

## L 22 R 1842/06

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
22  
1. Instanz  
SG Cottbus (BRB)  
Aktenzeichen  
S 6 R 466/05  
Datum  
11.10.2006  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 22 R 1842/06  
Datum  
18.03.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 11. Oktober 2006 wird zurückgewiesen, soweit nicht der Rechtsstreit durch Anerkenntnis erledigt ist. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Rente wegen voller Erwerbsminderung noch vom 01. April 2004 bis 31. Januar 2008.

Dem im August 1948 geborenen Kläger, der zuletzt bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 22. Mai 2002 als Kraftfahrer, Kran- und Baggerfahrer beschäftigt war, wurde im Mai 2002 wegen eines Nierenzellkarzinoms die linke Niere entfernt. Mit Bescheid vom 30. September 2003 bewilligte ihm die Beklagte nach einem am 22. Mai 2002 eingetretenen Leistungsfall Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ab 01. Juni 2002. Mit Bescheid vom 01. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2004 lehnte sie die Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung ab. Der Kläger bezieht zwischenzeitlich seit 01. September 2008 Altersrente für schwer behinderte Menschen (Bescheid vom 08. August 2008).

Im April 2004 beantragte der Kläger wegen der Nierenoperation Rente wegen voller Erwerbsminderung. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen bei, holte den Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. H vom 28. Mai 2004 ein und veranlasste das Gutachten der Fachärztin für Chirurgie Dr. W vom 23. Juni 2004.

Mit Bescheid vom 02. August 2004 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ab: Trotz eines chronischen Dorsalumbalsyndroms bei geringen degenerativen Veränderungen, muskulären Dysbalancen und skoliotischer Fehlhaltung, belastungsabhängigen Kniegelenksbeschwerden bei Gonarthrose - Innenmeniskusläsion auf degenerativer Basis rechts, - eines Zustandes nach Arthroskopie des linken Kniegelenkes, einer Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz, eines Zustandes nach Tumornephrektomie wegen Nierenzellkarzinoms links ohne Anhalt für Rezidiv und eines arteriellen Hypertonus könne noch eine Erwerbstätigkeit mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgeübt werden.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch wies der Kläger auf eine nicht absehbare Zeit der Arbeitsunfähigkeit, eine erneut erfolgte Knieoperation, einen Grad der Behinderung (GdB) von 70 und eine anstehende urologische stationäre Behandlung hin. Die Beklagte zog weitere ärztliche Unterlagen bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Mai 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Befundunterlagen könne nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Der GdB habe keinen Einfluss auf die Anspruchsvoraussetzung für eine Rente.

Dagegen hat der Kläger am 19. Mai 2005 beim Sozialgericht Cottbus Klage erhoben.

Er hat vorgetragen, seit Juni 2002 habe sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Facharztes für Urologie Dr. P vom 02. August 2005, des Facharztes für Orthopädie und Chirurgie Dr. W vom 03. August 2005 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin M vom 16. Oktober 2005 eingeholt sowie Beweis erhoben durch die schriftlichen Sachverständigengutachten des Arztes für Innere Medizin und Nephrologie Prof. Dr. Ke vom 10. April 2006 und des

Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 21. Juni 2006.

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, das Gutachten vom 21. Juni 2006 sei nicht nur in sich widersprüchlich, sondern widerspreche in Teilen erheblich dem Gutachten vom 10. April 2006. Es sei daher eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. K erforderlich. Da von beiden Sachverständigen eine psychische Störung (Depression) beschrieben worden sei, bedürfe es eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens.

Mit Urteil vom 11. Oktober 2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Sachverständigen seien in Übereinstimmung mit dem im Verwaltungsverfahren tätigen Gutachter zu der Auffassung gelangt, der Kläger könne noch vollschichtig körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeit überwiegend im Sitzen verrichten. Die Einwände des Klägers bezüglich der unterschiedlichen Leistungsbewertungen durch die Sachverständigen seien unter den einleitenden Bemerkungen des Sachverständigen Prof. Dr. K zu betrachten, der ausgeführt habe, dass aus seiner fachärztlichen Sicht als Internist eine definitive Einschätzung der Beeinträchtigung durch die orthopädischen Gesundheitsstörungen nicht möglich sei. Diese Beeinträchtigungen seien von dem Sachverständigen Dr. B beurteilt worden.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 13. November 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 13. Dezember 2006 eingelegte Berufung des Klägers, mit der er sein Begehren weiter verfolgt.

Der Kläger beantragt, nachdem die Beklagte das von ihm angenommene Anerkenntnis, dass ab 21. Januar 2008 volle Erwerbsminderung vorliegt und sie sich verpflichtet, die entsprechenden Leistungen zu erbringen, abgegeben hat,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 11. Oktober 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Mai 2005 zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01. April 2004 bis 31. Januar 2008 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat die Befundberichte des Arztes für Orthopädie Dr. W vom 18. Juni 2007, des Facharztes für Urologie Dr. P vom 15. Juni 2007, des Facharztes für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H vom 20. Juni 2007 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin M vom 26. Juli 2007 eingeholt sowie den Entlassungsbericht des Klinikums B vom 18. Dezember 2006 über eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 04. Oktober bis 01. November 2006 beigezogen. Er hat außerdem Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Pförtner (BO 793) und Versandfertigmacher (BO 522) und Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 14. Februar 2000 zum Pförtner und vom 01./24. November 2002 und vom 14. Januar 2005 zum Versandfertigmacher beigezogen, die Sachverständigen Prof. Dr. Kund Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahmen vom - Eingang - 19. September 2007 und 01. Oktober 2007), weiter Beweis erhoben durch die schriftlichen Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W vom 21. Januar 2008 nebst ergänzender Stellungnahmen vom 23. Dezember 2008 und 28. April 2009 unter Berücksichtigung der außerdem beigezogenen gesamten Behandlungsunterlagen des Facharztes für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H, Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. H, sowie des Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Dr. K vom 05. Januar 2010.

Die Beklagte ist der Ansicht, dass sich in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. K der genaue Verlauf und auch die Ausprägung des Schweregrades der depressiven Störungen und der somatoformen Schmerzstörung über den Zeitraum von 2004 bis 2008 nicht rekonstruieren ließen. Eine deutliche depressive Symptomatik sei weder bei der Begutachtung im Juni 2004 noch seien wesentliche psychische Auffälligkeiten von den Sachverständigen Prof. Dr. K und Dr. B festgestellt worden. Nach den subjektiven Angaben des Klägers sei die psychische Störung als kompensiert empfunden worden. Außerdem hätten Vorstellungstermine beim ambulanten Psychiater Dr. H zum Teil ein halbes bis ein Dreivierteljahr auseinander gelegen. Dem Sachverständigen Dr. W könne daher nicht gefolgt werden, soweit dieser eine quantitative Leistungseinschränkung mit April 2004 angenommen habe. Selbst dieser Sachverständige räume ein, dass genaue Angaben retrospektiv nicht zu treffen seien, weil psychische Störungen zum Teil ausgeprägten spontanen Schwankungen unterlägen.

Der Kläger meint, es müsse zu Lasten der Beklagten gehen, dass eine Leistungsbeurteilung für den Zeitraum von 2004 bis Anfang 2008 unmöglich sei. Dieser habe es obliegen, dazu Feststellungen zu treffen.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. Blatt 97 bis 124, 131 bis 162, 314 bis 316, 321 bis 327, 344 bis 374, 440 bis 443, 451 bis 460 und 475 bis 514 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 nach dem angenommenen Teilanerkenntnis unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 02. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Mai 2005 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vom 01. April 2004 bis 31. Januar 2008, denn sein Leistungsvermögen war nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken. Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (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 erwerbtätig 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).

Der Kläger war hiernach nicht voll erwerbsgemindert, denn er konnte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insbesondere als Pförtner und Versandfertigtmacher, vollschichtig, also auch mindestens 3 und 6 Stunden täglich tätig sein.

Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. K, Prof. Dr. K und Dr. B. Dem Gutachten des Sachverständigen Dr. W vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

Nach dem Sachverständigen Dr. K bestehen eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelschwere Ausprägung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Nach Dr. W liegt eine mittelschwere bis schwere depressive Störung mit jetzt chronischem Verlauf, kombiniert mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor. Aufgrund dessen ist nach beiden Sachverständigen das Leistungsvermögen des Klägers auf unter drei Stunden täglich eingeschränkt. Das Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich resultiert hierbei aus dem von beiden Sachverständigen festgestellten psychopathologischen Befund. Wie Dr. K ausgeführt hat, zeigen sich die maßgeblichen Symptome der depressiven Erkrankung in psychomotorischer Unruhe, Angst und Agitation, Antriebs- und Interessendefizit, Grübelzwang, Schuldgefühlen, Minderwertigkeitsempfindungen und auch Schlafstörungen. Als Folge dessen kommt es zu einer schwerwiegenden Verminderung der allgemeinen psycho-physischen Leistungsfähigkeit. Hinzu treten noch regelhaft so genannte kognitive Defizite im Sinne von Hirnleistungsstörungen mit schwersten Problemen im Bereich Konzentration, Merkfähigkeit und Ausdauerleistung. Überlagert wird diese depressive Erkrankung durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bei der es zu einer hochpathologischen praktisch dauerhaften Schmerzwahrnehmung kommt. Diese verstärkt wiederum die depressive Beschwerdesymptomatik, wie andererseits die Schmerzwahrnehmung bei depressiven Patienten wiederum negativ potenziert. Dies führt dazu, dass selbst bei einfachsten Tätigkeiten der Kläger nur kurzzeitig in der Lage ist, sich zu konzentrieren und eine ausreichende Energie aufzubringen, um eine gezielte Tätigkeit durchzuführen. Dies gilt, auch insoweit besteht Übereinstimmung zwischen diesen Sachverständigen, für einen Zeitraum ab Januar 2008. Das Teilanerkennnis der Beklagten trägt diesem Beweisergebnis Rechnung.

Zur Überzeugung des Senats lässt sich nicht nachweisen, dass ein Leistungsvermögen von unter drei bzw. unter sechs Stunden täglich bereits ab April 2004 bestand. Die Beweislosigkeit dieser Tatsache geht zu Lasten des Klägers, denn er leitet daraus eine ihm günstige Rechtsfolge ab, so dass er insoweit objektiv beweisbelastet ist.

Obgleich es nach dem Sachverständigen Dr. K in den Befunden des behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. H, Facharztes für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H durchaus Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik gibt, existieren gleichzeitig im Verlauf dieser Zeit widersprüchliche Befunde. Dies macht es unmöglich, sichere Aussagen zum Krankheitsverlauf, insbesondere basierend auf psychopathologischen Befunden zum Ausprägungsgrad und den Auswirkungen zu treffen. Die Befunddokumentationen der Dres. H sind spärlich. Auf einen deutlich besseren psychischen Befund weisen vorliegende Gutachten hin.

Nach dem Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. H vom 28. Mai 2004 wird u. a. eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung benannt. Dies erscheint nach Dr. K nachvollziehbar. Zwar weist dieser Befundbericht selbst keine Befunde aus. Es bedarf insoweit des Rückgriffs auf die beigelegte ärztliche Auskunft dieses Arztes vom 09. Januar 2004, in der unter geäußerten Beschwerden Angst, innere Unruhe, traurige Verstimmung und eine erschwerte psychische Umstellungsfähigkeit mitgeteilt sind. Seiner Befunddokumentation lässt sich allerdings für den 08. Januar 2004 entsprechendes nicht entnehmen, denn dort sind starke Schmerzen im linken Knie, Schmerzen in der Wirbelsäule und Schmerzen im Halswirbelsäulenbereich niedergelegt.

Im Gutachten der Fachärztin für Chirurgie Dr. W vom 23. Juni 2004 findet sich u. a. die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz. Diese Beurteilung steht nach dem Sachverständigen Dr. K deutlich im Widerspruch zum voran genannten Befundbericht. Allerdings gab der Kläger dort an, dass sich die Schlafstörungen und die Stimmungslabilität mit aggressiven Tendenzen durch eine medikamentöse Behandlung gebessert hätten. Eine deutliche depressive Symptomatik wurde von ihm verneint. Im psychischen Befund wird u. a. ausgeführt: Im Affekt leicht deprimiert, etwas unsicher und ängstlich, im inhaltlichen Denken Insuffizienzerleben bei Zeichen mangelnder Krankheitsbewältigung und Problemen mit dem Älterwerden, Konzentration, Aufmerksamkeit und Mnestic unauffällig. Nach dem Sachverständigen Dr. K fehlt eine differenzierte psychopathologische Befunderhebung. Wird jedoch der vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. H am 15. Juni 2004 erhobene Befund berücksichtigt, findet sich diese Besserung bestätigt. Dort heißt es: Psychisch etwas gebessert. Weitere psychopathologischen Befunde sind nicht niedergelegt.

Für die nachfolgende Zeit fällt auf, so der Sachverständige Dr. K, dass nur noch in sehr großen Abständen Vorstellungen, nunmehr beim Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H, erfolgten, nämlich am 21. März 2005 und am 08. Dezember 2005. Die dabei erhobenen Befunde (bewusstseinsklar, voll orientiert, Stimmung gedrückt, labil, innerlich unruhig, innerlich angespannt, verhaltenssituationsgemäß Antrieb reduziert, Wahrnehmung geordnet, formales Denken, teilweise mit Grübeln, kein Anhalt für Wahn, Halluzinationen, kognitive Funktionen unauffällig, rezidivierende Schlafstörungen) deuten nach Dr. K zwar noch mäßig depressive Symptome an, allerdings deutlich weniger ausgeprägt als in vorhergehenden Befunderhebungen, insbesondere gegenüber dem Befund vom 13. Oktober 2003. Die Befunddokumentation weist für diesen Zeitpunkt u. a. aus: Relativ suizidal, verliere die Übersicht, tiefe Resignation. Letztgenannte Befunde deuten nach dem Sachverständigen Dr. Kauf eine seinerzeit deutlich ausgeprägte depressive Störung hin.

Die darüber hinaus vorliegenden Berichte des Facharztes für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H weisen, so Dr. K, weiterhin Vorstellungen in relativ großen Abständen aus, wobei die diagnostische Einordnung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung und einer mittelgradig ausgeprägten Depression in allen Berichten wiederholt wird. Darin werden wiederholt depressive Symptome dargestellt, obgleich sie insgesamt als sehr sparsam zu bezeichnen sind. Es handelt sich dabei um die Berichte vom 03. April 2006 (vigilant, orientiert, kooperativ, rezidivierend gedrückte, depressive Stimmung mit Antriebsminderung, Grübelneigung, Schlafstörungen, Selbstzweifel, keine kognitiven Störungen, kein Anhalt für Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen, kein Anhalt für Suizidalität), vom 20. Juni 2007 (vigilant, orientiert, kooperativ, Stimmung gedrückt, depressiv, Antrieb reduziert, Grübelneigung, kein Anhalt für Wahn, Halluzinationen oder Ich-

Störungen, rezidivierend Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängste, aktuell kein Anhalt für Suizidalität) und vom 20. Dezember 2007 (vigilant, orientiert, kooperativ, Stimmung gedrückt, Antrieb eingeschränkt, formales Denken rezidivierend mit Grübeln und Einengung auf Beschwerdesymptomatik, kein Anhalt für Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen, kein Anhalt für kognitive Defizite, Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängste, aktuell kein Anhalt für Suizidalität).

Wenn nach Dr. K diese psychopathologischen Befunde nicht ausreichend sind, um eine sichere Beurteilung des Leistungsvermögens in zeitlicher Hinsicht zu ermöglichen, ist dies nachvollziehbar. Nach diesen Berichten fand sich nämlich kein Anhalt für kognitive Defizite, die jedoch nach Dr. K regelhaft mit einer schwerwiegenden Verminderung der allgemeinen psychophysischen Leistungsfähigkeit verbunden sind. Im Gegensatz dazu hat Dr. K bei seiner Untersuchung kognitive Defizite im Sinne von Hirnleistungsstörungen mit schwersten Problemen im Bereich Konzentration, Merkfähigkeit und Ausdauerleistung erheben können, die er in gleicher Weise im Gutachten des Sachverständigen Dr. W gesehen hat.

Neben der spärlichen Befunddokumentation des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. Hund des Facharztes für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H zeigen die Gutachten der weiteren Sachverständigen Prof. Dr. K und Dr. Bauch einen deutlich besseren psychischen Befund. Nach Prof. Dr. K liegt eine depressive Störung vor, die medikamentös behandelt wird und zurzeit gut kompensiert erscheint. Dies werde, so dieser Sachverständige, auch vom Kläger selbst so gesehen. Einen psychopathologischen Befund hat Prof. Dr. K nicht erhoben. Der Sachverständige Dr. B hat in seinem Gutachten auf angegebene rezidivierende depressive Verstimmungszustände hingewiesen, die jedoch zum seinerzeitigen Zeitpunkt unter Medikation auszuschließen sind. Nach Dr. K sind damit von Dr. B keine deutlichen psychopathologischen Normabweichungen beschrieben worden. Damit gibt es Hinweise, dass damals ein deutlich besserer psychischer Befund als bei seiner Untersuchung bestand. Nach Dr. K ist zu vermuten, dass zumindest augenscheinlich, also vordergründige depressive Symptome, im Rahmen dieser Begutachtungen nicht imponierten, da entsprechende Symptome diesbezüglich auch durch fachfremde Kollegen erkannt werden dürften. Er hat daher geurteilt, dass schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auszuschließen waren. Dies steht durchaus in Übereinstimmung mit den sparsamen Befunden des den Kläger im Jahre 2006 behandelnden Facharztes für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H.

Der Sachverständige Dr. K hat auch unter Berücksichtigung des Entlassungsberichtes des Klinikums B vom 18. Dezember 2006 keine hinreichend sicherere Beurteilung treffen können, dass bereits während des stationären Aufenthalts vom 04. Oktober bis 01. November 2006 ein zeitlich herabgesunkenes Leistungsvermögen vorlag. Nach diesem Entlassungsbericht kann der Kläger acht bzw. sechs Stunden täglich tätig sein. Diese Beurteilung halten sowohl Dr. K als auch Dr. W für nicht schlüssig und widersprüchlich. Nach der ergänzenden Stellungnahme des Dr. W vom 23. Dezember 2008 ist ausgehend von der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode das Leistungsvermögen als deutlich beeinträchtigt zu beurteilen. Ergänzend hat er in seiner weiteren Stellungnahme vom 28. April 2009 dargelegt, dass sich das beurteilte Leistungsvermögen auf die rein körperlichen Belastungen bezieht. Insofern sieht er den psychischen und psychosomatischen Anteil bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht ausreichend gewürdigt. Auf die in diesem Entlassungsbericht dokumentierten Befunde ist Dr. W allerdings nicht näher eingegangen. Nach Dr. K ist die dortige Befunderhebung im Sinne des psychopathologischen und psychologischen Befundes durchaus gut nachvollziehbar; ihm erscheint die diagnostische Einschätzung ebenfalls korrekt. Der Entlassungsbericht weist folgenden psychopathologischen Befund aus: Bewusstseinsklar, voll orientiert, kognitiv alters- und bildungsadäquat, im formalen Gedankengang grübelnd, inhaltlich auf Erkrankung und momentanes eigenes Befinden eingengt, im Affekt mäßig schwingungsfähig, depressiv ausgelenkt, verbittert, vorwurfsvoll anklagend, gereizt, besorgt, hoher Leidensdruck, im Antrieb unauffällig, psychomotorisch angespannt, krankheitseinsichtig, behandlungswillig, nicht suizidal. Im psychologischen Abschlussbericht wird der psychische Befund wie folgt dargestellt: Angespannt, verstärkt reizbar, mitunter leicht aggressiv, Schlafstörungen, Zukunftssorgen, von pessimistischem Gedankengut geprägte Einstellung mit merklich depressiver Verstimmung. Davon ausgehend benennt Dr. K als wesentlich das Grübeln, die Einengung des Denkens, die verminderte affektive Modulationsfähigkeit und den depressiven Affekt. Es mag zutreffen, dass bei einem solchen Befund die im Entlassungsbericht beurteilte Leistungsfähigkeit als sehr kritisch zu sehen ist. Soweit Dr. K dies allerdings mit einer ausgeprägten Antriebsstörung und mit schweren kognitiven Defiziten begründet, ist dies im Hinblick auf diesen Befund aber nicht nachvollziehbar. Dies bedarf keiner weiteren Erörterung, denn gleichwohl hat Dr. K auch den Entlassungsbericht des Klinikums B vom 18. Dezember 2006 nicht zum Anlass genommen, darauf eine sichere Überzeugung zu stützen, dass bereits vor Januar 2008 ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen bestanden haben könnte.

Während sich Dr. K detailliert mit den vorliegenden ärztlichen Berichten, insbesondere den Befunddokumentationen der Dres. H auseinandergesetzt hat, trifft dies für Dr. W nicht zu. Er hat zwar in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. April 2009 alle Befunde der Dres. H aufgelistet. Er hat diese jedoch nicht im Einzelnen bewertet. Darüber hinaus ist er weder auf die großen Abstände zwischen den einzelnen Behandlungs- und Untersuchungszeitpunkten eingegangen, noch hat er begründet, weswegen diese unbeachtlich sein könnten. Schließlich fehlt eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten der Fachärztin für Chirurgie Dr. W vom 23. Juni 2004 und mit den Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. K und Dr. B. Diese dürfen, worauf Dr. K zu Recht hingewiesen hat, nicht ohne Beachtung bleiben. Der Senat vermag daher die Beurteilung des Dr. W nicht zu teilen, dass sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die festgestellte zeitliche Leistungsminderung seit April 2004 belegen lässt. Es kommt hinzu, dass Dr. W selbst Umstände bezeichnet hat, die gegen eine solche Wahrscheinlichkeit sprechen. Unabhängig davon, dass er in seinem Gutachten lediglich eine hohe Wahrscheinlichkeit angenommen hat, hat er bereits dort darauf hingewiesen, dass rezidivierende Depressionen nicht im Nachhinein von so genannten gesunden Zeiten abgegrenzt werden können. In seinen beiden ergänzenden Stellungnahmen vom 23. Dezember 2008 und 28. April 2009 hat er daran festgehalten, dass er sich aufgrund des längeren Zeitabschnittes nicht eindeutig auf April 2004 festlegen kann, weil depressive Störungen in ihrer Ausprägung nicht immer stabil sind, sondern auch zwischenzeitliche Besserungstendenzen auftreten können. Wie Dr. K aufgezeigt hat, geben die vorliegenden ärztlichen Berichte deutliche Hinweise auf solche Phasen der Besserungen, die nicht nur von kurzer Dauer waren. Dr. K hat in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass die einzelnen depressiven Episoden zwischen 3 und 12 Monate (im Mittel etwa 6 Monate) dauern, wobei Rückfälle weniger häufig sind. Die einzelnen Episoden werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst. Eine Reihe von Patienten entwickeln auch eine anhaltende Depression, hauptsächlich im höheren Lebensalter, während die Besserung zwischen den einzelnen Episoden im Allgemeinen vollständig ist. Gerade dies macht es praktisch unmöglich, den genauen Verlauf der Länge und der Schweregrade der entsprechenden depressiven Phasen zu rekonstruieren. Der Senat vermag angesichts dessen eine sichere Überzeugung, dass das Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich bereits vor Januar 2008 vorlag, nicht gewinnen.

Weitere Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet können ausgeschlossen werden. Eine cerebrovaskuläre Insuffizienz (erwähnt im Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. H vom 28. Mai 2004 und im Befundbericht des

Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde Dr. O. H vom 20. Juni 2007) liegen nach dem Sachverständigen Dr. K und Dr. W (ergänzende Stellungnahme vom 23. Dezember 2008) nicht vor. Nach dem Bericht der Dr. M vom 08. Januar 2004 zeigte die Doppler-Sonografie der supraortalen hirnversorgenden Arterien keinen Anhalt für hämodynamisch relevante Stenosen. Nach dem Bericht des Dr. Radiologen L vom 17. Oktober 2003 ergab eine kraniale Computertomografie keinen Hinweis auf pathomorphologische Veränderungen an den intrakraniellen Strukturen.

Auch wenn sich nicht feststellen lässt, dass die rezidivierende depressive Störung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung so ausgeprägt waren, dass sie ab April 2004 ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich begründen konnten, so hatten sie im genannten Zeitraum zumindest qualitative Leistungseinschränkungen zur Folge. Es ist nachvollziehbar, dass nach Dr. Kund Dr. W der Kläger nur noch körperlich leichte (bis gelegentlich mittelschwere) Arbeiten, geistig einfache (bis mittelschwere) Arbeiten ohne Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeit, Arbeiten mit Wechselschicht, mit besonderer Umstellungsfähigkeit und besonderen Anforderungen an das Reaktionsvermögen, die Aufmerksamkeit, die Übersicht, das Verantwortungsbewusstsein und die Zuverlässigkeit verrichten konnte. Die danach ausgeschlossenen Arbeiten bzw. darüber hinausgehende körperliche und geistige Arbeiten bewirkten eine besondere psychische Belastung, die vermieden werden musste, weil es ansonsten zu einer Zunahme der depressiven Hemmung und Blockierung geistiger Abläufe gekommen wäre, wie dies Dr. W beispielhaft bezüglich der letztgenannten ausgeschlossenen Arbeiten in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. April 2009 ausgeführt hat. Außerdem kamen Arbeiten, die ein uneingeschränktes Hörvermögen verlangten, nicht mehr in Betracht, weil besondere Anforderungen an das Richtungs- und Feingehör nicht mehr gestellt werden konnten. Bei ihren Untersuchungen haben Dr. K und Dr. W zwar befundet, dass die normale sprachliche Verständigung nicht beeinträchtigt ist und die Umgangssprache verstanden wird. Bei einem Hörverlust rechts und einer Hörminderung links ist jedoch schlüssig, dass die genannten Anforderungen an das Hörvermögen nicht mehr vom Kläger erbracht werden konnten.

Die weiteren auf internistischem und orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet vorhandenen Gesundheitsstörungen hatten ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen gleichfalls nicht zur Folge; sie bedingten lediglich qualitative Leistungseinschränkungen.

Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. K bestehen auf seinem Fachgebiet ein Zustand nach Tumornephrektomie links wegen Nierenzellkarzinoms, eine arterielle Hypertonie, außerdem ein Tinnitus auris rechts, eine mittel- bis höhergradige Schwerhörigkeit rechts und eine Hochtonhörminderung links.

Wenn dieser Sachverständige infolge dieser Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger habe nur körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten ohne Nachtschichtarbeiten und Arbeiten unter hohem Zeitdruck verrichten können, leuchtet dies ein. Dies gilt auch, soweit Arbeiten im Freien nur unter Witterungsschutz möglich waren und Arbeiten mit besonderen Anforderungen an Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit sowie Arbeiten mit häufigem Publikumsverkehr, bei denen – so die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. K vom 19. September 2007 – mehrere Personen im Raum gleichzeitig sprechen oder Geräusche durch Maschinen, Geräte oder Fahrzeuge in der Nähe verursacht werden, ausgeschlossen waren. In letztgenannter Stellungnahme hat dieser Sachverständige hingegen klargestellt, dass entgegen seinen Ausführungen im Gutachten Wechselschichten, die während der üblichen Tageszeit zwischen 07.00 bis 20.00 Uhr ausgeführt werden, zumutbar sind.

Die sonstigen von ihm benannten Leistungseinschränkungen (keine Arbeiten vorwiegend im Gehen, im Stehen oder Sitzen, mit ständigen längeren bzw. häufigen oder gelegentlich einseitigen körperlichen Belastungen bzw. Zwangshaltungen wie Knien, Hocken, Bücken, keine Gerüst- und Leiterarbeiten, keine Fußwege über 400 m) resultieren aus dem Wirbelsäulen- und dem Kniegelenksleiden, deren Auswirkungen der Sachverständige Prof. Dr. K jedoch nach seiner ausdrücklichen Aussage im Gutachten nicht beurteilen kann, so dass sich diese Leistungseinschränkungen lediglich als Vermutung erweisen. Auf Vermutungen lässt sich jedoch keine sichere Beurteilung stützen, so dass der Senat die genannten Leistungseinschränkungen aufgrund des Gutachtens des Prof. Dr. K nicht als nachgewiesen erachtet. Dahinstehen kann, ob die Beschränkung auf geistig mittelschwere Arbeiten nach dessen Gutachten schlüssig ist; diese Leistungseinschränkung besteht, wie oben ausgeführt, jedenfalls nach den Sachverständigen Dr. Kund Dr. W.

Bei seiner Untersuchung hat er einen Blutdruck im Liegen beiderseits von 160/110 mmHg, im Sitzen nach 5 Minuten Ruhe rechts von 130/100 mmHg, links 140/100 mmHg, eine reizlose Narbe im linken Mittelbauch nach Nephrektomie, einen Zustand nach Leistenhernien-Operation rechts mit reizloser Narbe und reizlose Narbenverhältnisse nach Hydrozelen-Operation erhoben. Die Sonografie des Abdomens hat eine Prostatahypertrophie und eine Nierenzyste rechts offenbart. Die nierenrelevanten Laborbefunde haben eine eingeschränkte Nierenfunktion aufgedeckt, wobei es allerdings noch nicht zu einer nachweisbaren Veränderung im Bereich der Blutbildung, des Elektrolythaushaltes, des Vitamin-D- oder des Parathormonstoffwechsels gekommen ist. Die erhöhten Blutdruckwerte hat dieser Sachverständige als möglicherweise situationsbedingt beurteilt, denn nach den Angaben des Klägers ist die Einstellung des Blutdruckes ansonsten gut. Bei dem Sachverständigen Dr. B hat der Blutdruck 135/90 bzw. 140/90 betragen. Die veranlasste gutachterliche Stellungnahme des HNO-Arztes Dr. J hat nach den einschlägigen Tabellen (Röser 1980 sowie Königberger Merkblatt) rechts einen Hörverlust von 65 bis 80 v. H., links einen Hörverlust von 0 v. H. gezeigt. Im Übrigen hat Prof. Dr. K im Bereich des Kreuzbeins und der unteren Lendenwirbelsäule einen deutlichen Klopff- und Druckschmerz, auch einen Stauchungsschmerz, Schmerzen im linken und rechten Knie bei endgradiger Außen- und Innenrotation und bei endgradigem Strecken und Beugen sowie endgradig Schmerzen in beiden Hüften bei Abduktion und Rotation, wobei rechts eine Außenrotation nur eingeschränkt, links nur endgradig eingeschränkt möglich gewesen ist. Genaue Messwerte hat er nicht mitgeteilt.

Diese Befunde machen deutlich, dass Belastungen, die die normalisierten Blutdruckwerte beeinträchtigen, vermieden werden müssen. Dazu rechnen stärkere körperliche und stärkere psychische Einwirkungen. Wie der Sachverständige Prof. Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. September 2007 dargelegt hat, hat ein nicht ausreichend normalisierter Blutdruck bei bestehender Einnierigkeit und chronischer Niereninsuffizienz langfristig nachteilige Auswirkungen auf die Nierenfunktion. Eine solche Beeinträchtigung tritt danach auch auf, wenn eine physiologische Absenkung des Blutdrucks in der Nacht nicht erfolgen kann. Besondere Witterungseinflüsse im Freien bergen das Risiko einer Nierenentzündung. Schließlich erfordern der Tinnitus den Ausschluss besonderer psychischer Anforderungen und die Hörminderung die Vermeidung von Hintergrundgeräuschen. Die genannten Leistungseinschränkungen tragen dem Rechnung.

Nach dem Sachverständigen Dr. B bestehen auf seinem Fachgebiet geringfügige degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Neigung

zu muskulären Reizerscheinungen sowie ein medial betonter Kniegelenksverschleiß und eine geringfügige Retropatellararthrose mit Neigung zu belastungsabhängigen Beschwerden beider Kniegelenke.

Daneben mag zwar auch noch ein Morbus Köhler des Metatarsus-II-Köpfchens mit erheblicher sekundärer Arthrose (so Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. W vom 03. August 2005 als Ergebnis einer Röntgenuntersuchung vom 02. Februar 2005) vorliegen. Dabei handelt es sich nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. B vom 01. Oktober 2007 um das Ergebnis einer im jugendlichen Alter aufgetretenen Erkrankung, die keine leistungsmindernde Relevanz mehr hat. Diese Einschätzung wird durch den genannten Befundbericht bestätigt, denn danach ließ sich für den 16. März 2005 lediglich ein Druckschmerz über diesem Knochenbereich erheben.

Eine Metatarsalgie (so erwähnt im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. W vom 03. August 2005) kann hingegen ausgeschlossen werden. Der Sachverständige Dr. B hat bei seiner Untersuchung einen entsprechenden Befund nicht erheben können. Nach dem genannten Befundbericht ist ein solcher Befund ebenfalls nicht ersichtlich, denn zum Zeitpunkt dieser Diagnosenstellung am 16. März 2005 ist lediglich der bereits genannte Druckschmerz über dem Metatarsus-II-Köpfchen niedergelegt. Mit der Diagnose einer Metatarsalgie wurde daher offensichtlich von Dr. W nichts anderes als der Morbus Köhler (insoweit unzutreffend) erfasst.

Die von Dr. B genannten Leistungseinschränkungen, leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten, überwiegend im Sitzen mit gelegentlichem Gehen und Stehen, überwiegend in geschlossenen Räumen, Arbeiten im Freien nur unter Witterungsschutzbedingungen ohne Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft, ohne Arbeiten mit ständigen oder überwiegend einseitigen Körperhaltungen, mit mehr als gelegentlichem Knien, Hocken und Bücken, keine Leiter- und Gerüstarbeiten, keine Arbeiten in Nachtschicht und unter Zeitdruck wie Akkordarbeiten, sind aufgrund der vorhandenen Gesundheitsstörungen unter Berücksichtigung der von diesem Sachverständigen erhobenen Befunde nachvollziehbar.

Bei seiner Untersuchung hat er eine steilgestellte Halswirbelsäule mit endgradig angegebenen Beschwerden bei der Links- und Rechtsrotation sowie der Ante- und Retroversion, mit klopfschmerzhaften Dornfortsätzen und geringfügig verspannter Nacken- und Schultergürtelmuskulatur vorgefunden. Die Dornfortsätze der Brust- und der Lendenwirbelsäule sind klopfschmerzhaft, die paravertebrale Muskulatur im Brustwirbelsäulenbereich ist mäßig verspannt gewesen. Auch bei den Bewegungsexkursionen der Lendenwirbelsäule hat der Kläger endgradig ziehende Beschwerden angegeben. Bei Prüfung des Lasegue'schen Dehnungsphänomens sind bei 60 Grad lumbale Reizerscheinungen angegeben worden. Bei einem Fingerbodenabstand von 26 cm ist die Seitneigung der Lendenwirbelsäule geringfügig mit 30/0/25 (Normwert: 30 bis 40/0/30 bis 40) eingeschränkt gewesen. Die radiologische Untersuchung hat im Bereich der Halswirbelsäule geringfügige osteochondrotische Veränderungen und eine deutliche Uncovertebralarthrose bei C 5/6, eine solche auch bei C 6/7 sowie eine mäßige Erniedrigung des Zwischenwirbelsäulenraumes bei diesen Segmenten, im Bereich der Brustwirbelsäule keine das Altersmaß überschreitenden degenerativen Veränderungen und im Bereich der Lendenwirbelsäule nur eine ganz geringfügige lumbosakrale Osteochondrose aufgedeckt.

An den Langfingern beider Hände haben sich Heberden'sche Arthrosen, jedoch ohne schwerwiegende funktionelle Einschränkungen feststellen lassen. Mäßige Arbeitsspuren sind an beiden Händen nachweisbar gewesen.

Dr. B hat an beiden Kniegelenken eine Varusfehlstellung und geringfügige Krepitationen, ein mäßig abgesenktes Fußgewölbe im Sinne eines Senk-, Spreizfußes beidseits und eine geringfügige Hallux valgus-Bildung an beiden Füßen befundet. Die Röntgenuntersuchung hat an beiden Kniegelenken einen verschmälerten medialen Gelenkspalt, vermehrte Schliefflächen und einen kleinen Patellasporn, insgesamt eine Gonarthrose und geringfügige Retropatellararthrose zur Darstellung gebracht. Nach der vom Kläger vorgelegten Röntgenaufnahme des rechten Vorfußes vom 15. August 2005 hat insbesondere eine mäßige Großzehengrundgelenksarthrose, eine Deformierung des Metatarsale-II-Köpfchens bei mäßiger Grundgelenksarthrose bestanden.

Angesichts dieser Befunde hat Dr. B nachvollziehbar eine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht erkennen können. Es mussten lediglich stärkere Einwirkungen auf die Wirbelsäule und die Kniegelenke vermieden werden. Die von Dr. B genannten Leistungseinschränkungen berücksichtigen diesen Umstand hinreichend.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, zugleich ein vollschichtiges, damit auch ein Leistungsvermögen von drei Stunden bzw. sechs Stunden täglich, folgerichtig, wie dies die Sachverständigen Prof. Dr. K und Dr. B in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Fachärztin für Chirurgie Dr. W vom 23. Juni 2004 und dem Entlassungsbericht des Klinikums B B vom 18. Dezember 2006 angenommen haben. Nichts anderes lässt sich für die Zeit vom 01. April 2004 bis Januar 2008, wie bereits ausgeführt, nach dem Sachverständigen Dr. K aus psychiatrischer Sicht nachweisen.

Wie der Sachverständige Prof. Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. September 2007 und der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01. Oktober 2007 unter Auswertung der vom Senat beigezogenen weiteren ärztlichen Unterlagen beurteilt haben, ist seit deren Untersuchung keine wesentliche objektive Befundänderung eingetreten. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich des linken Kniegelenks. Nach den Befundberichten des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. W vom 03. August 2005 und 18. Juni 2007 bestanden folgende Bewegungsmaße (jeweils Streckung/Beugung): 08. Januar 2004: 0/0/145, 20. April 2004: 0/0/130, 24. September 2004: 0/0/125, 16. Dezember 2004: 0/0/95, (wohl) nach erfolgter Arthroskopie am 01. August 2005: 0/0/130, 09. Januar 2006: 0/0/130, 17. August 2006: 0/0/100. Nach dem Entlassungsbericht des Klinikums B vom 18. Dezember 2006 betrug die Beweglichkeit 0/0/95. Bei den nachfolgenden Behandlungsterminen bei Dr. W am 16. Januar 2007 und 04. April 2007 wurden Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes nach diesen Befundberichten aber nicht vorgetragen. Bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. B hat sich ein Bewegungsausmaß des linken Kniegelenkes von 0/0/130 (bei Normbefund: 0/0/120 bis 150) ergeben. Bereits in seinem Gutachten hat Dr. B darauf hingewiesen, dass selbst aus einer Kniegelenksbeweglichkeit von 0/5/120 (so nach dem Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. W vom 03. August 2005 für den 30. Oktober 2003 mitgeteilt) keine schwere Kniegelenksfunktionsstörung ableitbar ist.

Bei einem vollschichtigen Leistungsvermögen liegt volle Erwerbsminderung nicht vor, denn maßgebend sind die Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Es ist daher unerheblich, ob der zuletzt ausgeübte Beruf noch verrichtet werden kann oder ob insoweit auf

nicht absehbare Zeit Arbeitsunfähigkeit besteht. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass dem Kläger eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bereits gewährt wird.

Als Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes kamen für den Kläger die eines Pförtners und eines Versandfertigmachers in Betracht.

Die Arbeitsbedingungen eines Pförtners sind in BIK BO 793 beschrieben unter anderem als leichte körperliche Arbeit, überwiegend in geschlossenen Räumen (Pfortnerloge), 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 Pfortner sehr unterschiedliche Anforderungen gestellt werden und sehr unterschiedliche Belastungen bestehen. Nur so erklärt sich, dass die Tätigkeit als Pfortner 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 des hiesigen Klägers, so bestehen keine Bedenken, dass der Kläger als Pfortner, wie auch in jener berufskundlichen Aussage bejaht, arbeiten 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 Zeiteanteil 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 der hiesige Kläger in seinen Möglichkeiten eingeschränkt war. Wie dieser berufskundlichen Aussage außerdem zu entnehmen ist, kann ein Pfortner 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 gebeugte 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 des hiesigen Klägers, wird deutlich, dass der Kläger als Versandfertigmacher, wie auch in jener berufskundlichen Aussage angenommen wurde, arbeiten 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 der Kläger in seinem Leistungsvermögen nicht stärker eingeschränkt ist als jene Klägerin, die in den berufskundlichen Aussagen vom 01. November 2002 und 24. November 2002 zu beurteilen war.

Die beim Kläger im Zeitraum von April 2004 bis Januar 2008 bestandenen Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil eines Pförtners und eines Versandfertigmachers in Einklang bringen. Der Sachverständige Dr. B hat dies in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01. Oktober 2007 uneingeschränkt bejaht. Soweit der Sachverständige Prof. Dr. K diese beiden Tätigkeiten nicht für zumutbar gehalten hat, vermag ihm der Senat nicht zu folgen. Es gibt eine nennenswerte Anzahl von Arbeitsplätzen, bei denen als Pfortner nicht in Nachtschicht gearbeitet werden muss (so die berufskundliche Aussage des M L). Da der Pfortner überwiegend in geschlossenen Räumen (Pfortnerloge), so die BIK BO 793, tätig wird, ist häufiger Publikumsverkehr insofern, dass sich mehrere Personen in diesem Raum befinden und gleichzeitig sprechen oder Geräusche durch Maschinen, Geräte oder Fahrzeuge verursacht werden, ausgeschlossen. Dies geht zudem aus der berufskundlichen Aussage des M L hervor, denn danach können auch Personen, die nur Arbeiten ohne Lärmeinfluss ausüben können, als Pfortner tätig sein. Ebenfalls geht aus der berufskundlichen Aussage des M L hervor, dass für die Tätigkeit eines Versandfertigmachers keine Anforderungen an das Hörvermögen gestellt werden. Der Sachverständige Prof. Dr. K hat angesichts dessen nicht die vom Senat beigezogenen berufskundlichen Unterlagen seiner Beurteilung zugrunde gelegt, sondern ist offensichtlich von eigenen subjektiven Vorstellungen ausgegangen. Insoweit fehlt ihm jedoch als medizinischem Sachverständigen die erforderliche berufskundliche Sachkunde. Im Ergebnis hat damit dieser Sachverständige tatsächlich keine Leistungseinschränkungen benannt, die der Ausübung dieser beiden Tätigkeiten entgegenstehen könnten. Anforderungen an das Fein- oder Richtungsgehör (vgl. insoweit den Sachverständigen Dr. K) spielen insoweit keine Rolle, denn die normale Umgangssprache wird vom Kläger verstanden. Die qualitativen Leistungseinschränkungen stehen nach den Sachverständigen Dr. K und Dr. W der Ausübung der Tätigkeiten als Pfortner und Versandfertigmacher nicht entgegen. Nach deren Beurteilung kann der Kläger in diesen Berufen arbeiten, allerdings nur unter drei Stunden täglich. Diese zeitliche Einschränkung ist jedoch für den streitigen Zeitraum vom 01. April 2004 bis Januar 2008 nicht bewiesen.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits. Bei einem Leistungsfall im Januar 2008 hat die Beklagte Veranlassung weder zur Klage noch zur Berufung gegeben. Sie hat auch der maßgeblichen Änderung der Sachlage zunächst durch Vergleichsangebot und dann durch Teilerkenntnis Rechnung getragen, so dass eine gerichtliche Entscheidung zur Durchsetzung dieses klägerischen Anspruches ebenfalls nicht nötig gewesen ist. Es ist daher nicht angemessen, der Beklagten außergerichtliche Kosten aufzuerlegen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-04-09