

L 22 R 2040/05 -17

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

22

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 30 RJ 1931/03

Datum

21.11.2005

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 22 R 2040/05 -17

Datum

19.06.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 21. November 2005 wird zurückgewiesen.

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 Erwerbsminderung.

Der 1956 geborene Kläger, der sich, nachdem er bereits von Januar 1979 bis Juni 1981 in Deutschland wohnhaft war, seit Dezember 1984 hier erneut aufhält, absolvierte in G eine nicht abgeschlossene Ausbildung zum Bankkaufmann (September 1972 bis August 1974) und arbeitete dort anschließend als Lohnbuchhalter (November 1974 bis April 1976). Danach war er als Gewerbeschilddhersteller (Januar 1979 bis Mai 1979), Weinkellner (Oktober 1979 bis November 1979) und Computeroperator (Februar 1980 bis Juni 1981) beschäftigt. Nach einer Tätigkeit als Englischlehrer in Italien (November 1981 bis September 1984) und einer anschließenden Zeit der Arbeitslosigkeit arbeitete er zuletzt von Juni 1999 bis Februar 2000 als Ladenleiter. Seither ist er ohne Beschäftigung.

Im März 2002 beantragte der Kläger wegen der Folgen einer am 24. Februar 2000 auf seinem Arbeitsweg erlittenen Verletzung des rechten Schultergelenkes sowie wegen Depressionen und eines Krampfaderleidens Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen, insbesondere von der Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel, bei und holte das Gutachten der Fachärztin für Chirurgie und Sozialmedizin B vom 09. August 2002 ein.

Mit Bescheid vom 25. September 2002 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab: Trotz Schulterschmerzen rechts bei Zustand nach Prellung mit Verletzung des Schultergelenkes, belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Fußgelenk und eines Krampfaderleidens an beiden Beinen sei der Kläger noch in der Lage, leichtere bis mittelschwere Arbeiten unter Einschränkungen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich auszuüben.

Auf den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger zunehmende Schmerzen im Schulter-, Nacken-, und Rückenbereich, Depressionen und die Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes unter Vorlage des Attestes des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 14. Oktober 2002 und des Arbeitsamtsgutachtens der Ärztin F-R vom 12. Dezember 2002/10. Februar 2003 geltend machte, holte die Beklagte die Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 10. Februar 2003, des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie Dr. T vom 23. Januar 2003, der Orthopäden Dres. M, D und F vom 16. Januar 2003, des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. J vom 28. Januar 2003 und des Facharztes für Orthopädie Dr. Z vom 06. März 2003 ein. Sie veranlasste außerdem das Gutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H vom 04. September 2003.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. November 2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Die chirurgisch-orthopädische und nervenärztliche Begutachtung bestätigten ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich für leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Dagegen hat der Kläger am 18. November 2003 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben und sein Begehren weiterverfolgt. Sein Lendenwirbelsäulenleiden, weswegen er nach ein paar 100 m Schmerzen verspüre, sei nicht berücksichtigt worden. Infolge der Schmerzen

und seiner Erschöpfung müsse er mindestens 12 Stunden täglich im Bett verbringen. Er hat verschiedene ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 03. Mai 2004, des Facharztes für Orthopädie Dr. Z vom 10. Mai 2004, des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie G vom 12. Mai 2004, des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie Dr. T vom 13. Mai 2004 und des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. J vom 24. Mai 2004 eingeholt. Außerdem hat es Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin L vom 07. Februar 2005.

Der Kläger hat auf eine nach der Begutachtung erlittene Verstauchung seines rechten Fußes hingewiesen, weswegen er Unterarmstützen benutzen müsse, was durch das geschädigte Schultergelenk rechts erschwert werde. Er sei auch kein Alkoholiker. Er hat weitere ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B vom 28. September 2005.

Der Kläger, der das Gutachten des Sachverständigen Dr. B als widersprüchlich und mit Unwahrheiten versehen bezeichnet hat, hat verschiedene ärztliche Unterlagen und eine Bescheinigung der T Apotheke vom 14. September 2005 vorgelegt. Nach entsprechender Anhörung hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 21. November 2005 die Klage abgewiesen: Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme könne der Kläger vollschichtig leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten und einfache geistige Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten oder überwiegend im Sitzen mit weiteren Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten. Der anderslautenden Einschätzung des behandelnden Arztes H könne nicht gefolgt werden.

Gegen den ihm am 29. November 2005 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 27. Dezember 2005 eingelegte Berufung des Klägers.

Er meint, die Sachverständigen ignorierten seinen gesundheitlichen Zustand. Er habe ständig Schmerzen, insbesondere Schulter-Arm- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden, Depressionen und leide unter Schlaflosigkeit. Schmerzfrei sei er nur noch im Liegen. Die neuen Beschwerden im Bereich der linken Schulter wolle oder könne kein Arzt diagnostizieren. Alle Heilungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Er könne keiner Tätigkeit mehr nachgehen. Der Kläger hat verschiedene ärztliche Unterlagen und die weitere Bescheinigung der T Apotheke vom 18. September 2006 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 21. November 2005 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25. September 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. November 2003 zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen teilweiser und voller Erwerbsminderung zu gewähren und die höhere Rente zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat aus Verfahren beim Landessozialgericht ([L 4 AL 249/06](#)) und beim Sozialgericht Berlin (S 48 SB 1763/02) verschiedene ärztliche Unterlagen, insbesondere das im weiteren Verfahren beim Sozialgericht Berlin (S 69 U 3/03) erstattete Gutachten des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. E vom 02. Januar 2004, beigezogen, die Auskunft der K GmbH vom 22. September 2006 nebst Arbeitsvertrag vom 11. Mai 1999 sowie die Befundberichte des Klinikums S des Arztes Dr. P vom 11. Juli 2006, des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. J vom 16. Juli 2006, des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie Dr. T vom 11. Juli 2006, des Facharztes für Chirurgie Dr. K vom (Eingang) 20. Juli 2006, des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 20. Juli 2006, des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie S vom 28. Juli 2006 und des Chirurgen Dr. Br vom 01. August 2006 eingeholt. Er hat außerdem Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. A vom 16. Januar 2007. Nachdem der Senat Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zur Bürohilfskraft (BO 784), Pförtner (793) und Versandfertigtmacher (BO 522) sowie Kopien der Auskunft des Arbeitsamtes Frankfurt (Oder) vom 01. November 1999 zu Bürohilfskräften und der berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 14. Februar 2000 zum Pförtner und vom 01./24. November 2002 und 14. Januar 2005 zum Versandfertigtmacher beigezogen hatte, hat er den Sachverständigen Dr. A ergänzend gehört (Stellungnahme vom 08. Februar 2007).

Der Kläger weist darauf hin, dass er Medikamente gegen Epilepsie nehme. Nach großen Anfällen im März und Oktober 2006 sei es erneut am 29. und 31. März 2007 zu weiteren solchen Anfällen gekommen, so dass er in die Kategorien C oder D der üblichen Epilepsieeinteilung gehören dürfte. Sein behandelnder Arzt könne besser als die Sachverständigen seinen Gesundheitszustand beurteilen. Nach dem persönlichen Eindruck seines Prozessbevollmächtigten seien die Bewertungen der Sachverständigen Dr. B und Dr. A falsch. Seine am 11. Oktober 2006 erfolgte Leistenbruchoperation mache noch Probleme. Die Einholung eines internistischen Gutachtens werde angeregt. Zwischenzeitlich habe sich das psychiatrische Krankheitsbild verschlechtert. Der Kläger hat die Epikrise des V Klinikum N vom 25. April 2007 vorgelegt.

Der Senat hat den Sachverständigen L ergänzend gehört (Stellungnahme vom 12. März 2007), die Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 01. April 2007 und 02. April 2007 eingeholt, einen Auszug der Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie (Stand Januar 2007) - BGI 585 - beigezogen und den Sachverständigen Dr. A ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 07. Juni 2007 und vom - Eingang - 03. Juli 2007). Er hat zudem die Auskünfte des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 18. und 20. Juli sowie vom 04. August 2007 eingeholt und den Sachverständigen Dr. L ergänzend gehört (Stellungnahmen vom - Eingang - 25. Juli 2007 und vom 10. August 2007).

Der Kläger weist darauf hin, Diazepam strikt nach Anweisung seines behandelnden Arztes eingenommen zu haben. Dies gelte auch für die weiteren Medikamente. Einen Alkoholabusus betreibe er nicht. Allerdings leide er an Schlafentzug. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befürworte die Rentengewährung. Der Kläger hat die Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 12. Juni 2007, den Bericht der Physiotherapeuten H und G vom 16. Juli 2007, den Behandlungskalender Epilepsie für 2007 und das MDK-Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. K vom 20. August 2007 nebst weiterer Unterlagen vorgelegt.

Der Senat hat die Sachverständigen Dr. A und L ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 20. September 2007 und 10. Oktober 2007).

Der Kläger hält ein Gutachten für psychotherapeutische Medizin mit testpsychologischer Zusatzdiagnostik für erforderlich. Es bestünden starke Anhaltspunkte für eine Rentenneurose. Die bisherigen Gutachten seien ungeeignet, die Feststellung zu tragen, der Kläger könne sich mit eigener zumutbarer Willensanstrengung aus der neurotischen Fehlhaltung lösen. Zwischenzeitlich sei am 18. Januar 2008 im Auftrag des Jobcenters eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung erfolgt. Der Kläger hat verschiedene ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Der Senat hat einen Auszug der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin "Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin - Sozialrechtsfragen" beigezogen, die Sachverständigen L und Dr. A ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 18. Februar 2008 und vom 19. Februar 2008) und das Arbeitsagenturgutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W vom 07. Februar 2008 nebst sozialmedizinischer Stellungnahme des Arztes L- vom 13. Februar 2008 beigezogen.

Der Kläger hat die Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 25. Februar 2008 und unter Hinweis darauf, dass er seit 01. Januar 2008 Pflegestufe I erhalte, das MDK-Gutachten vom 27. März 2008 vorgelegt. Er hat außerdem den Bericht der Klinik für Orthopädie der Charité des Prof. Dr. P vom 16. April 2008 übersandt.

Der Senat hat die Sachverständigen Dr. A und L ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 03. April 2008 und 22. April 2008 bzw. vom 02. Juni 2008).

Der Kläger hat noch die Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 06. Juni 2008 und das Attest der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie Sund K vom 17. Juni 2008 vorgelegt.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 84 bis 98, 135 bis 161, 334 bis 346, 389 bis 390, 402 bis 407, 462 bis 464, 468 bis 469, 478 bis 479, 482, 508 bis 510, 511 bis 513, 568 bis 571, 591 bis 593, 600 bis 601, 617 bis 619 und 628 bis 629 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 25. September 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. November 2003 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung, denn sein Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

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

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

Der Kläger ist hiernach nicht teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig. Er mag zwar seinen Beruf als Ladenleiter nicht mehr ausüben können. Er muss sich jedoch auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, insbesondere die einer Bürohilfskraft, eines Pfortners und eines Versandfertigtmachers, verweisen lassen, die er noch mindestens 6 Stunden täglich ausüben kann.

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](#)).

Danach ist der Beruf des Ladenleiters maßgebender Beruf, denn es handelt sich um die letzte versicherungspflichtige Beschäftigung. Eine höher qualifizierte Tätigkeit, die nach Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (vgl. dazu [BSGE 19, 279](#), 280; [BSGE 29, 63](#), 64; BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 26) ausgeübt wurde, ist nach dem beruflichen Werdegang nicht festzustellen. Jedenfalls ist weder vorgetragen noch ersichtlich, dass sich der Kläger von einem früheren Beruf aus gesundheitlichen Gründen abwenden musste.

Der Umstand, dass der Kläger den Beruf eines Ladenleiters möglicherweise nicht mehr verrichten kann, führt noch nicht zur Berufsunfähigkeit. Ausgehend von diesem Beruf muss er sich auf die genannten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisen lassen. Dies begründet für ihn keinen unzumutbaren sozialen Abstieg. Diese Tätigkeiten sind ihm 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 Mehrstufenschemas werden die Angestelltenberufe in fünf Gruppen eingeteilt, nämlich die mit dem Leitberuf der unausgebildeten Angestellten, der Angestellten mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren, der Angestellten mit einer längeren Ausbildung, der Angestellten, für die über eine längere, durchschnittlich dreijährige Ausbildung hinaus zusätzliche Zugangsvoraussetzungen wie etwa die Ablegung einer Meisterprüfung, der erfolgreiche Besuch einer Fachschule oder das abgeschlossene Studium an einer Fachhochschule oder wissenschaftlichen Hochschule erforderlich sind, sowie der Angestellten, die mit ihrem Bruttoarbeitsentgelt oberhalb oder in der Nähe unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen (BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 1](#)). 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 Angestellten mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren 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 Angestellten, der innerhalb seiner Gruppe dem oberen Bereich angehört, ist mindestens eine in Betracht kommende Verweisungstätigkeit konkret zu bezeichnen, denn einem solchen Angestellten 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 vom Kläger ausgeübte Beschäftigung eines Ladenleiters höchstens der Gruppe des Angestellten mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren (angelernter Angestellter) zuzuordnen.

Über eine abgeschlossene Ausbildung verfügt der Kläger nicht. Nach der Auskunft der K GmbH vom 22. September 2006 setzte dieser Beruf eine Anlernzeit voraus, die insbesondere für völlig ungelernnte und branchenfremde Kräfte mindestens 12 Monate betrug. Nach dem beigefügt gewesenen Arbeitsvertrag vom 11. Mai 1999 war der Kläger u. a. mit dem Verkauf, der Überwachung des Wareneingangs, dem Einsatz und der Überwachung des Verkaufspersonals, für deren Tätigkeit nach der Auskunft eine Anlernzeit von drei Monaten ausreichend war, der Kassenabrechnung und nach Absprache mit den Ladeninhaber der Bestellung der Waren betraut. Nach dieser Auskunft bedurfte es keiner Ausbildung. Damit beschränkte sich die Anlernzeit auf höchstens unter zwei Jahre. Es kann dahinstehen, ob, wie die Beklagte meint, der Beruf des Ladenleiters sogar der Gruppe des angelernten Angestellten des unteren Bereiches zuzurechnen ist. Sie versteht die Auskunft vom 22. September 2006 dahingehend, dass eine Anlernzeit von über 12 Monaten nicht nötig war. Ungeachtet dessen ist der Kläger selbst als angelernter Angestellter des oberen Bereiches auf die genannten Tätigkeiten sozial zumutbar verweisbar.

Aus der beigezogenen berufskundlichen Literatur (BIK BO 784) ergibt sich, dass Bürohilfskräfte unter anderem in der Poststelle und der Registratur Verwendung finden. Im Bereich der Poststelle sind sie mit dem Öffnen und Auszeichnen (Verteilen) der eingehenden Post sowie dem Kuvertieren beziehungsweise Verpacken und Frankieren der ausgehenden Post beschäftigt. In der Registratur fallen Arbeiten wie Sortieren und Ablegen von Schriftgut aller Art und Anlegen und Beschriften von Akten an. Diese Tätigkeiten setzen keine beziehungsweise nur geringe Vorkenntnisse voraus, erfordern üblicherweise jedoch eine Einarbeitung beziehungsweise Anlernung und heben sich insoweit von den sonstigen ungelernen Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ab. Sie sind damit sozial zumutbar.

Die Aufgaben eines Pförtners bestehen nach der BIK BO 793 in der Überwachung des Personen- und Fahrzeugverkehrs an Türen, Toren von Fabriken, Geschäfts- und Bürohäusern, Museen, Krankenhäusern. Sie empfangen Besucher, Betriebsangehörige und Lieferanten, prüfen deren Legitimationen, melden Besucher an, stellen Besucherscheine aus, erteilen Auskünfte, bedienen gegebenenfalls die Telefonanlage und sind häufig auch verantwortlich für die Sicherheit im Betrieb und die Kontrolle der Einrichtungen. Eine Einarbeitung und Anlernung ist üblich, so dass diese Tätigkeit sozial zumutbar ist.

Zu den Aufgaben eines Versandfertigtmachers gehören nach der BIK BO 522 das Aufmachen von Fertigerzeugnissen zur Verschönerung oder Aufbesserung des Aussehens sowie das Kennzeichnen und Fertigtmachen von Waren für den Versand in verschiedenen Branchen und bei unterschiedlichen Produkten. Im Einzelnen sind dort, wie auch in der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 01. November 2002, als Einzeltätigkeiten genannt: Bekleben, Bemalen, Blankreiben, Einfetten, Einhüllen, Auf- oder Einnähen; Zurichten von Textilien, Ausformen von Wirk- und Strickwaren, Handschuhen oder Strümpfen, Dressieren von Stoffen, Bügeln von Hüten oder Lederwaren, Einziehen von Schnürsenkeln; Kennzeichnen von Waren durch Banderolieren, Etikettieren, Stempeln, Bekleben, Heften, Anbringen von Abziehbildern, Ein- oder Annähen von Warenzeichen oder Etiketten von Hand oder mit der Maschine; Abzählen, Abmessen oder Abwiegen von Waren und Erzeugnissen; manuelles und maschinelles Abpacken und Abfüllen in Papp- oder Holzschachteln, Kisten, Fässer, Säcke oder sonstige Behälter; Verschließen von Behältnissen sowie Anbringen von Kennzeichen oder anderen Hinweisen an Waren oder Behältnissen. Diese Tätigkeiten setzen nach der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 01. November 2002 bestimmte berufliche Vorkenntnisse nicht voraus. Es handelt sich um einfache Routinearbeiten, auf die durch eine aufgabenbezogene Einweisung in wenigen Tagen vorbereitet wird. Der Umfang der Vorbereitung sei abhängig vom übertragenen Arbeitsinhalt, dauere in jedem Fall aber deutlich unter drei Monate. Es kann dahinstehen, ob eine Einweisung von wenigen Tagen bereits ausreichend ist, um diese Tätigkeit nicht zu den aller einfachsten Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu rechnen. In der ergänzenden berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 24. November 2002 ist diesbezüglich jedenfalls klargestellt, dass es auch Tätigkeiten eines Versandfertigtmachers gibt, die eine Einarbeitung von mehr als wenigen Tagen bis zu zwei Wochen erfordern. Insoweit sind die jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Anforderungen maßgebend. Werden nur wenige Teile zusammengebracht und eingepackt (zum Beispiel Gebrauchsanweisungen, Produkthinweise, Handbücher und CD-Rom), ergibt sich an diesem Arbeitsplatz eine nur kurze Einweisungszeit, weil kein Wechsel der inhaltlichen Anforderungen stattfindet. Werden hingegen

an einem Arbeitsplatz für eine gesamte Produktpalette mit ständig wechselnder Anzahl und in unterschiedlicher Zusammensetzung Beschreibungen zusammengestellt, dauert die Einweisung länger, weil die Gefahr einer falschen Zusammenstellung deutlich größer ist. Es müssen für letztgenannte Tätigkeit, so nach dieser berufskundlichen Stellungnahme, Ablaufformen und systematische Vorgehensweisen vermittelt werden, die anhand von Plausibilitäten während der Arbeitsverrichtung überprüft werden. Mit dieser Begründung ist nachvollziehbar, dass die genannte Tätigkeit eines Versandfertigtmachers eine Einarbeitungszeit erfordert, die sie von den sonstigen ungelernten Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes abhebt und die deswegen sozial zumutbar ist.

Dies folgt im Übrigen auch aus Tarifverträgen, die der berufskundlichen Stellungnahme des ML vom 01. November 2002 beigelegt waren. Nach dem Lohn- und Gehaltstarifvertrag für den Groß-, Ein- und Ausführhandel in Schleswig-Holstein werden von Lohngruppe 1 Hilfstätigkeiten, die Vorkenntnisse nicht erfordern und jederzeit von anderen Beschäftigten ausgeführt werden können (wie zum Beispiel Lagerhilfe, Küchenhilfe) eingestuft, während zur Lohngruppe 2 Tätigkeiten rechnen, die ohne Vorkenntnisse nach Einweisung ausgeführt werden, wie zum Beispiel das Auspacken, Abpacken und Sortieren, wie es bei einem Versandfertigtmacher anfällt. Dieselbe Unterscheidung wird auch im Gehalts- und Lohnstarifvertrag für den Groß- und Außenhandel Mecklenburg-Vorpommern vorgenommen. Wird eine bestimmte Tätigkeit jedoch nicht von der untersten Lohngruppe erfasst, so hebt sie sich dadurch, dass sie zu einer höheren Lohngruppe gehört, von den sonstigen ungelernten Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ab. Von der Lohngruppe 2 der genannten Tarifverträge werden im Übrigen auch Pförtner erfasst.

Die genannten Berufe kann der Kläger ausüben. Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen L, Dr. B und Dr. A.

Nach dem Sachverständigen L bestehen Unfallfolgen der rechten Schulter nach Schultergelenkssprengung bei degenerativen Veränderungen, eine leichte Gehbehinderung nach Sprunggelenksfraktur rechts und ein Krampfaderleiden des rechten Unterschenkels. Darüber hinaus liegen, weswegen dieser Arzt ein psychiatrisches Gutachten zur Abklärung der Leidensausprägung für erforderlich gehalten hat, Somatisierungsstörungen, rezidivierende depressive Störungen und eine akzentuierte Persönlichkeit vor.

Die organischen Gesundheitsstörungen sind damit im Wesentlichen erfasst. Daneben bestehende Leiden sind nicht schwerwiegend und für die Beurteilung des Leistungsvermögens unbedeutend.

Ein Krampfaderleiden bzw. eine Varikosis beidseits wird zwar im Gutachten der Fachärztin für Chirurgie und Sozialmedizin B vom 09. August 2002 und im Gutachten des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. E vom 02. Januar 2004 erwähnt. Der Zustand linksseitig ist jedoch nicht schwerwiegend, denn nach diesen Gutachten wurden insoweit vom Kläger Beschwerden nicht geltend gemacht. Ein Farbdopplersonografie erfolgte deswegen auch nur hinsichtlich der Beinvenen rechts mit der Empfehlung, Kompressionsstrümpfe zu tragen (Bericht des Radiologen Dr. H vom 22. Februar 2002). Die in letztgenanntem Bericht langfristig zu erwartende Operation wurde zwischenzeitlich durchgeführt (vgl. Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 01. April 2007).

Wiederholt findet sich in ärztlichen Unterlagen die Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms rechts (Bericht bzw. Befundberichte des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 14. Oktober 2002, 03. Mai 2004, 20. Juli 2006 und 01. April 2007). Ein wesentlicher klinischer Befund folgt daraus jedoch nicht, wie der Sachverständige L bei seiner Untersuchung festgestellt hat. Dies steht in Übereinstimmung mit dem Bericht bzw. dem Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie S vom 12. Juni 2006 und 28. Juli 2006, wonach zwar die elektrophysiologische, nicht aber die klinische Untersuchung diskrete Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom ergab. Nichts anderes ergibt sich aus dem MDK-Gutachten vom 27. März 2008, auch wenn dort Einschränkungen der manuellen Fähigkeiten mit diesem Leiden in Verbindung gebracht werden. Eine neue elektrophysiologische Untersuchung, die insbesondere mehr als nur diskrete Hinweise offenbart hätte, lag diesem MDK-Gutachten nicht zugrunde. Der Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H hat in seiner Bescheinigung vom 25. Februar 2008 zwar auf eine nochmalige Verschlechterung des Gesundheitszustandes hingewiesen. Erwähnt werden zunehmende Konzentrationsstörungen, Schwindel, Benommenheit, eine erheblich gedrückte Stimmung und Schmerzen in der linken Schulter. Über eine Befundänderung bezüglich des Karpaltunnelsyndroms wird jedoch nichts berichtet. Angesichts dessen mangelt es an Anhaltspunkten dafür, dass die insoweit erwähnten Defizite im Bereich der rechten Hand neurologischer Ursache und damit auf das Karpaltunnelsyndrom rückführbar sind. Der Sachverständige Dr. A hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. April 2008 darauf hingewiesen, dass sich die in diesem MDK-Gutachten auch darüber hinaus erwähnten Defizite und damit die Hilfsbedürftigkeit insgesamt medizinisch-psychiatrisch nicht erklären lassen. Angesichts dessen hat er die Defizite dem zweckorientierten, regressiven Verhalten des Klägers zugeordnet. Einen Zusammenhang zwischen den Einschränkungen der manuellen Fähigkeiten mit dem Karpaltunnelsyndrom hat er nicht hergestellt. Dies ist mangels feststellbarer Befundänderungen einleuchtend.

Die Leistenhernie links (Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 20. Juli 2006) wurde ebenso erfolgreich therapiert (Bericht desselben Arztes vom 01. April 2007) wie das Analleiden (Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. J vom 16. Juli 2006 und Bericht der Chirurgen R u. a. vom 19. September 2006). Dies ergibt sich gleichfalls aus der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen L vom 12. März 2007. Nichts anderes gilt für die traumatische Schultergelenksluxation links, die unkompliziert repositioniert wurde (vgl. die Epikrisen des V-Klinikum Neukölln vom 31. März 2007 und 25. April 2007).

Wenn der Sachverständige L infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger könne noch körperlich leichte und mittelschwere Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten überwiegend in geschlossenen Räumen, jedoch ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und mit erforderlichem beidseitigen Greifen und ohne Überkopparbeiten sowie ohne Arbeiten mit gelegentlichem Heben und Tragen von mehr als 10 kg, so seine ergänzende Stellungnahme vom 12. März 2007, und ohne Belastung des rechten Armes mit Gewichten über 5 kg, so seine ergänzende Stellungnahme vom 18. Februar 2008, verrichten, ist dies nach den von ihm erhobenen Befunden nachvollziehbar.

Bei seiner Untersuchung hat er deutliche Druckschmerzhaftigkeiten der gesamten Muskulatur im Bereich des Schulter-Nacken-Gebietes und der langen Rückenstrecker sowie einen diffus ausgeprägten Klopfschmerz über der gesamten Wirbelsäule vorgefunden. Die Beweglichkeit von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ist jeweils endgradig leicht bei Schmerzangabe eingeschränkt gewesen. Sämtliche Armbewegungen der rechten Schulter hat der Sachverständige als deutlich eingeschränkt vorgefunden. Das Anheben nach vorn und zur Seite ist jeweils nur bis 80 Grad bei kurzzeitigem Haltevermögen erfolgt. Der Schulter-Nacken-Griff ist rechts nur ansatzweise möglich, der Armhalteversuch rechts ist nicht durchführbar gewesen. Das gesamte Schultergelenk hat sich als druckschmerzhaft dargestellt. Es haben deutliche Knick-,

Senk-Spreizfüße beidseits bestanden. Im Sprunggelenk rechts sind endgradig Beschwerden angegeben worden. Zudem hat sich ein dezentes Hinken rechts dargestellt. Bezüglich der Laborwerte ist der CDT-Wert, der für einen deutlichen Alkoholkonsum in den zurückliegenden 14 Tagen spricht, auffällig gewesen. Als auffällig hat sich gleichfalls eine Fixierung des Klägers auf das Krankheitsgeschehen gezeigt. Er hat den rechten Arm ständig in demonstrativer Schonhaltung gehalten und ständig den rechten Schulterbereich massiert. Außerdem hat der Sachverständige andauernde Zuckungen im rechten Arm und Schmerzüßerungen festgestellt. Für diese Zuckungen hat er eine Ursache innerhalb des orthopädischen Fachgebietes ausgeschlossen. Sowohl das Anpressen des rechten Armes an den Körper als auch das ständige aktive Zucken spreche gegen eine Ursache, welche direkt vom Gelenk ausgeht, da solche Zuckungen zu vermehrten Bewegungen und damit auch zu vermehrten Schmerzen führen würden. Diese Auffassung wird durch den Bericht der Fachärztin für Radiologie Dr. A vom 20. Oktober 2003 über eine Röntgenuntersuchung des Schultergelenkes rechts belegt. Danach besteht am Schultergelenk selbst kein pathologischer Befund. Der Spalt im Acromioclavikulargelenk ist zwar verbreitert. Diese Verbreiterung von 11 mm ist nach dem Sachverständigen L jedoch klinisch bedeutungslos. Die Magnetresonanztomografie (MRT) der rechten Schulter (Bericht des Radiologen Dr. S vom 20. Oktober 2005) ergab eine gering bis mäßiggradige Arthrose im Acromioclavikulargelenk und eine geringe Tendinopathie bzw. Impingementsyndrom. Dies stellt jedoch nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen L vom 12. März 2007 keine signifikante Befundänderung dar. Das MRT der linken Schulter (vgl. den weiteren Bericht des Radiologen Dr. S vom 20. Oktober 2005) hat nach derselben ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen L mit der erkennbar gewordenen mäßigen Arthrose des Acromioclavikulargelenks und einer allenfalls diskreten Bursitis/Tendinopathie als lediglich diskrete degenerative Veränderungen keine für das Leistungsvermögen wegweisenden Befunde offenbart. Im Bereich der gesamten Wirbelsäule hat der Sachverständige kein objektivierbares orthopädisches Leiden gefunden. Soweit in vorliegenden ärztlichen Unterlagen ein (rezidivierendes pseudoradikuläres) Lendenwirbelsäulensyndrom, ein Lumbago mit Nervenwurzelreizerscheinungen, eine Dorsalgie, ein Brust- und Lendenwirbelsäulensyndrom bzw. ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom genannt werden (vgl. insbesondere Befundberichte des Facharztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 10. Februar 2003, 10. Oktober 2003, 03. Mai 2004, 27. Juli 2005, 20. Juli 2006 und 01. April 2007, Befundberichte des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie Dr. T vom 23. Januar 2003, 13. Mai 2004 und 11. Juli 2006 sowie Befundbericht der Ärzte für Orthopädie Dres. M, D und F vom 16. Januar 2003 und Bericht des Klinikums S des Arztes P vom 17. Juli 2005) kann es sich lediglich um vorübergehende funktionelle Beschwerden gehandelt haben (vgl. auch ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen L vom 12. März 2007). Nach dem Sachverständigen L zeigen die zahlreichen technischen Untersuchungsbefunde keine wesentliche Abweichung von der Altersnorm, so dass eine Ursache für ein relevantes Wirbelsäulenleiden gleichfalls nicht ersichtlich ist. So ist nach dem Bericht der Ärzte für Orthopädie Dres. M, D und F vom 20. November 2002 die Lendenwirbelsäule radiologisch altersentsprechend. Eine Magnetresonanztomografie der Lendenwirbelsäule (vgl. Bericht des Radiologen Dr. S vom 14. Oktober 2004) zeigte lediglich eine geringgradige Protrusion bei L 5/S 1 und andere geringgradige degenerative Veränderungen. Soweit die genannten Befundberichte überhaupt nähere Befunde dazu enthalten, findet sich darin die entsprechende Bestätigung (Verspannungen der Nacken- bzw. Lendenwirbelsäulenmuskulatur, Blockierungen).

Nach dem beigezogenen Gutachten des Arztes für Orthopädie und Chirurgie Dr. Evom 02. Januar 2004 wurden bei dessen Untersuchung im Wesentlichen keine anderen Befunde erhoben: Bei geringgradiger bis mäßiggradiger Arthrose und geringgradigem Impingementsyndrom war die Funktion der rechten Schulter ohne messbare Muskelverschmächtigung frei. Die Beweglichkeit von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule war allenfalls gering über den altersüblichen Grad hinausgehend eingeschränkt. Es bestand ein deutliches Krampfaderleiden des rechten Beines mit Schwellneigung und deutlicher Umfangsdifferenz bei Versorgung mit Kompressionsstrümpfen. Die Untersuchung war durch erhebliches Gegenspannen erschwert. Das Gangbild zeigte ein geringes Hinken rechts. Am rechten Unterschenkel und Fuß wurden Berührungsminderempfindlichkeiten angegeben.

Signifikante Veränderungen im von dem Sachverständigen L dargestellten Gesundheitszustand sind seit seiner Untersuchung nicht eingetreten, wie dessen ergänzenden Stellungnahmen vom 12. März 2007, 10. Oktober 2007, 18. Februar 2008 und 02. Juni 2008 unter Würdigung der seither eingegangenen ärztlichen Berichte zu entnehmen ist. Dies gilt insbesondere auch bezogen auf das rechte Ellenbogengelenk. Nach dem Bericht der Ärzte für Radiologie Hund andere vom 03. September 2007 erbrachte eine Röntgenuntersuchung den Verdacht auf diskrete Zeichen einer Epicondylitis. Eine solche entzündliche Veränderung ist nach dem Sachverständigen L behandelbar und damit keine wesentliche dauerhafte Leistungsbeeinträchtigung. Bezüglich des Zustandes der rechten Schulter ist nach dem Bericht der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des St. J Krankenhaus B vom 02. Januar 2008 sogar eine Besserung eingetreten. Wie der Sachverständige L in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Februar 2008 ausgeführt hat, ergibt ein Vergleich der Beweglichkeitsprüfung des rechten Armes im Schultergelenk eine deutlich bessere Beweglichkeit. Während bei seiner Untersuchung ein Anheben nach vorn und zur Seite jeweils nur bis 80 Grad möglich gewesen ist, weist der Bericht vom 02. Januar 2008 eine aktive Abduktion sowie Anteversion bis 120 Grad aus. Während bei seiner Untersuchung eine Rotationsprüfung bei einem bei 90 Grad abgehobenem Oberarm nicht möglich gewesen ist, benennt jener Bericht eine Rotation bei 90 Grad abduziertem Arm für außen/innen von 60/0/40. Soweit nach jenem Bericht klinisch ein Mischbild mit eindeutig zuordenbarer Symptomatik der rechten Seite bestehen soll, handelt es sich nach dem Sachverständigen L um einen Schreibfehler. Die danach angeregte weitere Diagnostik wegen einer möglichen und damit nicht gesicherten Störung der Durchblutung des rechten Armes bei 90 Grad seitlich angehobenem und nach außen rotiertem Arm macht nach dem Sachverständigen nur Sinn, wenn eine nicht eindeutig zuordenbare Symptomatik besteht. Damit ist dieser Schreibfehler offenkundig, denn das Mischbild aus Zustand nach Luxationsfraktur und Durchblutungsstörung kann notwendigerweise nicht eindeutig sein, wenn die Durchblutungsstörung nicht gesichert ist. Der Sachverständige L weist zutreffend darauf hin, dass im Bericht des St. J Krankenhaus vom 02. Januar 2008 Folgen einer Durchblutungsstörung nicht beschrieben werden. Eine solche Durchblutungsstörung konnte bei der angeregten und nachfolgend durchgeführten Untersuchung in der C nicht gesichert werden, denn der Bericht der Klinik für Orthopädie der C des Prof. Dr. P vom 16. April 2008 führt eine entsprechende Diagnose nicht auf. Danach ließen sich Durchblutungsstörungen in Provokationsstellung nicht verifizieren. Wie der Sachverständige L in seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 02. Juni 2008 dargelegt hat, gibt letztgenannter Bericht auch keinen Anhaltspunkt für eine wesentliche Befundänderung im Bereich der rechten Schulter. Danach zeigten sich eine passivfreie Schulterbeweglichkeit und eine beidseits regelmäßig ausgebildete Muskulatur. Es lagen lediglich ein diffus erhöhter Palpations- und Druckschmerz im Bereich des rechten Schultergelenkes und eine Muskelatrophie im Bereich beider Schulterblätter vor.

Nach dem Sachverständigen Dr. B bestehen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine dissoziative Störung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (histrionisch-narzisstisch), eine gegenwärtig leichtgradige rezidivierende depressive Störung sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom der rechten Schulter mit Schulterreckgelenkssprengung und früherer Sprunggelenksfraktur rechts. Der Sachverständige Dr. A hat dieselben Gesundheitsstörungen lediglich mit anderer Leidensbezeichnung wie folgt erfasst: Komplexe Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und paranoid-querulatorischen Anteilen, Entstehung körperlicher Symptome (Schmerzen) aus psychischen Gründen und

Zustand nach Schultergelenksbruch rechts.

Daneben hat Dr. A einen Lumbago benannt. Er hat damit, da insoweit andere als von dem Sachverständigen L genannten Befunde nicht erhoben worden sind, die bereits oben genannten funktionellen vorübergehenden Beeinträchtigungen erfasst.

Ein cerebrales Anfallsleiden im Sinne der Epilepsie hat Dr. A nicht sichern können. Allerdings hat er cerebrale Gelegenheitsanfälle für möglich erachtet. Sicher ist nach seiner Beurteilung, dass in der Vergangenheit einige Anfälle aufgetreten sind, die mit hoher Wahrscheinlichkeit als so genannte cerebrale Krampfanfälle vom Grand-mal-Typ zu klassifizieren sind. Ob es sich dabei um so genannte Gelegenheitsanfälle oder aber ein originäres Epilepsieleiden handelt, lässt sich nicht abschließend entscheiden (vgl. dazu auch seine ergänzenden Stellungnahmen vom 08. Februar 2007 und 20. September 2007). Die vom Kläger gemachten Angaben hinsichtlich der Ereignisse (Kotabgang und Zungenbiss) können nach Dr. A für cerebrale Anfälle sprechen. Allerdings fehlt eine validierende Fremdbeobachtung. Gegen eine Epilepsieerkrankung hat dieser Sachverständige zum einen angeführt, dass sie lediglich zweimal im Abstand von einem halben Jahr auftraten und zum anderen valide medizinische Befunde fehlen. Nach dem Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 20. Juli 2006 kam es Anfang April 2006 zu einer unklaren Bewusstlosigkeit mit Einkoten und Kopfprellung. Die daraufhin veranlassten Elektroenzephalogramme (EEG) zeigten jedoch insgesamt einen Normalbefund (Berichte der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie Sund K vom 10. Mai 2006 und 06. Juni 2006). Gleichfalls ohne Nachweis von fokalen intracerebralen Läsionen blieb die craniale Computertomografie (Bericht des Radiologen Dr. M vom 05. Mai 2006). Die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie S und K ordneten daraufhin das Ereignis von April 2006 als Synkope unklarer Genese ein (vgl. deren Befundbericht vom 28. Juli 2006). Nachdem sich im Oktober 2006 ein nächtlicher Zungenbiss ereignete (Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 01. April 2007), wurde nochmals ein EEG durchgeführt, das aber ebenfalls weder einen Herdbefund noch Epilepsie typische Potentiale offenbarte (Bericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie S vom 31. Oktober 2006). Dennoch wurde in letztgenanntem Bericht geäußert, es sei nun doch ernsthaft an ein cerebrales Anfallsleiden zu denken, so dass der Kläger zunächst auf Carbamazepin, später auf Oxcarbazepin eingestellt wurde (Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 01. April 2007). Eine spätere Magnetresonanztomografie des Neurocranium war aber ebenfalls altersentsprechend (Bericht des Radiologen L-K vom 09. Januar 2007). In der Folge kam es am 29. März 2007 zu einem weiteren Ereignis mit Zungenbiss, das zur Aufnahme in eine Rettungsstelle führte, wo ein generalisierter Krampfanfall stattfand, der die stationäre Behandlung vom 29. bis 31. März 2007 bewirkte (Epikrise des V-Klinikum N vom 31. März 2007). Wegen der beim Kläger gefundenen Medikamente wurde dort auf einen Benzodiazepinabusus geschlossen. Benzodiazepin in Form des Medikaments Diazepam erhält der Kläger seit dem 25. Februar 2005 wegen dessen Schlafstörungen (vgl. die Berichte/Auskünfte des Facharztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 02. April 2007, 20. Juli 2007 und 04. August 2007). In der von dem behandelnden Arzt H verordneten Dosis ist ein Abusus im Sinne des schädlichen Gebrauchs allerdings auszuschließen. Beim plötzlichen Absetzen dieses Medikaments kann es zum Auftreten cerebraler Krampfanfälle kommen (so zustimmend der Sachverständige Dr. A in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Juli 2007 zur entsprechenden Auskunft des Facharztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 18. Juli 2007). Dem Entlassungsbericht des V-Klinikum N vom 31. März 2007 ist insoweit allerdings zu entnehmen, dass sich der Kläger im weiteren Verlauf der stationären Behandlung beim Gesamtaspekt eines Benzodiazepinentzugssyndroms agitiert und schwer führbar zeigte. Damit fehlt es auch an Hinweisen für ein plötzliches Absetzen von Diazepam. Als Anfall auslösende Faktoren sind nach dem Sachverständigen Dr. A weiter Alkoholabusus und Schlafentzug zu erwägen. Angesichts der Persönlichkeitsstörung des Klägers ist insoweit jedoch keine valide Aufklärung zu erwarten (ergänzende Stellungnahme vom 03. Juli 2007). Dies ist auch nicht erforderlich. Wie ausgeführt gibt es nach dem Sachverständigen Dr. A keine gesicherten Anhaltspunkte für ein cerebrales Anfallsleiden. Gelegenheitsanfälle können durch Meidung der auslösenden Faktoren verhindert werden (ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. A vom 07. Juni 2007).

Zwar hat der Sachverständige Dr. A die Anfälle der Kategorie C der BGI 585 (Handlungsunfähigkeit mit/ohne Bewusstseinsstörung bei Verlust der Haltungskontrolle) zugeordnet. Angesichts der geringen Anfallshäufigkeit und der Einordnung als Gelegenheitsanfälle ist die Prognose jedoch insoweit günstig, als bei Meidung der genannten Faktoren weitere Anfälle nicht zu erwarten sind.

Es ist daher nachvollziehbar, dass Dr. A wegen der nur möglicherweise vorliegenden cerebralen Anfallskrankheit (lediglich) Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, in großer Höhe bzw. als Kraftfahrer oder Bediener anderer Maschinen ausgeschlossen hat (vgl. dazu auch BGI 585 Ziffern 2.2.2 und 2.2.3.).

Im Übrigen ist der Kläger fähig, körperlich leichte und mittelschwere Arbeiten, geistig einfache Arbeiten im Wechsel der Haltungsarten oder überwiegend im Sitzen in geschlossenen Räumen unter Ausschluss von Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und Zugluft sowie ohne Arbeiten mit einseitigen körperlichen Belastungen, unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeit, mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, mit Nachschichten und in Überkopfstellung - neben dem bereits ausgeschlossenen Arbeiten auf Leitern und Gerüsten - zu verrichten (so der Sachverständige Dr. B). Der Sachverständige Dr. A hat gleichfalls geistig anspruchsvolle Arbeiten mit hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz nicht für zumutbar erachtet. Wegen der Beeinträchtigung strategischen Denkens und Planens, der Flexibilität und der Kontaktfähigkeit im Umgang mit anderen Menschen kommen darüber hinaus besondere Anforderungen insoweit nicht in Betracht. Dies ist auch hinsichtlich der Leistungseinschränkungen, die nicht aus somatischen Gesundheitsstörungen resultieren, nachvollziehbar.

Nach Dr. Bn hat sich von der körperlichen Untersuchung betrachtet der Befund nicht wegweisend von dem des Vorgutachters, des Sachverständigen L, unterschieden. Es hat eine weitgehende Schonhaltung des rechten Armes mit demonstrierter ausgeprägter Minderbeweglichkeit bei ubiquitärem Schmerzbild dominiert. Die Armhebung rechts ist bis 80 Grad, die seitliche Abspreizung bis 45 Grad, Nacken- und Schürzengriff sind nur unvollständig ausgeführt worden. Das Gangbild ist sehr langsam und schleppend mit seitwärts geneigtem Oberkörper demonstriert worden. Nennenswerte Funktionsstörungen in neurologischer Hinsicht sind nicht vorhanden gewesen; es hat sich eine Algesie und Ästhesie ab Körpermitte nach distal hin als abgeschwächt dargestellt.

Psychisch ist der Kläger bereits im Labor vor Betreten des Untersuchungszimmers durch lautes Stöhnen und Klagen aufgefallen. Mit einer Hand hat er ständig die rechte Schulter gerieben. Die Bewegungsabläufe sind zwar deutlich reduziert und verlangsamt gewesen. Dem Kläger ist jedoch möglich gewesen, die mitgebrachten auf seinen Beinen ruhenden Schriftstücke in Plastikfolie, nachdem diese ins Rutschen geraten waren und zu fallen drohten, mit einer blitzschnellen Bewegung beider Arme abzufangen. Der Denkverlauf ist inhaltlich auf das Thema Enttäuschung und Schmerz eingeeengt gewesen. Die Schilderungen sind agitiert vorgetragen worden, unterbrochen von mimischen und akustischen Schmerzáußerungen. Die Stimmungslage ist mehr dysphorisch als depressiv erschienen. Nach dem Sachverständigen Dr. B

kann jedoch gleichwohl unter Berücksichtigung der vorliegenden ärztlichen Befunde eine rezidivierende depressive Störung in leichtgradiger Ausprägung angenommen werden.

Nach Dr. B ist das gesamte Krankheitsbild vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit der begleitenden depressiven Störung und offenen Versorgungswünschen zu sehen. Die Ursachen hierfür liegen in der Kindheit, wie die Darlegung der Lebensgeschichte des Klägers zeigt. Das Verhältnis zur Mutter sei schlecht gewesen. Da die Mutter ein Mädchen gewollt habe, habe sich der Kläger die Haare wachsen lassen und kleidähnliche Sachen tragen müssen. Er habe der Mutter bis zur Unterwürfigkeit dienen müssen. Häufig seien er und sein Bruder, der ihn aus dem Weg haben wollte, von der Mutter blutig geschlagen worden. Zwischen den Eltern habe es, wohl wegen des Verhältnisses seines Vaters zu anderen Frauen, viel Streit gegeben. Innerhalb der Familie und danach auch während der Schulzeit hat sich der Kläger als ausgegrenzt geschildert. Nach Abbruch der Lehre blieb auch der berufliche Erfolg aus; es kam häufig schnell zu Auseinandersetzungen mit Mitarbeitern oder Vorgesetzten. Mit 17 Jahren habe er das Elternhaus verlassen und sei ins Ausland gegangen, wo er zum Teil Schwierigkeiten wegen seiner Homosexualität bekam. Zurück bei seinen Eltern habe er in der Garage schlafen müssen. Die von dem Sachverständigen Dr. aus der Anamnese und dem Verhalten des Klägers gezogene Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hat er nicht eindeutig einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zuordnen können, denn mehrere spezifische Störungsmuster sind beim Kläger vorherrschend, ohne dass ein bestimmtes Merkmal bestimmend ist. Die Hauptmerkmale der histrionischen Persönlichkeitsstörung, die hohe Abhängigkeit von äußerer Aufmerksamkeit, Bestätigung und Anerkennung und das theatralische Verhalten sowie die Dramatisierung bezüglich der eigenen Person sind genauso präsent wie die Anspruchshaltung, der Mangel an Empathie, Ablehnung, die Größengefühle in Bezug auf die eigene Bedeutung, welche das Wesen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ausmachen. Bezüglich des Schmerzsyndroms dominiert ein multilokuläres Geschehen mit regelmäßigem Gebrauch von zentralen oder peripheren Analgetika. Die regelhaft eintretenden affektiven Veränderungen bei hoher Schmerzchronifizierung, die durch eine affektive Labilität, traurig-misshumorige Verstimmungen, erhöhte Reizbarkeit und vor allem eine inhaltliche Einengung des Denkens auf das Thema Schmerz gekennzeichnet sind, sind insgesamt beim Kläger zumindest teilweise vorhanden. Die Aspekte der Persönlichkeitsstörung des Klägers, die sich im Untersuchungsablauf als demonstriertes Verhalten mit Überlappung zur Aggravation gezeigt hat, lassen es nach Beurteilung des Sachverständigen Dr. B letztlich nicht zu, das tatsächliche Ausmaß des chronischen Schmerzsyndroms in seiner Auswirkung auf das alltägliche und soziale Funktionsniveau zu beurteilen. Insoweit haben sich deutliche Diskrepanzen aus den Schilderungen des Klägers und den vorliegenden Stellungnahmen und Befunden ergeben. Dieser Tatsache kommt maßgebende Bedeutung bei der Bewertung des quantitativen Leistungsvermögens des Klägers, worauf nachfolgend noch eingegangen wird, zu.

Der Sachverständige Dr. A hat bei seiner Untersuchung im Wesentlichen dieselben Befunde erhoben. Die Untersuchung ist durch die Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägter Aggravation bestimmt gewesen. Der Kläger hat eine Gehhilfe mitführend und mit einer großen Bauchbinde versehen ächzend und stöhnend das Untersuchungszimmer betreten. Während der gesamten Exploration hat er sich den Nacken gerieben und sich zunehmend aus einer sitzenden Position in eine liegende Position auf dem Stuhl bewegt. Der rechte Arm ist gebeugt und körpernah gehalten und nur selten im Rahmen von Schmerzäußerungen frei bewegt worden. Der begleitende - auf nachdrücklichen Wunsch des Klägers (vgl. sein Schreiben vom 19. Dezember 2006) gerichtlich bestellte - Dolmetscher hat mangels Verständigungsschwierigkeiten des Klägers in der deutschen Sprache nicht tätig werden müssen; er hat nach dem Sachverständigen Dr. A gewissermaßen als Zeuge gedient. Die Untersuchung ist in dysphorisch-moroser und misstrauensgeprägter Affektlage durchgeführt worden. Das formale Denken ist von einfacher Diktion gewesen. Die Angaben sind eher spärlich, bei der Beschwerdeschilderung jedoch durchaus umfassend und nachdrücklich gewesen. Inhaltlich haben ausführliche und durch Mimik und Gestik intensiv unterlegte, von Misstrauen geprägte Leidensschilderungen sowie die Formulierung erheblichen Misstrauens und Kritik an früheren medizinischen Gutachtern dominiert. Misstrauen, Frustration und Klagsamkeit haben Stimmung und Affekt ausgezeichnet. Anschuldigungen und Kritik gegenüber Behörden und Gutachtern sind schnell generalisiert zu Anklagen gegen die Gesellschaft im Allgemeinen geworden. Hinweise für emotionale Instabilität und Dysphorie haben das Bild geprägt. Eine vital depressive Symptomatik hat der Sachverständige nicht vorgefunden. Die Antriebsfunktionen sind bemerkenswert intakt gewesen. Insgesamt haben Mimik, Gestik und die gesamte Körpermotorik ein ungewöhnliches Maß an Aggravation ausgedrückt. Dr. A hat anhand der eigenanamnestischen Schilderungen, insbesondere der erlebten Außenseiterrolle infolge einer Homosexualität seit der Pubertät und der vergeblichen Suche nach einer dauerhaften vertrauensvollen Partnerschaft, sowie des psychopathologischen Befundes eine bis in die frühe Adoleszenz zurückreichende komplexe Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, emotional instabilen und vor allem paranoiden Anteilen festgestellt, die seit dem Unfall im Jahre 2000 immer stärker zu einer paranoid-querulatorischen Haltung sowie vor dem Hintergrund tatsächlicher oder angeblicher Enttäuschungen bzw. Zurücksetzungen zur Entwicklung körperlicher Symptome (Schmerzen) aus psychischen Gründen geführt hat. Vor dem Hintergrund konsistenter übereinstimmender Befunde hat sich Dr. A im Einklang mit den insoweit plausiblen Ergebnissen vorangegangener Begutachtungen gesehen.

Aus den erhobenen Befunden der Sachverständigen Dr. Bund Dr. A folgt: Der Minderbelastbarkeit des rechten Armes und den leichtgradigen Funktionseinschränkungen der Gelenke und der Wirbelsäule, die nach dem Sachverständigen Dr. Beine wesentliche Einschränkung des Leistungsvermögens - insoweit in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen L - nicht begründen können, wird mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen. Der psychischen Situation wird genügt, als besonders stressauslösende Faktoren, wie eine geistige Überforderung bei mehr als nur geistig einfachen Arbeiten, Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeit und in Nachtschicht ausscheiden müssen. Außerdem schließt die mit der Persönlichkeitsstörung einhergehende begrenzte Kritikfähigkeit geistig anspruchsvolle Tätigkeiten mit Anforderungen an die soziale Kompetenz aus.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, aber zugleich auch ein vollschichtiges Leistungsvermögen (8 Stunden täglich) folgerichtig, wie dies alle gerichtlichen Sachverständigen insoweit in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Fachärztin für Chirurgie und Sozialmedizin B vom 09. August 2002, dem Gutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H vom 04. September 2003 und des MDK-Gutachtens des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. K vom 20. August 2007 angenommen haben.

Eine so genannte Rentenneurose, die es dem Betroffenen unmöglich macht, wegen seiner Fehlvorstellung einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, liegt nicht vor.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 01. Juli 1964 - [11/1 RA 158/61](#), abgedruckt in [BSGE 21, 189](#) = SozR Nr. 39 zu § 1246 RVO, und vom 06. September 2001 - [B 5 RJ 42/00 R](#), zitiert nach juris; vgl. auch das Urteil des erkennenden Senats vom 27. April 2007 - [L 22 RJ 164/04](#) - unveröffentlicht) sind seelische Störungen (neurotische Hemmungen), die ein Versicherter auch bei zumutbarer

Willensanstrengung aus eigener Kraft nicht überwinden kann, eine Krankheit im Rechtssinne, selbst wenn die medizinische Wissenschaft einen solchen Zustand nicht für eine Krankheit hält. Die bloße Vorstellung, an einer Krankheit zu leiden, reicht hierfür allerdings nicht aus. Es muss ein Zustand vorliegen, der die Erwerbsfähigkeit in einer vom Versicherten selbst nicht zu überwindenden Weise hemmt, einschränkt oder aufhebt. Die Verrichtung einer Erwerbstätigkeit ist einem Versicherten nämlich nicht möglich, der einen Zustand nicht aus eigener Kraft beseitigen kann. Dabei bleiben jedoch alle Störungen außer Betracht, die innerhalb eines halben Jahres überwunden werden können. Auch vorgetäuschte Störungen im Sinne einer Simulation und Aggravation sowie Störungen, die nur gelegentlich - etwa allein bei ärztlichen Untersuchungen - zu beobachten, sonst aber nicht vorhanden sind, scheiden aus. Eine solche Störung kommt schließlich jedenfalls zukunftsbezogen nicht in Betracht, wenn sie bei (endgültiger) Ablehnung der Rente nach einer zuverlässigen Prognose ohne weiteres verschwindet. Die Feststellung einer solchen - rechtserheblichen - Neurose erfordert nach der Rechtsprechung des BSG, um insbesondere Simulation und Aggravation auszuschließen, einen strengen Beweismaßstab.

Der Kläger mag zwar keinen Willen zur Arbeit haben; die Kraft zu diesem Willen kann ihm nach dem Sachverständigen Dr. B jedoch nicht abgesprochen werden. Grund hierfür ist, dass es keine schwerwiegende psychische Beeinträchtigung gibt, die der entsprechenden notwendigen Willensanstrengung entgegensteht, was nicht nur aus den deutlichen Aggravationstendenzen, sondern auch der sonstigen Lebensgestaltung ersichtlich wird. Der Sachverständige Dr. A hat sich dieser Auffassung angeschlossen. Bei synoptischer Bewertung objektivierbarer Befunde und der Analyse der Alltagsgestaltung ergeben sich bemerkenswerte Diskrepanzen dergestalt, dass der Kläger ein - zwar von Beschwerden nicht freies - Leben führt, das aber keineswegs Anhalt für die Annahme einer hochgradigen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit zeigt. Finanzielle Enge und ein im Vergleich zu früheren Jahren eingeschränkter sozialer Aktionsradius, nicht jedoch Gesundheitsstörungen bedingen Gefühle der Frustration und Unzufriedenheit mit einem konsekutiven Entschädigungsbegehren. Die psychopathologischen Auffälligkeiten verhindern nicht die konsequente, bemerkenswert zielstrebige Verfolgung subjektiv als rechtens empfundener Ansprüche. Diese Fähigkeit ist mit einer tiefgreifenden Störung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht vereinbar, so dass daraus konsistente Leistungsdefizite nicht abgeleitet werden können. Entscheidend für die Leistungsbeurteilung ist die Analyse und Bewertung des Einflusses einer Störung auf die alltägliche Leistungsfähigkeit (so insgesamt die ergänzende Stellungnahme des Dr. A vom 20. September 2007). Dies ist nachvollziehbar.

Auch nach dem Sachverständigen Dr. B ist das bei der Untersuchung demonstrierte Schmerzbild sicher nicht im sonstigen Leben des Klägers in dieser Art präsent. Der weitgehenden Schonhaltung des rechten Armes steht der körperliche Befund, eine kräftige Muskulatur mit muskulösem Oberkörper und Oberarmen entgegen. Eine sichtbare und messbare Muskelverschmächtigung im Seitenvergleich, die nicht besteht (so auch der Sachverständige L und Gutachten des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. E vom 02. Januar 2004), wäre jedoch zu erwarten, wenn der rechte Arm so wie in der Untersuchungssituation demonstriert auch im alltäglichen Leben geschont würde. Eine intensivere nervenärztliche Behandlung hat nach dem Sachverständigen Dr. B nicht stattgefunden. Dem Befundbericht des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie G vom 12. Mai 2004 sind 10 psychiatrische Gespräche und eine medikamentöse Behandlung mit dem Schlafmittel Chloralhydrat zu entnehmen. Auch eine medikamentöse Schmerzbehandlung ist bisher nicht erfolgt. Stattdessen sind Benzodiazepine verordnet worden, die sich bezüglich des Schmerzgeschehens nach Dr. B insoweit negativ auswirken, als sie über Rezeptorvorgänge zu einer Toleranz mit entsprechender verstärkter Schmerz Wahrnehmung führen. Das fehlende Behandlungsnachsuchen des Klägers ist nach Dr. B Indiz gegen eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung mit entsprechendem subjektiven Leidensdruck zu werten. Dies muss nach seiner Ansicht auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass nur das Verharren in der Krankenrolle möglicherweise eine Entschädigung nach sich zieht. Dass die regelhaft eintretenden affektiven Veränderungen bei hoher Schmerzchronifizierung beim Kläger nur teilweise vorhanden sind, ist bereits oben ausgeführt worden. Die bei einer erheblichen Schmerzchronifizierung typischen Formen der Behandlung und Nebenerscheinungen wie u. a. schmerzbezogene stationäre Aufenthalte, unangemessene Schmerzmedikationen und Medikamentenentzugsbehandlungen, sind nach Dr. B gerade nicht festzustellen. Hinzu kommt, dass sich die Alltagsgestaltung diskrepanzhaft zur Begutachtungssituation dargestellt hat. Nach seinen Angaben gegenüber den Sachverständigen Dr. Bund Dr. A mache der Kläger seinen Haushalt selbst, gehe einkaufen und erledigt, wenn es Witterung und Schmerzen erlaube, vieles mit seinem Fahrrad. Der Zustand der rechten Schulter sei danach ersichtlich nicht hinderlich. Wegen seines unruhigen, teilweise traumreichen Schlafes bzw. weil er wenig Schlaf finde, müsse - so der Kläger - er auch tagsüber schlafen. Dabei ist unklar geblieben, zu welchem Zweck die wegen seiner Schlafstörungen verordnete Medikation von Diazepam erfolgt, wenn diese nach den genannten Schilderungen offensichtlich wirkungslos ist. Habe der Kläger allerdings einen zwingenden Grund, nicht erst am Nachmittag aufzustehen, weil er seinen behandelnden Arzt aufsucht, der um 10.00 Uhr seine Praxis schließt, gelinge ihm auch ein morgendliches Aufstehen (vgl. seine Angaben im Gutachten des Sachverständigen L). Wenn keine Arztbesuche anstünden, beschäftige sich der Kläger mit Fern- und DVD-Sehen, mache Spaziergänge, habe nicht selten Kontakt zu Freunden und Bekannten, gehe regelmäßig in die Sauna und im Sommer an Badeseen zum Schwimmen. Im Winter oder im Herbst (so gegenüber dem Sachverständigen L) widme er sich manchmal der Fotografie mit Stativ, wobei ihm allerdings das Tragen Schwierigkeiten mache. Schließlich sei der Kläger, sofern es finanziell möglich sei oder Freunde ihn unterstützten, auch außerhalb seines Wohnortes bei Freunden und Bekannten zu Besuch.

Angesichts der aufgezeigten von den Sachverständigen Dr. Bund Dr. A genannten erheblichen Diskrepanzen ist nachvollziehbar, wenn Dr. A von einem ungewöhnlichen Maß an bzw. von grober Aggravation (teilweise auch von Simulation) ausgeht. Der Sachverständige Dr. B hat sich zwar insoweit etwas zurückhaltender geäußert, als er die Möglichkeit eines bewusstseinsnah ablaufenden Geschehens nicht ausgeschlossen hat. Deutliche Aggravationstendenzen sind jedoch auch nach Dr. B vorhanden gewesen. Wegen der insgesamt nicht unerheblichen Unschlüssigkeiten hat sich dieser Sachverständige nicht in der Lage gesehen, Einschränkungen des Funktions- und Leistungsniveaus des Klägers sicher beurteilen zu können. Fehlt es jedoch auch nach diesem Sachverständigen an wesentlichen psychischen Beeinträchtigungen des Willens, ist folgerichtig, dass der Kläger die notwendige Willensanstrengung aufbringen kann, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dies rechtfertigt die Beurteilung eines vollschichtigen Leistungsvermögens.

Der entgegenstehenden Auffassung des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vermag der Senat nicht zu folgen. Wie der Sachverständige Dr. A dargelegt hat, stützt sich dessen Beurteilung ausschließlich auf die subjektiven Beschwerdeangaben, ohne die Aggravationsphänomene kritisch zu diskutieren. Dies leuchtet ein. In seinem Befundbericht vom 01. April 2007 räumt der Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H selbst ein, dass sich die geschilderten Beschwerden schlecht objektivieren lassen. Die Schmerzen seien subjektiv. Da das Gedächtnis bei Depressionen leide, seien sie aber plausibel. Damit wird allerdings verkannt, dass die Sachverständigen Dr. Bund Dr. A gerade keinen schwer depressiven Kläger vorgefunden haben, so dass die gegebene Begründung wenig überzeugt. Sie bestätigt zugleich die Auffassung des Sachverständigen Dr. A, dass dieser behandelnde Arzt andere Ursachen, insbesondere Aggravation, nicht berücksichtigt oder erwogen hat. Auf die oben genannten Diskrepanzen ist er nicht eingegangen. Für einen in dem

weiteren Befundbericht des Arztes H vom 20. Juli 2006 genannten sozialen Rückzug gibt es insbesondere nach dem Sachverständigen Dr. A keine Anhaltspunkte.

Gleichfalls wenig schlüssig ist die Beurteilung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie G im Bericht vom 18. Dezember 2003, wonach der Kläger erwerbsunfähig ist. Dafür wird eine Begründung nicht gegeben (so der Sachverständige Dr. B). Die in diesem Bericht genannten Diagnosen eines ausgeprägten depressiven Syndroms und schwerer Schmerzstörungen lassen sich nach den Sachverständigen Dr. B und Dr. A nicht bestätigen.

Gleichfalls keine Begründung weist das Arbeitsamtgutachten der Ärztin F vom 12. Dezember 2002/10. Februar 2003 für das seinerzeit angenommene Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich aus.

Im Hinblick auf die wiederholte psychiatrische Begutachtung des Klägers sieht sich der Senat nicht veranlasst, ein weiteres Gutachten einzuholen. Die vom Kläger aufgeworfene Problematik einer Rentenneurose haben die Sachverständigen erörtert. Die vom Kläger als notwendig angesehenen diesbezüglichen Beweisfragen sind dem Sachverständigen Dr. B ausdrücklich gestellt worden. Der Sachverständige Dr. A ist diesem Sachverständigen in vollem Umfang gefolgt. Eine weitere testpsychologische Untersuchung ist nicht geboten. Wie der Sachverständige Dr. A schon in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03. Juli 2007 ausgeführt hat, sind angesichts der Persönlichkeitsstörung und des außergewöhnlichen Maßes an dramatisierenden und aggravierenden Darstellungen vor dem Hintergrund eines ausgesprochenen Rentenwunsches valide Angaben nicht zu erwarten. Testpsychologische Untersuchungen beruhen jedoch maßgeblich auf den Angaben des Probanden. Darauf wird in der vom Kläger genannten Leitlinie (Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin - Sozialrechtsfragen der deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin) ausdrücklich hingewiesen sowie darauf, dass sich für die Beurteilung der Gesamtsituation zusammenfassend weniger die psychologischen Tests als das klinische Beurteilungsvermögen des Gutachters eignen (Ziffer 4.8). Der Sachverständige Dr. A hat dies in seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 19. Februar 2008 auf der Grundlage dieser Leitlinie näher präzisiert. Danach ist eine testpsychologische Untersuchung entbehrlich, da sie lediglich den subjektiven Beschwerdevortrag dokumentiert. Relevante Aggravationsphänomene können damit nicht erfasst werden. Unter Ziffer 4.8 der Leitlinie heißt es u. a.: Testpsychologische Verfahren können zur Kohärenz und Plausibilität einer Beurteilung hinsichtlich störungs- und persönlichkeitsbezogener Diagnostik sowie der Leistungsbeurteilung beitragen. Insofern kann ihr routinemäßiger Einsatz bei der Begutachtung empfehlenswert sein. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass insbesondere die Symptom- oder Persönlichkeitsskalen für intelligente Versuchspersonen in ihrer Zielrichtung in der Regel gut erfassbar sind und eine tendenzielle Beantwortung der Frage - z. B. im Sinne einer Aggravation von Beschwerden - ohne größere Probleme ermöglichen, woraus sich für diese Bezugsgruppe eine Einschränkung der Validität dieser Tests ergibt. Ebenfalls zu beachten ist, dass auch mit Leistungstests allein die Unterscheidung "Simulation" bzw. "Aggravation" versus unbewusst determiniertes, krankhaft bedingtes "Nicht-Können" nicht möglich ist. Der Sachverständige Dr. A hat seine Begutachtung an dieser Leitlinie orientiert. Er hat auch insoweit in Übereinstimmung mit dieser Leitlinie dem Vorliegen der so genannten Foerster-Kriterien die maßgebende Bedeutung zur Beurteilung des Leistungsvermögens beigemessen. Nach Ziffer 4.3. der Leitlinie lassen sich Schweregrad und Prognose psychischer und psychosomatischer Störungen, wie auch vom Kläger vorgetragen, aus folgenden Indikatoren erkennen: Art der psychischen Störung, psychische und körperliche Komorbidität, psychosoziale Auswirkungen der Störung, primäre Chronifizierung im bisherigen Verlauf, erfolglose, aber konsequent und lege artis durchgeführte Vorbehandlungen. Die Sachverständigen Dr. B und Dr. A haben dazu umfassend befundet. Die Schlussfolgerungen, die sie daraus gezogen haben, sind in sich schlüssig. Dr. A hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Februar 2008 darauf hingewiesen, dass auch nach dem Sachverständigen Dr. B keine relevanten Komorbiditäten vorliegen. Der bloße Verdacht auf cerebrale Gelegenheitsanfälle und die leichtgradigen degenerativen Veränderungen im Gelenkbereich sind insoweit nicht relevant. Außerdem haben beide Sachverständige erhebliche psychosoziale Auswirkungen auf die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit nicht feststellen können. Der Kläger führt ein Leben, das zwar gewisse Einschränkungen des sozialen Aktionsradius zeigt; er wird jedoch nicht unter der Last der Schmerzen erdrückt. Vielmehr werden regressive Phänomene im Sinne eines so genannten sekundären Krankheitsgewinnes instrumentalisiert, der Kläger ist also über weite Strecken durchaus Herr seiner Beschwerden und Defizite. Schließlich haben den heutigen Standards entsprechende psychiatrisch-psychopharmakologische Behandlungen bzw. adäquate Rehabilitationsmaßnahmen bisher nicht stattgefunden. Werden die subjektiven Beschwerden einerseits und die aggraviorischen Phänomene und deren Instrumentalisierung zum Zweck der Rentengewährung andererseits gegeneinander abgewogen, ist nach Dr. A eine Störung von Erheblichkeit mit einer quantitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht zu erkennen. Dies ist aus den dargelegten Gründen schlüssig, so dass sich der Senat dieser Beurteilung anschließt. Wenn Dr. A und Dr. B eine weitere Begutachtung nicht für erforderlich gehalten haben, ist dies nachvollziehbar.

Eine wesentliche Änderung des dargestellten Gesundheitszustandes ist auch unter Berücksichtigung der weiteren ärztlichen Unterlagen nach den ergänzenden Stellungnahmen des Sachverständigen Dr. A vom 03. April 2008 und 22. April 2008 nicht eingetreten.

Die Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 25. Februar 2008, die die bereits bekannten Diagnosen enthält, ist nach Dr. A nicht aussagekräftig, da sie sich lediglich auf das Beschwerdevorbringen des Klägers stützt und im Übrigen durch die Aneinanderreihung von Symptomen und Syndrombegriffen lediglich eine nicht vorliegende Multimorbidität suggerieren will. Trotz Behauptung einer Verschlechterung sind neue Befunde daraus nicht zu erkennen.

Dasselbe trifft für das Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W vom 07. Februar 2008 (und daran anschließend der sozialmedizinischen Stellungnahme des Arztes L vom 13. Februar 2008) zu. Nach diesem Gutachten agitierte der Kläger hochgradig histrionisch mit wechselnden Bewegungen und Beschwerden, die keinem neurologischen Krankheitsbild zuordenbar waren. In diesem Gutachten wird auch ausgeschlossen, dass, wie vom behandelnden Arzt H angegeben, die dargestellten Bewegungsstörungen als medikamentöse Nebenwirkungen zu bewerten sind; vielmehr handelt es sich - insoweit übereinstimmend mit der Einschätzung des Sachverständigen Dr. A - um neurotische Mechanismen. Das Rentenbegehren wurde vom Kläger recht deutlich und direkt ausgesprochen. Es wird die Vermutung geäußert, dass wegen dieses Rentenbegehrens der Kläger an einer wirksamen Behandlung seiner seelischen Beschwerden offensichtlich nicht interessiert ist. Zusammenfassend kommt dieses Gutachten zur Beurteilung, dass der Kläger in diesem seelischen Zustand auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht integrierbar ist. Der Sachverständige Dr. A hat diese Schlussfolgerung nicht teilen können, weil die Leistungsunfähigkeit ausschließlich mit dem Beschwerdevortrag und den allgemeineren Vorstellungen des Klägers insoweit unkritisch postuliert wurde, es also versäumt wurde, trotz erheblicher Auffälligkeiten Aggravation und Simulation abwägend darzustellen und zu diskutieren.

Derselbe Mangel haftet nach Dr. A auch dem MDK-Gutachten vom 27. März 2008 an, das im Übrigen hinsichtlich psychiatrischer Störungen keine neuen Befunde aufweist. Die kritische Frage nach der Validität der dargestellten Verhaltensdefizite wird nicht einmal gestellt, geschweige denn beantwortet. Da sich die in diesem MDK-Gutachten gesehene Hilfsbedürftigkeit jedoch medizinisch-psychiatrisch nicht erklären lässt, ist sie nach Dr. A ein gewichtiges Indiz für das zweckorientierte, regressive Verhalten des Klägers und damit nicht Ausdruck eines in psychiatrischer Hinsicht quantitativ eingeschränkten Leistungsvermögens. Es muss daher nicht überraschen, dass unter Zugrundelegung allein der dargestellten Beschwerden und des gezeigten Verhaltens in diesem MDK-Gutachten die Alltagskompetenz des Klägers als erheblich eingeschränkt angesehen wurde. Diesem MDK-Gutachten lagen nach dessen Inhalt als Fremdbefunde die Pflegedokumentation, der MRT-Befund der rechten Schulter des Dr. S vom 05. Oktober 2007 und das Attest des Dr. H vom 03. September 2007 zugrunde. Das Alltagsverhalten hat sich danach zwar deutlich gewandelt. Dies ist jedoch, nachdem sich der Kläger zwischenzeitlich einer Pflegeperson bedienen kann und ihm darüber hinaus sogar Pflegestufe I zuerkannt worden ist, eher eine Bestätigung des zweckorientierten, regressiven Verhaltens des Klägers. Da es ihm gelungen ist, andere von seinem Kranksein zu überzeugen, kann er sich nunmehr entsprechend in diese Krankenrolle begeben. Sein Verhalten bleibt allerdings weiter widersprüchlich. So hat der Kläger ungeachtet der Bescheinigung des Arztes für Allgemeinmedizin und Psychotherapie H vom 06. Juni 2008 an der gesamten mündlichen Verhandlung von 13.45 Uhr bis 15.30 Uhr teilgenommen. In dieser Bescheinigung ist ausgeführt, dass der Kläger wegen einer depressiven Neurose, Schlafstörungen, eines Schulterarmsyndroms rechts, eines degenerativen Wirbelsäulensyndroms, Epilepsie u. a. sehr eingeschränkt verhandlungsfähig sei. Für ihn stelle die Thematik eine erhebliche psychische Belastung dar. Damit steige die Gefahr epileptischer Anfälle. Aus ärztlicher Sicht solle möglichst auf eine Vorladung bzw. Vernehmung verzichtet werden. Der Kläger ist, ohne dass sein persönliches Erscheinen angeordnet gewesen ist, zum Verhandlungstermin erschienen und ist, auch, nachdem er im weiteren Verlauf der Verhandlung diese Bescheinigung vorgelegt hatte, trotz des Hinweises der Vorsitzenden, er müsse an der Verhandlung nicht teilnehmen, bis zur Urteilsverkündung geblieben.

Angesichts dessen, dass Aggravation und Simulation in den genannten ärztlichen Unterlagen nicht erwogen und insbesondere auch keine andere, von den Bewertungen der Sachverständigen Dr. Bund Dr. A abweichende Begründung für das aufgezeigte diskrepante Verhalten gegeben wurde, besteht für den Senat keine Veranlassung, von den Schlussfolgerungen der Sachverständigen Dr. B und Dr. A abzuweichen.

Dies gilt auch unter Berücksichtigung des Attestes der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie S und K vom 17. Juni 2008. Für die darin vertretene Ansicht, wegen der Schwere und des Verlaufs mehrerer neuropsychiatrischer Erkrankungen würde die Erwerbsfähigkeit als aufgehoben angesehen, fehlt jegliche Begründung.

Der Kläger kann damit als Bürohilfskraft, Pförtner und Versandfertigmacher tätig sein.

Die Arbeitsbedingungen einer Bürohilfskraft sind nach der BIK BO 784 wie folgt beschrieben: Körperlich leichte Arbeit in geschlossenen Räumen, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Gehen und Stehen, zum Teil Zwangshaltungen, zum Teil Umgang mit Bürokommunikationsmitteln, zum Teil Publikumsverkehr, genaue, systematische und zuverlässige Arbeitsweise, Ordnungssinn, Konzentrationsfähigkeit, Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit. Der Auskunft des Arbeitsamtes Frankfurt (Oder) vom 11. November 1999 ist daneben zu entnehmen, dass im Bereich der Poststelle ein Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen je nach Bedarf und Möglichkeit des Beschäftigten in Frage kommt und es dort nicht zu irgendeiner Art von Zwangshaltung kommt.

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 des hiesigen Klägers, 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 der hiesige Kläger 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 des hiesigen Klägers, 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 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.

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

Die beim Kläger bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Bürohilfskraft, eines Pförtners und eines Versandfertigmachers in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen L und Dr. A somit zu der Einschätzung gelangt sind, der Kläger könne die genannten Berufe vollschichtig und damit auch mindestens sechs Stunden täglich ausüben, ist dies, weil sie das berufskundliche Anforderungsprofil nicht verkannt haben, schlüssig und bewegt sich im Rahmen des einem Arzt einzuräumenden Beurteilungsspielraumes, so dass sich der Senat deren Bewertung zu eigen machen kann. Dies gilt auch bezogen auf die Tätigkeit eines Pförtners, denn eine Epilepsie ist nicht gesichert; die Gelegenheitsanfälle sind bei Meidung von Alkoholabusus und Schlafentzug auszuschließen.

Berufsunfähigkeit und teilweise Erwerbsminderung liegen damit nicht vor.

Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung steht ebenfalls nicht zu.

Nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) sind Versicherte voll erwerbsgemindert, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Bei dem bereits dargelegten Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich liegen diese Voraussetzungen, die noch weitergehende Leistungseinschränkungen als bei der teilweisen Erwerbsminderung erfordern, nicht vor.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-09-22