L 22 R 1080/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 29 RJ 1774/01
Datum
19.01.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 1080/06
Datum
16.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2006 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 Erwerbsunfähigkeit ab 01. September 2000, hilfsweise wegen voller Erwerbsminderung ab 01. Januar 2001.

Der 1957 geborene Kläger, der nach einer abgeschlossenen Ausbildung zum Tiefbaufacharbeiter zuletzt im März 1997 als Maurer beschäftigt war, absolvierte ab November 1998 bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 16. August 2000 eine nicht abgeschlossene Umschulung zum Industriekaufmann.

Im September 2000 beantragte der Kläger wegen Ellenbogenbeschwerden und Speiseröhrengeschwüren Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Beklagte zog verschiedene ärztliche Unterlagen bei und holte die Gutachten der Ärztin für Sozialmedizin Dr. W vom 05. Dezember 2000 und der Fachärztin für Chirurgie B vom 20. Dezember 2000 ein.

Mit Bescheid vom 10. Januar 2001 bewilligte die Beklagte Rente wegen Berufsunfähigkeit ab 01. September 2000 bei einem am 16. August 2000 eingetretenen Leistungsfall. Die Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit lehnte sie ab.

Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem der Kläger unter Vorlage des Berichts des Facharztes für Orthopädie P vom 05. März 2001 geltend machte, keine Tätigkeit mehr ausüben zu können, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20. Juli 2001 zurück: Mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, einer Magengeschwüranamnese, einer Ösophagitis, belastungsabhängigen Schmerzen auf der Außenseite des rechten Ellenbogengelenkes sowie Gefühlsstörungen am 4. und 5. Finger rechts könnten körperlich leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes uneingeschränkt in allen Haltungsarten ohne Arbeiten unter Einfluss von Wechsel- und Nachtschicht sowie besonderen Zeitdruck vollschichtig verrichtet werden. Damit liege weder Erwerbsunfähigkeit noch volle Erwerbsminderung vor.

Dagegen hat der Kläger am 31. Juli 2001 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Er hat vorgetragen, die von Nervenschädigungen betroffenen Glieder nur noch unter großer Schmerzentfaltung bewegen zu können. Selbst eine hohe Analgetikadosierung habe keine ausreichende Schmerzlinderung gebracht. Er könne keine Tätigkeit mehr ausüben. Der Kläger hat das vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstattete Gutachten des Dr. K vom 14. August 2001 und das (unvollständige) Arbeitsamtsgutachten des Arztes für Arbeitsmedizin und Anästhesiologie Dr. S vom 14. Februar 2002 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Arztes für Innere Medizin Dr. R vom 13. Dezember 2001, des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 18. Dezember 2001, der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren H vom 03. Januar 2002, des Facharztes für Orthopädie P vom 31. Januar 2002 und des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie A vom 01. Juli 2002 eingeholt, den Befunderhebungsbogen zum genannten Arbeitsamtsgutachten beigezogen sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Chirurgie und Sozialmedizin Dr. B vom 06. August 2002.

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, ein chirurgisches Gutachten sei zur Beurteilung des Leistungsvermögens ungeeignet. Es müsse ein orthopädisches bzw. ein neurologisches Gutachten eingeholt werden. Zudem habe der Sachverständige Dr. B nicht richtig gemessen und

Simulation unterstellt. Der Kläger hat das MDK-Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit des Facharztes für Allgemeinmedizin M vom 22. Oktober 2003 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Facharztes für Orthopädie P vom 12. November 2003, des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 08. Dezember 2003, der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. R vom 20. Februar 2004 und der Ärztin für Innere Medizin Dr. S vom 29. Februar 2004 eingeholt, das vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin veranlasste Gutachten des Arztes M vom 05. Januar 2004 beigezogen und den Sachverständigen Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahme vom 22. März 2004).

Der Kläger hat eingewandt, der Sachverständige Dr. B übernehme einfach die angebliche psychische Überlagerung aus dem MdK-Gutachten vom 14. August 2001. Er erwecke bezüglich dieses Gutachtens zudem den Eindruck, als bestünden vergleichbare Ergebnisse, obwohl nach jenem Gutachten beurteilt worden sei, dass wahrscheinlich keine Arbeit von wirtschaftlichem Wert geleistet werden könne. Auffällig sei, dass der Sachverständige auch aus dem Pflegegutachten die psychische Überlagerung übernehme, ohne auf den nicht unerheblichen Pflegebedarf und die nicht unerheblichen Auswirkungen einzugehen. Die Nervenwurzelreizsymptomatik sei durch technische Untersuchungen belegt und damit entgegen dem Sachverständigen nicht lediglich eine Verdachtsdiagnose. Ein aufgehobenes Leistungsvermögen folge auch aus den beigefügten Gutachten. Der Kläger hat das Arbeitsamtsgutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. L vom 26. März 2004 und das (unvollständige) Arbeitsamtsgutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Arbeitsmedizin Dr. L vom 31. März 2004 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. G vom 29. Juni 2004 nebst ergänzender Stellungnahme vom 30. August 2004.

Der Kläger hat gemeint, die bisher gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachten, welche eine Erwerbsminderung verneinten, seien nicht unter Aufwendung der angemessenen möglichen Methoden der Diagnostik erstellt worden. Der Sachverständige Prof. Dr. G verharmlose die Befunde. Es sei nicht zutreffend, dass sich der Kläger versteift habe und somit eine subjektiv gesteuerte Gegenreaktion hervorgerufen habe. Der Gegendruck sei nicht als subjektives Gegensteuern, sondern als natürliche Abwehrfunktion des Körpers zu werten. Entgegen der Ansicht des Sachverständigen Prof. Dr. G seien der rechte Arm und die rechte Hand gebrauchsunfähig. Der Kläger hat das von ihm veranlasste Gutachten des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. v. F vom 07. September 2005 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat weiteren Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten der Fachärztin für Orthopädie Dr. L vom (Eingang) 20. Oktober 2005 nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, erwerbsunfähig sei auch derjenige, der aufgrund seiner Leiden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelt werden könne. Dazu sei eine Auskunft der Bundesagentur für Arbeit einzuholen.

Die Beklagte hat gemeint, die Gutachten des Dr. v. F und der Dr. L seien nicht nachvollziehbar.

Mit Urteil vom 19. Januar 2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme verfüge der Kläger noch über ein vollschichtiges Leistungsvermögen für körperlich leichte und einfache Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies folge aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. B und Prof. Dr. G. Nach Prof. Dr. G seien sichere neurologische Ausfälle klinisch nicht festzustellen. Nach Dr. B seien lediglich geringfügige, das Altersmaß in keiner Weise überschreitende degenerative Veränderungen der Wirbelsäule vorhanden. Beide Sachverständigen hätten im Bereich der rechten Extremitäten objektive körperliche Befunde mit wesentlichen Bewegungseinschränkungen bis hin zu Lähmungen nicht erheben können. Es handele sich insoweit nach Prof. Dr. G um eine psychogene und subjektiv gesteuerte Halbseitenstörung rechts mit Verdeutlichungstendenzen. Weder dem Gutachten der Sachverständigen Dr. L noch dem im Wege des Urkundsbeweises verwerteten Gutachten des Dr. v. F könne in der Leistungsbeurteilung gefolgt werden. Dr. L, die als einzige Gutachterin das Vorliegen von aggravatorischem Verhalten verneint habe, habe die klinisch erhobenen Befunde für glaubhaft gehalten, ohne sich kritisch damit auseinanderzusetzen, dass wesentliche neurogene Schädigungen auszuschließen seien. Im Gutachten des Dr. v. F werde zwar die deutliche Diskrepanz zwischen den Beschwerden des Klägers und den objektiven Befunden betont. Angesichts des von diesem Arzt erhobenen fehlenden neurologischen Korrelats sei eine Leistungsunfähigkeit aber nicht nachvollziehbar. Dasselbe gelte im Ergebnis für die Bewertungen in den arbeitsamtsärztlichen Gutachten. Selbst der behandelnde Orthopäde P habe keine gravierenden Bewegungseinschränkungen und Lähmungserscheinungen in seinem Befundbericht angegeben. Ausweislich des Befundberichtes des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M finde eine neurologische Behandlung offenbar nicht statt.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 23. Juni 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 21. Juli 2006 eingelegte Berufung des Klägers.

Er macht erneut geltend, keiner Tätigkeit mehr nachgehen zu können. Da die allgemeine Arbeitsmarktlage bei einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu beachten sei, sei eine Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nötig. Aufgrund der Vielzahl der Gutachten sei ein aufgehobenes Leistungsvermögen belegt. Schließlich seien die Leiden des Klägers nicht vollumfänglich berücksichtigt worden, denn die im Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin vom 14. März 2006 genannte neurotische Depression mit Somatisierungstendenz sei bisher nicht gesehen worden. Die Sachverständigen Dr. B und Prof. Dr. G hätten die vorhandenen objektiven Befunde nicht gewürdigt, verharmlost oder offensichtlich übersehen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2006 zu ändern und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 10. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juli 2001 zu verurteilen, dem Kläger Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab 01. September 2000, hilfsweise Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01. Januar 2001 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat die Schwerbehindertenakte des Landesamtes für Gesundheit und Soziales B() und das (vollständige) Arbeitsamtsgutachten der Fachärztin für Innere Medizin und Arbeitsmedizin Dr. L vom 31. März 2004 beigezogen, die Befundberichte der Ärztin für Innere Medizin Dr. S vom 21. Februar 2007, der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. R vom 10. März 2007, der Ärztinnen für Allgemeinmedizin Dres. S und S vom 23. März 2007 und des Facharztes für Orthopädie P vom 25. April 2007 eingeholt. Nachdem er Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Pförtner (BO 793) und zum Versandfertigmacher (BO 522) sowie Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des ML vom 14. Februar 2000 zum Pförtner und vom 01./24. November 2002 und vom 14. Januar 2005 zum Versandfertigmacher beigezogen hatte, hat er die Sachverständigen Dr. L Dr. B und Prof. Dr. G ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 11. Juli 2000, 13. August 2007 und 28. Dezember 2007) sowie weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten der Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. P vom 25. Juli 2008 nach § 109 SGG nebst ergänzender Stellungnahmen vom 09. November 2008, 28. November 2008 und 26. Dezember 2008.

Der Kläger weist darauf hin, dass bereits die Anamnese der Sachverständigen Dr. P erhebliche Diskrepanzen beinhalte, denn er habe elastische Bandagen u. a. am Sprunggelenk links und nicht am rechten Bein getragen. Es sei unzutreffend, dass er den rechten Arm beim An- und Ausziehen mitbenutzen könne. Die von der Sachverständigen gesehene Anspannung entstehe automatisch bei Schmerz als Abwehrfunktion. Entgegen der Sachverständigen sei das linke Sprunggelenk in der Beweglichkeit nicht eingeschränkt; es schwelle vielmehr bei Überanstrengung an und entfalte erhebliche Schmerzen. Da das rechte Knie erst im Juni 2008 operiert worden sei, sei es noch nicht vollkommen abgeheilt gewesen. Der Kläger könne auch nur kurze Strecken laufen. Für den Weg von der Wohnung zu seinem behandelnden Hausarzt von ca. 300 m benötige er ca. 30 Minuten mit kleineren Pausen. Die von der Sachverständigen gemachten Angaben über die Medikamenteneinnahme seien nicht zutreffend; die heutige tägliche Dosierung von Tramagit retard 100 mg (Opioide) liege bei 8 bis 12 Tabletten. Es seien zahlreiche Befunde zum Zustand der Lendenwirbelsäule, zum Verdacht auf Polyneuropathie, zum linken Sprunggelenk, zum Muskelschwund, zum linken Hüftgelenk und zum Supraspinatusansatz übersehen worden. Eine radikuläre Verursachung der Bewegungseinschränkungen sei gesichert. Das MDK-Gutachten vom 14. August 2001 sei unvollständig wiedergegeben, insbesondere seien die wichtigsten Befunde weggelassen worden. Das Arbeitsamtsgutachten vom 14. Februar 2002 werde nicht erwähnt. Das Gutachten der Fachärztin für Arbeitsmedizin Dr. L vom 31. März 2004 werde nicht behandelt und das nervenärztliche Gutachten der Dr. L vom 26. März 2004 werde unvollständig wiedergegeben. Letztgenannte Gutachten seien von den Sachverständigen Prof. Dr. G, der nur Vermutungen geäußert habe, nicht berücksichtigt worden. Es sei bereits darauf hingewiesen worden, dass Dr. v 16 orthopädische Diagnosen habe aufstellen können. Die Sachverständige Dr. P habe das Gutachten der Sachverständigen Dr. L unvollständig wiedergegeben, denn Dr. L habe den Kläger für eine Tätigkeit als Pförtner lediglich für bedingt einsetzbar gehalten. Zum Tagesablauf müsse festgestellt werden, dass der Kläger tagsüber außer Lesen und Bewegungsübungen fast nichts alleine machen könne. Schließlich liege auch eine Leberverfettung vor. Das rechte Bein sei erheblich dünner als das linke Bein. Es sei nicht steif gehalten, sondern wegen der Knieoperation im Juni 2008 geschont worden. Durch die tägliche Einnahme von Opioiden sei seine Sensibilität sehr stark eingeschränkt, weswegen er sich in der Öffentlichkeit stets mit einer Begleitperson bewege. Auch scheine die Sachverständige die Auswirkungen der zahlreichen Medikamente bei der Beurteilung der Kooperationsfähigkeit oder Willigkeit des Klägers übersehen zu haben; es müsse zurückgewiesen werden, dass der Kläger nur eingeschränkt kooperativ gewesen sei. Zwischenzeitlich sei von der zuständigen Pflegekasse die Pflegestufe I festgestellt worden. Nach der ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen Dr. P liege die Leistungsfähigkeit allein aus psychischen Gründen zurzeit unter 8 Stunden täglich.

Der Kläger hat den Bescheid der Pflegekasse der AOK Berlin vom 05. September 2008 über die Bewilligung von Pflegegeld der Pflegestufe I ab 01. Juli 2008, das dieser Bewilligung zugrunde liegende MDK-Gutachten der Dr. G vom 02. September 2008 und den Bericht des Radiologen Dr. S vom 09. Mai 2008 vorgelegt.

Der Senat hat die Sachverständigen Dr. P und Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 17. April 2009 und 18. Mai 2009).

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 104 bis 135, 223 bis 227, 256 bis 271, 280 bis 282, 335 bis 348, 535 bis 541, 547 bis 554, 560 bis 564, 593 bis 640, 646 bis 654, 660 bis 665, 671 bis 674, 725 bis 731 und 734 bis 738 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 10. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Juli 2001 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Ihm steht auch Rente wegen voller Erwerbsminderung nicht zu. Sein Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

Als Anspruchsgrundlage kommt auch weiterhin § 44 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) in der Fassung vor dem am 01. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Reformgesetz) vom 20. Dezember 2000 (BGBl. I 2000, 1827) in Betracht. Nach § 300 Abs. 2 SGB VI sind aufgehobene Vorschriften dieses Gesetzbuches auch nach dem Zeitpunkt ihrer Aufhebung noch auf den bis dahin bestehenden Anspruch anzuwenden, wenn der Anspruch bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach der Aufhebung geltend gemacht wird. Dies ist vorliegend der Fall, denn der maßgebende Antrag wurde bereits im September 2000 gestellt.

Nach § 44 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie erwerbsunfähig sind und weitere (beitragsbezogene) Voraussetzungen erfüllen. Erwerbsunfähig sind nach § 44 Abs. 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

Der Kläger ist hiernach nicht erwerbsunfähig, denn er kann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insbesondere als Pförtner und Versandfertigmacher, noch 8 Stunden täglich tätig sein.

Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. B, Prof. Dr. G und Dr. P. Der abweichenden Beurteilung der Sachverständigen Dr. L vermag der Senat nicht zu folgen. Dasselbe gilt für die weiteren Gutachten, soweit diese von einem nicht mehr vollschichtigen Leistungsvermögen ausgehen, wie insbesondere das Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. v. F.

Nach dem Sachverständigen Dr. B bestehen geringfügige, das Altersmaß nicht überschreitende degenerative Veränderungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Neigung zu muskulären Reizerscheinungen, eine funktionelle Behinderung an der oberen Extremität rechts, die er jedoch als psychiatrisch-neurologisch abklärungsbedürftig bezeichnet hat, eine Neigung zu rezidivierenden Magenschleimhautentzündungen und Speiseröhrenentzündungen sowie ein Zustand nach Epicondylitis-Operation rechts.

Es ist angesichts der von Dr. B erhobenen Befunde nachvollziehbar, wenn er den Kläger noch für fähig gehalten hat, körperlich leichte Arbeiten in wechselnden Haltungsarten, überwiegend in geschlossenen Räumen, im Freien nur unter Witterungsschutzbedingungen ohne Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft sowie ohne Arbeiten mit einseitigen körperlichen Belastungen unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeit, mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit Nachtschicht und auf Leitern und Gerüsten verrichten zu können. Ob daneben auch Arbeiten an laufenden Maschinen und mit Fingergeschicklichkeit nicht zumutbar sind, hat er der Beurteilung des für erforderlich gehaltenen neurologisch-psychiatrischen Gutachtens vorbehalten.

Die chirurgischerseits erhobenen Befunde im Bereich des Stütz- und Halteapparates bestätigen, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und des rechten Armes nicht wesentlich eingeschränkt ist. Sie verdeutlichen darüber hinaus, dass wegen des Zustandes der Wirbelsäule allenfalls stärkere und dauerhaft einseitige Haltungen vermieden werden müssen.

Den Nackengriff und den Schürzengriff rechts hat der Kläger nicht ausgeführt. Bei der Untersuchung des rechten Ellenbogens hat er stark gegengespannt, Schmerzen geäußert und ein Bewegungsdefizit ebenso eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung bei der Drehbewegung des rechten Unterarmes gegen den Oberarm demonstriert. Es sind als Bewegungsmaße des rechten Ellenbogens erhoben worden: Streckung/Beugung 0/15/110 (bei Normwert 0/0/150), Unterarmdrehung auswärts/einwärts 60/0/50 (bei Normwert 80 bis 90/0/80 bis 90). Das rechte Handgelenk hat der Kläger in seiner Beweglichkeit als gänzlich aufgehoben dargestellt. Auch Fingerbewegungen rechts hat er nicht ausgeführt. Es sind sensible Empfindungsstörungen an sämtlichen Fingern angegeben worden. Demgegenüber hat die Röntgenuntersuchung des rechten Ellenbogengelenks keinen krankhaften Befund offenbart. Lediglich in den Weichteilen ist eine schollige Verkalkungsfigur nachweisbar gewesen. Zudem ist eine völlig regelrechte Entwicklung der Handmuskulatur rechts vorhanden gewesen. Eine Atrophie des Kleinfingerballens, der Musculi interossei und des Abductor pollicis sind ebenso wenig im Zusammenhang mit den Sensibilitätsstörungen festzustellen gewesen wie Empfindungsstörungen an der ellenseitigen Handfläche als Ausdruck einer distalen Ulnarislähmung, die Ursache einer Hand- und Fingergelenkbeeinträchtigung sein könnte.

An der unteren Extremität hat sich eine ungleiche Beinlänge bei Beinverkürzung von 1 cm links, ein mäßig abgesenktes Fußgewölbe im Sinne eines Senk-, Spreizfußes beidseits und eine beginnende Hallux valgus-Bildung beidseits gefunden. Der Kläger hat bei Benutzung einer Gehstütze ein rechtsseitig hinkendes Gangbild demonstriert. Sowohl den Einfüßlerstand als auch den Zehengang rechts hat er nicht ausgeführt, während der Fersengang rechts sicher und zügig möglich gewesen sind. An der Außenseite des Oberschenkels rechts ist eine ständige Hypästhesie angegeben worden. Sämtliche Gelenke der unteren Extremität haben keinen krankhaften Befund aufgewiesen.

Die Dornfortsätze im Bereich der Halswirbelsäule sind klopfschmerzhaft, die Nacken- und Schultergürtelmuskulatur ist mäßig verspannt und die occipitalen Nervenaustrittspunkte sind druckschmerzhaft gewesen. Bei der Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule ist stark muskulär gegengespannt worden, wobei die Rotation beidseits als sehr schmerzhaft angegeben worden ist. Es sind folgende Bewegungsmaße erhoben worden: Vorneigen/Rückneigen 40/0/30 (bei Normwert 45 bis 70/0/35 bis 45), Seitneigen rechts/links 20/0/20 (bei Normwert 45/0/45) und Drehen rechts/links 30/0/30 (bei Normwert 60 bis 80/0/60 bis 80). Unbeobachtet hat Dr. Ballerdings wesentlich flüssigere Bewegungsabläufe im Bereich der Halswirbelsäule festgestellt. Die Dornfortsätze der Brustwirbelsäule sind ebenso wie die der Lendenwirbelsäule klopfschmerzhaft gewesen. Bei der Bewegungsprüfung der Brust- und Lendenwirbelsäule ist gleichfalls aktiv muskulär gegengespannt worden. Es hat sich eine Verspannung der lumbalen Rückenstreckmuskulatur gezeigt. Der Sachverständige hat folgende Bewegungsmaße erhoben: Finger-Boden-Abstand 14 cm, Seitneigung rechts/links 15/0/10 (Normwert 30 bis 40/0/30 bis 40), Drehen 25/0/30 (Normwert 30 bis 40/0/30 bis 40). Demgegenüber haben die radiologischen Untersuchungen von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule lediglich eine Fehlhaltung, mäßige osteochondrotische Veränderungen am Wirbelkörper C 6 und in den anderen Wirbelsäulenabschnitten lediglich geringfügige osteochondrotische Veränderungen aufgedeckt. Der Sachverständige Dr. Bist daneben auf den Bericht des Radiologen Prof. Dr. P vom 01. November 2000 eingegangen, wonach eine Magnetresonanztomografie der Halswirbelsäule eine Bandscheibenprolabierung mit Einengung des Neuroformens bei C 6/7 rechts nachgewiesen hat; ob deswegen allerdings eine radikuläre Symptomatik vorliegt, hat Dr. B bezweifelt und dies einem neurologischen Gutachten vorbehalten.

Die dargelegten Befunde rechtfertigen die Schlussfolgerung des Sachverständigen Dr. B, dass chirurgischerseits keine schwerwiegende Beeinträchtigung des Stütz- und Halteapparates und der Gelenke besteht. Dies gilt insbesondere für den rechten Arm und die rechte Hand, denn zu erwarten gewesene Muskelminderungen haben nicht vorgelegen. Angesichts der somit ganz erheblichen Diskrepanz zwischen den demonstrierten funktionellen Einschränkungen und den geringgradigen organischen Befunden ist nachvollziehbar, wenn der Sachverständige Dr. B eine deutliche psychosomatische Überlagerung vermutet und auch insoweit eine (neurologisch-) psychiatrische Begutachtung für erforderlich gehalten hat.

Die von diesem Sachverständigen genannten Leistungseinschränkungen tragen dem nicht wesentlich beeinträchtigten Zustand des Halte- und Bewegungsapparates daher hinreichend Rechnung. Witterungseinflüsse sind als schmerzprovozierende Einflüsse zu vermeiden.

Die Magenschleimhautentzündung und die Reflux-Ösophagitis hat der Sachverständige Dr. B als nicht schwerwiegend leistungsmindernd bewertet, was einleuchtet, denn auch die vorliegenden ärztlichen Berichte benennen keine daraus resultierenden Funktionseinschränkungen. Die Neigung zu Magenschleimhautentzündungen bedingt allerdings den Ausschluss von Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeiten und von Arbeiten in Nachtschicht, denn solche sind stressauslösend.

Neben den genannten Gesundheitsstörungen mögen noch eine Steatosis hepatis (so Bericht der Ärztin für Radiologie Dr. D vom 07. April 1999 als Ergebnis einer Oberbauch-Sonografie und Befundbericht der Ärztin für Innere Medizin Dr. S vom 21. Februar 2007 unter Hinweis

auf die von dieser Ärztin durchgeführte Oberbauchsonografie vom 15. März 2004) und ein hyperkinetisches Herzsyndrom (so einmalig genannt im Befundbericht der Ärztinnen für Allgemeinmedizin Dres. S und S vom 23. März 2007) bestehen. Für die Beurteilung des Leistungsvermögens sind diese Leiden jedoch nicht wesentlich, denn nicht einmal den bezeichneten (Befund)Berichten lassen sich daraus resultierende Funktionsstörungen entnehmen (so Dr. Bin seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. August 2007 und Prof. Dr. G in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Dezember 2007).

Eine Epicondylitis links kann, zumindest im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum ab Rentenantragstellung, ausgeschlossen werden. Nach dem Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin H vom 03. Januar 2002 bestand eine solche im April 1999. Sie wird zwar nochmals in dem für das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin erstatteten Bericht dieser Ärztin vom 08. November 2000 und im Arbeitsamtsgutachten des Arztes für Arbeitsmedizin und Anästhesiologie Dr. S vom 14. Februar 2002 aufgeführt. Es fehlt dort jedoch jeglicher Befund, der eine solche Gesundheitsstörung belegen könnte. Im MDK-Gutachten des Dr. K vom 14. August 2001 wird zwar ein leichter Druckschmerz im Bereich des Epicondylus links erwähnt. Dieser Befund war jedoch offensichtlich so bedeutungslos, dass er zu keiner entsprechenden Diagnosenstellung führte.

Das vom Kläger in Auftrag gegebene Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. v. F vom 07. September 2005 weist zwar zahlreiche Diagnosen aus. Zum einen Teil bezeichnen diese Diagnosen jedoch dieselben vom Sachverständigen Dr. B genannten Leiden. Zum anderen Teil beschreiben sie zwar neue Befunde, die allerdings unwesentlich sind, weil daraus nicht einmal Funktionsstörungen resultieren. In Bezug auf das Leistungsvermögen stellen die gesamten Diagnosen und Befunde keine wesentliche Änderung dar.

Die Diagnosen cervikaler Bandscheibenschaden, Prolaps C 6/7, rechtsseitige Neuroforaminalstenose, Cervikobrachialsyndrom rechts, cervikogener Tinnitus links, cervikale myogene Funktionsstörung mit rezidivierenden Blockierungsneigungen der proximalen Halswirbelsäulensegmente, rechtsseitiges cerviko-thorakales Syndrom, rechtsseitiges Pseudoradikulärsyndrom L 5 und S 1 sowie funktionelle Beinlängendifferenz links bei rechtsseitiger Beckenverwringung werden von dem Sachverständigen Dr. B als degnerative Veränderungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Neigung zu muskulären Reizerscheinungen, die Diagnosen Zustand nach Hohmann’scher Kerbung bei chronisch-rezidivierender Epicondylopathia humeroradialis rechts, Kontraktur mit Streckhemmung des rechten Ellenbogengelenkes, beginnende Cubitalarthrose rechts und Kontraktur mit Streckhemmung des rechten Handgelenkes werden von diesem Sachverständigen als Zustand nach Epicondylitis-Operation rechts bzw. funktionelle Behinderungen an der oberen Extremität rechts und die Diagnose psychosomatische Dysfunktion mit Pseudoparese der rechten oberen und unteren Extremität wird von ihm teilweise als funktionelle Behinderung an der oberen Extremität rechts erfasst.

Als neue Diagnosen finden sich neben der bereits genannten psychosomatischen Dysfunktion mit Pseudoparese auch der rechten unteren Extremität für den Bereich der rechten Schulter die Diagnosen Periarthopathia humeroscapularis rechts bei Bursitis subacromialis und reaktiver Synovialitis der Supraspinatussehne bei Tendinosis calcarea der rechten Schulter und eine beginnende teilweise frozen shoulder rechts sowie im Bereich der Hüftgelenke eine Coxa valga congenita mit initialer Valguscoxarthrose links mehr als rechts.

Zusätzliche Befunde werden für den Bereich der Halswirbelsäule (paravertebraler Hartspann, Trapeziushartspann bei druckdolenten Triggerpunkten und myofaszialer Hyperalgesie, Stauchungsschmerz, ein Shift rechts bei C 0/1 und C 1/2) und für den Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule (druckschmerzhafte Dornfortsätze, paravertebraler Hartspann auch der Brustwirbelsäule, druckschmerzhafter rechter unterer Rippenbogen, Lymphbelt über dem lumbosakralen Übergang, Flankenklopfschmerz rechte Lendenwirbelsäule, linksseitiger Beckenschiefstand von 1 cm, druckschmerzhafte Ileosakralgelenkfugen beidseits, Hyperalgesie im Ausbreitungsgebiet von L 5, Kreuzschmerz und Parästhesien im Ausbreitungsgebiet von L 5 und S 1) festgestellt. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule ist für Rück- und Vorneigen mit 10/0/5, für Drehen links/rechts mit 10/0/10 und für Seitneigen links/rechts mit 5/0/10, die der Brust- und Lendenwirbelsäule bei einem Finger-Bodenabstand von 18 cm und für die Vorbeuge/Rückbeuge mit 60/0/10 bei Normwert 90/0/30) stärker als bei dem Sachverständigen Dr. B eingeschränkt gewesen, während das Seitneigen und das Drehen der Brust- und Lendenwirbelsäule keine Einschränkung der Beweglichkeit mehr gezeigt hat. Die Röntgenuntersuchung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule hat eine Zwischenwirbelraumverschmälerung bei C 6/7 mit dezenter, teils stärkerer Neuroforaminaleinengung von C 4 bis 7, im Übrigen dezente Veränderungen und den Verdacht auf eine Gefügestörung, ansonsten dezente degenerative Veränderungen und eine Steilstellung zur Darstellung gebracht.

Für den Bereich des rechten Ellenbogens und des rechten Handgelenkes werden im Gutachten des Dr. v. F ein Druckschmerz im Bereich des Epicondylis radialis humeri rechts mit völliger Bewegungsunfähigkeit der rechten Hand mit Bewegungsausmaßen für Extension/Flexion von 0/30/30 und mit Bewegungsausmaßen des rechten Ellenbogens für Extension/Flexion von 0/30/80 genannt. Die Röntgenuntersuchung des rechten Ellenbogens hat nach diesem Gutachten neben der Verkalkungsstruktur eine dezente fortgesetzte Spornbildung bei initialer Cubitalarthrose gezeigt.

Nach dem Gutachten des Dr. v. F hat sich an der rechten Schulter folgender Befund erheben lassen: Schulterhochstand rechts bei kontrakter, verkürzter rechter Trapeziusmuskulatur, deutlicher Schulterblattrandschmerz rechts, Fixierung des rechten Schulterblatts, Druckschmerz auf der Bizepssehne, der Bursa subdeltoidea und dem Schultereckgelenk. Außerdem wird eine Hypästhesie im Verlauf des Ausbreitungsgebietes von C 8 rechts und eine Parästhesie im Verlauf des Ausbreitungsgebietes von C 6 rechts mitgeteilt. Als Bewegungsmaße sind angegeben für Abduktion/Adduktion 60/0/0 (bei Normwert 180/0/20-40), für Retro-/Anteversion 20/0/90 (bei Normwert 40/0/150-170) und für Innen-/ Außenrotation 90/0/45 (bei Normwert 95/0/40-60). Die durchgeführte Sonografie hat eine Kalkscholle bei Tendinosis calcarea, eine Umsäumung der Supraspinatussehne bei Synovialitis und eine Umsäumung der Bizepssehne bei reaktiver Synovialitis offenbart. Beide Oberarme und Unterarme haben von den Muskelkonturen allerdings - wie schon bei Dr. B - keine Auffälligkeiten ergeben.

Nach dem Gutachten des Dr. v. F hat noch eine dezente mediale Aufklappbarkeit im Bereich der Kniegelenke beidseits sowie eine laterale Aufklappbarkeit beider Sprunggelenke bei dezenter vorderer Schublade des linken Sprunggelenkes bestanden. Die durchgeführte Röntgenuntersuchung von Becken und beiden Hüften hat eine Coxa valga, eine Verkalkung, eine mäßige Sklerosierung und eine initiale Valguscoxarthrose links zur Darstellung gebracht. Die Prüfung der groben Kraft im Bereich des rechten Fußes hat insbesondere im Bereich der Peroneusmuskeln Janda 1/5 ergeben.

Schließlich wird von Dr. v. F noch ein neurologischer Fremdbefund zitiert, wonach die sehr ausgeprägte Schonhaltung mit Mangelinnervation widersprüchlich und neurologisch nicht sicher zu beurteilen ist; eine aggravationelle Haltung wird für möglich gehalten. Daneben wird das Ergebnis einer Elektromyo- und Neuroradiografie vom 07. Januar 2005 zahlreicher Nerven und Muskeln wiedergegeben, die im Wesentlichen unauffällige Befunde erbrachte.

In seinem Gutachten wird noch als erwähnenswert vermerkt, dass der Kläger linksseitig eine Unterarmgehstütze benutzt, die zu kurz und damit falsch eingestellt ist und mit der er nach links kippt.

Wenn der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. August 2007 ausgeführt hat, dass es für die nach diesem Gutachten angenommenen erheblichen Beeinträchtigungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates sowie im Bereich des Nervensystems keine hinreichende Erklärung durch objektivierbare Befunde gibt, wird dies nicht nur dadurch bestätigt, dass erneut keine Muskelminderungen rechts befundet wurden, sondern auch dadurch, dass sämtliche Ableitungen bei der neurografischen Untersuchung an der oberen Extremität Normwerte zeigten und bei der neurografischen Untersuchung an der unteren Extremität lediglich eine pathologischer Wert im Nervus peroneus rechts festzustellen war. Auch deutet, worauf bereits das Sozialgericht hingewiesen hat, der beschriebene Zustand der Unterarmgehstütze eher auf einen Nichtgebrauch (und somit auf eine fehlende Gebrauchsnotwendigkeit) hin. Dies wird selbst im Gutachten des Dr. v. F vom 07. September 2005 ausdrücklich eingeräumt. Danach gibt es keine sicheren Anhaltspunkte für das Vorliegen einer peripher-neurogenen bzw. radikulären Störung. Sogar für den pathologischen Wert über dem Nervus peroneus rechts gibt es nach Dr. v. F keine klinischen Entsprechungen. Die ungeachtet dessen von Dr. v. F organisch begründete Beeinträchtigung der rechten Schulter, des rechten Ellenbogens und der Lendenwirbelsäule ist unschlüssig, denn es werden lediglich Möglichkeiten, aber keine gesicherten Erkenntnisse aufgezeigt (so: das Cervikobrachialsyndrom kann einen erhöhten Muskeltonus zur Folge haben, woraus sich die schmerzhafte Bewegungseinschränkung der rechten oberen Extremität erklärt; die radiologischen Veränderungen im Bereich des rechten Ellenbogens können zu reflektorischen Kapselschrumpfungen mit Streckkontraktur des Ellenbogengelenkes führen; da die Lendenwirbelsäule vollkommen frei von Bandscheibenerkrankungen ist, können die Defizite nur mit einem Pseudowurzelreizsyndrom S 1 rechts, symptomverstärkend durch die beginnende Valguscoxarthrose erklärt werden). Für die Bewegungsunfähigkeit der rechten Hand wird im Gutachten nicht einmal eine sonstige organische Begründung angeführt. Im Ergebnis zieht das Gutachten des Dr. v. F vom 07. September 2005 selbst diese Schlussfolgerung, denn es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem komplexen, schwierig zu interpretierenden Beschwerdebild am ehesten um einen psychosomatischen Symptomenkomplex handelt. Die Beurteilung eines aufgehobenen Leistungsvermögens aus organischer, insbesondere orthopädischer Sicht, vermag damit nicht zu überzeugen.

Die von der Sachverständigen Dr. L gestellten Diagnosen und die zugrunde liegenden Befunde weichen im Wesentlichen nicht vom Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. v. F ab. Danach bestehen im Bereich der Wirbelsäule ein chronisches sensibles und motorisches Radikulärsyndrom C 7 und C 8 rechts bei cervikalem Bandscheibenprolaps C 6/7 mit Rechtsbetonung und Neuroforaminastenose rechts, ein motorisches und sensibles Pseudoradikulärsyndrom L 5 und S 1 rechts, im Bereich des rechten Ellenbogens eine chronische Epicondylopathia radialis rechts bei Zustand nach Operation, eine Gelenkkontraktur des rechten Ellenbogens und eine initiale Arthrose des rechten Ellenbogens, im Bereich der rechten Schulter eine Periarthropathia humeroscapularis bei Bursitis subacromiale, eine Tendinosis calcarea sowie eine deutliche Chronifizierung der Schmerzzustände mit psychosomatischer Dysregulation und Herausbildung einer Pseudoparese im Bereich der oberen und unteren Extremität.

Nach dieser Sachverständigen ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule ähnlich eingeschränkt gewesen. Es hat sich ein Trapeziushartspann mit Triggerpunkten und eine Verkürzung der tiefen Halsmuskulatur beidseits gezeigt. Für den Bereich von Brust- und Lendenwirbelsäule sind ein paravertebraler Muskelhartspann der Lendenwirbelsäule, ein Klopfschmerz der Dornfortsätze der mittleren Brustwirbelsäule, ein Beckenschiefstand mit Beinverkürzung - jetzt allerdings - rechts von 1,0 cm, ein positives Zeichen nach Lasègue rechts bei 50 Grad, eine Hyposensibilität im Bereich des Dermatoms L 5 und S 1 rechts auffällig gewesen. Die Peroneusmuskulatur rechts hat sich nach Janda 2/5 und insbesondere die Fußhebermuskulatur rechts nach Janda 1-2/5 dargestellt. Der Zehen- und Fersenstand rechts sind nicht prüfbar gewesen.

Die Sachverständige hat ebenfalls eine ähnliche Beweglichkeit der rechten Schulter erhoben, wobei allerdings die Außenrotation/Innenrotation mit 50/0/20 darüber hinausgehend beeinträchtigt gewesen ist. Als weitere Befunde sind erhoben worden: Schürzengriff rechts erschwert und schmerzhaft, Druckschmerz im Bereich der vorderen Kapsel rechts, an der Bursa subdeltoidea und am rechten Scapularand, Kraftabschwächung der Rotatorenmanschette rechts. Daneben haben sich eine Hyposensibilität entsprechend dem Dermatom C 8 rechts und eine Parästhesie entsprechend dem Dermatom C 6 rechts dargestellt.

Die Befundlage hinsichtlich des rechten Ellenbogengelenks ist auch in Bezug auf die Beweglichkeit identisch gewesen. Das rechte Handgelenk hat sich abweichend gegenüber dem Gutachten des Dr. von Frankenberg hinsichtlich Dorsalflexion/Plentarflexion mit 40/0/30 gezeigt.

Im Übrigen ist das Zeichen nach Zohlen beidseits bezüglich der Kniegelenke positiv angedeutet gewesen.

Der Sachverständigen Dr. L haben zudem dieselben Röntgenbefunde vorgelegen, die dem Gutachten des Dr. v. F zugrunde lagen.

Eine schlüssige Begründung für das beurteilte Leistungsvermögen von unter drei Stunden täglich unter Ausschluss selbst von leichten Arbeiten hat die Sachverständige Dr. L nicht gegeben. Dasselbe gilt, soweit sie das viermal tägliche Zurücklegen eines Fußweges von 500 m in jeweils 20 Minuten ausgeschlossen und die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels nur mit Begleitperson für zumutbar erachtet hat. Sie hat dies, worauf der Sachverständige Dr. Bin seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. August 2007 hingewiesen hat, lediglich apodiktisch behauptet. So bleibt schon offen, worin die erhebliche Abweichung in klinischer und radiologischer Sicht insbesondere gegenüber dem Gutachten des Sachverständigen Dr. B besteht. Dass eine solche wesentliche Abweichung ausgeschlossen werden kann, ist im Zusammenhang mit dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. v vom 07. September 2005 bereits erörtert worden. Die Sachverständige Dr. L sieht alle klinisch erhobenen Befunde als glaubhaft an und begründet dies damit, dass der Kläger keinerlei Zeichen zur Aggravation aufweist. Von einer psychosomatischen Überlagerung geht sie nicht aus, auch wenn diese nicht auszuschließen ist. Die Sachverständige Dr. L hat damit aber einen wesentlichen Aspekt ausgeblendet. Sie ist dem Kläger in seiner subjektiven Leidensdarstellung gefolgt, ohne seine demonstrativen Verhaltensweisen kritisch zu hinterfragen. Dies ist nicht nur im Hinblick auf die Gutachten des

Sachverständigen Dr. B und des Gutachtens des Dr. v. F, sondern erst Recht aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. G, auf das noch eingegangen wird, geboten gewesen. Es liegt nämlich Aggravation vor, wie auch die weitere Sachverständige Dr. P dargelegt hat. Da diese Tatsache jedoch nicht zur Kenntnis genommen wird, ist nachvollziehbar, dass das Gutachten der Sachverständigen Dr. L einer nachvollziehbaren Begründung entbehrt und dass der Versuch einer entsprechenden Begründung in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 11. Juli 2007 zu nicht auflösbaren Widersprüchen geführt hat. So hat sie sich in dieser ergänzenden Stellungnahme schon nicht in der Lage gesehen, die genannten Einschränkungen orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch voneinander abzugrenzen. Damit wird deutlich, dass sie tatsächlich nicht weiß, ob orthopädische oder neurologische Leiden, wie von ihr in ihrem Gutachten dargestellt, die Funktionsstörungen und damit das Leistungsvermögen bedingen. Abweichend gegenüber ihrem Gutachten wird in der ergänzenden Stellungnahme nunmehr eingeräumt, dass sich keinerlei Anhaltspunkte für eine radikuläre Schädigung oder eine peripher-radikuläre Schädigung der unteren, aber auch der oberen Extremitäten mit der Folge ergeben, dass die Pseudoparese im Bereich des rechten Armes und des rechten Beines eben doch vornehmlich psychosomatisch zu erklären ist. Wenn sie im Folgenden bezüglich der rechten Schulter, des rechten Ellenbogens und der Lendenwirbelsäule die im Gutachten des Dr. v. F vom 07. September 2005 gegebene Begründung, die, wie bereits oben dargelegt, nicht überzeugt, wiederholt, wird offenbar, dass das von ihr beurteilte Leistungsvermögen nicht organisch erklärbar ist. Es muss daher nicht weiter darauf eingegangen werden, dass die Sachverständige Dr. L abweichend von ihrem Gutachten in ihrer ergänzenden Stellungnahme nunmehr doch körperlich leichte Arbeiten und auch die Tätigkeit eines Pförtners bis zu sechs Stunden täglich für zumutbar erachtet hat, auch wenn sie weiterhin bei ihrer Ansicht verblieben ist, dass Arbeiten im Gehen, Stehen oder Sitzen nicht durchgeführt werden könnten. Mangels schlüssiger Begründung ist ihr Gutachten nicht geeignet, insbesondere das Gutachten des Sachverständigen Dr. B, dem der Senat folgt, zu erschüttern.

Wie der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Mai 2009 dargelegt hat, begründet auch das MDK-Gutachten von Dr. G vom 02. September 2008 keine wesentliche Befundänderung und damit keine Änderung der Beurteilung des Leistungsvermögens. Nach diesem Sachverständigen ist weder aus den angegebenen Diagnosen, nämlich einer Epicondylitis humeri radialis rechts mit Funktionsbeeinträchtigung des rechten Oberarms und der Handgelenke rechts, Bandscheibenvorfällen im Hals- und Lendenbereich mit Nervenwurzelreizerscheinungen, einem Ulnar-Tunnel-Syndrom der rechten Hand, einer Gonarthrose rechts und eines Zustandes nach Tennisarm-Operation rechts, noch aufgrund der spärlichen Befunde nachvollziehbar, weswegen wesentliche Funktionsstörungen im Bereich des Stütz- und Halteapparates vorliegen sollen. In diesem MDK-Gutachten wird lediglich eine allgemeine, nicht näher umschriebene Muskelatrophie des rechten Ober- und Unterarms und im Bereich des rechten Daumensballens sowie eine ebenfalls nicht näher gekennzeichnete deutliche Muskelatrophie im Unterschenkelbereich rechts, ein angeschwollenes Kniegelenk rechts mit Einschränkung der Beweglichkeit bei Schmerzen und eine reizlose Narbe als Zustand nach Meniskusoperation rechts neben sonstigen bereits bekannten Befunden mitgeteilt. Ganz offensichtlich ist nach Dr. B eine differenzierte neurologische Untersuchung nicht erfolgt, denn eine solche geht aus diesem MDK-Gutachten nicht hervor. Es werden, wie dieser Sachverständige zutreffend feststellt, allein die subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers als objektive Untersuchungsbefunde ausgewiesen. Hierbei fällt zudem auf, dass die in psychischer Hinsicht während des gesamten Renten- und sich anschließenden gerichtlichen Verfahrens deutlich gewordenen Verhaltensauffälligkeiten mit keinem Wort Erwähnung finden, also unberücksichtigt geblieben sind. Dieses Gutachten liefert keine schlüssige Begründung für danach vermeintlich bedeutsame Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Der einzige objektive Befund weist nach Dr. B der Bericht des Radiologen Dr. S vom 09. Mai 2008 über eine Magnetresonanztomografie des rechten Kniegelenkes aus, welche eine mäßig ausgeprägte Gonarthrose, einen geringen Erguss und einen schräg horizontalen Riss im Hinterhorn des Innenmeniskus zur Darstellung brachte. Dies stellt jedoch keinen schweren, das Altersmaß überschreitenden Verschleißprozess dar, so dass sich auch insoweit keine wesentliche objektive Befundänderung entnehmen lässt, die zu weitergehenden Leistungseinschränkungen führt.

Der Senat folgt daher Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Mai 2009.

Die Beweiserhebung durch die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. G und Dr. P hat ergeben, dass auch psychiatrischerseits ebenso wie neurologischerseits keine Gesundheitsstörung vorliegt, die eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens verursacht.

Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. G bestehen psychogene und subjektiv gesteuerte Halbseitenstörungen rechts, ein Sulcusulnarisrinnensyndrom rechts (Zustand nach - vgl. insoweit die nachfolgenden Ausführungen) und der bereits genannte Zustand nach Epicondylitis bei entsprechender Operation.

Wenn dieser Sachverständige infolge der genannten Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger könne noch geistig einfache und körperlich leichte Arbeiten unter normalen klimatischen Bedingungen in allen Haltungsarten mit Heben und Tragen leichter Lasten, aber ohne einseitige körperliche Belastungen, Nachtschicht sowie Leiter- und Gerüstarbeiten, ist dies einleuchtend. Soweit er Arbeiten mit Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit rechts und mit dauerhafter Benutzung der oberen Extremitäten ausgeschlossen hat, gibt es dafür nach seiner eigenen Befunderhebung keine schlüssige Begründung.

Wesentlich für seine Beurteilung ist die neurologisch nicht zu erklärende Halbseitenstörung rechts, die vom Kläger subjektiv bewusstseinsnah gesteuert wird. Bei der Untersuchung ist eine diffuse Hypästhesie des rechten Oberarmes und des rechten Unterschenkels angegeben worden, die jedoch nicht einer vorgegebenen Nervenausbreitungszone entspricht. Weitere neurologische Auffälligkeiten sind nicht festzustellen gewesen. Der Kläger hat vielmehr eine rechtsseitige Körperstörung gezeigt, die jedoch, wie im Ablauf der Untersuchung deutlich geworden ist, subjektiv gesteuert ist. Er ist an einer Unterarmgehstütze gehend links mit rechts abgespreiztem und steif gehaltenem Bein in das Untersuchungszimmer gekommen. Er hat nachfolgend alle Tätigkeiten mit links ausgeführt. Dabei hat er jedoch nach Aufforderung, einen Personalausweis vorzulegen, die mitgebrachte Tasche mit der rechten Hand festgehalten. Er hat sich auch immer wieder auf den rechten Arm gestützt. Bei der Untersuchung selbst hat er die Schulter und den Oberarmbereich steif gehalten. Im Gegensatz zu dieser Verhaltensweise ist er gleichwohl in der Lage gewesen, mit guter Motorik die Gehstütze aus etwa 1 m Entfernung, welche an die Wand gelehnt gewesen ist, zu nehmen. Er hat zudem bei der Bewegungsprüfung der oberen Extremität aktiv gegengespannt. Während in der Untersuchungssituation keine Innervation der Fußhebung demonstriert worden ist, hat der Kläger insoweit abweichend beim Gehen den rechten Fuß angehoben. Diese außerhalb der eigentlichen Untersuchungssituation dargebotenen Verhaltensweisen schließen eine neurologische Störung aus, denn eine Nervenschädigung mit vollständiger Lähmung lässt nach dem Sachverständigen weder die Halte- und Stützfunktion noch ein Steifhalten zu. Es handelt sich vielmehr wie der Sachverständige ausgeführt hat, um eine Ausweitung psychogener

Mechanismen auf die rechte Körperseite mit Verdeutlichungstendenz. Dieser, vom Sachverständigen so bezeichneten, psychischen Fehlhaltung, ist sich der Kläger bewusst. Da sie bewusstseinsnah gesteuert wird, ist er somit zugleich in der Lage, sie mit zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden. Dass er dies nicht tut, ist durch sein Begehren, die von ihm beantragte Rente zu erhalten, also nicht durch eine gesundheitliche Störung zu erklären. Damit gibt es keinen Grund für den Ausschuss von Arbeiten mit Anforderungen an die Fingergeschicklichkeit oder mit dauerhafter Benutzung der oberen Extremitäten.

Die Sachverständige Dr. P ist im Wesentlichen zu keiner anderen Beurteilung gelangt. Sie hat vielmehr ausdrücklich erklärt, die Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. G zu teilen. Im Vergleich dieser beiden Gutachten zeigen sich lediglich in Nuancen Abweichungen, die in Bezug auf das quantitative Leistungsvermögen nicht erheblich sind.

Nach Dr. P bestehen ein Cervikobrachialsyndrom ohne neurologische Defizite, eine Periarthritis humeroscapularis mit Bursitis rechts, dissoziative Empfindungs- und Bewegungsstörungen (Konversionsstörungen gemischt) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung und - so ihre ergänzende Stellungnahme vom 28. November 2008 - mit Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, ein Zustand nach Epicondylitis ulnaris-Operation sowie Sensibilitätsstörungen rechts entsprechend L 5/S 1-Syndrom.

Ein Radikulärsyndrom der Halswirbelsäule hat auch diese Sachverständige ausgeschlossen. Sie hat dies insbesondere damit begründet, dass der nachgewiesene Prolaps in der Halswirbelsäule nicht das Myelon berührt. Im bereits genannten Bericht des Radiologen Prof. Dr. P vom 01. November 2000 heißt es insoweit: kein Hinweis für Myelopathie. Im weiteren Bericht dieses Arztes vom 17. Dezember 2004 wird als Ergebnis einer Magnetresonanztomografie zwar erneut ein gering rechtsbetonter Prolaps bei C 6/7, jedoch ohne Anhalt für medulläre Kompression oder Myelopathie genannt. Angesichts dessen ist die Diagnose eines radikulären Syndroms insbesondere bei C 8 rechts im Befundbericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 18. Dezember 2001 nicht nachvollziehbar, zumal dort auch keine entsprechend belegenden Befunde angegeben sind. Nichts anderes gilt für die weiteren Befundberichte der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren Hvom 03. Januar 2002, des Facharztes für Orthopädie P vom 31. Januar 2002 und des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie A vom 01. Juli 2002. Auch im MDK-Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin M vom 22. Oktober 2003 finden sich keine Befunde, die ein C 8-Syndrom belegen. Der Facharzt für Orthopädie P hat insoweit folgerichtig in seinem Befundbericht vom 25. April 2007 eine entsprechende Diagnose nicht mehr mitgeteilt. Eine Lumboischialgie liegt nach der Sachverständigen Dr. P gleichfalls nicht vor, denn es fehlt an einem entsprechenden auch radiologischen Befund. Die Leidensbezeichnung einer Lumboischialgie findet sich lediglich im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie P vom 31. Januar 2002 und im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie A vom 01. Juli 2002. In beiden Berichten werden allerdings entsprechend belegende Befunde nicht genannt. Ein Sulcus ulnaris-Syndrom rechts hat die Sachverständige Dr. P ausgeschlossen. Sie hat an der entsprechenden Stelle keinen Druckschmerz erheben können. Soweit diese Diagnose in der Vergangenheit gestellt worden ist, so auch von dem Sachverständigen Prof. Dr. G, wird damit eher ein Zustand nach dem 1997 operierten Sulcus ulnaris-Syndrom rechts beschrieben, denn auch Prof. Dr. G hat insoweit keinen krankhaften Befund erhoben. Im Arbeitsamtsgutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. L vom 26. März 2004 sind die im Zusammenhang mit diesem Leiden erwähnten sensiblen Ausfälle als klinisch nicht relevant bezeichnet. Im MDK-Gutachten des Dr. K vom 14. August 2001 werden ein Druckschmerz in der Ulnarisrinne, aber ebenfalls keine neurologischen Ausfälle genannt. Im Befundbericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 18. Dezember 2001 ist ein signifikanter Befund als Beeinträchtigung der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus ulnaris im Ulnarisrinnenbereich zwar als nachgewiesen dokumentiert; funktionelle Beeinträchtigungen werden jedoch auch dort nicht benannt. Im Übrigen ist dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. F vom 07. September 2005 zu entnehmen, dass die seinerzeit durchgeführte elektromyo- und neuroradiografische Untersuchung sowohl motorisch als auch sensibel Normwerte ergab. Im MDK-Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin M vom 22. Oktober 2003 werden gleichfalls neurologische Auffälligkeiten nicht beschrieben. Eine Nervus tibialis-Schädigung rechts ist ebenso wenig bewiesen. Der Bericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 28. Juni 2001 besagt zwar, dass das Tibialis-SEP auf eine deutliche axonale Schädigung hinweist. Allerdings konnte die nach dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. F vom 07. September 2005 seinerzeit veranlasste Elektromyografie und -neurografie eine solche Schädigung nicht belegen, denn auch insoweit bestanden Normalwerte. Wesentlich ist, dass im erstgenannten Bericht zudem klinische Befunde fehlen. Wie die Sachverständige Dr. P in ihrem Gutachten und ergänzend dazu in ihrer weiteren Stellungnahme vom 09. November 2008 dargelegt hat, sind solche technischen (paraklinischen) Befunde, insbesondere wenn sie sich nicht wiederholen lassen, allein nicht aussagefähig. Vielmehr müssen typische klinische Befunde hinzutreten, die weder von einem Sachverständigen noch sonst in den vorliegenden ärztlichen Unterlagen festzustellen gewesen sind.

Nach der Sachverständigen Dr. P kann außerdem nicht vom Bestehen einer neurotischen Fehlentwicklung (so Arbeitsamtsgutachten des Arztes für Arbeitsmedizin und Anästhesiologie Dr. S vom 14. Februar 2002), einer neurotischen Depression mit Somatisierungstendenz (so Gutachten des Arztes M vom 05. Januar 2004) oder einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden. So gibt es insbesondere wegen des aggressiven stehnischen Affekts keine Anhaltspunkte für eine Depression. Im Ergebnis wird damit in den genannten ärztlichen Unterlagen lediglich mit einer anderen Leidensbezeichnung der Zustand beschrieben, der sich insbesondere bei den Sachverständigen Dr. P und Prof. Dr. G wiederholt dargestellt hat, denn andere psychische Befunde weisen diese Unterlagen nicht aus.

Die Sachverständige Dr. P ist zu der Ansicht gelangt, der Kläger könne geistig einfache bis mittelschwere Arbeiten, körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten mit dem linken Arm in allen Haltungsarten ohne Anforderungen an die grobe Kraft und die Fingerfertigkeit rechts bei Beschränkung des Bewegungsspielraumes der Hand und der Finger auf 10 bis 15 cm in der Horizontalen, sowie ohne Arbeiten mit Kälte, Nässe, Zugluft und Hitze, in Zwangshaltungen oder überwiegend einseitiger Körperhaltung, mit Bücken, mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit Knien und Hocken, über Kopf und unter Zeitdruck verrichten.

Dieses Leistungsvermögen ist unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde mit Ausnahme des Ausschlusses von Arbeiten mit Anforderungen an die grobe Kraft und die Fingerfertigkeit rechts bei Beschränkung des Bewegungsspielraumes der Hand und der Finger auf 10 bis 15 cm in der Horizontalen schlüssig. Die Extremitäten sind weder schlaff noch spastisch gelähmt, sondern bei affektiven spontanen Bewegungen mit Tonus versehen gewesen. Der rechte Arm ist zwar an den Brustkorb fixiert gewesen. Im Liegen ist der Unterarm aber durchaus 10 cm gehoben worden. Mit dem rechten Arm ist auch gegengehalten worden. Schürzen- und Nackengriff sowie der Faustschluss rechtsseitig sind nicht durchgeführt worden. Das rechte Bein hat der Kläger steif gehalten. Eine zeitweilige Innervation ist für kurze Bewegungsstrecken jedoch festzustellen gewesen. Beim Abrollen des rechten Fußes und des rechten Knies ist das Bein eingeschränkt eingesetzt worden. Während der Hackenstand, der Zehengang rechts und Hüpfen beidseits nicht durchgeführt worden sind, ist das rechte Bein beim Knie-Hacken-Versuch in der Horizontalen etwa 50 cm gehoben worden. Bei der zweimaligen Prüfung der vom Kläger

angegebenen Taubheit des rechten Arms sind unterschiedliche Begrenzungen festzustellen gewesen. Der rechte Unterarm hat keine Sensibilitätsstörungen entsprechend dem Nervus ulnaris oder entsprechend einem C 7- oder C 8-Syndrom aufgezeigt. Es sind keine Hinweise für eine eingeschränkte Ausprägung der Muskulatur festzustellen gewesen, denn die Umfangsdifferenz zwischen rechts und links im Bereich der oberen und unteren Extremitäten betrug lediglich 0,5 bis 1 cm. Im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule ist ein Klopf- und Druckschmerz zu erheben gewesen; der Kläger hat angegeben, ansonsten über dem gesamten Rücken kein Gefühl zu haben.

Die Sachverständige Dr. P hat folgenden psychiatrischen Status erhoben: Der affektive Ausdruck ist differenziert, mimisch und gestisch ausdrucksarm und wenig schwingungsfähig gewesen. Die Affektlage ist dysthym klagsam, mürrisch, abweisend gewesen. Belastende Ereignisse sind mit deutlichem Affekt vorgetragen worden. Es hat sich ein narzisstischer Kränkungsaffekt dargestellt. Der Kläger fühlt sich benachteiligt und ungerecht behandelt. Dazu hat er angegeben: Ihm habe eigentlich automatisch mit Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme ab 2001 die vollständige Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt werden müssen, denn er sei jetzt seit 2006 60 v. H. schwerbeschädigt. Gerechtigkeit setze erst ein, wenn er diese Rente habe, denn ihm sei vor dem Gesetz eine Menge vorenthalten worden. Er lese daher den ganzen Tag Gesetzesbücher, um sich sachkundig zu machen. Auffällig sind nach der Sachverständigen die während der Untersuchung aufgetretenen Aggravationstendenzen gewesen. Vom leistungspsychologischen Bereich her ist der Kläger unauffällig gewesen. Ein zweimaliger d2-Test ist mangels ausreichender Kooperation nicht verwertbar gewesen. Bei dem vom Kläger gezeigten Rentenbegehren hat die Sachverständige jede Art von Selbstbeurteilungsverfahren als sinnlos bewertet, weil nicht zu erwarten ist, dass entsprechend kooperiert wird.

Die Sachverständige hat das Vorliegen eines neurologischen Krankheitsbildes ausgeschlossen, denn bei teilweiser Durchführung der Koordination mit Aktivierung und Gegenhalten, also einer zeitweiligen Innervation kann eine Nervenschädigung notwendigerweise nicht bestehen. Es muss daher von einer dissoziativen Störung ausgegangen werden. Die Sachverständige hat dies einleuchtend damit begründet, dass der Kläger seinen rechten Arm und sein rechtes Bein durchaus entsprechend einer Aufforderung in die geforderte Richtung steuern kann, dann aber willkürlich abbricht. Wie sie in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 26. Dezember 2008 ausgeführt hat, besteht die dahinter stehende Absicht darin, sich als schwerkranker, behinderter und arbeitsunfähiger Mensch darzustellen. Es liegt nach der Sachverständigen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine bewusstseinsnahe Steuerung des psychischen Fehlverhaltens vor. Eine eigentliche seelische Störung hat überzeugend sie ausgeschlossen, denn dafür ist Voraussetzung, dass die zugrunde liegenden wesentlichen Konflikte aus dem Bewusstsein des Betroffenen verdrängt, abgespalten oder ihm zumindest nicht mehr zugänglich sind. Dies ist beim Kläger nicht der Fall, denn der auslösende Konflikt, die abgebrochene Umschulung, ist ihm bewusst. Er ist damit nicht im Konflikt der Symptomatik befangen, wie dies zum Charakter einer psychischen und seelischen Störung gehört. Die fortschreitende Lähmung halbseitig ist nach der Sachverständigen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgetäuscht. Bei dieser Sachlage vermag der Senat jedoch nicht die sichere Überzeugung zu gewinnen, dass es dem Kläger unmöglich ist, die Fehlhaltung mit zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden, auch wenn der Kläger, so die Sachverständige, dazu nicht bereit sein mag.

Angesichts dessen ergeben sich aus neurologisch-psychiatrischer Sicht grundsätzlich keine weitergehenden Leistungseinschränkungen. Es müssen lediglich solche körperlichen und psychischen Belastungen vermieden werden, die erheblich sind. Die von der Sachverständigen Dr. P genannten Leistungseinschränkungen tragen diesem Umstand hinreichend Rechnung. Soweit sie gemeint hat, die oben bereits näher bezeichneten Arbeiten mit Anforderungen an die rechte Hand und die rechten Finger seien auszuschließen, entbehrt dies angesichts der festgestellten Fähigkeit zur willentlichen Steuerung einer nachvollziehbaren Begründung.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, aber zugleich ein vollschichtiges Leistungsvermögen folgerichtig, wie dies die Sachverständigen Dr. B, Prof. Dr. G und Dr. P insoweit in Übereinstimmung mit den Gutachten der Ärztin für Sozialmedizin Dr. W vom 05. Dezember 2000 und der Fachärztin für Chirurgie B vom 20. Dezember 2000 angenommen haben. Die Sachverständige Dr. P hat zwar zunächst im Gutachten ausgeführt, eine Arbeitsleistung von 8 Stunden täglich wäre (erst) mit entsprechender Einarbeitungszeit möglich, da der Kläger seit 10 Jahren nicht mehr gearbeitet habe. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 09. November 2008 hat sie weiter dargelegt, ohne eine solche Wiedereingliederung sei das Leistungsvermögen aus psychischen Gründen auf weniger als 8 Stunden täglich herabgesunken, weil er nicht kooperiere. Da er seit 10 Jahren nicht gearbeitet habe, sei er in seinem ursprünglich erlernten Beruf nicht mehr einsetzbar. Für eine andere Tätigkeit fehle ihm aber die Qualifikation. Nach gerichtlichem Hinweis darauf, dass das erforderliche Leistungsvermögen auf irgendeine ungelernte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes zu beziehen sei, hat die Sachverständige in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 28. November 2008 klargestellt, dass es sich hinsichtlich der Wiedereingliederung um einen Vorschlag handelt, da eine schrittweise Belastung günstig wäre, um den Kläger für eine Tätigkeit zu motivieren. Damit gibt es keinen Grund, der, auch ohne die vorgeschlagene Wiedereingliederung, einem vollschichtigen Leistungsvermögen entgegenstehen könnte.

Soweit in anderen ärztlichen Unterlagen, insbesondere Gutachten, ein Leistungsvermögen von unter 8 Stunden täglich beurteilt worden ist, vermag der Senat diesen nicht zu folgen. Bezüglich des Gutachtens des Facharztes für Orthopädie Dr. v. F vom 07. September 2005 und des Gutachtens der Sachverständigen Dr. L ist dies bereits ausführlich begründet worden. Das MDK-Gutachten des Dr. K vom 14. August 2001, in dem einerseits ausgeführt ist, dass es zur Zeit so aussieht, dass der Kläger wahrscheinlich keine Arbeit von wirtschaftlichem Wert mehr leisten kann, zugleich aber andererseits darauf hingewiesen wird, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht sicher zu beurteilen ist, gestattet schon aufgrund dieser Bewertung nicht die Annahme eines auf Dauer aufgehobenen Leistungsvermögens. Die dort als wesentlich erachteten Nervenstörungen im Bereich des Nervus ulnaris rechts und des Nervus tibialis rechts sind gerade nicht belegt. Der Sachverständige Prof. Dr. G hat in seinem Gutachten dargelegt, dass sich aus diesem MDK-Gutachten eine wesentliche Beeinträchtigung der Motorik des rechten Armes nicht entnehmen lässt. Der Sachverständige Dr. B hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. März 2004 darauf hingewiesen, dass nach diesem Gutachten trotz eines rechtsseitigen Hinkens insgesamt ein flüssiges Gangbild beschrieben wird. Nach dem MDK-Gutachten des Dr. K vom 14. August 2001 sollte die seinerzeit stattfindende neurologische Behandlung zur abschließenden Bewertung abgewartet werden. Allerdings war diese neurologische Behandlung bereits im August 2001 beendet (vgl. Befundberichte des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 18. Dezember 2001 und 08. Dezember 2003), ohne dass sich trotz teilweise auffälliger paraklinischer (technischer) Untersuchungsbefunden eine dazu passende klinische Einschränkung hat sichern lassen (vgl. dazu die ergänzende Stellungnahme der Sachverständigen Dr. P vom 09. November 2008).

Das Arbeitsamtsgutachten des Arztes für Arbeitsmedizin und Anästhesiologie Dr. S vom 14. Februar 2002 mit einem angenommenen Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich überzeugt ebenfalls nicht, denn danach bestehen als wesentliche Befunde lediglich

eine Wirbelsäulenfehlstellung, eine gering eingeschränkte Wirbelsäule mit einem Finger-Boden-Abstand von 29 cm, ein nicht möglicher Nacken-Schürzengriff und ein humpelnder Gang. Der rechte Arm wurde in einem Stützverband vom Oberarm über das rechte Handgelenk getragen. Es handelt sich somit um einen Zustand, der in ähnlicher Weise bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. B vorgelegen hat, so dass nachvollziehbar ist, dass daraus, wie von diesem Sachverständigen in seinem Gutachten berücksichtigt, aus den schon erörterten Gründen keine Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens folgen kann. Der Sachverständige Prof. Dr. G hat diesem Arbeitsamtsgutachten gleichfalls keine Begründung für ein zeitlich herabgesunkenes Leistungsvermögen entnehmen können.

Eine schlüssige Begründung für ein "zur Zeit" aufgehobenes Leistungsvermögen bieten auch die Arbeitsamtsgutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. L vom 26. März 2004 und der Fachärztin für Innere Medizin und Arbeitsmedizin Dr. L vom 31. März 2004 nicht. Nach erstgenanntem Gutachten waren die vom Kläger dargestellten Funktionseinschränkungen der rechtsseitigen Extremitäten nicht zu objektivieren. Die neurologische Untersuchung ergab keinen Anhalt für eine klinisch relevante Schädigung peripherer Nerven oder eine radikuläre Schädigung. Die beschriebenen sensiblen Ausfälle (die oben schon erwähnten Taubheitsgefühle) waren klinisch nicht relevant. Lediglich aufgrund der beginnenden Kontrakturbildung im Ellenbogengelenk rechts (die Streckung im Ellenbogengelenk war danach nur bis 160 Grad möglich) wurde unter Zugrundelegung auch einer dissoziativen Bewegungsstörung der rechten Extremitäten eine fehlende Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt. In dem anderen Arbeitsamtsgutachten wird die Auffassung, dass der beschriebene Zustand der rechten Extremitäten einer sicheren organischen Ursache entbehrt, geteilt und deswegen das aufgehobene Leistungsvermögen psychisch begründet. Der Sachverständige Dr. B ist angesichts dessen in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. August 2007 folgerichtig zum Ergebnis gelangt, dass ein aufgehobenes Leistungsvermögen aus organisch-neurologischer Sicht nicht besteht. Der Sachverständige Prof. Dr. G hat in der ergänzenden Stellungnahme vom 30. August 2004 ausgeführt, dass bei einer bis 160 Grad möglichen Streckung im Ellenbogengelenk eine daraus resultierende Streckminderung von 20 Grad keine wesentliche Leistungsbegrenzung rechtfertigen kann. Dies gilt nach dieser Stellungnahme ebenso für die aus den Arbeitsamtsgutachten ersichtlichen subjektiv gesteuerten Verhaltensweisen. Die Sachverständige Dr. P hat aus den aufgezeigten Gründen die Beurteilung des Leistungsvermögens in den o. g. Gutachten gleichfalls nicht teilen können.

Den gegen das Gutachten der Sachverständigen Dr. P vorgebrachten Einwänden des Klägers vermag der Senat nicht zu folgen.

Für die Beurteilung des Leistungsvermögens ist ohne Bedeutung, ob am linken Sprunggelenk und damit nicht am rechten Bein eine elastische Bandage getragen worden ist. Wie Dr. Bin seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Mai 2009 ausgeführt hat, stellt sich insoweit lediglich die Frage nach einer medizinischen Notwendigkeit hierfür. Eine solche ist nicht zu erkennen. Lediglich einmalig wird im Bericht der Fachärztin für Radiologie Dr. D vom 17. September 2002 bei ansonsten altersentsprechendem linken Sprunggelenk eine geringfügige Flüssigkeitsansammlung am Außenknöchel links erwähnt, ohne dass dieser Befund von wesentlicher Bedeutung ist (vgl. die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. B vom 22. März 2004). Nach dem MDK-Gutachten der Dr. G vom 02. September 2008 trug der Kläger zwar gleichfalls eine Beeinträchtigung des linken Sprunggelenkes durch Reizung vor; ein entsprechender Befund mit einer entsprechenden Diagnose konnte danach jedoch nicht erhoben werden.

Wie die Sachverständige Dr. P in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 17. April 2009 einleuchtend dargelegt hat, ist bei der von dem Kläger behaupteten Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität jegliche gezielte Bewegung, also auch eine automatische bei Schmerz als Abwehrfunktion schlichthin ausgeschlossen, denn Nerven, die gelähmt sind, sind empfindungs- und funktionslos und daher zu jeder hervorzurufenden Anspannung unfähig.

Ob wie vom Kläger vorgetragen, das rechte Bein wegen der im Juni 2008 erfolgten Meniskusoperation rechts insgesamt nur etwa 10 cm anhebbar gewesen ist, ist von der Sachverständigen Dr. P letztendlich nicht sicher zu beurteilen gewesen, da der Kläger das rechte Bein steif gehalten und damit eine entsprechende Untersuchung nicht ermöglicht hat. Wie allerdings der Sachverständige Dr. B in der bereits oben genannten ergänzenden Stellungnahme vom 18. Mai 2009 beurteilt hat, war bereits vor der im Juni 2008 erfolgten Operation der Zustand des Kniegelenkes nicht das Altersmaß überschreitend, so dass ein solcher Befund ungeeignet ist, die genannte Einschränkung der Beweglichkeit zu erklären. Darauf hat auch die Sachverständige Dr. P in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 17. April 2009 aufmerksam gemacht.

Die Angabe des Klägers über die von ihm maximal zurückzulegende Wegstrecke ist ohne Belang, denn es gibt keine objektiven Befunde, aus denen eine Einschränkung der Wegefähigkeit abgeleitet werden kann.

Wie vom Kläger vorgetragen, ist im Gutachten ausgeführt, dass die heutige tägliche Dosierung von Tramagit 8 bis 12 Tabletten täglich beträgt, die ihm sein Orthopäde verschrieben habe. Angesichts des nicht schwerwiegenden Befundes am Stütz- und Halteapparat ist eine solche Dosierung nicht nachvollziehbar, so dass es auch nicht maßgebend darauf ankommt, seit welchem Zeitpunkt ihm dieses Medikament verordnet wird. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. B hat der Kläger angegeben, bei Bedarf Tramagit einzunehmen. Im MDK-Gutachten des Facharztes für Allgemeinmedizin M vom 22. Oktober 2003 wird eine Dosierung von 3 x 2 täglich mitgeteilt. Es ist daher in der Tat eine Steigerung der Dosierung zu verzeichnen. Nichts anderes geht allerdings aus dem Gutachten der Sachverständigen Dr. P hervor.

Die vom Kläger als fehlend oder unberücksichtigt bezeichneten Befunde sind, soweit sie in das neurologische Fachgebiet fallen, von der Sachverständigen Dr. P und im Übrigen vom Sachverständigen Dr. B gesehen und bewertet worden. Diese Bewertung fällt allerdings nicht im Sinne der Vorstellung des Klägers aus. Die Gründe hierfür sind bereits dargelegt worden. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 17. April 2009 weist die Sachverständige Dr. P noch daraufhin, dass aus einer leichten Torsion in der Lendenwirbelsäule angesichts der vorliegenden technischen Untersuchungsbefunde keine bedeutsamen Funktionseinschränkungen resultieren, dass sich der Verdacht auf eine Polyneuropathie, welche eigentlich objektiv im EMG gut nachzuweisen ist, nicht bestätigt hat, dass eine radiologische Untersuchung, hier des linken Sprunggelenkes, lediglich einen morphologischen Befund, nicht aber eine Funktionseinschränkung belegen kann und dass durch Dr. P ein Muskelschwund nicht in den Unterlagen nachweisbar gewesen ist. Letzteres trifft insoweit zu, als weder in dessen Befundbericht vom 31. Januar 2002 noch im Befundbericht vom 12. November 2003 oder im Befundbericht vom 25. April 2007 dazu konkrete Angaben gemacht wurden. Lediglich in der Schwerbehindertenakte befindet sich eine Kopie über Umfangsmaße des Dr. P(wohl von September 2002), die dazu Angaben enthalten. Allerdings bedeuten Umfangsdifferenzen nicht notwendigerweise einen Muskelschwund, insbesondere, wenn wie hier die Abweichungen geringgradig sind.

Dass wegen Sensibilitätsstörungen, die klinisch ohne Relevanz sind, die Notwendigkeit einer Begleitperson in der Öffentlichkeit resultieren soll, ist nicht nachvollziehbar.

Schließlich ist nicht ersichtlich, dass bezüglich der Kooperationsfähigkeit oder Willigkeit des Klägers die Auswirkungen der zahlreichen Medikamente übersehen worden sind. Die Sachverständige Dr. P hat eine klare Bewusstseinslage und eine ungestörte Konzentration vorgefunden, was solche Auswirkungen ausschließt.

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

Die Arbeitsbedingungen eines Pförtners sind in BIK BO 793 beschrieben unter anderem als leichte körperliche Arbeit, überwiegend in geschlossenen Räumen (Pförtnerloge), überwiegend sitzend, für körperlich Behinderte geeignet, zum Teil Zugluft, in der Regel Schicht- und Nachtdienst, zum Teil Flexibilität, zum Teil Kontaktfähigkeit, gute Umgangsformen. Aus der beigezogenen berufskundlichen Aussage des M L vom 14. Februar 2000 geht darüber hinaus hervor, dass an einen Pförtner sehr unterschiedliche Anforderungen gestellt werden und sehr unterschiedliche Belastungen bestehen. Nur so erklärt sich, dass die Tätigkeit als Pförtner in BIK BO 793 auch für viele Behinderte als geeignete Beschäftigung angegeben ist. Vergleicht man das Leistungsvermögen jenes Klägers, das der berufskundlichen Aussage des M L zugrunde gelegen hatte, mit demjenigen 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 eines Pförtners und eines Versandfertigmachers in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen Dr. B, Prof. Dr. G und Dr. P somit zu der Einschätzung gelangt sind, der Kläger könne die genannten Berufe vollschichtig 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 macht.

Der Sachverständige Dr. B hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. August 2007 betont, dass als Versandfertigmacher nur gearbeitet werden kann, wenn leichte Versandstücke zu bearbeiten sind. Diese Einschränkung ist nach der berufskundlichen Stellungnahme gewahrt. Der Sachverständige Prof. Dr. G hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Dezember 2007 darauf hingewiesen, dass dem Kläger jedenfalls Arbeit in Früh- und Spätschicht zumutbar ist. Es muss damit zwar Nachtschicht ausscheiden. Dies stellt insbesondere für die Tätigkeit als Pförtner kein Hindernis dar, da es nach der genannten berufskundlichen Stellungnahme ohnehin eine nennenswerte Anzahl von Arbeitsplätzen gibt, bei denen nicht einmal im Schichtdienst gearbeitet werden muss. Die Sachverständige Dr. P hat an ihrer ursprünglichen Aussage im Gutachten, der Kläger könne wegen des Zustandes der rechten Hand als Versandfertigmacher nur begrenzt tätig sein, nicht mehr festgehalten. Sie hat in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 09. November 2008 klargestellt, dass sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt, dass die Kraft in der rechten Hand so vermindert ist, dass ein beidhändiges Arbeiten unmöglich ist. Allein die Bereitschaft, als Versandfertigmacher zu arbeiten, ist aus ihrer Sicht (wegen der fehlenden Motivation) fragwürdig. Sie hat bei ihrer ursprünglichen Bewertung - so diese Sachverständige in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 28. November 2008 - lediglich die Schonhaltungen des Klägers berücksichtigen wollen, um einen Kompromiss zu ermöglichen. In rechtlicher Hinsicht ist dies jedoch nicht relevant.

Der Kläger ist damit nicht erwerbsunfähig.

Ob der Kläger einen Arbeitgeber findet, der ihn für eine entsprechende Tätigkeit einstellt, ist für den Rentenanspruch nicht von Bedeutung. Diese Frage betrifft allein die Vermittelbarkeit. Das Risiko eines Versicherten, der eine Tätigkeit vollschichtig verrichten kann, einen entsprechenden Arbeitsplatz auch zu erhalten, fällt grundsätzlich in den Bereich der Arbeitslosenversicherung (BSG in SozR 2200 § 1246 Nr. 139). Durch das Zweite Gesetz zur Änderung des SGB VI vom 02. Mai 1996 (BGBl. I 1996, 659) hat der Gesetzgeber klar gestellt, dass die Arbeitsmarktlage bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit jedenfalls eines vollschichtig einsetzbaren Versicherten außer Betracht zu bleiben hat (vgl. auch Urteil des BSG vom 18. Juli 1996 - 4 RA 33/94). Es bedarf daher auch nicht der vom Kläger angeregten Einholung einer Auskunft der Bundesagentur für Arbeit. Die vom Kläger bereits in seinem Widerspruch vertretene Auffassung, bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dürfe die Arbeitsmarktlage nicht unberücksichtigt bleiben, und die im Berufungsschriftsatz vom 21. November 2006 dahingehend ergänzt worden ist, eine solche Rente sei zu bewilligen, wenn es weder der Rentenversicherung noch dem zuständigen Arbeitsamt gelungen sei, dem gesundheitlich eingeschränkten Kläger innerhalb eines Jahres ab Rentenantragstellung einen seinem Leistungsvermögen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz anzubieten, betrifft, wie aus dem eigenen Vorbringen bereits hervorgeht, den Sachverhalt, dass das Leistungsvermögen lediglich ausreicht, um Teilzeitarbeit auszuführen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Beschluss des Großen Senats vom 10. Dezember 1976 - GS 2/75, GS 3/75, GS 4/75, GS 3/76, abgedruckt in SozR 2200 § 1246 Nr. 13 = BSGE 43, 75) gilt: Für die Beurteilung, ob ein Versicherter, der aufgrund seines Gesundheitszustandes nur noch Teilzeitarbeit verrichten kann, berufsunfähig oder erwerbsunfähig ist, ist es erheblich, dass für die in Betracht kommenden Erwerbstätigkeiten Arbeitplätze vorhanden sind, die der Versicherte mit seinen Kräften und Fähigkeiten noch ausfüllen kann. Der Versicherte darf auf Tätigkeiten für Teilzeitarbeit nicht verwiesen werden, wenn ihm für diese Tätigkeiten der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist. Dem Versicherten ist der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen, wenn ihm weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenantrages einen für ihn in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann. Im weiteren Urteil vom 28. Februar 1978 (4/5 RJ 50/77, zitiert nach juris) hat das BSG klargestellt, dass die genannte Rechtsprechung wegen der besonders gestalteten Verhältnisse auf dem Teilzeitarbeitsmarkt nur für Teilzeit-Arbeiter gilt. Die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten, der noch ganztags arbeiten kann, hängt danach nicht davon ab, ob das Vorhandensein von Arbeitsplätzen für die in Betracht kommenden bzw. einem Facharbeiter zumutbaren Erwerbstätigkeiten festgestellt ist. Es wird davon ausgegangen, dass es solche Arbeitsplätze gibt. Die erstgenannte Rechtsprechung ist somit nicht für Versicherte anwendbar, die – wie der Kläger – noch vollschichtig arbeiten können (so schon BSG, Urteil vom 27. Mai 1977 – 5 RJ 28/76, abgedruckt in SozR 2200 § 1246 Nr. 19 = BSGE 44, 39; BSG, Urteil vom 21. September 1977 – 4 RJ 131/76, abgedruckt in SozR 2200 § 1246 Nr. 22; BSG, Urteil vom 30. November 1977 – 4/5 RJ 20/77, zitiert nach juris).

Dem Kläger steht auch keine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu.

Nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI in der Fassung ab dem 01. Januar 2001 (n. F.) 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 n. F.). 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 n. F.). Somit ist nach dem ab 01. Januar 2001 maßgebenden Rentenrecht die Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sogar dann ohne Bedeutung, wenn das Leistungsvermögen ausreicht, um auf einem Teilzeitarbeitsplatz im Umfang von wenigstens sechs Stunden täglich arbeiten zu können. Wie sich im Umkehrschluss zu § 43 Abs. 3 2. Halbsatz SGB VI ergibt, ist die jeweilige Arbeitsmarktlage bei Versicherten nämlich erst dann beachtlich, wenn diese nicht mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können.

Bei einem Leistungsvermögen des Klägers von acht Stunden täglich können die Voraussetzungen einer vollen Erwerbsminderung nicht erfüllt sein.

Die Berufung muss somit erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 SGG und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits. Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login

BRB
Saved
2009-10-02