapularis rechts, ein Zustand nach operativer Versorgung eines springenden Finger Digitus III rechts bei Ausschluss eines Neuroms, ein geringfügiger Kniegelenksverschleiß rechts im Sinne einer Chondropathie, eine Fußfehlform beidseits mit Hallux valgus links und durchgeführter Arthrodesen des rechten Großzehengrundgelenks, ein Senk-Spreiz-Fuß, eine generalisierte Osteoporose, eine alimentäre Übergewichtigkeit, außerdem Somatisierungsstörungen bei gleichzeitigem Aggravationsverhalten und eine subdepressive Stimmungslage neben einer chronische Bronchitis, Refluxkrankheit, Antrumgastritis und Hyperlipidämie.

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.

Eine Radikulitis hat Dr. B nach dem Ergebnis seiner Untersuchung ausgeschlossen. Eine Radikulitis C 7 wird zwar in den Berichten der Praxis a des Dr. S vom 08. Oktober 2007 und 16. November 2007 genannt. Dort sind entsprechende neurologische Befunde jedoch nicht angegeben; nach der mitgeteilten Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule in Funktion vom 16. November 2007 ergab sich ein

altersentsprechender Befund. Eine erfolgte Computertomografie der Halswirbelsäule wegen des Verdachtes auf ein radikuläres Syndrom C 7 rechts zeigte gleichfalls keine Hinweise auf Nervenwurzelbedrangungen (Bericht der Praxis für Radiologische Diagnostik und Zentrum für Minimal Invasive Therapie des Dr. L vom 05. November 2007).

Einen Hallux rigidus links hat Dr. B ebenfalls nicht feststellen können. Eine solche Diagnose weisen der Befundbericht des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. T vom 25. Januar 2007 und des Facharztes für Orthopädie und Rheumatologie Dr. S vom 12. Januar 2009 aus. Im erstgenannten Befundbericht finden sich dazu keinerlei Befunde. Im letztgenannten Befundbericht wird zwar für den 26. Februar 2008 für den Bereich der Füße ein abgeflachtes Quer- und Längsgewölbe beidseits, ein Rückfußvalgus beidseits 5° und Hallux rigidus links befundet. Dies stellt allerdings einen einmaligen Befund im Behandlungszeitraum von Januar 2005 bis November 2008 dar. Es kann sich daher lediglich, da der Sachverständige Dr. Beinen Hallux rigidus links nicht (mehr) hat feststellen können, um einen geringfügigen bzw. grenzwertigen Befund ohne nirgends beschriebene Funktionsbeeinträchtigungen gehandelt haben (vgl. dazu auch die entsprechenden Befunderhebungen des Sachverständigen Dr. W).

Eine Epicondylitis liegt gleichfalls nicht vor. Dr. B hat bei seiner Untersuchung weder am rechten noch am linken Ellenbogen pathologische Befunde vorgefunden. Im Befundbericht der Ärzte für Innere Medizin Dr. S und W vom 10. Januar 2009 werden zwar die Diagnose, nicht jedoch sie stützende Befunde bezeichnet.

Dasselbe gilt hinsichtlich eines Neuroms Digitus III rechts (Berichte der Praxis am Leopoldplatz des Dr. S vom 08. Oktober 2007 und 16. November 2007 und so Gutachten des Sachverständigen Dr. B).

Schließlich sind im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Rheumatologie Dr. S vom 12. Januar 2009 als weitere Diagnosen eine Fingerpolyarthrose, ein Tarsaltunnelsyndrom und eine Bursitis calcanea rechts genannt, die allesamt vom Sachverständigen Dr. B mangels Befunden nicht bestätigt worden sind. Im Befundbericht sind Arthrosen der Fingergelenke nicht als Ergebnis entsprechender Röntgenuntersuchungen dargestellt. Die Röntgenuntersuchung der rechten Hand vom 04. Oktober 2007 weist die Hand als knöchern unauffällig aus. Eine Engpasssymptomatik mit kompressionsbedingter Funktionseinschränkung des N. tibialis als Ausdruck des Tarsaltunnelsyndroms ist dem Befundbericht nicht zu entnehmen. Eine Computertomografie des linken Fußes vom 20. November 2008 ergab keinen pathologischen Befund. Der Sonografiebefund vom 27. November 2008 zeigte lediglich eine deutliche Flüssigkeitsansammlung im Bereich der Preonealsehnen. Nach dem Sonografiebefund der rechten Schulter vom 09. Oktober 2007 gab es keinen pathologischen Befund, insbesondere keine Verkalkungen.

Ein manifestes Bluthochdruckleiden kann ausgeschlossen werden. Zwar haben die Sachverständigen Dr. B mit 170/90 mmHg rechts und 180/100 mmHg links und Dr. M mit 151/94 mmHg einen erhöhten Blutdruck gemessen. Angesichts der Angabe der Klägerin, dass bei sonst normalem Blutdruck die Erhöhung wohl durch die Aufregung hervorgerufen werde, hat Dr. M daraus einen krankhaften Zustand mit Einschränkungen nicht ableiten können. Dies ist einleuchtend, zumal den Berichten der behandelnden Ärzte gleichfalls ein Bluthochdruckleiden nicht zu entnehmen ist.

Wenn der Sachverständige Dr. B infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, die Klägerin könne noch körperlich leichte und geistig einfache Arbeiten am besten in wechselnden Körperhaltungen überwiegend in geschlossenen Räumen, im Freien nur unter Witterungsschutzbedingungen ohne Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft, ohne Leiter- und Gerüstarbeiten, Arbeiten mit ständigen Zwangshaltungen oder überwiegend einseitigen Körperhaltungen, Arbeiten mit mehr als nur gelegentlichem Knien, Hocken und Bücken, mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, wobei gelegentlich allerdings 8 kg zumutbar sind, sowie ohne ständige Überkopfarbeiten und Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkordarbeiten verrichten, ist dies nachvollziehbar.

Maßgebend für die von dem Sachverständigen Dr. B beurteilten qualitativen Leistungseinschränkungen sind vornehmlich die degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule und der Zustand des rechten Fußes. Dies belegen die von diesem Sachverständigen erhobenen Befunde.

Danach ist die Nacken- und Schultergürtelmuskulatur mäßig verspannt und sind die Dornfortsätze im Bereich der Halswirbelsäule klopfschmerzhaft gewesen. Die Bewegungsexkursionen der Halswirbelsäule sind lediglich geringfügig endgradig wie folgt eingeschränkt gewesen: Vorneigen/Rückneigen 35/0/30 (Norm 35 bis 45/0/35 bis 45), Seitneigen rechts/links 40/0/0 (Norm 45/0/45), Drehen rechts/links 55/0/60 (Norm 60 bis 80/0/60 bis 80). Die Lendenwirbelsäule ist allein in der Drehbewegung lumbal endgradig mit 20/0/20 (Norm 30 bis 40/0/30 bis 40) eingeschränkt beweglich gewesen. Die Prüfung des Finger-Boden-Abstandes hat einen Wert von 35 cm ergeben, wobei jedoch beim An- und Auskleiden eine deutlich bessere Entfaltbarkeit des thorakolumbalen Wirbelsäulenabschnitts nachweisbar gewesen ist. Die Iliosakralfugen sind beidseits klopfschmerzhaft gewesen. Daneben ist ein erheblich übergewichtiger Ernährungszustand mit einem Gewicht von 86,9 kg und einer Größe von 161 cm (BMI von 33,5) festzustellen gewesen. Die radiologische Untersuchung der beiden Wirbelsäulenabschnitte hat eine geringfügige Retrolisthesis mit Verschmälerung des Zwischenwirbelsäulenraumes bei HWK 4/5, aber keine degenerativen Veränderungen von Relevanz bzw. neben dezenten ventralen Kantenreaktionen bei L 4 und L 5 nur eine mäßige Osteochondrose bei L4/5 und stärker bei L 5/S 1 zur Darstellung gebracht.

Es hat sich ein deutlich abgesenktes Fußgewölbe im Sinne eines Senk-Spreiz-Fußes beidseits gefunden. Am rechten Fuß ist eine Fußfehlform (Hallux rigidus) durch mehrere operative Eingriffe mit letztlich durchgeführter Arthrodesese insoweit behandelt worden, als der rechte Großzeh im Grundgelenk in leichter, etwa 20 Grad betragender Dorsalextension versteift worden ist. Durch diese Art der Versteifungsoperation ist nach dem Sachverständigen ein vernünftiger und regelrechter Abrollvorgang ermöglicht worden. Ansonsten hat dieser Sachverständige am linken Großzehengrundgelenk eine mäßige Hallux valgus-Bildung befundet. Während die Röntgenuntersuchung des rechten Fußes einen regelrechten Zustand nach Arthrodesese offenbart hat, hat die des linken Fußes neben den bereits genannten Befunden eine deutliche Großzehengrundgelenksarthrose bei erheblicher Verschmälerung des Gelenkspaltes gezeigt, die aber klinisch noch ohne Bedeutung ist, denn das linke Großzehengrundgelenk ist frei beweglich gewesen.

Die leichten Normabweichungen im Bewegungsausmaß des Schultergelenks rechts beim Arm auswärts/einwärts drehen (Oberarm anliegend) mit 50/0/90 (Norm 40 bis 60/0/95) und beim Arm auswärts/einwärts drehen (Oberarm 90 Grad angehoben) mit 60/0/60 (Norm 70/0/70) hat Dr. B als nicht wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit, als insoweit freie Beweglichkeit, eingeschätzt. Bei völlig

unauffälligem Befund als Ergebnis der Röntgenuntersuchung ist dies nachvollziehbar. Eine durchgeführte operative Versorgung eines springenden Fingers im Bereich der rechten Hand hat bis auf eine kaum mehr sichtbare Narbenbildung in der Hohlhand keine Beeinträchtigungen zur Folge gehabt. Die Röntgenuntersuchung der rechten Hand hat krankhafte Befunde nicht belegen können. Eine angedeutete knackende Krepitation in beiden Kniegelenken hat auf das Vorliegen einer beginnenden Gon- und Retropatellararthritis hingedeutet. Die radiologische Untersuchung des rechten Kniegelenkes hat nur geringfügig vermehrte Schlißflächen im Bereich der medialen Tibiakonsole, eine etwas vermehrte Sklerose im retropatellaren Gleitlager und die Ausbildung eines minimalen unteren Patellarspornes offenbart. Dieser Knorpelschaden am rechten Kniegelenk überschreitet allerdings das Altersmaß nicht und ist, da er zu keiner funktionellen Beeinträchtigung des Kniegelenkes beiträgt, nicht wesentlich. Im Übrigen hat sich noch eine oberflächliche retikuläre Krampfaderentwicklung am Ober- und Unterschenkel des rechten Beines gezeigt.

Bei der Erhebung des neurologisch-psychiatrischen Status haben sich neben mäßigem Aggravationsverhalten auch Somatisierungsstörungen dargestellt: Auffälligkeiten in Bezug auf die Mimik sind in Form eines klagsamen Gesichtsausdruckes vorhanden gewesen. Die körperlich empfundenen Beschwerden hat die Klägerin gestisch, zum Teil bewusstseinsnah unterstrichen. Ein mäßiges Aggravationsverhalten ist aus der deutlichen Diskrepanz zwischen beobachteten und unbeobachteten Bewegungsabläufen nicht zu übersehen gewesen. Dies gilt für die durchgeführte Funktionsuntersuchung der rechten oberen Extremität im Schulterbereich. Es sind Schmerzen in der Oberarmmuskulatur angegeben worden, die objektiv nicht verspannt gewesen ist. Dies gilt hinsichtlich der Untersuchungsbefunde der Wirbelsäule, wie bereits dargelegt. Dies gilt auch wegen der bestehenden Diskrepanzen zwischen den Angaben der Klägerin zum Bestehen erheblicher Weichteilschwellungen am rechten Fuß, die bei der Untersuchung jedoch nicht festzustellen gewesen sind. Darin fügt sich ebenfalls ein, dass eine Minderung der groben Kraft beidseits bei schlaffem Handdruck trotz regelrecht entwickelter Arm- und Handmuskulatur demonstriert worden ist. Bei beidseits möglichem Einfüßlerstand sowie Zehen- und Fersengang sind beidseits bzw. rechts mäßige Unsicherheiten demonstriert worden, obwohl dafür organische Ursachen vom Sachverständigen nicht festzustellen gewesen sind. Im Übrigen hat Dr. B eine subdepressive, klagsame Stimmungslage vorgefunden.

Eine objektive Befundänderung ist seit der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. B, abgesehen von einem atopischen Ekzem, nicht eingetreten.

Der Bericht des Arztes für Nuklearmedizin und Radiologie W vom 26. Mai 2010 über eine Zwei-Phasen-Knochenszintigrafie belegt eine solche Änderung nicht. Danach ergab sich in der frühen Weichteilphase eine unauffällige Nuklidbelegung, jedoch waren in der knöchernen Spätphase Nuklidanreicherungen im Acromioclavikulargelenk beidseits, in der Kniekehle beidseits, im oberen Sprunggelenk links, in der Mittelfußregion beidseits und im ersten Metatarsalsalgelenk, außerdem in den Iliosakralgelenken und der Hals- und Brustwirbelsäule festzustellen. Die daraus abgeleitete Beurteilung von Arthrosen in den genannten Gelenken und von degenerativen Veränderungen in der Hals- und Brustwirbelsäule ist nach dem Sachverständigen Dr. B seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Juni 2010 zwar zutreffend. Da es sich jedoch lediglich um einen deskriptiven, nicht aber um einen funktionellen Untersuchungsbefund handelt, lassen sich nach diesem Sachverständigen daraus keine Rückschlüsse auf Funktionseinschränkungen ziehen. Er hat zudem darauf hingewiesen, dass es sich teilweise um Befunde handelt, die von ihm bereits im Gutachten aufgezeigt worden sind.

Der weitere Sachverständige Dr. M hat bei seiner Untersuchung festgestellt, dass der körperliche Befund am Bewegungsapparat und die damit verbundenen Einschränkungen im Wesentlichen den Feststellungen insbesondere im Gutachten des Sachverständigen Dr. B entsprechen. Bei seiner Untersuchung haben vor allem muskuläre Verspannungen am Rücken, ein Druckschmerz außenseitig an der rechten Schulter (am rechten Oberarm unterhalb des Schulterreckgelenkes), endgradige Bewegungseinschränkungen in der Lendenwirbelsäule, die allerdings im Vergleich zur beobachtbaren Spontanbeweglichkeit zumindest dem Ausmaß nach nicht als objektiv anzusehen sind, und Druckschmerzhaftigkeiten der Großzehen vorgelegen. Es haben sich im Übrigen ein leichter Schulterhochstand, Klopfschmerzen über der Lendenwirbelsäule und ein Finger-Boden-Abstand von 40 cm befunden lassen. Im Unterschied zur Untersuchung bei dem Sachverständigen Dr. B haben sich bei der des Sachverständigen Dr. M an der Halswirbelsäule keine wesentlichen Einschränkungen in klinischer Hinsicht ergeben.

Ein atopisches Ekzem und dessen Ausprägung ist erstmals von dem Sachverständigen Dr. M konkret beschrieben worden. Diese Diagnose wird zwar bereits in der Bescheinigung der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Allergologie Dres. M u. a. vom 04. November 2009 und deren Bericht vom 14. Dezember 2009 im Sinne eines Ekzems der Hände genannt. Der Sachverständige Dr. B hat dazu in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 20. November 2009 und 07. Januar 2010 ausgeführt, dass außer einem wechselnden Befund jegliche Angaben zur Ausprägung und zum zeitlichen Umfang des Auftretens fehlen. Der Sachverständige Dr. M hat hingegen minimal an der rechten Hand (an den Berührungsflächen zwischen dem 2., 3. und 4. Finger) und hinter beiden Ohren etwas deutlicher ausgeprägt ein atopisches Ekzem objektivieren können. Er hat auch eine Begründung dafür gegeben, dass bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. B keine Hautveränderungen sichtbar geworden sind. Dies ist nach seiner Beurteilung deswegen ohne weiteres möglich, weil unter Behandlung mit Kortisonsalbe das Ekzem mal sichtbar ist und mal nicht.

Es leuchtet mithin ein, dass, wie bereits von Dr. B erwogen und nunmehr von Dr. M als notwendig erachtet, als weitere qualitative Leistungseinschränkung Arbeiten ausscheiden müssen, die mit Schmutz und Feuchtigkeit und/oder mit dem ständigen Tragen von Gummihandschuhen verbunden sind.

Die anderen von dem Sachverständigen Dr. B genannten Leistungseinschränkungen tragen hingegen im Wesentlichen dem krankhaften Zustand von Hals- und Lendenwirbelsäule sowie insbesondere des rechten Fußes Rechnung, denn sie berücksichtigen hinreichend, dass sowohl stärkere als auch dauerhaft einseitige Belastungen vermieden werden müssen. Die genannten Witterungseinflüsse sind als beschwerdeverstärkende Faktoren zu vermeiden.

Der Sachverständige Dr. W- hat über die o. g. qualitativen Einschränkungen hinaus keine weiteren für erforderlich gehalten. Soweit er eine Arbeit durchgehend im Gehen und Stehen ausgeschlossen und ein Arbeiten bevorzugt im Sitzen für erforderlich gehalten hat, besteht Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. B. Dr. B hat ein Arbeiten überwiegend im Sitzen nicht ausgeschlossen. Er hat lediglich darauf hingewiesen, dass der Klägerin Gelegenheit gegeben werden muss, sich durchzubewegen, wenn längere Zeit im Sitzen gearbeitet wird. Soweit Dr. W- der Klägerin sogar mehr als Dr. B zugemutet hat (gelegentlich mittelschwere Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten gelegentlich bis 10 kg und Leiterarbeiten mit einer Stufenzahl von 3), mag dies dahinstehen.

Hinsichtlich der erhobenen Befunde bestehen zwischen Dr. Bund Dr. W- keine bedeutsamen Unterschiede. Es ist mithin schlüssig, wenn beide Sachverständige zu den o. g. im Wesentlichen übereinstimmenden qualitativen Leistungseinschränkungen gelangt sind.

Dr. W- hat bei den Funktionsprüfungen im Bereich der Halswirbelsäule bei zunächst aufgebauten Widerständen seitens der Klägerin endgradige Bewegungsdefizite erheben können. Als normabweichend hat sich dabei lediglich das Seitneigen rechts/links mit 40/0/40 dargestellt. Im Bereich der unteren Dornenfortsätze der Lendenwirbelsäule ist eine erhöhte Druckempfindlichkeit vorhanden gewesen. Diskrepanzen haben bei der Vorneigebewegung zwischen der gezielten Überprüfung und komplexen Bewegungsabläufen vorgelegen. So ist die Klägerin in der Lage gewesen, beim Aufheben der Tasche und dem Ausziehen der Schuhe sich tief herabzubeugen, während sie bei der gezielten Überprüfung des Finger-Boden-Abstandes lediglich ein limitiertes Herabbeugen bis knapp unterhalb beider Kniescheibenspitzen gezeigt hat. Bei einer Körpergröße von 160 cm hat sich ein Körpergewicht von 85 kg gezeigt. Die von diesem Sachverständigen ausgewerteten Röntgenaufnahmen haben im Wesentlichen einen altersnormalen Zustand, abgesehen von einer leichten skoliotischen Unruhe im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule ergeben. Infolge dessen hat dieser Sachverständige die Bewegungsstörungen im Bereich der Halswirbelsäule als leichtgradig bewertet. Im Bereich der Lendenwirbelsäule sind von ihm lediglich Belastungsinsuffizienzen der paravertebralen Muskulatur als wesentlich angesehen worden.

Beide Füße haben Senk-Spreiz-Fuß-Veränderungen gezeigt. Der rechte Fuß hat eine Versteifung der Großzehe in angewinkelter Position in ca. 20 Grad Dorsalflexion als optimales Ergebnis zum Abrollen der Großzehe beim Laufen aufgewiesen. Es ist daneben lediglich eine geringe ödematöse Verschwellung am Fußrücken sichtbar gewesen. Über dem Großzehengrundgelenk des linken Fußes sind osteophytäre Anbauten und eine mittelgradige Verfestigung (Rigidus) zu ertasten gewesen. Es hat ein leichtgradiger Bewegungsschmerz bestanden. Nennenswerte Bewegungsstörungen sind hingegen nicht festzustellen gewesen.

Der Sachverständige hat ansonsten eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter oberhalb der 90-Grad-Ebene befundet, wobei das passive Weiterführen bis 140 Grad bei danach stärkeren muskulären Widerständen möglich gewesen ist. Das Antevertieren ist nur bis 140 Grad gelungen. Es hat sich dabei nach Dr. W- um eine leichte bis beginnend mittelgradige Bewegungseinschränkung gehandelt. Eine chronische Erkrankung ist noch nicht zu erkennen gewesen. Diese Bewertung ist zutreffend gewesen, wie die nachfolgende Untersuchung des Sachverständigen Dr. B gezeigt hat (vgl. dazu weiter oben). Die behandelbare entzündliche Komponente hat Dr. W entweder auf eine Schleimbeutelreizung oder eine Tendinitis der Supraspinatussehne zurückgeführt. Lediglich wegen dieses akuten Erscheinungsbildes sind zum seinerzeitigen Zeitpunkt Arbeiten oberhalb der Horizontalebene und schweres Heben und Tragen über 10 kg ausgeschlossen gewesen. Der Sachverständige hat jedoch betont, dass dies nicht als dauerhafte Einschränkung zu bewerten ist. Mithin ist diese Leistungseinschränkung als Ergebnis einer akuten Erkrankung bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit außer Betracht zu lassen.

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.

Im Bereich der Kniegelenke hat eine leicht valgisch veränderte Beinachse vorgelegen. Das rechte Kniegelenk ist über dem inneren und äußeren Gelenkspalt druckschmerzhaft bei freier Beweglichkeit gewesen. In Auswertung der Röntgenuntersuchung hat der Sachverständige Dr. W bis auf eine initiale retropatellare Chondropathie rechts pathologische Veränderungen ausgeschlossen.

Im Übrigen haben noch leichtgradige ödematöse/venöse Stauungen im Bereich der Knöchel und beider Unterschenkel vorgelegen, denen dieser Sachverständige jedoch mangels festzustellender Funktionsstörungen keine relevante Bedeutung beigemessen hat.

Insgesamt sind damit die Feststellungen und Bewertungen der beiden Sachverständigen Dr. Bund Dr. W- im Wesentlichen im Übereinklang.

Nicht wesentlich für die von den Sachverständigen Dr. Bund Dr. W beurteilten qualitativen Leistungseinschränkungen sind die chronische Bronchitis, die Refluxkrankheit, die Antrumgastritis und die Hyperlipidämie. Weder haben diese Sachverständigen Hinweise auf daraus resultierende Funktionsstörungen finden können, noch werden in den vorliegenden ärztlichen Berichten solche Funktionsstörungen benannt.

Dr. B hat insbesondere wegen der Auswirkungen einer chronischen Bronchitis auf den Befundbericht der Fachärzte für Innere Medizin Dr. Sund W vom 10. Januar 2009 hingewiesen, in dem keine Einschränkungen der Lungenfunktion beschrieben sind. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07. Januar 2010 hat er bezogen auf das Attest der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Allergologie Dres. M u. a. vom 14. Dezember 2009 ausgeführt, dass sich auch daraus insbesondere keine schwerwiegende Einschränkung der Atmungsfunktion der danach wohl allergischen Genese dieses Leidens entnehmen lässt. Damit steht in Einklang, dass das im Befundbericht der Fachärzte für Innere Medizin Dr. S und W vom 10. Februar 2007 angenommene Leistungsvermögen von unter 6 Stunden täglich nicht mit Gesundheitsstörungen des internistischen Fachgebietes, sondern mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bzw. einer fehlenden seelischen Belastbarkeit begründet wird. Allerdings hat der Sachverständige Dr. B insoweit nachvollziehbar als weitere qualitative Leistungseinschränkung Arbeit unter Exposition der im Allergie-Testbogen dokumentierten Allergene (insbesondere gegen Gräser, Kräuter, Früh- und Mittelblüher, Milben und Wellensittiche) ausgeschlossen.

Die Neigung zu Magenschleimhautentzündungen hat der Sachverständige Dr. Bunter psychosomatischem Blickwinkel anamnestisch in Zusammenhang mit wiederholt aufgetretenen seelischen Belastungen gesehen. Die damit verknüpfte Refluxkrankheit ist medikamentös behandelt. Daraus resultierende Funktionseinschränkungen hat dieser Sachverständige weder gegenwärtig noch für die Vergangenheit erkennen können. Dies gilt nach dessen Beurteilung auch für das Übergewicht und die Erhöhung der Blutfette.

Der weitere Sachverständige Dr. M hat gleichfalls infolge der genannten Leiden keine Funktionsstörungen feststellen können; bei seiner Untersuchung hat insbesondere ein klinisch unauffälliger Lungenbefund vorgelegen. Wenn er gleichfalls eine berufliche Belastung mit Staub, Rauch, Gasen, Dämpfen oder anderen Atemreizstoffen ausgeschlossen hat, mag dies damit zu begründen sein, dass solche Expositionen

geeignet sind, Beschwerden hervorzurufen. Angesichts dessen geht der Senat zugunsten der Klägerin von der Notwendigkeit dieser weiteren Einschränkung des Leistungsvermögens aus.

Nach dem Sachverständigen Dr. M liegen neben den bereits genannten Leiden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Angst und depressive Störung gemischt und ein Spannungskopfschmerz vor.

Ein Fibromyalgiesyndrom hat Dr. M nicht diagnostizieren können. Er hat darauf hingewiesen, dass dieses Krankheitsbild ohnehin hoch umstritten ist, weil objektive Kriterien trotz jahrelanger Forschung nicht festgelegt werden konnten. Deshalb beruht diese Diagnose ganz überwiegend auf den subjektiven Angaben des Betroffenen. Auch die so genannten Tenderpoints haben sich nicht als verlässliches Kriterium erwiesen, so dass deren Bedeutung für dieses Leiden bereits 2003 von deren "Erfinder" Wolfe nachhaltig widerrufen wurde. Gleichwohl hat Dr. M sowohl diese Tenderpoints als auch die Kontrollpunkte mit dem Ergebnis untersucht, dass beide Arten nicht druckschmerzhaft gewesen sind. Es erscheint daher folgerichtig, weil keine körperliche Störung nachzuweisen ist, das Fibromyalgiesyndrom, wie von Dr. M vorgenommen, überschneidend der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen.

Einen neuropathischen Schmerz hat der Sachverständige Dr. M ebenfalls nicht feststellen können. Weder in der Schmerzschilderung noch bei der Sensibilitätsprüfung ist ein neuropathischer Schmerz regional zu erheben gewesen. Dies ist nachvollziehbar, denn außer einer lokalen Gefühlsstörung im Narbenbereich der rechten Großzehe haben sich keine krankhaften Störungen in neurologischer Hinsicht von diesem Sachverständigen finden lassen.

Die Schlussfolgerungen, die der Sachverständige Dr. M aufgrund der vorhandenen Gesundheitsstörungen bezüglich des Leistungsvermögens gezogen hat, sind schlüssig. Wegen des Fehlens bedeutsamer neurologischer Befunde kann die Klägerin körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten in allen Haltungsarten in geschlossenen Räumen und im Freien unter angemessenem Witterungsschutz verrichten. Diese Leistungseinschränkungen gehen nicht über die hinaus, die bereits der Sachverständige Dr. B für notwendig erachtet hat. Der daneben von dem Sachverständigen Dr. M genannte Ausschluss eines Arbeitens auf Leitern und Gerüsten oder mit Absturzgefahr ist teilweise in gleicher Weise vom Sachverständigen Dr. B angenommen worden. Nach Dr. M handelt es sich allerdings eher um eine Empfehlung, resultierend aus einer gewissen Unsicherheit der Klägerin beim so genannten Strichgang oder Seiltänzerengang, denn eine eigentliche krankhafte Gleichgewichtsstörung hat dieser Sachverständige nicht befunden können. Ungeachtet dessen geht der Senat zugunsten der Klägerin von der Notwendigkeit auch dieser Leistungseinschränkung aus. Im Übrigen kann die Klägerin nach Dr. M geistig leichte bis mittelschwere Arbeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an Umstellungsfähigkeit, Reaktionsvermögen, Aufmerksamkeit, Übersicht, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit, aber keine Arbeiten unter Zeitdruck, in Nachtschicht und mit überdurchschnittlicher emotionaler oder Stress-Belastung ausüben.

Die letztgenannten Leistungseinschränkungen tragen dem psychischen Gesundheitszustand der Klägerin Rechnung. Sie berücksichtigen, dass die Klägerin erhöhten psychischen Belastungen nicht mehr ausgesetzt werden darf. Die von dem Sachverständigen Dr. M erhobenen Befunde machen dies nachvollziehbar.

Das psychische Leiden hat seinen Ausgang in der Kindheit. Die Klägerin hat ihre Ursprungsfamilie in neurosenpsychologischer Hinsicht und auch psychotraumatologisch durch das Verhalten des alkoholabhängigen, jähzornigen und schlagenden Vaters und den Schrecken, den sie durch die wiederholten epileptischen Anfälle des schließlich an seinen Leiden verstorbenen Bruders erlebte, als hochbelastet geschildert. Die Teilamnesie der Klägerin für Kindheit und frühere Jugend bei gleichzeitiger emotionaler Reaktion beim Bericht über diese Zeit hat der Sachverständige als einen deutlichen Hinweis auf bis heute nicht hinreichend verarbeitete Belastungen gedeutet. Diese hohen belastenden Umgebungsfaktoren bei gleichzeitig mangelnden Möglichkeiten, sich einer ausreichend stabilen Vertrauensperson anvertrauen zu können, ist typische Voraussetzung für die im Falle der Klägerin diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen. Dabei werden nach dem Sachverständigen psychische Spannungen oder Konflikte als zu belastend abgespalten und können deshalb gegenüber einem bedeutsamen anderen nur unzureichend bewusst erlebt und sprachlich-emotional nur ungenügend ausgedrückt werden. Sie werden stattdessen unbewusst in ein körperliches Symptom umgesetzt bzw. als physiologische Begleitreaktion eines unbewussten Affekts subjektiv als Schmerz oder funktionelle Störung erlebt. Dieses Störungsbild hat eine weitere Entwicklung dadurch erfahren, dass ihr Ehemann in jungen Jahren "viel um die Häuser gezogen" sei, was beinahe zur Scheidung führte. Das Verhältnis zu ihrem Ehemann ist von der Klägerin zwar als "eigentlich harmonisch" seit dessen Berentung im Jahr 2003 bezeichnet worden, wenngleich sie darauf hingewiesen hat, dass dieser weiterhin zu viel trinke. Darüber hinaus ist dieses Verhältnis dadurch belastet, dass sie wegen eines chronischen Konflikts ihres Ehemannes mit dem gemeinsamen Sohn diesen nur heimlich sehen könne. Bei einem Zusammentreffen beider fühle sich die Klägerin zwischen allen Stühlen. Dazu tritt ein chronischer Ärger am Arbeitsplatz im Kindergarten.

Im Rahmen der speziellen Schmerzanamnese hat die Klägerin auf dem Deutschen Schmerzfragebogen starke Schmerzen im Rücken, an den Armen, Beinen und Zehen, besonders beim Einkaufen und Arbeiten angegeben. Auf der numerischen Analogskala (NAS) von 0 (schmerzfrei) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) hat sie die subjektive Schmerzstärke in der vergangenen Woche und auch bei der Untersuchung, vor allem am Rücken und dem rechten Arm, mit ca. 9/10 beschrieben. Schmerzbewältigungsstrategien sind nach Angaben der Klägerin das Hinlegen auf den Rücken, Wärmebehandlungen und Einreibungen. Die subjektive schmerzbedingte Beeinträchtigung in 7 Lebensbereichen nach dem Pain Disability Index (PDI) hat einen Mittelwert von 63 v. H. ergeben. Da die Klägerin für einen Lebensbereich keine Angabe gemacht hat, hat der Sachverständige Dr. M dieses Resultat bei 38 erreichten Punkten nicht aus den an sich möglichen 70, sondern lediglich aus 60 Punkten ermittelt, wobei 0 keine Beeinträchtigung und 10 beim jeweiligen Lebensbereich, mithin 70 als Summe aller Lebensbereiche eine völlige Beeinträchtigung beschreibt. Das Stadium der Schmerzchronifizierung nach dem Mainzer Stadiummodell hat dem Grad III von drei möglichen Chronifizierungsgraden entsprochen.

Die klinische Untersuchung und der von der Klägerin geschilderte Tagesablauf haben konkrete Funktionsstörungen, die den subjektiven Schmerzangaben entsprechen, jedoch nicht aufgedeckt. Zudem ist das Geschehen bewusstseinsnah überlagert gewesen. Diese Bewertung des Sachverständigen Dr. M ist nachvollziehbar.

Die bewusstseinsnahe Überlagerung zeigt sich, wie bereits oben dargelegt, im Kontrast zwischen konkreter Untersuchung der Beweglichkeit zur unauffälligen Spontanbeweglichkeit. Hierbei ist besonders der von dem Sachverständigen Dr. M erhobene Befund zur Lasègue-Prüfung hervorzuheben. So ist der Lasègue bei der konkreten Untersuchung beidseits ab 60 Grad schmerzhaft angegeben worden. Er ist jedoch

unter Ablenkung bis zu 90 Grad negativ gewesen. Ebenso ist der Klägerin der Langbeinsitz, der einem Lasègue von 90 Grad entspricht, über längere Zeit schmerzfrei möglich gewesen. Dieser Kontrast hat sich schon bei den Untersuchungen durch den Sachverständigen Dr. W- und Dr. B offenbart. Auf die zusätzlich von Dr. B genannten Auffälligkeiten ist ebenfalls bereits hingewiesen worden. Wenn der Sachverständige Dr. M die bei der körperlichen Untersuchung aufgefallenen Diskrepanzen zumindest teilweise einer Aggravation zugeordnet hat, leuchtet dies mithin ein. Ohne die Fähigkeit zur willentlichen Steuerung der demonstrierten Einschränkungen lassen sich die ansonsten besseren Fähigkeiten nicht erklären.

In psychischer Hinsicht hat die Klägerin anfangs etwas ängstlich und misstrauisch gewirkt, was sich im Laufe der Untersuchung gelegt hat. Die von ihr berichtete zeitweilige Antriebsminderung ist während der Untersuchung nicht verifizierbar gewesen. Trotz Angabe von Schlafstörungen ist eine übermäßige Müdigkeit nicht zu befunden gewesen. Lediglich am Ende der ca. 3,5stündigen Untersuchung hat die Klägerin, allerdings nicht krankheitswertig gesteigert, etwas erschöpft gewirkt. Der Beschwerdevortrag ist auf die subjektiven Beschwerden und das Schmerzerleben fokussiert gewesen. Bei subdepressiver Stimmung ist die Klägerin themenabhängig traurig angerührt gewesen. Im weiteren Verlauf der Untersuchung hat sich teilweise auch eine heitere Stimmung eingestellt. Die etwas gesteigerte Ängstlichkeit mit agoraphober Tönung ist von der Klägerin selbst dahingehend relativiert worden, dass sie sich gleichwohl größeren Menschenmengen aussetzen könne, wenn sie dies müsste. Angesichts dessen ist folgerichtig, wenn der Sachverständige Dr. M die ängstliche und depressive Symptomatik als gering ausgeprägt bewertet hat, die jede für sich betrachtet nicht die Voraussetzungen für die Diagnose einer bestimmten depressiven Störung oder einer bestimmten Angststörung erfüllt. Bei danach ebenfalls nur leicht reduzierter emotionaler Belastbarkeit und Frustrationstoleranz ist seine Einschätzung schlüssig, dass weitere besondere psychische Belastungen über die bestehenden psychosozialen Belastungen hinaus nicht mehr zu verkraften sind. Dies begründet folgerichtig die von diesem Sachverständigen genannten qualitativen Leistungseinschränkungen.

Der geschilderte Tagesablauf und die Aktivitäten des täglichen Lebens lassen zudem keine weiteren Beeinträchtigungen erkennen. Nach dem Aufstehen und dem Frühstück zwischen 08.00 und 09.00 Uhr verrichtet die Klägerin bis mittags die gemeinsame Hausarbeit, wobei sie das Kochen, die Wäsche, das WC und das Bad übernimmt. Die Betten werden gemeinsam mit dem Ehemann gemacht, der überwiegend das Einkaufen vornimmt, während die Klägerin nur mal Kleinigkeiten einkauft. Nach dem gemeinsamen Mittagessen und gemeinsamen Abwaschen legt sie sich hin und sieht fern. Zwischen 16.15 Uhr und 18.45 Uhr ist sie wegen ihrer Arbeit im Kindergarten von zu Hause abwesend, - wo sie, so die Klägerin gegenüber dem Sachverständigen Dr. J - "leichte" Reinigungsarbeiten für drei große Räume und den Flur in Form von Wischen und Staubsaugen verrichtet. Nach einer anschließenden Ruhepause folgt das gemeinsame Abendessen, danach Fernsehen und gegen 24.00 Uhr bis 0.30 Uhr zu Bett gehen. Einmal wöchentlich findet eine religiöse Versammlung statt. Zweimal wöchentlich bietet die Klägerin ca. eine halbe Stunde auf der Straße religiöse Literatur an. Neben ihren Freunden bei der religiösen Gemeinschaft hat die Klägerin noch Kontakt zu einer "weltlichen" Freundin. Am Wochenende macht sie manchmal Spaziergänge oder fährt mit ihrem Ehemann zu dessen Kanu und nimmt auch an Kanufahrten teil. Im Übrigen liest sie gerne. Im Juni 2010 hat sie einen Urlaub in Ungarn genießen können.

Wenn der Sachverständige Dr. M zusammenfassend von leichteren seelischen Störungen ausgegangen ist, ist dies schlüssig. Diese erreichen zwar durchaus auch tiefere vitale Schichten wie den Schlaf. Andere vitale Bereiche wie Genussfähigkeit und soziales Kontaktverhalten sind aber weiterhin intakt, wie sich aus der Schilderung des Tagesablaufes und der Aktivitäten des täglichen Lebens ergibt.

Aus dem leichten Druckschmerz an der rechten Schläfe bei beginnendem Spannungskopfschmerz zum Ende der Untersuchung hat Dr. M keine zusätzlichen funktionellen Einschränkungen abgeleitet.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, aber zugleich ein Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich, wenn nicht sogar ein vollschichtiges Leistungsvermögen im Umfang von 8 Stunden täglich, wie dies die Sachverständigen Dr. W-, Dr. B und Dr. M in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. R vom 14. April 2006 und dem ergänzenden Arbeitsagenturgutachten des Dr. E vom 24. Februar 2009 angenommen haben, folgerichtig. Dr. E hat damit zu Recht nicht mehr an seiner Beurteilung im Gutachten vom 22. August 2007 festgehalten, denn diese beruhte mit den Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt, Somatisierungsstörung, möglicher posttraumatischer Belastungsstörung und Cervikobrachialsyndrom auf dem Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W- vom 28. Juni 2007, welches ein aufgehobenes Leistungsvermögen nicht für die Klägerin, sondern für eine andere Versicherte ergab.

Der Befundbericht des Chirurgen Dr. v vom 31. Januar 2007 steht diesem Leistungsvermögen nicht entgegen. Dort ist ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich (lediglich) zur Zeit wegen der erst am 29. November 2006 erfolgten Arthrodeese im Großzehengrundgelenk rechts vorhanden ist, wobei nach Abschluss der Knochenheilung eine solche Belastung möglich sein sollte.

Der Bewertung eines Leistungsvermögens von 3 bis 4 Stunden täglich im Befundbericht der Fachärzte für Innere Medizin Dr. S und W vom 10. Februar 2007 ist nicht zu folgen, denn es fehlen jegliche Befunde, die ein solches Leistungsvermögen resultierend aus Leiden des Stütz- und Bewegungsapparates bzw. aus einem seelischen Leiden stützen könnten.

Schließlich vermag auch das Gutachten des Sachverständigen Dr. J, wonach ein Leistungsvermögen von deutlich unter drei Stunden täglich vorliegt und die Gehstrecke auf unter 300 m eingeschränkt ist, nicht zu überzeugen. Dieser Sachverständige stützt, wie der Sachverständige Dr. M zutreffend ausgeführt hat, seine Leistungsbeurteilung ganz überwiegend auf die subjektiven Angaben der Klägerin, deren subjektive Reaktionen in der körperlichen Untersuchung und auf allgemeine Überlegungen zur Schmerzentstehung, die mit dem konkreten Sachverhalt nicht in engerem Zusammenhang stehen, ohne wesentliche objektive Befunde darzulegen, die damit in Übereinstimmung zu bringen sind.

Nach Dr. J bestehen neben den o. g. Leiden ein chronischer Schmerz mit eigenständigem Krankheitswert und psychopathologischem Korrelat, ein neuropathischer Schmerz, ein Fibromyalgiesyndrom, ein depressives Syndrom (allogenes Psychosyndrom) und eine somatoforme Schmerzstörung.

Dieser Sachverständige hat 14 von 18 so genannten Tender points als druckschmerzhaft und, wie in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 ausgeführt, die Kontrollpunkte als unauffällig befundet, so dass die Voraussetzungen für die Annahme eines Fibromyalgiesyndroms gegeben sind. Er hat darauf hingewiesen, dass die Fibromyalgie derzeit in den verschiedenen Fachgesellschaften nicht als einheitliche Krankheitsentität verstanden wird, so dass sie aus der Sicht der Psychiatrie als eine psychiatrische Erkrankung aus dem Bereich der affektiven Störungen oder der somatoformen Schmerzstörungen angesehen wird. Dies entspricht den Darlegungen des Sachverständigen Dr. M. Wesentliche Bedeutung hat Dr. J dieser Gesundheitsstörung in Bezug auf das Leistungsvermögen jedoch nicht beigemessen. In der genannten ergänzenden Stellungnahme wird von ihm darauf hingewiesen, dass diese Diagnose nicht stets ein aufgehobenes Leistungsvermögen bedeutet; (lediglich) in der Summe und auch aufgrund der Dauer der sich stets weiter ausprägenden Erkrankung könne es zu einer Einschränkung bis zur Aufhebung des Leistungsvermögens kommen. Dass dieser Zustand bei der Klägerin eingetreten ist, hat er hingegen nicht festgestellt. Dies erscheint konsequent, denn weder in einem ärztlichen Bericht vor seiner Untersuchung noch in einem ärztlichen Bericht nach seiner Untersuchung, insbesondere nicht im Gutachten des Sachverständigen Dr. M, ist diese Diagnose jemals genannt oder sind die typischen Triggerpoints erhoben worden. Wenn Dr. J in seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 09. Februar 2010 dann aber zu der Einschätzung gelangt ist, dass ein ausgeprägtes Fibromyalgiesyndrom vorliegt, fehlt dazu jegliche Begründung, da diese Ausprägung durch keine die Tenderpoints überschreitenden Befunde unterlegt wird.

Einen neuropathischen Schmerz hat der Sachverständige Dr. J konkret in Bezug auf die Klägerin nicht nachweisen können. In seinem Gutachten stellt er diesen Schmerz in einen Zusammenhang mit dem Zustand nach Herpes Zoster, "eventuell" spiele sogar das bisher nirgends erwähnte Halswirbelsäulen-Schleudertrauma beim Verkehrsunfall 1993 eine Rolle. Es gibt jedoch keine neurologischen Befunde (vgl. Dr. B und Dr. M), die nach Behandlung eines akuten Herpes Zoster zurückgeblieben sind. Nichts anderes gilt hinsichtlich des Halswirbelsäulenschleudertraumas. Nicht einmal Dr. J hat insoweit Befunde benannt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 hat er noch auf eine mögliche häufig nicht unerhebliche Traumatisierung des Hirnstammes und der Medulla oblongata hingewiesen, ohne jedoch einen konkreten Bezug zur Klägerin herzustellen. Er hat nunmehr die bereits in seinem Gutachten genannte Hyperästhesie im Bereich des rechten äußeren Oberarmes (Bereich Kennmuskel C 5) und die Parästhesien im Bereich der Außenseite des Oberschenkels links (Kennmuskelläsionen bei L 4/5) hervorgehoben, die bei keiner anderen Untersuchung, weder von Sachverständigen, noch von anderen Gutachtern oder von den behandelnden Ärzten, festgestellt wurden. Angesichts der radiologisch unbedeutenden Befunde im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule (vgl. die Röntgenuntersuchung durch den Sachverständigen Dr. B) fehlt es dafür aber auch an einem somatischen Korrelat. Soweit daher eine Hyperästhesie und Parästhesien bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. J nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv vorhanden gewesen sind, kann es sich allenfalls um minimale grenzwertige Befunde gehandelt haben. Ansonsten hätten sie bei der nachfolgenden Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. M fortbestehen müssen. Unabhängig davon sind diese Befunde jedoch nicht geeignet, um einen (bedeutsamen) neuropathischen Schmerz zu erklären, wenn diese überhaupt nur erst- und einmalig bei der Untersuchung durch Dr. J zu erheben gewesen sind. Als einziger Hinweis auf eine neuropathische Schmerzkomponente verbleibt mithin die Selbstauskunftsskala neuropathischer Schmerz (PD-Q), die bei einem Wert von 28 (bei möglichen Werten zwischen 0 und 38) eine solche Schmerzkomponente mit 90 v. H. als wahrscheinlich ausgewiesen hat. Aber auch eine solch hohe Wahrscheinlichkeit ist ohne Bedeutung, wenn es an objektiven korrelierenden Befunden mangelt.

Diesem Umstand hat, worauf der Sachverständige Dr. M zu Recht hingewiesen hat, der Sachverständige Dr. J bei den von ihm benutzten Selbstauskunftsskalen im Rahmen des Projektes "painDETECT" insgesamt keine genügende Bedeutung beigemessen. Nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. J vom 21. Dezember 2009 sollen mit diesem Projekt Schmerzen genauer diagnostiziert und behandelt werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Es erlaubt, epidemiologische Daten zu chronischen Schmerzsyndromen in anonymisierter Form zu erheben. Es handelt sich um eine Software zur Unterstützung einer strukturierten Anamnese. Die Skalen erlauben im Kontext bei mehrfacher Anwendung die Beobachtung und Beurteilung von Krankheitsverläufen, die Einschätzung der Auswirkungen therapeutischer Interventionen und deren Effektivität sowie den allgemeinen Verlauf im Vergleich zu einer großen Vergleichsgruppe (Benchmarking). Auch wenn die Validierungsstudie des PainDETECT-Fragebogens 2006 abgeschlossen und publiziert wurde und gegenüber ähnlichen Fragebögen aus anderen Sprachräumen als rein Patienten-basierter Fragebogen, also ohne Einschaltung eines Arztes, mit einer Sensitivität von 85 v. H. und einer Spezifität von 80 v. H. die besten Werte erreichte, bleibt das gewonnene Ergebnis ausschließlich Anamnese. Wegen der genannten Zielrichtung ist es nicht auf einen Einsatz zur Begutachtung ausgerichtet, so dass es insoweit gerade keine Validierung gibt. Dementsprechend hat der Sachverständige Dr. J bestätigt, dass die Auswirkungen eines gleichzeitigen Rentenverfahrens bisher wissenschaftlich nicht untersucht sind. Nach Dr. J findet sich lediglich eine kleine Fallstudie aus dem Jahr 2007, wonach Probanden mit Rentenbegehren im Sozialgerichtsverfahren höhere Schmerzintensitäten und damit einen höheren Summenwert beim Pain Disability Index (PDI) angaben. Unabhängig davon hat Dr. J gemeint, dass generell in einer gutachterlichen Situation zu einer gewissen Aggravation geneigt werde. Dies müsse vom Gutachter im Kontext zur erlebten gutachterlichen Situation, seiner persönlichen beruflichen Erfahrung und den vorliegenden Befunden und Untersuchungsergebnissen gewertet werden. Daher könne man davon ausgehen, dass die gewonnenen Angaben überwiegend wahrscheinlich glaubwürdig seien. Entgegen dieser Aussage hat Dr. J diese Wertung jedoch nicht vorgenommen, obwohl, wie er bereits in seinem Gutachten betont hat, diese Wertung maßgebend ist. Er hat nämlich im Gutachten ausgeführt: Im Vordergrund des Beschwerdekompleses der Klägerin steht mittlerweile offensichtlich die chronifizierte Störung der Schmerzverarbeitung, die zur Ausprägung eines Vollbildes einer eigenständigen Krankheit geführt hat. Gerade im historisch noch jungen Gebiet der Schmerztherapie entstehen und vergehen stets verschiedene engagiert vertretene Standpunkte, die aufgrund einer fehlenden breiten wissenschaftlichen Basis durch persönliche Entwicklungen und dadurch gewonnene und vertiefte Erkenntnisse moduliert werden. Chronisch schmerzkrank sind alle Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und selbständigen Krankheitswert erlangt hat. In diesen Fällen führt das Schmerzleiden zwangsläufig zu psycho-pathologischen Veränderungen und kann zum algogenen Psychosyndrom führen. Mit diesem Syndrom werden – so Dr. J – die Auswirkungen chronischer Schmerzen auf die Psyche des Betroffenen umschrieben. Die Veränderungen gehen über die einer sich üblicherweise entwickelnden Depression deutlich hinaus. Der chronische Schmerz wird zum alles verändernden Lebensmittelpunkt. Er führt zu einer weitgehenden Aufgabe aller Hobbys, einem ausgeprägten sozialen Rückzug und wirkt daher häufig erheblich schmerzverstärkend. Um als Gutachter die Schmerzen zu verstehen, muss man sie als subjektive Tatsachen akzeptieren.

Dabei hat der Sachverständige Dr. J jedoch verkannt, dass die von ihm als zwangsläufig mit dem Schmerzleiden assoziierten psycho-pathologischen Veränderungen gar nicht vorhanden sind, so dass es bereits an einer Grundlage dafür fehlt, Schmerzen als subjektive Tatsache zu akzeptieren.

Wie von dem Sachverständigen Dr. M daher zutreffend ausgeführt, mangelt das Gutachten des Sachverständigen Dr. J daran, dass es sich

ganz überwiegend auf die subjektiven Angaben der Klägerin stützt, fachfremd psychopathologische Befunde als schwerwiegend gegeben darlegt, die tatsächlich nicht bestehen, sich eines experimentellen Konzeptes, dem algogenen Psychosyndrom als bisher nicht eingeführter Diagnose, zur Leistungsbeurteilung bedient und deutliche Aggravationstendenzen der Klägerin nicht kritisch hinterfragt, sondern vielmehr als unwesentlich behandelt. Inwieweit daneben zusätzlich der nicht erkannte, weil die Anwesenheit des Ehemanns gestattet worden ist, schwerwiegende langjährige familiäre Konflikte zur Fehlbeurteilung des Sachverständigen Dr. J beigetragen hat, kann bei dieser Sachlage dahinstehen.

Nach der Selbstauskunftsskala Depressivität/Ängstlichkeit (PHQ-D) liegt der Verdacht auf eine schwere depressive Störung vor. Der Sachverständige Dr. J folgert daraus, dass eine schwere depressive Störung vorliegt. Nach der Selbstauskunftsskala Funktionalität (FFbH), die nach seiner Darlegung allerdings ein Instrument zur Erfassung der Funktionskapazität bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ist, so dass Zweifel an ihrer Anwendbarkeit verbleiben, liegt eine relevant eingeschränkte Funktionskapazität für alltägliche Tätigkeiten vor. Nach der subjektiven visuellen Analogskala (VAS) beträgt der mittlere Schmerz 8,1; als erträglicher Schmerz wird von der Klägerin 7,6 angegeben. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 hat Dr. J letztgenannte Angabe als "individuelle Angabe der Klägerin" bezeichnet, die er als Ausdruck einer nicht vorhandenen Schmerztherapie im weitesten Sinne interpretiert. Das Therapieziel wäre nämlich mit 3,5 zu beziffern, denn dieser Wert stellt "erträgliche" Schmerzen für einen nicht von Schmerzen Betroffenen dar, ist also im Allgemeinen der realistische Wert für erträgliche Schmerzen. Nach dem PDI liegt mit 53,1 Punkten eine erhebliche Beeinträchtigung vor. Dies entspricht einem Mittelwert von ca. 76 v. H. Nach dem Migraine Disability Assessment (MIDAS) leidet die Klägerin subjektiv unter schweren Beeinträchtigungen mit 43 Punkten (bei einer Skala von 0 bis 35) durch Migräne bei einer Kopfschmerzintensität von 9,9 auf einer Skala von 0 bis 10. Nach der Skala Allgemeinbefinden (Short-Form 12) zur Erfassung von Therapieerfolgen mittels subjektiver Einschätzung zeigt sich eine erhebliche Einschränkung. Schließlich bestehen nach der Selbstauskunftsskala Schlaf (MOS Sleep Scale) eine um 42 v. H. über der Norm liegende Schlafstörung, eine um 35 v. H. normüberschreitende Schläfrigkeit und ein um 40 v. H. unter der Norm liegender ausreichender Schlaf.

Im Gegensatz dazu steht jedoch der von Dr. J erhobene psychische Befund und der ihm gegenüber geschilderte Tagesablauf. Als psychischer Befund ist von ihm erhoben worden: Während der Befragung, der Erhebung der Anamnese und der Untersuchung aggraviert die Klägerin nicht mehr als in solchen Situationen üblich. Sie kann sich gut konzentrieren und dem Gespräch gut folgen. Bei der Zusammenfassung der bisherigen Befunde und Vorhaltung einzelner Befundabschnitte wirkt sie depressiv erschöpft und weinerlich, weil sie sich in weiten Teilen nicht verstanden fühlt. Der Tagesablauf ähnelt dem, wie er Dr. M geschildert worden ist. Insbesondere hat die Klägerin betont, nur die leichteste Hausarbeit mit Pausen zu verrichten und höchstens eine Stunde zu lesen, weil sie das Buch danach nicht mehr halten könne. Wegen der Zugehörigkeit zu einer religiösen Glaubensgemeinschaft hätten sich seit 10 Jahren die sozialen Kontakte erheblich verändert, wobei sie dort Kontakt zu sehr verständnisvollen Menschen gefunden habe.

Darin fügt sich ein, dass weder psychiatrische noch psychotherapeutische Behandlungsansätze genutzt werden und eine psychopharmakologische Behandlung nicht erfolgt, worauf der Sachverständige Dr. M hingewiesen hat. Solche Behandlungen wären jedoch bei einem durch Schmerzen hervorgerufenen Leidensdruck zu erwarten. Wie gegenüber dem Sachverständigen Dr. J angegeben werden zur Schmerzlinderung hingegen lediglich Franzbranntwein und Aspirin gegen die Kopfschmerzen verwendet. Die von Dr. J im Zusammenhang mit einer Schmerzbehandlung gemachten Ausführungen sind widersprüchlich. So hat er in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass für chronisch schmerzkranken Patienten oft nicht erfolgreiche Behandlungsversuche über eine lange Zeit kennzeichnend sind. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 hat er die Durchführung solcher Behandlungsversuche verneint: Insgesamt erfolgte keine konzentrierte Behandlung des sich entwickelnden chronischen Schmerzsyndroms. Es fehlt ein multimodaler Ansatz - gleichzeitiger Einsatz psychotherapeutischer, konsequent medikamentöser und physiotherapeutischer Maßnahmen. In seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 22. Februar 2010 wird hingegen ausgeführt, dass die zur Verfügung stehenden medikamentösen und nichtmedikamentösen Methoden zur Schmerzbehandlung bei der Klägerin ausgeschöpft erscheinen. Er benennt zwar allgemeine medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungen, ohne eine genaue zeitliche Zuordnung vorzunehmen. Gemeint sind damit wohl die in der ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 genannten - ungenügenden - Maßnahmen, denn andere sind nicht ersichtlich. Jedoch werden von ihm keine im Rahmen eines schmerztherapeutischen Konzepts gebotenen Maßnahmen aufgeführt, welche er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 nach Durchsicht der Unterlagen gerade vermisst hat.

Das Verhalten der Klägerin ist gleichfalls in anderer Hinsicht wenig konsequent. So hat sie gegenüber dem Sachverständigen Dr. J angegeben, sie solle eigentlich ein Korsett tragen, das aber viel zu warm sei, so dass sie es vielleicht die Hälfte des Jahres benutze. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. M ist das Vorhandensein orthopädischer Schuhe angegeben worden. Getragen werden diese jedoch nicht, weil sie "unmöglich aussehen".

Schließlich ist ebenso wenig nachvollziehbar, dass nach dem Sachverständigen Dr. J die Gehstrecke der Klägerin aufgrund der Schmerzzustände und des vorhandenen Asthma bronchiale auf unter 300 m eingeschränkt ist. Wie der Sachverständige Dr. M ausgeführt hat, gibt es für diese Beurteilung keinerlei objektive Daten. Zur Beeinträchtigung durch ein Asthma bronchiale sind oben bereits Ausführungen gemacht worden. Dr. J hat bei seiner Untersuchung ebenfalls keine Beeinträchtigungen der Lungenfunktion befundet. Im Übrigen hat er eine unauffällige Lendenwirbelsäule vorgefunden. Das Hüftgelenk rechts hat er in der Außenrotation als deutlich eingeschränkt gesehen, ohne dies konkret zu beschreiben. Der von ihm festgestellte Lasègue rechts mit 30 Grad und links mit 20 Grad ist, worauf Dr. M hingewiesen hat, von Dr. J nicht gegengeprüft worden. Auch bei Dr. M ist bei der konkreten Prüfung der Lasègue beidseits ab 60 Grad schmerzhaft angegeben worden, während er unter Ablenkung und beim Langbeinsitz bis zu 90 Grad schmerzfrei möglich gewesen ist. Nach Dr. M ist folglich diese Einschränkung nicht als objektiv anzusehen. Die Feststellungen des Dr. J hinsichtlich des Lasègue müssen mithin als zweifelhaft betrachtet werden. Die rein subjektive Schmerzangabe ist, wie bereits ausgeführt, ohne belegbare konkrete körperliche Funktionseinschränkung jedoch nichtssagend. Mithin gibt es keine Begründung für eine Einschränkung der Wegstrecke.

Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Klägerin ist zwischenzeitlich nicht eingetreten, wie die Sachverständigen Dr. Mund Dr. Bin ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 10. April 2011 und 12. April 2011 in Auswertung der Berichte des Radiologen Dr. M vom 15. Januar 2011 und 18. Februar 2011 ausgeführt haben.

Nach dem Sachverständigen Dr. M weist der Kernspintomografiebefund des ISG vom 15. Januar 2011 nebenbefundlich den Verdacht auf eine spinale Enge oder einen Bandscheibenvorfall in Höhe L 4/5 oder L 5/5 1 aus. Zusätzliche Implikationen für die Leistungsfähigkeit der

Klägerin ergeben sich daraus nicht. Der Kernspintomografiebefund der Lendenwirbelsäule vom 18. Februar 2011 zeigt nach diesem Sachverständigen degenerative Verschleißerscheinungen, einen knöchern abgestützten Bandscheibenvorfall in Höhe L 4/5 mit Einengung der Nervenwurzeltaschen und eine relative Enge des Spinalkanals sowie in Höhe von L 3/4 eine Bandscheibenvorwölbung. Die Tatsache, dass der Bandscheibenvorfall bereits knöchern abgestützt ist, spricht – so der Sachverständige – dafür, dass der Bandscheibenvorfall schon vor längerer Zeit aufgetreten ist und es sich dabei nicht um eine Neuerkrankung handelt. Qualitative Rücksichtnahmen für die Wirbelsäule und den Bewegungsapparat sind somit schon bisher hinreichend berücksichtigt. Eine Neubewertung ist angesichts dessen nicht erforderlich. Dies ist für den Senat nachvollziehbar. Der Sachverständige Dr. Bist in seiner ergänzenden Stellungnahme zur selben Schlussfolgerung gelangt.

Der von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vorgebrachte Einwand, die Berichte des Radiologen Dr. M belegten, dass ein in der Vergangenheit eingetretener Bandscheibenvorfall übersehen und deswegen das Leistungsvermögen der Klägerin überwiegend nicht zutreffend beurteilt worden sei, vermag nicht zu überzeugen.

Zunächst bietet bereits das Vorbringen der Klägerin und ihre Angaben gegenüber Gutachtern bzw. Sachverständigen keinen Anhaltspunkt dafür, dass und zu welchem Zeitpunkt ein akutes Bandscheibengeschehen mit Funktionsstörungen, also insbesondere unter Beteiligung von Nervenbeeinträchtigungen mit entsprechenden Nervenausfällen eingetreten sein könnte. Mangels entsprechender Beschwerden haben somit wohl auch die behandelnden Ärzte der Klägerin in der Vergangenheit keinen Anlass gesehen, nach einem Bandscheibenvorfall zu suchen und ihn bildtechnisch nachzuweisen. Nach dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. R vom 14. April 2006 ergab seine Untersuchung keinen Anhalt für motorische Nervenausfälle. Der Lasègue beidseits war negativ und die Sensibilität ungestört. Bei der nach dem Befundbericht der Fachärztin für Neurologie Dr. A vom 18. Januar 2007 erfolgten einmaligen Untersuchung vom 15. Dezember 2006 wurden weder von der Klägerin neurologische Beschwerden vorgetragen, noch von dieser Ärztin entsprechende neurologische Befunde erhoben. Nichts anderes gilt nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. W vom 31. August 2007. Nach der Beschwerdeanamnese waren ischialgieforme Schmerzstraßen oder sensomotorische Veränderungen bisher nicht eingetreten. Solche Befunde hat dieser Sachverständige bei seiner Untersuchung auch nicht erheben können. Nach dem Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. S vom 12. Januar 2009 klagte die Klägerin im gesamten Behandlungszeitraum von Januar 2005 bis November 2008 nicht über Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich noch konnten nach diesem Bericht bei einer Spinal-(Kanal)Stenose L 4/5 entsprechende Befunde erhoben werden. Nach dem Sachverständigen Dr. B hat die Klägerin zwar bei dessen Untersuchung als gesundheitliches Problem den Rücken genannt. Aus neurologischer Sicht haben nach diesem Sachverständigen jedoch keine Störungen bestanden. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. J hat die Klägerin angegeben, Rückenschmerzen habe sie "schon immer" gehabt. Dieser Sachverständige hat eine unauffällige Lendenwirbelsäule, aber Parästhesien im Bereich der Außenseite des Oberschenkels links (Kennmuskelinläsionen bei L 4/5) erhoben. Nach dem Sachverständigen Dr. M hat die Klägerin ihm gegenüber angegeben, seit ihrem 20. Lebensjahr 1970 gleichbleibend ständig ohne Unterbrechung aber mit geringen Intensitätsschwankungen einen "intensiven" Schmerz von sonst unbestimmten Schmerzcharakter in der unteren Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule zu haben. Im neurologischen Untersuchungsbefund sind nach diesem Sachverständigen dort allerdings keine Befunde zu erheben gewesen. Mithin gibt es keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass in der Vergangenheit ein funktionseinschränkendes Bandscheibengeschehen im Sinne eines Bandscheibenvorfalles eingetreten sein könnte, das sowohl von den behandelnden Ärzten der Klägerin als auch von den Gutachtern und Sachverständigen übersehen worden sein könnte.

Die festgestellten qualitativen Leistungseinschränkungen schließen allerdings eine Tätigkeit als Reinigungskraft aus. Nach der beigezogenen berufskundlichen Literatur (BO 933) handelt es sich hierbei u. a. um überwiegend leichte bis mittelschwere Arbeit mit Zwangshaltungen wie Bücken, Hocken, Knien und Überkopfarbeit. Dem Belastungsprofil dieses Berufes ist die Klägerin nicht mehr gewachsen.

Dies begründet jedoch noch keine Berufsunfähigkeit. Ausgehend von diesem Beruf muss sich die Klägerin auf Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, insbesondere einer Pförtnerin und einer Versandfertigtmacherin verweisen lassen. Dies hat keinen unzumutbaren sozialen Abstieg zur Folge und ist ihr auch gesundheitlich noch möglich.

Nach [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) können Versicherten grundsätzlich solche Tätigkeiten zugemutet werden, die in ihrer Wertigkeit dem bisherigen Beruf nicht zu fern stehen (vgl. dazu BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 50 m. w. N. zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)). Nach dem vom BSG zur Bestimmung der Wertigkeit eines Berufes entwickelten Mehrstufenschema werden die Arbeiterberufe in vier Gruppen eingeteilt, nämlich die des Facharbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders qualifizierten Facharbeiters, des Facharbeiters (anerkannter Ausbildungsberuf mit einer Ausbildungszeit von mehr als zwei Jahren), des angelernten Arbeiters (sonstiger Ausbildungsberuf mit einer Regelausbildung von drei Monaten bis zu zwei Jahren) und des ungelerten Arbeiters (Einarbeitung bzw. Einweisung von weniger als drei Monaten). Im Rahmen dieses Mehrstufenschemas dürfen Versicherte, ausgehend von einer hiernach erfolgten Einstufung ihres bisherigen Berufes, nur auf die jeweils nächst niedrigere Gruppe verwiesen werden. Die Stufe des angelernten Arbeiters wird, da es sich um eine vielschichtige und inhomogene Gruppe handelt, in einen oberen Bereich (mit einer Anlernzeit von mehr als zwölf Monaten bis zu zwei Jahren) und einen unteren Bereich (mit einer Anlernzeit von drei Monaten bis zu zwölf Monaten) unterteilt (BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 45). Dem Angelernten, der innerhalb seiner Gruppe dem oberen Bereich angehört, ist mindestens eine in Betracht kommende Verweisungstätigkeit konkret zu bezeichnen, denn einem solchen Arbeiter sind nur Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zumutbar, die sich hieraus durch Qualitätsmerkmale, z. B. durch das Erfordernis einer Einweisung und Einarbeitung oder durch die Notwendigkeit beruflicher oder betrieblicher Vorkenntnisse, herausheben (BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 132; BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 45).

Davon ausgehend ist die von der Klägerin ausgeübte Beschäftigung einer Reinigungskraft höchstens der Gruppe des angelernten Arbeiters des unteren Bereiches zuzuordnen.

Über eine entsprechende abgeschlossene Ausbildung verfügt die Klägerin nicht. Nach der Auskunft der A KG "" GmbH und Co. vom 23. Januar 2009 bedurfte es zur vollwertigen Ausübung dieses Berufes auch für völlig ungelernete und branchenfremde Kräfte keiner Anlernung, was im Hinblick auf die genannten einzelnen Arbeitsaufgaben (Fegen und Wischen von Fußböden, Außenreinigung von Inventar, Staubsaugen, Bedienen einer Maschine zum Zwecke des Trocknes und Polierens von Hartböden) nachvollziehbar ist. Die Klägerin war nach dieser Auskunft zudem tarifvertraglich in der Lohngruppe Innen- und Unterhaltsreinigung (Ecklohn B) des LTV Gebäudereiniger-Handwerk, der Gruppe mit dem niedrigsten Arbeitsentgelt, eingruppiert.

Ist damit der bisherige Beruf der Gruppe der ungelernten, höchstens der Gruppe der angelernten Arbeiter des unteren Bereiches zuzuordnen, so sind der Klägerin alle Tätigkeiten eines ungelernten Arbeiters sozial zumutbar. Der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedarf es somit nicht. Soweit hier gleichwohl die Tätigkeiten einer Pförtnerin und Versandfertigmacherin als zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes angeführt werden, erfolgt dies lediglich zur weiteren Verdeutlichung der für die Klägerin noch bestehenden Möglichkeiten, ihr Leistungsvermögen in Erwerbsarbeit umzusetzen. Diesen Verweisungstätigkeiten 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 Feuerarbeit 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.

Der weiteren berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 13. Oktober 2008 ist ebenfalls nichts Abweichendes gegenüber seinen früheren berufskundlichen Stellungnahmen zu entnehmen, so dass diese weiterhin Bestand haben.

Die bei der Klägerin bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Pförtnerin und einer Versandfertigmacherin in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen Dr. B und Dr. M somit zu der Einschätzung gelangt sind, die Klägerin könne diese Berufe noch mindestens 6 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.

Berufsunfähigkeit und teilweise Erwerbsminderung scheiden damit aus, so dass eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nicht zu gewähren ist.

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.

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.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-08-30