L 22 R 1799/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 26 RJ 21/02
Datum
26.09.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 1799/06
Datum
26.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. September 2006 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab 03. November 2000.

Der im Februar 1949 geborene Kläger, der zuletzt im Januar 2000 im erlernten Beruf als Bautischler beschäftigt war, war anschließend bis zum Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 03. April 2000 arbeitslos. Seit 01. März 2009 erhält er Altersrente für schwer behinderte Menschen (Bescheid vom 26. Januar 2009).

Im Dezember 2000 beantragte er wegen einer Bypassoperation Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Landesversicherungsanstalt Berlin (nachfolgend ebenfalls Beklagte genannt) zog den Entlassungsbericht der Fachklinik W vom 09. November 2000 über eine aufgrund eines am 18. Oktober 2000 gestellten Antrages vom 12. Oktober bis 02. November 2000 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme, für die Übergangsgeld gezahlt wurde, und weitere ärztliche Unterlagen, u. a. das unvollständige Arbeitsamtsgutachten der Ärztin Dr. K vom 13. Mai 2000 bei. Außerdem holte sie die Gutachten der Internistin Dr. K vom 06. Juni 2001 und der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. K vom 20. Juni 2001 ein.

Mit Bescheid vom 07. August 2001 bewilligte die Beklagte Rente wegen Berufsunfähigkeit ab 03.November 2000 nach einem am 03. April 2000 eingetretenen Leistungsfall. Die Gewährung von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit lehnte sie ab, weil der Kläger noch vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein könne.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert und es seien neue Erkrankungen aufgetreten. Er leide unter Schmerzen in den Beinen und einer verringerten Gehfähigkeit. Es seien auch seelische Depressionen, eine Lumbalgie, Halswirbelsäulenbeschwerden und Blutdruckprobleme vorhanden. Niemand stelle ihn mit seinen Leiden ein. Es sei auch keine Arbeit ersichtlich, die er noch ausführen könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Dezember 2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Zustand nach femoro-femoralem Cross-over-Bypass bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit Stadium II b beidseits, arterieller Hypertonus, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus Typ II, Hörminderung beidseits, Lendenwirbelsäulensyndrom, Zustand nach postoperativer peripherer Nervenläsion des Nervus cutaneus femoris lateralis, Verdacht auf restless-legs-Syndrom, Verdacht auf Polyneuropathie bei subklinischem Diabetes mellitus, Verdacht auf organische, emotional labile Störung, könne der Kläger noch körperlich leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen oder im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen vollschichtig verrichten. Zu vermeiden seien Arbeiten mit Erschütterungen, Vibrationen, Leiter- und Gerüstarbeiten, Arbeiten mit Absturzgefahr, Arbeiten unter Einfluss von Lärm, Wechselschicht, Nachtschicht und besonderem Zeitdruck (Akkord, Fließband etc.) sowie Arbeiten mit besonderen Anforderungen an das Hörvermögen, die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit. Eine Rente stehe auch nicht aufgrund der zum 01. Januar 2001 eingetretenen Rechtsänderung zu.

Dagegen hat der Kläger am 08. Januar 2002 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Er hat vorgetragen, keine Tätigkeit mehr ausüben zu können. Seine Gehfähigkeit sei auf weniger als 100 m eingeschränkt. Es lägen ein Grad

der Behinderung (GdB) von 50 und das Merkzeichen G vor.

Das Sozialgericht hat vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin die Schwerbehindertenakte beigezogen, die Befundberichte der Ärztin für Orthopädie Dr. A vom 01. März 2002, der Evangelisches Krankenhaus K H gemeinnützige GmbH vom 07. März 2002 und der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. F vom 02. April 2002 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. R vom 03. Juli 2002.

Der Kläger hat darauf hingewiesen, der Sachverständige habe die Bewertung des Leistungsvermögens allein nach den Aspekten seiner Fachrichtung vornehmen können. Erforderlich sei auch eine Beurteilung der passageren Hyperthyreose und der reaktiven Depression. Letztgenanntes Leiden habe sich weiter verschlechtert. Der Sachverständige habe zudem die Frage nach der möglichen Wegstrecke nicht konkret beantwortet. Es sei die Einholung von Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem und orthopädischem Fachgebiet erforderlich. Der Kläger verfüge über die Fahrerlaubnis der Klasse 3 und einen Pkw, den er allerdings zurzeit seinem Sohn überlassen habe.

Das Sozialgericht hat weiter Beweis erhoben durch die schriftlichen Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. G vom 29. April 2003 und des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. E vom 01.August 2003.

Der Kläger hat den Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. W vom 07. November 2003 vorgelegt. Das Sozialgericht hat den Sachverständigen Dr. E ergänzend gehört (Stellungnahme vom 24. Februar 2004).

Die Beklagte hat unter Beifügung einer Kopie der berufskundlichen Sachverständigenfeststellung des B S vom 20. September 1999 darauf hingewiesen, auch wenn diese für den vorliegenden Rechtsstreit nicht unbedingt verwertbar sei, dass es eine Vielzahl von Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gebe, die der Kläger noch verrichten könne.

Der Kläger hat vorgetragen, ein Medikament zur Entwässerung zu nehmen, welches zur Folge habe, dass er innerhalb der nachfolgenden 5 bis 6 Stunden mindestens ¼-stündlich Wasserlassen müsse. Er nehme dieses Medikament in der Regel morgens ein. Er könne es aber auch am Nachmittag einnehmen.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. F vom 19. April 2004 eingeholt.

Der Kläger hat dazu vorgetragen, die tatsächliche Miktionsfrequenz entziehe sich der ärztlichen Beobachtung, so dass die Angabe von Dr. F zur Intensität lediglich auf einer Erwartung beruhe. Ihm sei das Medikament furo 40 von ct mit der Maßgabe verordnet worden, täglich 3 l Mineralwasser zu sich zu nehmen. Das inzwischen verordnete Medikament Torasemid STADA 5 mg, das morgens zu nehmen sei, habe zu keiner Verringerung der angegebenen Miktionsfrequenz geführt. Auch eine Frequenz von weniger als viertelstündlich täglich würde die Eingliederung in einen normalen Arbeitsprozess unmöglich machen. Er solle mindestens 3 l, besser bis zu 4 l Flüssigkeit täglich aufnehmen. Die hohe Miktionsfrequenz sei zudem durch eine Vergrößerung der Prostata bedingt. Zwischenzeitlich habe sich am rechten Fuß ein Fersensporn gebildet und es sei der Verdacht auf organisch arterielle Durchblutungsstörungen an den Beinen gestellt worden. Die schmerzfreie Gehstrecke sei auf dem Laufband mit nur 56 m gemessen worden. Der Kläger hat die Gebrauchsinformationen der genannten Medikamente sowie des Medikaments Citalopram-ratiopharm 10 mg nebst weiterer ärztlicher Unterlagen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Auskünfte der S GmbH vom 22. Juni 2004 und der GmbH vom 24. Juni 2004 eingeholt, weiter Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. R vom 02. Dezember 2004, den Befundbericht des Facharztes für Urologie Dr. M vom 26. April 2005 eingeholt sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Urologie Prof. Dr. K vom 20. September 2005.

Der Kläger ist der Auffassung gewesen, keine Tätigkeit ausüben und keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen zu können. Ca. alle 15 bis 45 Minuten müsse er Wasser lassen. Seit September 2005 bestehe ein Diabetes mellitus, weswegen er ebenfalls viel Flüssigkeit zu sich nehmen müsse. Bei erhöhter Harnsäure bestehe eine Hyperurikämie. Er sei zunehmend depressiv. Der Kläger hat den Bericht des Facharztes für Urologie Dr. M vom 03. Januar 2006 sowie Gebrauchsinformationen zu den Medikamenten Mictonorm, Vesikur 5 mg und Spasmex 30 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat den Sachverständigen Prof. Dr. K ergänzend gehört (Stellungnahme vom 22. März 2006), den Befundbericht des Facharztes für Urologie Dr. M vom 13. April 2006 eingeholt und vom Landesamt für Gesundheit und Soziales nochmals die Schwerbehindertenakten beigezogen.

Der Kläger ist der Ansicht gewesen, trotz der Vorschläge des Sachverständigen Prof. Dr. K sei es zu keiner Verbesserung der Blasenfunktionsstörung gekommen. Nachdem er wieder auf die alten Medikamente umgestellt worden sei, müsse er derzeit wieder etwa alle Viertel- oder halbe Stunde Wasserlassen.

Mit Urteil vom 26. September 2006 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 07. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2001 antragsgemäß verurteilt, dem Kläger Rente wegen Erwerbsunfähigkeit seit dem 03. November 2000 zu gewähren: Zwar sei das Leistungsvermögen des Klägers nicht auf ein Maß von unter 8 Stunden täglich reduziert. Der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. K habe sich das Gericht mangels nachvollziehbaren und ausreichenden Begründungen nicht anschließen können. Gleichwohl sei dem Kläger die begehrte Rente zuzusprechen gewesen, da das Vorliegen einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen festzustellen gewesen sei. Insoweit sei zu berücksichtigen, dass ihm auch Tätigkeiten mit Publikumsverkehr sowie das Steigen und Herabgehen von Treppen nicht zugemutet werden könnten und überdies eine erhebliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten festzustellen sei. Eine kraftvolle Dauer- und feinmotorische Belastung sei ihm nicht zumutbar. Damit seien dem Kläger Tätigkeiten wie die eines Pförtners, die zumindest in Wechselschicht ausgeübt werde, oder eines Telefonisten, die ausschließlich im Sitzen ausgeübt werde, verwehrt. Gleiches gelte für die Tätigkeit eines Baustellenkontrolleurs, weil klimatische Einflüsse anfielen, sowie für die einer Fachkraft in der Wohnungswirtschaft, denn diese sei zwangsläufig mit Publikumsverkehr verbunden. Dahinstehen könne, ob dem Kläger Rente bereits aufgrund seiner Miktionsproblematik zuzusprechen gewesen sei.

Gegen das ihr am 23. November 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 19. Dezember 2006 eingelegte Berufung der Beklagten.

Sie ist der Auffassung, eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen liege nicht vor. Unabhängig davon sei der Kläger jedenfalls auf leichte Sortier-, Verpackungs- und Montagetätigkeiten verweisbar. Die beiderseitige Hörminderung sei durch beiderseitige Hörgeräte kompensiert. Der Sachverständige Dr. E habe lediglich feinmotorische Dauerbelastungen ausgeschlossen. Nach dem Sachverständigen Dr. G seien nur Tätigkeiten mit regelmäßigem Publikumsverkehr ausgeschlossen. Aufgrund der häufigen Miktionsfrequenz habe der Sachverständige Prof. Dr. K Tätigkeiten mit Publikumsverkehr als stark eingeschränkt gesehen. Da bezüglich der Blasenfunktionsstörung eine Verbesserung eingetreten sei, seien lediglich Arbeiten mit regelmäßigem Publikumsverkehr auszuschließen. Der Sachverständige Dr. R habe auch eine ausgeprägte Aggravationstendenz erkennen können. Die vom Sozialgericht genannten Leistungseinschränkungen stellten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) keine ungewöhnlichen Leistungseinschränkungen für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes dar. Nichts anderes gelte für die vom Sozialgericht offen gelassene Miktionsproblematik. Die Notwendigkeit, jederzeit eine Toilette aufsuchen zu können, sei keine unübliche Arbeitsbedingung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. September 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Er sei nicht wegefähig. Mit den festgestellten Leistungseinschränkungen könne er nicht unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig sein. Es sei auch zweifelhaft, ob die von der Beklagten benannten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden seien. Für die Annahme, die Fingergeschicklichkeit und die Einsatzfähigkeit der Hände seien inzwischen gebessert, bestünden keine Anhaltspunkte. Der Sachverständige Dr. R habe in seinem Gutachten lediglich eine Aggravationstendenz vermutet. Der Kläger leide zwischenzeitlich auch an den Folgen einer Gichterkrankung. Er hat verschiedene ärztliche Berichte vorgelegt.

Der Senat hat die Befundberichte der Fachärztin für Augenheilkunde O vom 01. Juni 2007, der Ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten K vom 21. Juni 2007 und des Facharztes für Innere Medizin und Angiologie Dr. T vom 08. Juli 2007 eingeholt und Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 03. September 2007.

Die Beklagte weist darauf hin, dass der Sachverständige Dr. B weniger qualitative Leistungseinschränkungen als die bisherigen Sachverständigen festgestellt habe.

Nach Auffassung des Klägers sei dem Sachverständigen Dr. B nicht zu folgen. Die urologische Fachkunde dieses Sachverständigen sei zweifelhaft. Er habe ihm gesagt, dass er vor einer solchen Untersuchung nur wenig Flüssigkeit zu sich nehme. Nach einem beigefügten Artikel in der Apothekenrundschau werde die periphere arterielle Verschlusskrankheit häufig nicht angemessen bewertet. Ein starker Tinnitus, der sich erheblich auf die Leistungsfähigkeit auswirke, sei nicht berücksichtigt worden. Vollkommen unterbewertet habe der Sachverständige Dr. B das seelische Leiden. Indem er von einer Aggravation ausgehe, habe er den Kläger offenbar nicht in dem gebotenen Maße ernst genommen. Insoweit fehle ihm zudem eine entsprechende Fachkunde.

Der Senat hat den Sachverständigen Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahme vom 29. November 2007).

Der Kläger meint, der Sachverständige Dr. B habe nicht verstanden, dass er vor der Untersuchung nur wenig Flüssigkeit zu sich genommen habe, um einem vorzeitigen Urinverlust vorzubeugen. Er befinde sich in ständiger neurologisch-psychiatrischer Behandlung. Zwischenzeitlich seien eine Hiatushernie und eine Refluxösophagitis festgestellt worden. Angesichts dessen komme es unvorhersehbar zu Schmerzen verbunden mit Brechreiz, die sich über Stunden hinzögen. Tätigkeiten, die seine Behinderungen und starken Einschränkungen berücksichtigten, gäbe es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht. Der Kläger hat den Bericht des Radiologen T vom 10.April 2008 vorgelegt.

Der Senat hat die Befundberichte der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W vom 28. April 2008, des Internisten und Gastroenterologen Dr. R vom 28. Juli 2008 und des Facharztes für Urologie Dr. M vom 25. September 2008 nebst dessen eigenen Behandlungsunterlagen eingeholt, einen Auszug aus den Berufsinformationskarten (BIK) zum Versandfertigmacher (BO 522) sowie Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des Manfred Langhoff vom 01./24. November 2002 und vom 14. Januar 2005 zum Versandfertigmacher beigezogen sowie die Sachverständigen Dr. G, Dr. E, Dr. B, Dr. Rund Prof. Dr. K ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 14. Oktober 2008, 27. Oktober 2008 und 06. November 2008 bzw. vom 21. November 2008 bzw. vom 10. Dezember 2008 und 22. Dezember 2008 bzw. vom 28. Februar 2009 bzw. vom 04. Mai 2009). Der Senat hat darüber hinaus Beweis erhoben durch das schriftliche berufskundliche Sachverständigengutachten des M L vom 14. Juni 2009.

Der Kläger meint, all seine Krankheiten führten zu einer Summierung der Leistungseinschränkungen. Er könne nicht als Versandfertigmacher arbeiten. Die von dem Sachverständigen L beschriebene Tätigkeit gebe es weder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch bei einem Arbeitgeber. Er müsse häufig Wasserlassen.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 99 bis 114, 159 bis 187, 199 bis 226, 272 bis 273, 313 bis 323, 358 bis 375, 396 bis 398, 524 bis 562, 571 bis 574, 618 bis 624, 628, 637, 648 bis 651, 656 bis 659, 663 bis 664, 711 bis 714, 723 bis 728 und 739 bis 743 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 (Renten- und Rehabilitationsakte) der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, dem Kläger Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab 03. November 2000 zu gewähren. Der Bescheid vom 07. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2001 ist rechtmäßig. Der Kläger ist nicht erwerbsunfähig, denn sein Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken.

Als Anspruchsgrundlage kommt 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 Dezember 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 Versandfertigmacher, noch 8 Stunden täglich tätig sein.

Dies folgt aus den Gutachten der Sachverständigen Dr. R, Dr. E, Dr. B, Dr. G, Prof. Dr. K und dem Gutachten des M L.

Nach dem Sachverständigen Dr. R bestehen eine peripher-arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp bei Zustand nach Desobliteration der linken Beckenachse und bei Zustand nach femoro-femoralem Cross-over-Bypass, eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II b, eine Hyperlipidämie sowie degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkveränderungen, eine korrigierte Hörminderung beidseits und ein Verdacht auf Prostataadenom.

Die Leiden des internistischen Fachgebietes sind damit im Wesentlichen erfasst.

Eine Hyperthyreose, einmalig im Entlassungsbericht der Fachklinik W vom 09. November 2000 erwähnt, kann ausgeschlossen werden. Diese Diagnose beruht nach Dr. R lediglich auf einem während dieser stationären Rehabilitationsmaßnahme festgestellten erhöhten Laborwert von fT4; weitere Befunde, die eine solche Diagnose stützen könnten, sind nicht aufgeführt. So zeigt insbesondere die Schilddrüsensonografie eine unauffällige Schilddrüse. In Folgeuntersuchungen ließ sich diese Diagnose nicht bestätigen. So erbrachte insbesondere eine Schilddrüsenszintigrafie keinen Anhalt für eine Hyperthyreose (Bericht des Nuklearmediziners Dr. G vom 03. Januar 2001). Damit kann nach Dr. R nicht einmal von einer passageren Hyperthyreose (so Befundbericht der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. F vom 02. April 2002) ausgegangen werden.

Eine chronische Gastritis (ebenfalls im letztgenannten Befundbericht genannt) kann nach Dr. R ebenfalls nicht bestätigt werden. In dem diesem Befundbericht beigefügt gewesenen Bericht des Facharztes für Pathologie Dr. P vom 06. Dezember 2001 findet sich zwar gleichfalls diese Diagnose als Ergebnis einer pathologisch-anatomischen Untersuchung. Allerdings erbrachte eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie lediglich eine erosive Gastritis ohne Ulcushinweis (Bericht des Internisten und Gastroenterologen Dr. R vom 05. Dezember 2001). Bei einer A-Gastritis handelt es sich um eine Autoimmunreaktion, bei der es im weiteren Verlauf zu einer hochgradigen Schleimhautatrophie kommt. Die wesentlich häufigere B-Gastritis (95 v. H.) wird durch Bakterien oder Viren, in 90 v. H. dieser Fälle durch eine Infektion mit Helicobacter pylori hervorgerufen. Wie Dr. R in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2009 dargelegt hat, gibt es dafür jedoch keine Anhaltspunkte. Die beschriebene erosive Gastritis ist daher nach seiner Auffassung lediglich als akute Gastritis mit kurzzeitigem Verlauf, wenn auch häufig mit Rezidiven verbunden, anzusehen. Bestätigt wird diese Ansicht durch eine Röntgenuntersuchung des Magens (Bericht des Arztes für Radiologie T vom 10. April 2008), die eine kleinere axiale Gleithernie und eine Refluxösophagitis zeigte. Allerdings konnte diese radiologische Diagnose in der nachfolgenden Ösophago-Gastro-Duodenoskopie nicht aufrechterhalten werden (Bericht des Internisten und Gastroenterologen Dr. Rv om 24. Juni 2008), denn diese erbrachte lediglich eine unspezifische Gastroduodenitis ohne Nachweis eines ösophagealen Refluxes; auch ein Ulcus oder Erosionen fanden sich nicht. Dementsprechend ist im Befundbericht des Internisten und Gastroenterologen Dr. R vom 28. Juli 2008 ausgeführt, dass dieser objektivierbare geringgradige Befund nicht mit den vom Kläger beschriebenen Beschwerden korreliert. Eine akute Gastritis mit kurzzeitigem Verlauf ist nicht wesentlich. Das zeitweise Bestehen einer Gesundheitsstörung, auch wenn dadurch die Erwerbsfähigkeit vorübergehend beeinflusst wird, begründet noch keine Minderung des Leistungsvermögens im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Erwerbsfähigkeit muss vielmehr nicht nur vorübergehend worunter ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten verstanden wird herabgesunken sein (vgl. Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, S. 670 f. VI; Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch SGB VI, gesetzliche Rentenversicherung, Kommentar, 60. Ergänzungslieferung, K § 43 Rdnr. 22, K § 44 Rdnr. 15; BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 16), so dass kurzzeitige Erkrankungen außer Betracht zu bleiben haben. Diese bedingen allenfalls Arbeitsunfähigkeit.

Gleichfalls ist eine Arthritis urica (Gicht), wie einmalig im Attest des Facharztes für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin Dr. W vom 26. April 2007 benannt, nach Dr. R auszuschließen. Wie dieser Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2009 dargelegt hat, wurde zwar beim Kläger im Januar 2007 ein erhöhter Harnsäurespiegel nachgewiesen (vgl. den entsprechenden Laborbefund vom 22. Januar 2007 mit 9,30 mg/dl bei Normwert von 3,40 bis 7,0 mg/dl). Ein geringfügig erhöhter Harnsäurespiegel fand sich bereits im Januar 2002 (vgl. den entsprechenden Laborbefund vom 14. Januar 2002 mit 7,3 mg/dl), während er im März 2002 wieder normal war (vgl. den entsprechenden Laborbericht vom 04. März 2002 mit 6,8 mg/dl). Bei klinischen Untersuchungen oder Röntgenuntersuchungen zeigten sich jedoch nach Dr. R niemals Hinweise für eine Arthritis. Insoweit liegt nach diesem Sachverständigen zwar möglicherweise eine Urikopathie (Hyperurikämie), jedoch keine Gicht mit entsprechenden Funktions- und Leistungseinschränkungen vor.

Wie der Sachverständige Dr. R darüber hinaus in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2009 ausgeführt hat, kam es zwischenzeitlich zu einer Varikosis. Phlebographisch zeigte sich 2007 eine Stamminsuffizienz der Vena saphena magna (Bericht des Radiologen Cvom 30. Januar 2007). Infolge Varizenstripping nach Babcock am linken Bein ist das postoperative Ergebnis jedoch sehr gut. Dr.

R hat sich insoweit auf die entsprechende Befunderhebung des Sachverständigen Dr. B bezogen. Danach haben sich nach durchgeführtem Eingriff lediglich kleine Operationsnarben und geringfügige Verhärtungen im Subcutangewebe sowie Besenreiser beidseits gefunden. Da die Varikosis bis zu ihrer operativen Behandlung im Mai 2007 ebenfalls nur vorübergehend bestand, kommt auch diesem Leiden aus den bereits genannten Gründen keine Bedeutung für das Leistungsvermögen zu.

Wenn der Sachverständige Dr. R infolge der festgestellten Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger könne noch körperlich leichte Arbeiten im Gehen, Stehen oder Sitzen bzw. im Wechsel dieser Haltungsarten ohne längere Gehstrecken und langes Stehen und geistig einfache Arbeiten verrichten, wobei Arbeiten unter Einfluss von Hitze, Kälte, Staub, Feuchtigkeit und Zugluft, Arbeiten mit mehr als nur gelegentlichem Knien, Hocken oder Bücken, mit einseitiger körperlicher Belastung, unter Zeitdruck wie Akkord- und Fließbandarbeit, Arbeit an laufenden Maschinen, auf Leitern und Gerüsten, mit dauerhaftem Bewegen von Lasten über 5 kg bei noch möglichem gelegentlichem Bewegen von Lasten bis 8 kg über 10 m, mit Nachtschicht bzw. mit mehr als gelegentlichen Spätschichten und unter erhöhtem Lärmpegel bei eingeschränkter Kontaktfähigkeit zu vermeiden sind, ist dies nachvollziehbar. Die darüber hinausgehenden Beurteilungen, die Konzentrationsfähigkeit über längere Zeit könnte sich als eingeschränkt erweisen, die Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit dürfte eingeschränkt sein oder die Fingergeschicklichkeit ist wahrscheinlich eingeschränkt, werden dem erforderlichen Beweismaßstab einer mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht gerecht und können daher nicht berücksichtigt werden, zumal entsprechende Befunde nicht genannt worden sind und eine nachvollziehbare Begründung nicht gegeben worden ist.

Wesentlich für die Beurteilung des Leistungsvermögens ist nach Dr. R die erhöhte Blutungsgefahr bei Verletzung, weswegen der Kläger Acetylsalicylsäure zur Thrombozytenaggregationshemmung einnimmt, und der unzureichend behandelte arterielle Hypertonus. Angesichts der erhobenen, nachfolgend genannten Befunde hat der Sachverständige Dr. R nachvollziehbar dem Diabetes mellitus und der Hyperlipidämie keine wesentliche klinische und sozialmedizinische Bedeutung beigemessen.

Bei seinen Untersuchungen hat er zunächst einen Blutdruck von 190/105 mmHg, dann von 150/90 mmHg befundet. Ein EKG und eine Echokardiografie haben einen Normalbefund gezeigt. Eine Dopplersonografie beider Beine arteriell hat eine gute arterielle Durchblutung beider Beine ohne Nachweis signifikanter Stenosen zur Darstellung gebracht. Damit ist nach Dr. R die peripher-arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp mit einem ausgezeichneten Operationsergebnis behoben. Diese Bewertung findet sich in gleicher Weise in verschiedenen ärztlichen Berichten (Epikrise des Krankenhauses K EH vom 30. Januar 2001, Gutachten der Internistin Dr. K vom 06. Juni 2001, Befundbericht der Evangelisches Krankenhaus K H gemeinnützige GmbH vom 07. März 2002, weitere Berichte letztgenannter Einrichtung vom 01. März 2004 und 06. März 2006, Befundbericht des Facharztes für Innere Medizin und Angiologie Dr. T vom 08. Juli 2007). Eine Einschränkung der Wegstrecke aus internistischer Sicht, insbesondere wegen der sehr gut behandelten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, ist daher nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. R vom 28. Februar 2009 mit Sicherheit auszuschließen.

Im Übrigen hat dieser Sachverständige bei seinen beiden Untersuchungen Besenreiservarizen im Fußknöchelbereich beidseits, eine Hypästhesie im Bereich beider Oberschenkel und nicht auslösbare Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe beidseits vorgefunden. Die normale Umgangsprache ist unter Einsatz der beidseitigen Hörgeräte gut verstanden worden. Es hat sich außerdem eine Klopfschmerzhaftigkeit über der Hals- und Lendenwirbelsäule gezeigt. Die Rumpfbeweglichkeit ist als erheblich eingeschränkt demonstriert worden. Dr. R hat eine Einschränkung der Beweglichkeit des Kopfes in Bezug auf Neigung und Streckung sowie bezüglich der großen Gelenke mitgeteilt. Zugleich hat dieser Sachverständige in diesem Zusammenhang - wie schon bei der Bewertung der peripher-arteriellen Verschlusskrankheit - auf eine bestehende Diskrepanz zwischen der Angabe erheblicher Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates und dem Ausmaß entsprechender objektivierbarer Veränderungen des Bewegungsapparates hingewiesen. Bei der nachfolgenden Untersuchung ist die Bewegung der kleinen und großen Gelenke unter Schmerzäußerungen erfolgt. Bei beiden Untersuchungen haben sich erhebliche Aggravationstendenzen erkennen lassen.

Für die vom Kläger bei der zweiten Untersuchung angegebene Trinkmenge von 3 bis 4 l Mineralwasser täglich hat dieser Sachverständige bei völlig normaler Nierenfunktion und unauffälligen Laborwerten keine Notwendigkeit erkennen können. Darüber hinaus würde die vom Kläger angegebene hohe Miktionsfrequenz, die naturgemäß kaum überprüfbar ist - wie der Kläger nach seinem Vorbringen selbst einräumt - , auf eine erhebliche Blasenentleerungsstörung hindeuten, die, wenn sie durch eine Prostatavergrößerung bedingt ist, eine unmittelbare operative Therapie nach sich ziehen müsste. Der behandelnde Facharzt für Urologie Dr. Mund auch der weitere Sachverständige Prof. Dr. K haben eine solche Operationsnotwendigkeit nicht festgestellt.

Die von dem Sachverständigen Dr. R genannten Leistungseinschränkungen tragen dem Gesundheitszustand des Klägers insgesamt hinreichend Rechnung. Es sind stärkere und dauerhaft einseitige Belastungen zu vermeiden. Bezüglich der unzureichend eingestellten arteriellen Hypertonie hat er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2009 dargelegt, dass es unter unspezifischen Stressfaktoren zu einem überschießenden, überproportionalen Blutdruckanstieg kommt, so dass entsprechende Einwirkungen ebenfalls vermieden werden müssen.

Nach dem Sachverständigen Dr. E bestehen auf seinem Fachgebiet ein Halswirbelsäulensyndrom mit Hinterkopf-, Nacken- und Schulterschmerzen und rezidivierenden Brachialgien links im Sinne eines pseudoradikulären Schmerzsyndroms auf dem Boden geringer degenerativer Veränderungen, ein so genanntes Schulterarmsyndrom beidseits (Rotatorenmanschettensyndrom), eine geringe Sehnenansatzentzündung im Bereich beider Ellenbogengelenke, ein Lendenwirbelsäulensyndrom im Sinne von belastungsabhängigen Lumbalgien ohne röntgenologisch nachweisbare degenerative Veränderungen, eine Femoralismeralgie nach Bypassoperation, eine Polyneuropathie, eine Muskel- und Sehnenansatzentzündung an beiden Hüften (Periarthrosis coxae) bei minimaler Minderanlage beider Hüftgelenke ohne klinische Relevanz, Arthralgien beider Kniegelenke, Belastungsbeschwerden beider Sprunggelenke im Sinne von Arthralgien, ein geringer Senk-Spreiz-Fuß sowie ein deutliches Krampfaderleiden am rechten Unterschenkel. In orthopädisch-chirurgischer Hinsicht leidet der Kläger nach dem Sachverständigen Dr. B an degenerativen Veränderungen und einer Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Neigung zu cervikalen und lumbalen Reizerscheinungen sowie an subjektiv empfundenen Arthralgien an der oberen und unteren Extremität ohne Nachweis funktioneller Beeinträchtigungen. Trotz sprachlich unterschiedlicher Diagnosenfassung handelt es sich um identische Erkrankungen. Zudem weichen die erhobenen Befunde nicht wesentlich voneinander ab. Wie insbesondere der Sachverständige Dr. E in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. November 2008 ausgeführt hat, hat der Sachverständige Dr. B keine neuen Erkenntnisse vorgefunden.

Ein Morbus Bechterew, einmalig im Befundbericht des Facharztes für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin Dr. W vom 23. Februar 2006 erwähnt, kann ausgeschlossen werden. Wie der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Dezember 2008 dargelegt hat, fehlen entsprechende röntgentypische Befunde und entsprechende Laboruntersuchungen. Solche sind weder in diesem Befundbericht noch in anderen vorliegenden ärztlichen Berichten dokumentiert.

Mit den festgestellten Gesundheitsstörungen kann der Kläger nach den Sachverständigen Dr. E und Dr. B, wobei der Senat zu seinen Gunsten die jeweils stärkeren Einschränkungen zugrunde legt, körperlich leichte Arbeiten in geschlossenen Räumen unter Vermeidung von klimatischen Einflüssen wie Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft, überwiegend im Sitzen ohne häufiges Gehen und Stehen, jedoch mit der Möglichkeit zum Wechsel dieser Haltungsarten, ohne mehr als gelegentliche Arbeiten mit Knien, Hocken und Bücken, ohne Arbeiten mit ständigen Zwangshaltungen, nur gelegentlich (so die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. E vom 21. November 2008) mit einseitiger körperlicher Belastung, ohne Arbeiten unter Zeitdruck, Akkord- und Fließbandarbeiten, Arbeiten im festgelegten Arbeitsrhythmus und an laufenden Maschinen, ohne Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 2,5 kg, wobei in Einzelfällen bis 5 kg zumutbar sind, ohne Leiter- und Gerüstarbeiten, Überkopfarbeiten, Arbeiten, die (so die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. E vom 24. Februar 2004), eine kraftvolle Dauerbelastung beider Hände und der Fingergeschicklichkeit im Sinne einer feinmotorischen Dauerbelastung voraussetzen, Arbeiten in Nachtschicht sowie ohne Arbeiten mit Anforderungen an das Feinhörvermögen verrichten. An seiner ursprünglichen Auffassung, ein Haltungswechsel solle ca. alle 30 Minuten möglich sein, hat Dr. E nicht mehr festgehalten. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. November 2008 hat er dazu ausgeführt, dass es sich bei dieser Zeitangabe nur um einen geschätzten Wert in Anlehnung an die vom Kläger gegebenen Selbsteinschätzungen gehandelt hat. Die objektivierten Veränderungen an der Wirbelsäule und den Gelenken der unteren Extremitäten ließen jedoch eine deutlich höhere Belastbarkeit im Sitzen vermuten, so dass auf keinem Fall ein zwingender Haltungswechsel nach dieser Zeit zu begründen ist. Damit steht die Notwendigkeit eines Haltungswechsels, jedoch nicht ein bestimmter Zeitraum hierfür fest.

Die genannten Leistungseinschränkungen sind schlüssig, denn die von den Sachverständigen erhobenen Befunde im Bereich des Stütz- und Halteapparates machen deutlich, dass lediglich stärkere und dauerhaft einseitige Haltungen sowie die genannten Witterungseinflüsse als schmerzprovozierende Einflüsse vermieden werden müssen. Soweit Dr. B Arbeiten in Nachtschicht und unter Zeitdruck für nicht zumutbar gehalten hat, beruht dies, wie schon dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Rzu entnehmen ist, insbesondere auf dem Bluthochdruckleiden. Der Ausschluss von Arbeiten mit Anforderungen an das Feinhörvermögen trägt der, wenn auch kompensierten, Schwerhörigkeit und dem Tinnitus Rechnung.

Schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigungen des Stütz- und Halteapparates haben diese beiden Sachverständigen nicht feststellen können.

Nach Dr. E ist die Rückenstreckmuskulatur im Bereich der Halswirbelsäule deutlich verspannt und sind die Nervenaustrittspunkte am Hinterhaupt und die Scalenuslücken druckschmerzhaft gewesen. Die Funktion der Halswirbelsäule ist nach den Bewegungsausmaßen (Vorneigung/Rückneigung mit 45/0/30 bei Normwerten 45/0/45, Seitneigung rechts/links mit 20/0/15 bei Normwerten von 45/0/45, Rotation rechts/links mit 45/0/45 bei Normwerten von 80/0/80) deutlich über das Altersmaß hinaus eingeschränkt gewesen. Dem Ausmaß der röntgenologischen Veränderungen an der Halswirbelsäule hat allerdings das Ergebnis der Bewegungsprüfung mit einer globalen Funktionsminderung von ca. 50 v. H. in allen Ebenen nicht entsprochen. Die radiologische Untersuchung hat nach Dr. E lediglich einen geringgradigen Bandscheibenschaden bei C 5/6 mit deutlich ausgeprägten Veränderungen an diesen Wirbelkörpern und sonst nur mäßige Verschleißerscheinungen aufgedeckt. Insofern hat allein der deutliche Verspannungszustand die in der Muskulatur lokalisierten Schmerzen erklären können. Es ist daher geboten, Belastungen zu vermeiden, die solche Muskelverspannungen hervorrufen. In diese Bewertung fügt sich die von Dr. B erhobene Befundung der Halswirbelsäule ein. Nach diesem Sachverständigen sind die Dornfortsätze klopfschmerzhaft und ist die Nacken- und Schultergürtelmuskulatur geringfügig verspannt gewesen. Lediglich das Seitneigen rechts/links ist mit 40/0/35 (Normbefund 45/0/45) geringfügig eingeschränkt gewesen. Bei einer Steilstellung der Halswirbelsäule hat Dr. B radiologisch ebenfalls nur am 5. und 6. Halswirbelkörper osteochondrotische und spondylotische Veränderungen erheben können.

Dr. E hat im Bereich der Lendenwirbelsäule druckschmerzhafte Dornfortsätze, einen Druckschmerz über den Kreuzdarmbeinfugen und eine mäßig verspannte Rückenstreckmuskulatur vorgefunden. Die Funktion der Brust- und Lendenwirbelsäule ist nach den Bewegungsmaßen (Vorneigung/Rückneigung mit 45/0/20 bei Normwerten von 45/0/30, Seitneigung rechts/links mit 20/0/20 bei Normwerten von 30 bis 40/0/30 bis 40, Drehung rechts/links mit 25/0/25 bei Normwerten von 30/0/30) nur gering über das Altersmaß eingeschränkt gewesen. Die radiologische Untersuchung der Lendenwirbelsäule hat lediglich den Verdacht auf einen beginnenden Bandscheibenverschleiß im letzten Bewegungssegment am lumbosakralem Übergang und ansonsten initiale degenerative Veränderungen bei L 3/5 offenbart. Der Finger-Boden-Abstand hat 39 cm betragen. Selbst die nur gering über den altersphysiologischen Grad hinausgehende Funktionseinschränkung hat dem festgestellten Ausmaß der objektivierten Verschleißerscheinungen nicht entsprochen. Dies ist nach Dr. E auf das deutliche Gegenspannen bei jeder Bewegung zurückzuführen gewesen. Dr. B hat mäßig klopfschmerzhafte Dornfortsätze der Lendenwirbelsäule vorgefunden. Die Prüfung des Finger-Boden-Abstandes hat einen Wert von 33 cm ergeben. Lediglich die Seitwärtsneigung ist mit 20/0/20 (Normbefund 30 bis 40/0/30 bis 40) eingeschränkt gewesen. Radiologisch ist lediglich im Segment L 3/4 eine geringfügige Kantenreaktion festzustellen gewesen.

Im Bereich der Schultergelenke hat Dr. E neben dem bereits benannten deutlichen Muskelverspannungszustand einen Druckschmerz im Bereich des Ansatzes des Deltamuskels beidseits ohne einen Hinweis auf eine Muskelverschmächtigung oder eine Minderung der groben Kraft festgestellt. Die eingeschränkte Beweglichkeit (seitliches Ab-/Anspreizen beidseits 90/0/40 bei Normwerten von 180/0/40, Vorheben/Rückstreckung mit beidseits 90/0/40 bei Normwerten von 170/0/40) bedingt nach diesem Sachverständigen folgerichtig den Ausschluss von Überkopfarbeiten. Dass es sich um ein behandelbares Leiden handelt, wie Dr. E dargestellt hat, wird durch die Befundung des Sachverständigen Dr. B bestätigt. Danach hat sich in beiden Schultergelenken lediglich eine ganz geringfügige knackende Krepitation gezeigt, während die Beweglichkeit bei Äußerung erheblicher Beschwerden aktiv und passiv in allen Ebenen frei gewesen ist.

Bei freier Beweglichkeit der Ellenbogen hat Dr. E einen geringen Druckschmerz am rechten inneren Oberarmgelenkknorren, der den Sehnenansatzpunkt für die Hand- und Fingerbeugemuskulatur darstellt, befundet. Dr. B hat einen entsprechenden Befund nicht (mehr) erheben können. Bei seiner Untersuchung hat jedoch der Kläger muskulär gegengespannt und nonverbale Schmerzäußerungen getan.

Weitere Leiden mit Funktionseinschränkungen hat Dr. E nicht festgestellt. Die von ihm im Bereich der Hüftgelenke, der Kniegelenke, der Sprunggelenke und der Füße erhobenen Befunde sind so geringfügig gewesen, dass sie keine Leistungsminderung zur Folge haben. Dr. B hat insoweit gleichfalls nichts Bedeutsames finden können. Bei seiner Untersuchung hat sich lediglich ein mäßiger Hallux valgus am rechten und linken Fuß gezeigt. Die von ihm durchgeführte Röntgenuntersuchung des Beckens hat eine mäßige Coxa valga-Stellung und eine ganz mäßige Sklerose, die des linken Sprunggelenkes einen Normbefund offenbart.

Im Übrigen hat Dr. E hat eine mit Hörgeräten kompensierte beidseitige Schwerhörigkeit mit Tinnitus beidseits, ein etwas kleinschrittiges Gangbild, eine Störung der Oberflächensensibilität im Sinne einer Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus femoralis als Berührungsminderempfindlichkeit operationsbedingt, ein beidseits endgradig schmerzhaftes Nervenwurzeldehnungszeichen nach Lasegue als Ausdruck eines muskulären Schmerzes der reflektorisch verkürzten Oberschenkelmuskulatur, Kribbelgefühle beider Füße und nächtliche Unruhe als Zeichen einer Polyneuropathie sowie deutliche Besenreiser an beiden Beinen erkennen können.

Unklar bleibt, ob die von Dr. E gesehenen Zeichen einer Blutumlaufstörung im Sinne eines deutlichen Krampfaderleidens am rechten Unterschenkel bestanden haben. Da im Jahr 2007 ein Krampfaderleiden links operativ versorgt wurde, hat Dr. B vermutet, dass Dr. E insofern ein Schreibfehler unterlaufen ist. Dies scheint zuzutreffen. Zwar wird im Bericht des Facharztes für Innere Medizin und Angiologie Dr. T vom 04. März 2003 von einer offenbar chronisch venösen Insuffizienz bei Stammvarikose rechts gesprochen. Eine nachfolgende Untersuchung erbrachte jedoch weder rechts noch links einen Hinweis für eine Stammveneninsuffizienz (Bericht des Facharztes für Innere Medizin und Angiologie Dr. T vom 02. April 2003). Eine wesentliche Beeinträchtigung kann damit, soweit nach Dr. E die deutlichen Leiden einer Blutumlaufstörung tatsächlich rechts vorgelegen haben, nicht bestanden haben, zumal nachfolgend eine Krampfaderoperation links und nicht rechts durchgeführt wurde (vgl. dazu auch die o. g. Ausführungen des Sachverständigen Dr. R in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. Februar 2009).

Der Sachverständige Dr. B hat im Übrigen einen Blutdruck von 190/100 mmHg und eine mäßige livide Verfärbung der Vorfüße vorgefunden. Der Kläger hat auch bei Dr. B trotz Schwerhörigkeit die normale Umgangssprache verstanden. Über Ohrgeräusche hat der Kläger nicht geklagt. Die Stimmungslage ist subdepressiv und missmutig gewesen. Es haben sich deutliche Zeichen einer allgemeinen vegetativen Übererregbarkeit und auffällige vegetative Stigmata gezeigt. Der Kläger hat innerlich stark angespannt und unruhig gewirkt. Er hat zu deutlicher gestischer Körpersprache und zu sehr demonstrativen, bewusstseinsnahen Schmerzäußerungen geneigt. Es ist der Eindruck entstanden, dass er einen Teil seiner körperlich empfundenen Beschwerden bewusstseinsnah verdeutlichend darstellt. Damit haben sich die angegebenen Beschwerden nicht immer, jedenfalls nicht in der empfundenen Stärke, auf entsprechende somatische Befunde zurückführen lassen. Diese Auffälligkeiten haben zum Teil auch die Sachverständigen Dr. Rund Dr. E festgestellt.

Die dargestellten Befunde machen nachvollziehbar, dass die Sachverständigen Dr. E (so ausdrücklich in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. November 2008) und Dr. B ebenfalls keine Einschränkung der Wegefähigkeit haben annehmen können.

Nach dem Sachverständigen Dr. G bestehen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet eine leichte beiderseitige Meralgie (Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis beiderseits), eine leicht sensibel-symmetrische Polyneuropathie im Bereich der unteren distalen Gliedmaßen einschließlich einer Neigung zu nächtlich betonten Wadenkrämpfen und ein Syndrom der nächtlich betonten unruhigen Beine (diabetische Polyneuropathie), eine anhaltende leichtergradige depressive Entwicklung (Dysthymia) einschließlich psychogener/depressiogener Schmerzverstärkung von primär organmedizinisch begründbaren Schmerzen sowie eine Hörminderung beiderseits.

Es handelt sich insgesamt um jeweils leichte bzw. leichtergradige Störungen. Es ist nachvollziehbar, wenn dieser Sachverständige infolge der genannten Leiden die Schlussfolgerung gezogen hat, der Kläger könne geistige Arbeiten seiner Ausbildung entsprechend ausüben, wobei Wechsel- und Nachtschicht, anhaltend besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, die Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit und die Kontaktfähigkeit im Sinne eines regelmäßigen Publikumsverkehrs ausscheiden müssen.

In neurologischer Hinsicht hat Dr. G einen beiderseits leicht abgeschwächten Achillessehnenreflex, eine leichte Hypästhesie/Hypalgesie im Bereich der Vorder- und Außenseiten beider Oberschenkel und eine leichte Palhypästhesie im Bereich der unteren distalen Gliedmaßen befundet. In psychischer Hinsicht hat er den Kläger als subdepressiv bis submoros, klagsam (depressiv getönt) und in seiner aktiven Modulationsfähigkeit reduziert erlebt, soweit es die Beschwerdebeschreibung betroffen hat; im Zusammenhang mit anderen Gesprächsinhalten ist der Kläger stimmungsmäßig ausgeglichen und affektiv stimmungsfähiger gewesen. Inhaltlich hat eine Fixierung und Einengung auf die von ihm beschriebene schlechte gesundheitliche Verfassung vorgelegen, wobei es jedoch nicht zu einer etwaig dramatischen Beschreibung gekommen ist. Allerdings ist der Verlauf nicht frei von erheblicher Aggravationstendenz, wie Dr. G unter Bezugnahme auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. R festgestellt hat. Angesichts dessen hat er nach seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Oktober 2008 auch keine wesentliche objektive Befundänderung darin erblicken können, dass eine ausgeprägte Aggravationstendenz jeweils bei den Untersuchungen durch die Sachverständigen Dr. R am 29. November 2004 und Dr. B am 30. August 2007 erneut aufgetreten ist. Nicht nur in neurologischer, sondern auch in psychiatrischer Hinsicht handelt es sich insoweit um Befunde, die nach Dr. G bereits im Wesentlichen in seinem Gutachten Berücksichtigung gefunden haben. Bei seiner Untersuchung hat Dr. G im Übrigen die beiderseitige Minderung des Hörvermögens durch beiderseitige Hörgeräte kompensiert vorgefunden, denn normal laut gesprochene Umgangssprache ist vom Kläger verstanden worden. Angesichts dieser Befunde ist ersichtlich, dass lediglich besondere psychische Belastungen ausscheiden müssen. Die von Dr. G genannten Leistungseinschränkungen tragen diesem Zustand Rechnung.

Eine maßgebliche Änderung ist im Hinblick auf den Befundbericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W vom 28. April 2008 nicht eingetreten. Die in diesem Befundbericht genannte depressive Störung - gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt - ist nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. G vom 14. Oktober 2008 befundlich nicht belegt. Es werden zwar Beschwerdeangaben des Klägers mitgeteilt. Es fehlt hingegen die systematische psychopathologische Merkmalserhebung und Merkmalsabschätzung unter Berücksichtigung nicht nur der Beschwerdeangaben des Klägers, sondern auch professionellerseits beobachtbarer psychopathologisch relevanter Zeichen. Es kommt hinzu, dass die wiederholt bei Begutachtungen festzustellende verlaufsmäßige Tendenz von erheblicher Aggravation in diesem Befundbericht überhaupt nicht erwähnt wird. Wird dieser Umstand jedoch nicht mitberücksichtigt, ist die Ausprägung der Depression als mittelgradig nicht nachzuvollziehen. Es leuchtet ein, dass ohne kritische Hinterfragung der Beschwerdeangaben allein darauf gestützt keine sichere Beurteilung insbesondere des Schweregrades vorgenommen werden kann.

Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. K liegt auf urologischem Gebiet eine phasische Detrusorhyperaktivität unklarer Genese mit eingeschränkter Blasenkapazität und ein Overactive-bladder-Syndrom vor. Es handelt sich um ein Leiden, das - so der Sachverständige - bisher noch nicht diagnostiziert worden ist. Im Bericht des Facharztes für Urologie Dr. F vom 18. Januar 2002 findet sich die Diagnose Urgency und unklare Abdominalbeschwerden. Der Befundbericht des Facharztes für Urologie Dr. M vom 26. April 2005 weist ein benignes Prostatasyndrom aus. In seinem weiteren Befundbericht vom 25. September 2008 benennt letztgenannter Arzt eine Urgency bei benignem Prostatasyndrom. Es ist dort weiter ausgeführt, dass diese progrediente Urgency ab Mai 2008 wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer Epididymitis (Nebenhodenentzündung) rechts steht. Die von Dr. M in seinem Bericht vom 03. Januar 2006 aufgrund der Begutachtung des Sachverständigen Prof. Dr. K noch genannte Detrusorhyperaktivität wird im Befundbericht vom 25. September 2008 hingegen nicht mehr als Diagnose erwähnt.

Die Detrusorhyperaktivität mit eingeschränkter Blasenkapazität bedingt eine häufige Miktionsfrequenz. Das Overactive-bladder-Syndrom bedeutet eine starke Reizbarkeit der Blase, so dass der Harndrang stark von äußeren physikalischen Einflüssen abhängt (vgl. die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. K vom 04. Mai 2009). Dabei kommt erschwerend die Trinkmenge mit 3 bis 4 l täglich hinzu, die angesichts der normalen Nierenfunktion jedoch medizinisch nicht indiziert ist. Eine Trinkmenge mit ca. 2 l pro Tag ist nach Prof. Dr. K vielmehr ausreichend.

Dieser Sachverständige hat bei seiner Untersuchung neben einer frei beweglichen Halswirbelsäule, einer nicht erheblich eingeschränkten Brust- und Lendenwirbelsäule, leichten Varizen beider Knöchelregionen und einem eventuell leicht leidensbetontem Auftreten einen leicht verplumpten rechten Nebenhoden und eine kleine allseits abgrenzbare Prostata befundet. Die Sonografie der Nieren, der Harnblase, der Prostata und der Hoden hat eine Harnblase mit 30 ml postmiktionem als Restharn gefüllt, ein Prostatavolumen von 20 cm^3 und einen eventuell leicht aufgelockerten Nebenhoden rechts aufgedeckt. Die durchgeführte Druckflussstudie hat bereits bei einer Blasenfüllung um 40 ml ein erstes leichtes Dranggefühl und im gesamten Füllungsverlauf einen starken Harndrang ab 100 ml aufgedeckt. Die maximale Blasenkapazität ist deutlich bei 212 ml eingeschränkt gewesen. Während der Füllungsphase ist kein Urinverlust eingetreten. Eine restharnfreie Blasenentleerung ist anschließend möglich gewesen.

Der Harndrang und seine Abhängigkeit von äußeren Einflüssen machen nachvollziehbar, dass der Sachverständige Prof. Dr. K lediglich körperlich leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen ohne einen permanent fremdbestimmten Wechsel zum Gehen und Stehen, ohne Arbeiten mit längeren Gehstrecken oder mit langem Stehen, sowie ohne Arbeiten im Knien, Hocken, unter Einfluss von Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und Zugluft, mit einseitigen körperlichen Belastungen, unter Zeitdruck wie Akkord- oder Fließbandarbeit, an laufenden Maschinen und mit Bewegen von Lasten über 5 kg für zumutbar erachtet hat. Die genannten Belastungen führen zu einem besonderen Reiz der Blase. Im Übrigen ist ein kurzfristiges Verlassen einer laufenden Maschine bei plötzlich einsetzendem Harndrang mit Gefährdungen verbunden. Wie Prof. Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Mai 2009 klargestellt hat, ist der Einfluss von Staub hingegen unproblematisch, so dass er deswegen von seiner im Gutachten vertretenen Ansicht abgerückt ist. Darüber hinaus hat er in dieser ergänzenden Stellungnahme klargestellt, dass ebenfalls entgegen seinen Ausführungen im Gutachten weder die Konzentrationsfähigkeit noch die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit beeinträchtigt sind. Gemeint hat er nach seiner Klarstellung vielmehr, dass der Kläger weder konzentriert noch angepasst Arbeitsaufgaben erfüllen kann, wenn er bei Auftreten eines Harndrangs gehindert wäre, eine Toilette aufzusuchen. Insofern scheiden nur Arbeiten mit anhaltend besonderen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit bedingt durch eine längere ununterbrochene Hinwendung, nicht jedoch einfache und mittlere Aufgabenstellungen aus. Ob die darüber hinaus in seinem Gutachten genannten qualitativen Leistungseinschränkungen (keine Arbeit in Nachtschicht, Arbeit nur gelegentlich in Spätschichten, keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, keine Arbeiten mit erhöhtem Lärmpegel, wegen eingeschränkter Kontaktfähigkeit nur stark eingeschränkte Tätigkeiten mit Publikumsverkehr bei Ausübung einfacher geistiger Arbeiten) aus urologischer Sicht notwendig sind, kann dahinstehen, denn die genannten Leistungseinschränkungen resultieren bereits aus internistischer bzw. orthopädischer Sicht. Dass die Fingergeschicklichkeit nicht aufgrund des urologischen Leidens wahrscheinlich eingeschränkt ist, ist nicht zweifelhaft; die entsprechende Aussage hat Prof. Dr. K lediglich übernommen. Dasselbe gilt für seine Aussage zur Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit.

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. R, Dr. E, Dr. G und Dr. Bin Übereinstimmung mit den Gutachten der Internistin Dr. K vom 06. Juni 2001 und der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie vom 20. Mai 2001 (letztgenanntes Gutachten 6 Stunden täglich und mehr) angenommen haben.

Der davon abweichenden Beurteilung im Entlassungsbericht der Fachklinik W vom 09. November 2000, wonach ein aufgehobenes Leistungsvermögen unter 2 Stunden täglich besteht, vermag der Senat nicht zu folgen. In diesem Entlassungsbericht ist ausgeführt, dass die kardiale Leistungsfähigkeit nicht wesentlich vermindert ist. Allerdings sei die allgemeine Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der deutlich eingeschränkten Wegefähigkeit bei verminderter Gehstrecke (periphere arterielle Verschlusskrankheit) hochgradig eingeschränkt. Es sei unter diesen Bedingungen schwer vorstellbar, dass der Kläger in der Lage sein werde, auch unter Berücksichtigung entsprechender Einschränkungen eine körperlich leichte Tätigkeit ausüben zu können. Diese Schlussfolgerung ist schon deswegen nicht überzeugend, weil während der stationären Rehabilitationsmaßnahme funktionsdiagnostisch kein Anhalt für hochgradige Durchblutungsstörungen der Beine gesichert werden konnte. Damit entbehrt die Annahme eines aufgehobenen Leistungsvermögens einer entsprechenden Befundlage. Darüber hinaus bestätigen die nachfolgenden Untersuchungen, dass hochgradige Durchblutungsstörungen der Beine nicht vorhanden sind.

Ein Leistungsvermögen von unter 8 Stunden täglich resultiert auch nicht aus dem urologischen Leiden. Der Sachverständige Prof. Dr. K hat zwar in seinem Gutachten ausgeführt, das Leistungsvermögen sei auf 3 bis 6 Stunden täglich begrenzt. Eine Begründung hierfür ist er in seinem Gutachten jedoch schuldig geblieben. Insbesondere hat er nicht begründet, weswegen eine solche zeitliche Einschränkung selbst bei Beachtung aller qualitativer Leistungseinschränkungen gegeben ist. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Mai 2009 hat er an seiner ursprünglichen Beurteilung zudem nicht mehr festgehalten. Er hat dort dargelegt, dass unter der Voraussetzung der Verbesserbarkeit der bei seiner Untersuchung am 10. August 2005 erhobenen Blasenfunktionseinschränkung durch die von ihm genannten Maßnahmen (Reduktion der Trinkmenge und ggf. positiver Effekt einer medikamentösen Behandlung) dem Kläger durchaus eine vollschichtige Beschäftigung und damit eine achtstündige arbeitstägliche Tätigkeit zumutbar ist. Insofern ist das Leistungsvermögen nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf eine Arbeitszeit von unter 8 Stunden täglich beschränkt. Eine solche verbesserte Gesamtsituation hat Prof. Dr. K dem Befundbericht des Facharztes für Urologie Dr. M vom 13. April 2006 entnommen. In diesem Befundbericht ist niedergelegt, dass sich das Wasserlassen am Tag von bis zu zweimal stündlich um ca. die Hälfte und nachts von fünfmal

auf ca. dreimal reduziert hat. Diese Besserung bestand nach dem Inhalt des Berichts des Facharztes für Urologie Dr. M vom 03. Januar 2006 allerdings auch schon zu diesem Zeitpunkt. Der Sachverständige Prof. Dr. K hat dies seiner Zeit in der ergänzenden Stellungnahme vom 22. März 2006 lediglich deswegen nicht berücksichtigen können, weil im letztgenannten Bericht keine konkreten Angaben gemacht worden waren. Ungeachtet dessen bewirkt schon eine Verringerung der Flüssigkeitsaufnahme auf ca. 2 l täglich eine Minderung der Miktionshäufigkeit, so dass nach der ergänzenden Stellungnahme des Prof. Dr. K vom 04. Mai 2009 nicht einmal ein zusätzlicher "ggf." positiver Effekt einer medikamentösen Behandlung als notwendige Bedingung für ein vollschichtiges Leistungsvermögen angenommen werden kann.

Selbst wenn aber zeitweilig ein Leistungsvermögen von 3 bis 6 Stunden täglich bestanden haben sollte, wäre damit lediglich von Arbeitsunfähigkeit auszugehen, denn dass eine solche geminderte Leistungsfähigkeit über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten andauerte, ist nicht bewiesen. Sicher ist lediglich, dass es vom Zeitpunkt der Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. K am 10. August 2005 bis Januar 2006 vorlag. In seinem Gutachten hat dieser Sachverständige gemeint, die hohe Miktionsfrequenz sei seit 3 bis 4 Jahren zunehmend gewesen. Seine diesbezügliche Einschätzung beruht ausschließlich auf den Angaben des Klägers. Wie bereits ausgeführt ist das Verhalten des Klägers jedoch von erheblicher Aggravationstendenz geprägt. In der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts am 02. März 2004 hat der Kläger angegeben, seit etwa eineinhalb Jahren (also seit ca. September 2002) ein Medikament zur Entwässerung zu nehmen, das zur Folge habe, dass er innerhalb der nächsten 5 bis 6 Stunden mindestens viertelstündlich Wasserlassen müsse. Nach den Auskünften der ct-Arzneimittel GmbH vom 24. Juni 2004 zu furo 40 von ct und der S GmbH vom 22. Juni 2004 zu Torasemid STADA 5 mg ist dies jedoch untypisch. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. G hat der Kläger am 17. April 2003 angegeben, er müsse viel Wasser lassen. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. E hat er am 07. Juli 2003 mitgeteilt, öffentliche Verkehrsmittel würden benutzt. Die Herfahrt mit dem Pkw habe 45 Minuten gedauert. Von beiden Sachverständigen befragt nach seinen anhaltenden und vorhandenen hauptsächlichen Beschwerden hat der Kläger gegenüber Dr. G das schlechte Laufen und gegenüber Dr. E Beschwerden vornehmlich des Halte- und Bewegungsapparates bezeichnet. Erstmals bei der der mündlichen Verhandlung am 02. März 2004 nachfolgenden Untersuchung des Sachverständigen Dr. R am 29. November 2004 hat der Kläger darauf hingewiesen, dass er mindestens alle 15 bis 30 Minuten Wasserlassen müsse und, auch wenn vor etwa vier Monaten das wassertreibende Mittel von seiner Hausärztin abgesetzt worden sei, er weiter darauf angewiesen sei, täglich 3 bis 4 l Mineralwasser zu trinken. Während dieser Untersuchung (von 09.00 bis 10.30 Uhr) hat der Kläger zweimal die Toilette aufgesucht und häufig aus der mitgebrachten Wasserflasche getrunken. Dieser Verlauf zeigt Unstimmigkeiten zwischen Vortrag und Verhalten. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Mai 2009 ist der Sachverständige Prof. Dr. K dann auch zurückhaltender gewesen. Erneut hat er betont, dass er bei der Bewertung wesentlich auf die Angaben des Klägers angewiesen und davon auszugehen ist, dass die genannten einschränkenden Symptome seitens der Blasenfunktion zumindest bereits in dem Jahr vor der gutachterlichen Untersuchung im Sommer 2005 bestanden haben. Er hat jedoch insbesondere unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich vom Facharzt für Urologie Dr. M beigezogenen ärztlichen Behandlungsunterlagen keine weitere Eingrenzung vornehmen können. Diese Befundunterlagen lassen dies ersichtlich auch nicht zu. Es fällt hingegen auf, dass folgende Miktionsvolumen festgestellt wurden: Am 28. April 2002 451 ml, am 12. Juli 2002 317 ml, am 04. August 2004 596 ml und am 18. Oktober 2006 430 ml. Sichere Feststellungen über den Zustand des urologischen Leidens und damit über das insbesondere zeitliche Leistungsvermögen lassen sich mithin für einen Zeitraum vor dem 10. August 2005 nicht treffen.

Bei einem vollschichtigen Leistungsvermögen kommt der Kläger für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht. Der Bennennung einer konkreten Tätigkeit bedarf es daher grundsätzlich nicht. Soweit hier gleichwohl die Tätigkeit eines Versandfertigmachers als zumutbare Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes angeführt wird, erfolgt dies insbesondere im Hinblick auf das Vorbringen des Klägers, es gäbe keine geeigneten Tätigkeiten, zur weiteren Verdeutlichung der für ihn noch bestehenden Möglichkeiten, sein Leistungsvermögen in Erwerbsarbeit umzusetzen. Der genannten Tätigkeit ist der Kläger gesundheitlich gewachsen.

Zu den Aufgaben eines Versandfertigmachers gehören nach der BIK BO 522 das Aufmachen von Fertigerzeugnissen zur Verschönerung oder Aufbesserung des Aussehens sowie das Kennzeichnen und Fertigmachen 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 Versandfertigmachers 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.

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

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 Versandfertigmachers in Einklang bringen. Wenn die Sachverständigen Dr. R, Dr. E, Dr. G, Dr. Bund auch Prof. Dr. K somit zu der Einschätzung gelangt sind, der Kläger könne diesen Beruf noch 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 machen kann.

Die von dem Sachverständigen Prof. Dr. K für erforderlich gehaltenen Arbeitsunterbrechungen zum Aufsuchen einer Toilette steht dieser Tätigkeit nicht entgegen. Es handelt sich nicht um betriebsunübliche Unterbrechungen, die zur Verschlossenheit des Arbeitsmarktes führen.

Wie der Sachverständige Prof. Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Mai 2009 ausgeführt hat, muss ein Einsetzen der Blasenüberaktivität bereits bei ca. 100 ml Füllung und der vom Kläger angegebenen Trinkmenge von 3 bis 4 l täglich von insgesamt 30 bis 40 Toilettengängen je 24 Stunden ausgegangen werden. Rein rechnerisch ergibt sich hieraus eine Häufigkeit von mindestens 10 Toilettengängen in 8 Stunden. Der Sachverständige hat jedoch darauf hingewiesen, dass durch eine Verringerung der Flüssigkeitsaufnahme auf ca. 2 l täglich bereits eine Minderung der Zahl der Toilettengänge um mindestens ein Drittel erreicht werden kann. Darüber hinaus kann durch Medikamente eine weitere Verbesserung erzielt werden. Daraus hat dieser Sachverständige abgeleitet, dass Toilettengänge durchschnittlich im Abstand von ca. 50 Minuten erforderlich sind. Dabei ist jedoch auch eine erhebliche Varianz zu berücksichtigen, so dass nach einem Toilettengang durchaus nach wesentlich kürzerer Zeit erneut ein Harndrang auftreten kann. Die Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. K über die Häufigkeit notwendiger Toilettenbesuche findet sich in dem Bericht des Facharztes für Urologie Dr. M vom 13. April 2006 bestätigt, wonach sich das Wasserlassen am Tage von bis zu zweimal stündlich um ca. die Hälfte reduzierte, also durchschnittlich nur einmal stündlich eine Toilette aufgesucht werden muss.

Das häufige Aufsuchen einer Toilette, mindestens 10 Mal täglich während eines achtstündigen Arbeitstages im Abstand von 50 Minuten, wobei ggf. in einem nicht näher bestimmbaren Zeitraum bzw. nicht näher bestimmbaren Häufigkeit dies auch vor Ablauf von 50 Minuten erforderlich sein kann, führt nach dem Sachverständigen L nicht zu unüblichen Abläufen am Arbeitsplatz insbesondere eines Versandfertigmachers. Vielmehr stehen solche Arbeitsunterbrechungen noch mit den üblichen so genannten Rüst- und Verteilzeiten im Einklang. Dabei sind Verteilzeiten Zeitanteile, die unregelmäßig auftreten und nicht für den Arbeitsprozess selbst verwendet werden, aber dennoch als Arbeitszeit gerechnet werden und deshalb bei der Ermittlung des Personalbedarfs, der Kapazität oder des Auslastungsgrades berücksichtigt werden. Nach dem Sachverständigen L werden zwei Arten von Verteilzeiten unterschieden, die sachliche Verteilzeit (z. B. Einrichten und Aufräumen des Arbeitsplatzes, Vorbereitung technischer Arbeitsmittel, arbeitsbedingte Gespräche), die nach allgemeiner Erfahrung etwa 5 v. H. der Arbeitszeit ausmacht, und die persönliche Verteilzeit mit einem Anteil von ca. 10 v. H. der Arbeitszeit, zu der die Frühstückspause, Toilettenbesuche, Besprechungen und Rücksprachen in persönlichen Angelegenheiten, Erholungs- und Entspannungszeiten und ähnliches rechnen. Diese Verteilzeiten werden häufig pauschal mit 15 v. H. der Arbeitszeit zusammengefasst. Wird der übliche Arbeitsablauf betrachtet, so der Sachverständige L, ergibt sich in aller Regel im Verlauf des Vormittags eine Pause von 15 Minuten, eine Mittagspause und nicht selten ist auch eine kurze Nachmittagspause betrieblich vereinbart bzw. wird häufig toleriert. Neben der üblichen Frequenz des Wasserlassens während der Arbeit (etwa drei- bis viermal) sowie der Nutzung regelmäßiger Pausen für einen Toilettenbesuch (zweimal evtl. auch dreimal), ergeben sich für den Kläger weitere Toilettenbesuche in einer Größenordnung von etwa drei- bis fünfmal. Die Anzahl dieser zusätzlichen Unterbrechungen sowie die jeweils benötigte Zeit erreichen nicht das Ausmaß eines betriebsunüblichen Ablaufes, so dass sie noch mit der zugestandenen persönlichen Verteilzeit abgedeckt ist. Es kommt hinzu, dass es sich

bei den Arbeiten eines Versandfertigmachers um einen Einzelarbeitsplatz handelt, so dass eigene Arbeitsunterbrechungen sich nicht störend auf den Gesamtarbeitsablauf auswirken oder die Einzelarbeitsverrichtungen anderer Arbeitnehmer beeinflusst werden. Es ist daher nachvollziehbar, wenn dieser Sachverständige die von dem Sachverständigen Prof. Dr. K für erforderlich gehaltenen Arbeitsunterbrechungen zum Aufsuchen einer Toilette als nicht hinderlich für die Ausübung einer solchen Berufstätigkeit bewertet hat. Der Sachverständige L hat darüber hinaus beurteilt, dass die sonstigen beim Kläger bestehenden, ihm im Einzelnen unterbreiteten qualitativen Leistungseinschränkungen gleichfalls dem Beruf des Versandfertigmachers nicht entgegenstehen.

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

Der Kläger ist auch nicht gehindert, entsprechende Arbeitsplätze aufzusuchen.

Nach der Rechtsprechung des BSG (BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 56; BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10) gehört zur Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen, denn eine Tätigkeit zum Zwecke des Gelderwerbs ist regelmäßig nur außerhalb der Wohnung möglich. Hinsichtlich der Bestimmung der erforderlichen Fußwegstrecke wird hierbei ein generalisierender Maßstab angesetzt und danach generell die Fähigkeit des Versicherten für erforderlich gehalten, Entfernungen, gegebenenfalls unter Verwendung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Gehstützen, orthopädischen Schuhen, Einlagen, Abrollhilfen), von über 500 m zu Fuß viermal arbeitstäglich zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit zu benutzen. Zudem wird gefordert, dass die Strecke von mehr als 500 m in wenigstens 20 Minuten zurückgelegt werden kann.

Der Sachverständige Prof. Dr. Khat zwar in seinem Gutachten die Ansicht vertreten, der Kläger sei nicht in der Lage, mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 20 Minuten viermal täglich eine Strecke von mehr als 500 m zurückzulegen. Er hat dies mit einer viertel- bis halbstündigen Pollakisurie begründet. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Mai 2009 hat er allerdings klargestellt, dass diese Beurteilung einzig auf der zum Untersuchungszeitpunkt im August 2005 erhobenen Blasenfunktionsbefunde im Verbund mit der Trinkmenge und der vom Kläger angegebenen Miktionsfrequenz basiert. Da die angegebene Trinkmenge medizinisch jedoch nicht notwendig ist und sie daher auf 2 l täglich reduziert werden kann und sich zwischenzeitlich durch eine medikamentöse Behandlung ein positiver Effekt eingestellt hat, wodurch es möglich geworden ist, die Miktion auf Abstände auf ca. 50 Minuten bis zu einer Stunde zu verringern, insbesondere wenn der Kläger auf eine Flüssigkeitseinnahme vor der Zurücklegung der erforderlichen Arbeitswege verzichtet, wozu er, wie aus seiner Stellungnahme zum Gutachten des Sachverständigen Dr. B hervorgeht, in der Lage ist, ist nachvollziehbar, dass der Sachverständige Prof. Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 04. Mai 2009 zur geänderten Einschätzung gelangt ist, dass der Kläger problemlos entsprechende Wegstrecken zurücklegen und öffentliche Verkehrsmittel benutzen kann. Dasselbe trifft nach seiner ergänzenden Stellungnahme in gleicher Weise für die Nutzung eines privaten Pkws zu. Dem Kläger ist darüber hinaus die Benutzung von Vorlagen zuzumuten, um geringfügige Urinmengen aufzufangen. Es ist allerdings nicht ersichtlich, dass es dazu zwingend kommen wird, denn selbst bei der von ihm angegebenen höheren Miktionsfrequenz von viertel- bis halbstündlich verzichtete der Kläger bisher, wie seinen Angaben gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. K zu entnehmen ist, auf solche Vorlagen. Gleiches geht aus dem vom Facharzt für Urologie Dr. M übersandten Protokoll vom 01. und 02. Juni 2008 hervor, in dem darüber hinaus ein Urinverlust nicht benannt ist.

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).

Dass sich der Kläger aufgrund der subjektiv als erheblich empfundenen Schmerzen und Beschwerden nicht mehr in der Lage sieht, einer Beschäftigung nachzugehen, mag aus seiner Sicht verständlich sein. Für den Senat kann dies jedoch nicht Entscheidungsgrundlage sein, denn er darf sich für seine Entscheidung allein auf objektiv - durch Sachverständige - nachweisbare Feststellungen stützen. Schmerzen und Beschwerden werden, wenn es dafür an objektiven Befunden fehlt, nach außen nicht sichtbar. Dies stellt eine in gerichtlichen Verfahren, wie auch hier, häufig anzutreffende Situation dar. Es dürfte aber auch für den Kläger einsichtig sein, dass eine gerichtliche Entscheidung nicht ausschließlich auf seine subjektive Leistungseinschätzung gestützt werden kann.

Die Berufung der Beklagten hat somit Erfolg.

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
2010-01-14