

L 22 R 1008/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 4 R 314/08
Datum
09.09.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 1008/10
Datum
25.10.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 09. September 2010 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Rente wegen Erwerbsminderung.

Die im November 1951 geborene Klägerin, die von September 1968 bis Juli 1970 eine abgeschlossene Ausbildung zur Datenverarbeiterin absolvierte, arbeitete danach als Organisationsassistentin, Technologin, Organisations- und Programmierassistentin für Großrechner (August 1970 bis Dezember 1974), Mitarbeiterin für Materialversorgung und Lagerung (Januar 1975 bis September 1985), Verwaltungsleiterin (Oktober 1985 bis August 1992) und nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit, während der sie am Lehrgang Fachkraft für DV-gestützte Lager- und Materialwirtschaft teilnahm, als Immobiliensachbearbeiterin (November 1993 bis März 2000). Nach erneuter Arbeitslosigkeit und Teilnahme an einer kaufmännischen Fortbildung Rechnungswesen war sie zuletzt von Oktober 2001 bis März 2005 als angelehrnte Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) beschäftigt. Seither ist sie arbeitslos.

Im Mai 2007 beantragte die Klägerin wegen Schmerzen im rechten Knie, einer Nierenerkrankung, eines Bronchialasthmas, eines Bluthochdrucks, Oberbauchbeschwerden, einer vorgesehenen Blasenoperation und eines chronischen Pansinus Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte zog neben verschiedenen ärztlichen Unterlagen den Entlassungsbericht der H-Klinik vom 02. Juni 2006 über eine vom 05. Mai bis 02. Juni 2006 durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei und holte das Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 12. Juli 2007 ein.

Mit Bescheid vom 02. August 2007 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Trotz bestehender Nieren- und Asthmaerkrankung sowie eines endoprothetisch versorgten Kniegelenks könnten Tätigkeiten im Umfang von mindestens 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und auch der bisherige Beruf als Sprechstundenhilfe ausgeübt werden.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, sie halte sich selbst für maximal 5 Stunden täglich belastungsfähig. Da sie jedoch auf dem Land wohne und daher eine täglich Fahrzeit mit dem Auto von ca. 2 Stunden mit der Knieprothese rechts benötige, hätte sie für eine Berufstätigkeit eine Beinbelastung von ca. 8 Stunden. Außerdem leide sie neben Asthma und einer Fehlstellung der Wirbelsäule noch an weiteren Erkrankungen.

Nach Einholung der Befundberichte des Facharztes für Innere Medizin Dr. R vom 15. September 2007, des Facharztes für Innere Medizin Dr. F vom 10. September 2007 und der Fachärzte für Orthopädie und Rheumatologie Dres. G und M vom 29. September 2007 wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 04. Februar 2008 zurück: Die angegebenen Gesundheitsstörungen seien bekannt gewesen und bei der Beurteilung des Leistungsvermögens berücksichtigt worden. Auch die zusätzlich eingeholten Befundberichte hätten keine weitere Einschränkung des Leistungsvermögens ergeben.

Dagegen hat die Klägerin am 03. März 2008 beim Sozialgericht Potsdam Klage erhoben.

Sie hat vorgetragen, höchstens 4 bis 5 Stunden täglich arbeiten zu können, und verschiedene ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte der Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie Dres. R und B vom 10. August 2008 und des

Facharzt für Innere Medizin Dr. F vom 02. September 2008 eingeholt.

Die Klägerin hat darauf hingewiesen, dass sie nach Aussage beider Ärzte nicht mehr mindestens 6 Stunden täglich arbeiten könne. Die Beklagte habe die Vielzahl der verschiedenen chronischen Krankheitsbilder, wie die chronische Niereninsuffizienz bei chronischer Pyelonephritis, die Schlittenendoprothese im rechten Knie, das Bronchialasthma, den Bluthochdruck, die renale Anämie, die Blasenprobleme, die Wirbelsäulenbeschwerden, den Verdacht auf ein Impingement der rechten Schulter, zeitweilige Krämpfe und Schmerzen im Oberbauch, starke Kopfschmerzen, Beschwerden in der rechten Hand wegen einer Heberdenarthrose in den Fingern, Rheuma und zeitweilige Leberbeschwerden, nicht in vollem Umfang berücksichtigt. Sie hat weitere ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Internisten und Arztes für Gastroenterologie Dr. K vom 11. September 2009.

Die Klägerin hat darauf hingewiesen, dass ihr Leistungsvermögen nach dem Sachverständigen auf unter 6 Stunden täglich eingeschränkt sei. Entgegen der Ansicht des Sachverständigen könne sie einen Pkw benutzen, jedoch wegen der Knieprothese nur für kurze Strecken. Bei Fußwegen über 500 m werde sie gefahren. Sie leide auch nicht unter krankhafter Geschwätzigkeit. Darüber hinaus hat sie u. a. vorgetragen: Es liege eine Schwerhörigkeit vor. Ihre Zunge sei immer belegt. Nach 3 Tagen stelle sich eine Blockade der Wirbelsäule ein. Sie leide unter Vereinsamung. Wegen einer Harninkontinenz sei nunmehr eine dritte Operation geplant. Duodenaldivertikel seien durch eine MRT von Juni 2005 gesichert. Wegen einer Subtotalverschattung sei ebenfalls eine dritte Operation erforderlich. Sie habe zeitweise Herzprobleme. Die Fingergeschicklichkeit sei eingeschränkt. Wegen eines verschlossenen allgemeinen Arbeitsmarktes beabsichtige sie, zum 01. November 2011 in Altersrente zu gehen. Eine Arthroskopie des linken Knies sei für Juni 2010 geplant. Die Klägerin hat weitere ärztliche Unterlagen vorgelegt.

Die Beklagte hat die Ansicht vertreten, mit der im Rahmen der Begutachtung erhobenen leichten Bewegungseinschränkung in der Seitwärtsneigung und Reklination des Kopfes mit verspanntem Trapeziusmuskel sowie eingeschränkter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule, blanden internistischen, neurologischen und psychischen Untersuchungsbefunden lasse sich die vom Sachverständigen dokumentierte Leistungsminderung nicht schlüssig begründen. Es sei auch keine Leidensverschlimmerung zu erkennen. Der Sachverständige habe bei seiner Leistungsbeurteilung fachfremde Leiden einbezogen.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht der Fachärzte für Orthopädie und Rheumatologie Dres. G und M vom 19. Februar 2010 eingeholt, den Sachverständigen Dr. K ergänzend gehört (Stellungnahme vom 18. März 2010), den Befundbericht des Facharztes für Orthopädie Dr. S vom 22. April 2010 eingeholt und weiteren Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Chirurgie und Sozialmedizin Dr. B vom 27. Juli 2010.

Mit Urteil vom 09. September 2010 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Die Klägerin könne noch leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen ausüben. Dies folge aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. B Soweit der Sachverständige Dr. K zu dem Ergebnis gekommen sei, das Leistungsvermögen betrage lediglich mindestens 3 Stunden bis unter 6 Stunden täglich, habe das Gericht nicht zu folgen vermocht. Maßgebend hierfür sei, dass dieser Sachverständige die orthopädischen Beschwerden, insbesondere der gesamten Wirbelsäule, als im Vordergrund stehend betrachtet, diese fachfremden Diagnosen in die Bewertung einbezogen habe und hierdurch auf ein Leistungsvermögen von unter 6 Stunden täglich gelangt sei. Die Erkrankungen im internistischen Bereich, so die Nierenerkrankung, die Stressinkontinenz, das Bronchialasthma und die Herzbeschwerden, hätten weder einen Schweregrad noch dadurch bedingte Funktionseinschränkungen erreicht, die dauerhaft eine Erwerbsunfähigkeit rechtfertigen würden.

Gegen das ihr am 02. Oktober 2010 zugestellte Urteil richtet sich die am 27. Oktober 2010 eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie meint, schon die Befundberichte der Fachärzte für Innere Medizin belegten ein Leistungsvermögen von unter 3 bzw. nicht mehr als 5 Stunden täglich. Auch das sehr sorgfältige und dezidierte Gutachten des Sachverständigen Dr. K komme zu dem Ergebnis, dass sie Tätigkeiten von mindestens 3 bis unter 6 Stunden täglich verrichten könne. Plausibel und nachvollziehbar begründet seien auch das Einhalten von zusätzlichen Pausen und die schwankende Wegefähigkeit von 500 m. Dieser Sachverständige habe nicht schwerpunktmäßig fachfremde Leiden beurteilt. Der Sachverständige Dr. B habe nicht das gesamte Krankheitsbild, sondern lediglich die orthopädischen Leiden berücksichtigt. Sein Gutachten enthalte keine Hinweise darauf, wie sich die internistischen Gesundheitsstörungen im Einzelnen auswirkten. Dieser Sachverständige habe auch nicht erklärt, weswegen er vom Sachverständigen Dr. K abweiche. Nicht akzeptabel sei die Schlussfolgerung, dass sich die Stressinkontinenz nicht auf das Leistungsvermögen auswirke.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 09. September 2010 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. Februar 2008 zu verurteilen, der Klägerin ab Mai 2007 Rente wegen voller und teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren und die höhere Rente zu leisten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat die Epikrise des Gemeinschaftskrankenhauses H gGmbH vom 24. Juni 2010 und den Arbeitsvertrag mit der Gemeinschaftspraxis Reinke vom 30. August 2001 beigezogen, die Auskünfte der Ärzte R vom 26. Oktober 2011 und 14. November 2011, die Befundberichte der Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie Dr. Z vom 27. Oktober, 25. November und 07. Dezember 2011, des Facharztes für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. M vom 31. Oktober 2011, des Facharztes für HNO-Heilkunde Dr. S vom 02. November 2011, des Facharztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. R vom 01. November 2011, der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Müller vom 14. November 2011, des Facharztes für Innere Medizin Dr. F vom 22. November 2011, der Fachärztin für

Frauenheilkunde Dr. B vom 01. Dezember 2011 und des Facharztes für Chirurgie Dr. S vom 03. Januar und 10. Januar 2012 eingeholt, außerdem den Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen und dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen e. V. vom 02. Juni 2004 (GTV Arzthelferinnen), die Arbeitsstättenrichtlinie 37/1 - Toilettenräume sowie Auszüge aus den Berufsinformationskarten (BIK) zu Pförtner (BO 793), Versandfertigmacher (BO 522), Kopien der berufskundlichen Stellungnahmen des ML vom 14. Februar 2000 und 13. Oktober 2008 zum Pförtner und vom 01./24. November 2002, 14. Januar 2005 und 13. Oktober 2008 zum Versandfertigmacher beigezogen. Er hat außerdem die Sachverständigen Dr. K und Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahmen vom 12. April 2012 und 07. Mai 2012).

Die Klägerin ist der Ansicht, das Gutachten des Sachverständigen Dr. B werde mit der ergänzenden Stellungnahme nicht nachvollziehbarer. Die Frage nach der Diagnose Polyarthropathie sei eigentlich nicht beantwortet. Die in seinem Gutachten belegten Schmerzangaben der Klägerin könnten nicht einfach in Abrede gestellt werden. Der Sachverständige Dr. B stimme auch weitgehend mit dem Sachverständigen Dr. K bezüglich der Leistungseinschränkungen überein, wobei jedoch unklar bleibe, weswegen an langsamen Fließbändern gearbeitet werden könne. Fließbandarbeit sei mit belastenden Zwangshaltungen verbunden und lasse keine wechselnden Körperhaltungen zu. Es sei zweifelhaft, ob die Klägerin wegen ihrer Blaseninkontinenz in einer Schicht des Öfteren das Fließband verlassen könne, um eine Toilette aufzusuchen. Es sei nicht nachzuvollziehen, aus welchen Gründen der Sachverständige Dr. B ein vollschichtiges Leistungsvermögen annehme. Entgegen seiner Ansicht könne die Klägerin auch nicht 50 km am Stück mit einem Pkw zurücklegen. Soweit der Sachverständige Dr. B davon ausgehe, dass die Klägerin noch vollschichtig als Pförtnerin und Versandfertigmacherin arbeiten könne, könne er dazu nur unter vorwiegender Heranziehung der orthopädischen Diagnosen gelangen.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 149 bis 169, 215 bis 216, 266 bis 298, 523 bis 534 und 541 bis 543 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 Verwaltungsakte 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 02. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. Februar 2008 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, denn ihr Leistungsvermögen ist nicht in rentenrechtlich erheblicher Weise herabgesunken. Die Klägerin ist nicht einmal teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig.

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

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

Die Klägerin ist hiernach nicht teilweise erwerbsgemindert, insbesondere nicht berufsunfähig. Dabei kann dahinstehen, ob sie noch in ihrem Hauptberuf als angelernte Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) tätig sein kann.

Ausgangspunkt der Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist der bisherige Beruf. Dies ist in der Regel die letzte, nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit, jedenfalls dann, wenn diese zugleich die qualitativ höchste ist (Bundessozialgericht BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 53, 94, 130 zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)). Allerdings bleibt eine frühere versicherungspflichtige Beschäftigung maßgeblicher Beruf, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben wurde (vgl. BSGE 2, 181, 187; BSG SozR RVO § 1246 Nrn. 33, 57 und 94; BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 158 zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)).

Der Beruf einer angelernten Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) ist hiernach maßgebender Beruf. Es mag sich zwar nicht um die qualitativ höchste Beschäftigung handeln. Es gibt jedoch keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin einen anderen früher ausgeübten Beruf aus gesundheitlichen Gründen beenden musste.

Selbst wenn die Klägerin nicht mehr als angelernte Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) arbeiten könnte, folgt daraus keine Berufsunfähigkeit.

Sie ist jedenfalls in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt insbesondere als Versandfertigmacherin mindestens 6 Stunden täglich zu arbeiten. Der allgemeine Arbeitsmarkt ist ihr ausgehend von der Tätigkeit einer angelernten Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) sozial zumutbar.

Nach [§ 240 Abs. 2 SGB VI](#) können Versicherten grundsätzlich solche Tätigkeiten zugemutet werden, die in ihrer Wertigkeit dem bisherigen Beruf nicht zu fern stehen (vgl. dazu BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 50 m. w. N. zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)). Nach dem vom BSG zur Bestimmung der Wertigkeit eines Berufes entwickelten Mehrstufenschemas werden die Angestelltenberufe in fünf Gruppen eingeteilt, nämlich die mit dem Leitberuf der unausgebildeten Angestellten, der Angestellten mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren, der Angestellten mit einer längeren Ausbildung, der Angestellten, für die über eine längere, durchschnittlich dreijährige Ausbildung hinaus zusätzliche Zugangsvoraussetzungen wie etwa die Ablegung einer Meisterprüfung, der erfolgreiche Besuch einer Fachschule oder das abgeschlossene Studium an einer Fachhochschule oder wissenschaftlichen Hochschule erforderlich sind, sowie der Angestellten, die mit ihrem Bruttoarbeitsentgelt oberhalb oder in der Nähe unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen (BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 1](#)). Im Rahmen dieses Mehrstufenschemas dürfen Versicherte ausgehend von einer hiernach erfolgten Einstufung ihres bisherigen Berufes nur auf die jeweils nächst niedrigere Gruppe verwiesen werden. Dabei bedarf es insbesondere ab der Stufe des Angestellten mit einer längeren (mehr als zweijährigen) Ausbildung der konkreten Benennung mindestens einer in Betracht kommenden Verweisungstätigkeit (BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 132; BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 45) durch den Rentenversicherungsträger (BSG SozR 3 2600 § 43 Nrn. 13 und 14).

Davon ausgehend ist die Tätigkeit einer angeleserten Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) höchstens der Gruppe der Angestellten mit einer Ausbildung bis zu 2 Jahren zuzuordnen.

Beim Beruf der Arzthelferin handelt es sich um einen Beruf mit einer Ausbildungsdauer von 3 Jahren (§§ 1, 2 Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10. Dezember 1985, [BGBl I 1985, 2200](#); aufgehoben und ersetzt zum 01. August 2006 durch § 11 Verordnung über die Berufsausbildung zum medizinischen Fachangestellten/zur medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 – [BGBl I 2006, 1097](#) – durch den ebenfalls dreijährigen Ausbildungsberuf [§ 1, § 2 der letztgenannten Verordnung] des medizinischen Fachangestellten/medizinische Fachangestellte).

Über eine Ausbildung zur Arzthelferin verfügt die Klägerin nicht. Nach den Auskünften ihres Arbeitgebers, der Ärzte Hund JR vom 26. Oktober 2011 und 14. November 2011 war sie auch nicht (vollwertig) als Arzthelferin tätig. Danach erstreckte sich das Hauptaufgabengebiet der Klägerin als angeleserte Arzthelferin auf den Bereich der Anmeldung der Praxis. Zu ihren Aufgaben gehörte die Aufnahme von Patienten, der Umgang mit der Patientenakte, sämtliche Arbeiten mit dem Praxiscomputer, die Bestellung von Büromaterialien, die Führung des Kassensbuches, das Kassieren der Praxisgebühren, die Mithilfe bei der Durchführung der Arztgespräche und die Mithilfe bei den Quartalsabrechnungen. Wesentliche medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten einer Arzthelferin bzw. einer medizinischen Fachangestellten besaß die Klägerin danach nicht. Sie brachte allerdings aufgrund ihrer Ausbildung zum Facharbeiter für Datenverarbeitung und weiterer Qualifizierungen gute Voraussetzungen für diesen Beruf mit, weswegen für die Klägerin eine Anlernzeit von 4 Wochen, absolviert im Rahmen eines Praktikums vom 01. bis 31. August 2001 bei diesem Arbeitgeber, als ausreichend bezeichnet wurde. Demgegenüber hätte eine völlig ungelernete branchenfremde Kraft für die von der Klägerin verrichteten Aufgaben nach der genannten Arbeitgeberauskunft vom 14. November 2011 wahrscheinlich eine dreimonatige Anlernzeit benötigt. Diese Angaben der Ärzte R sind nachvollziehbar. Sie rechtfertigen höchstens eine Einordnung des von der Klägerin ausgeübten Berufs einer angeleserten Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) in die Gruppe der Angestellten mit einer Ausbildung bis zu 2 Jahren.

Daran vermag die von dem Arbeitgeber vorgenommene Eingruppierung in Tätigkeitsgruppe I GTV Arzthelferinnen nichts zu ändern.

Nach § 1 Abs. 2 GTV Arzthelferinnen sind Arzthelferinnen im Sinne des Tarifvertrages die Angestellten, deren Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht und die die entsprechende Prüfung vor der Ärztekammer bestanden haben. Sprechstundenschwestern und Sprechstundenhelferinnen sowie staatlich geprüfte Kranken- und Kinderkrankenschwestern sind den Arzthelferinnen im Sinne dieses Tarifvertrages gleichgestellt, sofern sie eine Tätigkeit als Arzthelferin ausüben. Für die Eingruppierung in die vier Tätigkeitsgruppen, die beginnend von Tätigkeitsgruppe I bis Tätigkeitsgruppe IV eine Steigerung in der Qualität der Aufgaben aufweisen, ist nach § 3 Abs. 3 GTV Arzthelferinnen vom Berufsbild der Arzthelferin, wie es sich aus der Ausbildungsverordnung ergibt, sowie von den ihr in rechtlich zulässiger Weise übertragenen Tätigkeiten (Delegationsfähigkeit) auszugehen. Unter Zugrundelegung dieses rechtlichen Rahmens gelten für die Eingruppierung folgende Definitionen: Tätigkeitsgruppe I: Ausführen von Tätigkeiten nach Anweisungen, wobei Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, wie sie durch eine abgeschlossene Berufsausbildung als Arzthelferin mit der Prüfung vor der Ärztekammer erworben werden; Tätigkeitsgruppe II: Ausführen von Tätigkeiten nach allgemeinen Anweisungen, wobei vertiefte Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, die über die Anforderungen in Gruppe I hinaus erworben worden sind. Es werden drei Berufsjahre vorausgesetzt. Die weiteren Tätigkeitsgruppen III und IV verlangen weitere darüber hinausgehende Voraussetzungen, die vorliegend nicht von Bedeutung sind.

Die Klägerin wurde zwar nach der Auskunft der Ärzte R vom 26. Oktober 2011 nach Tätigkeitsgruppe I GTV Arzthelferinnen entlohnt. Sie hatte jedoch nach der Auskunft vom 14. November 2011 keine wesentlichen medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten. Die Tätigkeitsgruppe I erfordert hingegen Ausführen von Tätigkeiten nach Anweisungen, wobei vertiefte Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, wie sie durch eine abgeschlossene Berufsausbildung als Arzthelferin mit der Prüfung vor der Ärztekammer erworben werden. Daher beruhte ihre Eingruppierung in Tätigkeitsgruppe I nicht auf der Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen, also der Qualität der Arbeit, sondern wie in dieser Auskunft ebenfalls angegeben, (allein) auf einer Entscheidung ihres Arbeitgebers, die nicht den Berufsschutz einer Angestellten mit einer längeren (mehr als zweijährigen) Ausbildung nach dem Mehrstufenschema des BSG vermittelt.

Das BSG hat den Tarifverträgen in zweierlei Weise Bedeutung beigemessen, zum einen der abstrakten "tarifvertraglichen" Einordnung einer Tätigkeitsart (im Sinne eines verselbständigten Berufsbildes) innerhalb eines nach Qualitätsstufen geordneten Tarifvertrages und zum anderen der "tariflichen" Eingruppierung in eine bestimmte Tarifgruppe des jeweils geltenden Tarifvertrages durch den Arbeitgeber aufgrund der in dieser Zeit ausgeübten konkreten Tätigkeit.

Soweit die Tarifvertragsparteien eine bestimmte Berufsart im Tarifvertrag aufführen und einer Tarifgruppe zuordnen, kann regelmäßig davon ausgegangen werden, dass die Einstufung der einzelnen in dieser Tarifgruppe genannten Tätigkeiten auf deren Qualität beruht. Demnach lässt die abstrakte tarifvertragliche Eingruppierung einer bestimmten Berufstätigkeit in einer Tarifgruppe, die hinsichtlich der Qualität der dort genannten Arbeiten durch den Leitberuf des Facharbeiters geprägt ist, auch in der Regel den Schluss zu, dass diese Tätigkeit als Facharbeitertätigkeit zu qualifizieren ist. Anders verhält es sich lediglich, wenn die Einstufung durch qualitätsfremde Merkmale bestimmt ist (BSG SozR 3 2200 § 1246 Nrn. 13, 14) oder wenn konkrete Anforderungsmuster fehlen, der Tarifvertrag also nur allgemeine

Tätigkeitsmerkmale enthält. Es ist dann eine umfassende Prüfung erforderlich, wenn insofern nicht hinreichend erkennbar ist, an welchen Beurteilungskriterien sich der Arbeitgeber im Einzelfall orientiert hat (BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 21).

Die tarifliche Eingruppierung des Versicherten durch den Arbeitgeber stellt ein Indiz dar. Dies gilt grundsätzlich auch im negativen Sinne. Wenn der Arbeitgeber einen Arbeitnehmer nicht in eine Facharbeitergruppe einstuft, ist dies sofern es sich um einen geregelten Beruf handelt, der im Tarifvertrag erwähnt wird ein Indiz dafür, dass keine Facharbeitertätigkeit ausgeübt wurde (BSG, Beschluss vom 16. Dezember 1993 [13 BJ 261/92](#)). Dieses Indiz kann allerdings widerlegt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Eingruppierung eindeutig fehlerhaft war (BSG SozR 3 2200 § 1246 Nr. 32). Eine fehlerhafte, insbesondere zu niedrige, tarifliche Einstufung durch den Arbeitgeber ist grundsätzlich unbeachtlich. Steht also fest, dass eine Tätigkeit nicht entsprechend ihrem qualitativen Wert tariflich bewertet und eingestuft worden ist, so können dem Versicherten daraus ebenso wenig Nachteile für seinen Berufsschutz entstehen, wie ihm andererseits die im Vergleich zum qualitativen Wert der Tätigkeit zu hohe tarifliche Einstufung keine Vorteile für den Berufsschutz einzubringen vermag (BSG [SozR 2600 § 46 Nr. 13](#) und [SozR 2200 § 1246 Nr. 77](#)). Anlass für weitere Ermittlungen ist dann gegeben, wenn sich deutliche Anhaltspunkte für Fehler der tariflichen Eingruppierung ergeben. Im Übrigen bedarf es keiner detailgetreuen Überprüfung, da eine so weitgehende Aufklärung den praktische Wert der Indizwirkung im Rahmen einer Massenverwaltung wieder zunichte machen würde (BSG, Beschluss vom 16. Dezember 1993 [13 BJ 261/92](#)).

Davon ausgehend erweist sich unter Berücksichtigung der Auskünfte der Ärzte R vom 26. Oktober 2011 und 14. November 2011 die Eingruppierung nach Tätigkeitsgruppe I GTV Arzthelferinnen als offensichtlich fehlerhaft. Diese Eingruppierung erfolgte nach alledem lediglich vergünstigend.

Ist die Tätigkeit der angelesenen Arzthelferin (Sprechstundenhilfe) somit höchstens der Gruppe der Angestellten mit einer Ausbildung bis zu zwei Jahren zuzuordnen, kommt für die Klägerin als sozial zumutbare Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes insbesondere die Tätigkeit einer Versandfertigmacherin in Betracht.

Zu den Aufgaben eines Versandfertigmakers 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 Einzelaktivitäten 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 Versandfertigmakers gibt, die eine Einarbeitung von mehr als wenigen Tagen bis zu zwei Wochen erfordern. Insofern sind die jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Anforderungen maßgebend. Werden nur wenige Teile zusammengebracht und eingepackt (zum Beispiel Gebrauchsanweisungen, Produkthinweise, Handbücher und CD-Rom), ergibt sich an diesem Arbeitsplatz eine nur kurze Einweisungszeit, weil kein Wechsel der inhaltlichen Anforderungen stattfindet. Werden hingegen an einem Arbeitsplatz für eine gesamte Produktpalette mit ständig wechselnder Anzahl und in unterschiedlicher Zusammensetzung Beschreibungen zusammengestellt, dauert die Einweisung länger, weil die Gefahr einer falschen Zusammenstellung deutlich größer ist. Es müssen für letztgenannte Tätigkeit, so nach dieser berufskundlichen Stellungnahme, Ablaufformen und systematische Vorgehensweisen vermittelt werden, die anhand von Plausibilitäten während der Arbeitsverrichtung überprüft werden. Mit dieser Begründung ist nachvollziehbar, dass die genannte Tätigkeit eines Versandfertigmakers eine Einarbeitungszeit erfordert, die sie von den sonstigen ungelerten Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes abhebt und die deswegen sozial zumutbar ist.

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

Dem Beruf einer Versandfertigmacherin ist die Klägerin gesundheitlich gewachsen.

Dies folgt aus den Gutachten des Sachverständigen Dr. B und, soweit ihm der Senat folgen kann, auch des Sachverständigen Dr. K.

Nach dem Sachverständigen Dr. B bestehen eine Fehllhaltung und Funktionseinschränkungen im Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, eine Osteoporose mit Wirbelkörperverformungen, ein Zustand nach Implantation einer Schlittenendoprothese des rechten Kniegelenks ohne Nachweis von Funktionseinschränkungen, ein Zustand nach Kniegelenksarthroskopischer Meniskusoperation und durchgeführtem Knorpelshaving links sowie dezente nicht funktionsbehindernde Heberden'sche Arthrosen an den Fingergelenken.

Der Sachverständige Dr. K hat keine darüber hinausgehenden Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet erhoben. Solche lassen sich aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen insbesondere der behandelnden Ärzte ebenfalls nicht entnehmen.

Allerdings weist das Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 12. Juli 2007 die Diagnose einer Polyarthropathie mit Zustand nach Endoprothese des rechten Kniegelenkes aus. Diese Diagnose ist jedoch nicht wesentlich, wie der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. B vom 07. Mai 2012 nachvollziehbar zu entnehmen ist. Danach hat dieser Sachverständige den Begriff Polyarthropathie bewusst nicht gewählt. Dieser Begriff bezeichnet Gesundheitsstörungen an vielen Gelenken, ohne nähere Spezifikation in Bezug auf Formveränderungen und Funktionsbehinderungen. Aus sozialmedizinischer Sicht ist er somit inhaltsleer, weil er keine Aussage über eine Beeinträchtigung zulässt. Dem Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 12. Juli 2007 hat der Sachverständige Dr. B dazu nichts anderes entnehmen können. Funktionelle Beeinträchtigungen finden sich dort nicht. Das Gutachten beschränkt sich auf die Wiedergabe der subjektiven Schmerzangabe bei Beweglichkeitsprüfung des linken Hüftgelenks und beider Kniegelenke. Angesichts dessen erschließt sich dem Senat nicht, wieso der Sachverständige - so die Klägerin - die Frage bezüglich der Polyarthropathie eigentlich nicht beantwortet habe.

Wenn der Sachverständige Dr. B infolge der vorhandenen Gesundheitsstörungen die Schlussfolgerung gezogen hat, die Klägerin könne noch körperlich leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen bei gelegentlichem Gehen und Stehen ohne Arbeiten mit Heben und Tragen mittelschwerer und schwerer Lasten, mit Einwirkungen von Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft, mit Zwangshaltungen der Wirbelsäule und der Kniegelenke, mit längerem Knien, Hocken und Bücken, sowie auf Leitern und Gerüsten (soweit es nicht lediglich um das kurzfristige Besteigen einer kleineren Leiter geht) verrichten, ist dies schlüssig.

Wesentlich dafür sind die funktionellen Beeinträchtigungen im Bereich der Wirbelsäule neben dem folgenlos überwundenen Eingriff am rechten Kniegelenk durch Implantation einer Schlittenendoprothese im April 2006 (vgl. die Epikrise des O vom 27. April 2006) und der Arthroskopie mit Meniskusteilresektion und Knorpelglättung am linken Kniegelenk im Juni 2010 (vgl. die Epikrise der Gemeinschaftskrankenhaus H gGmbH vom 24. Juni 2010).

Bei seiner Untersuchung hat er eine Fehllagerung in sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten, eine verspannte und deutlich druckschmerzhafte Nacken- und Schultergürtelmuskulatur, klopfschmerzhafte Dornfortsätze im Bereich der Halswirbelsäule, mäßig druckschmerzhafte occipitale Nervenaustrittspunkte, eine ausgeprägte Rundrückenbildung im Bereich der Brustwirbelsäule mit druckempfindlicher und verspannter paravertebraler Muskulatur und mit klopfschmerzhaften Dornfortsätzen sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule eine Verspannung der lumbalen Rückenstreckmuskulatur und einer Klopfschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze festgestellt. Außerdem sind die Iliosakralfugen beidseits druckschmerzhafte sowie das Kreuz- und Steißbein mäßig klopfschmerzhafte gewesen. Es haben sich die Bewegungsmaße wie folgt dargestellt: Für die Halswirbelsäule: Vorneigen/Rückneigen 30/0/25 (Norm: 35 bis 45/0/35 bis 45), Seitneigen rechts/links 30/0/30 (Norm: 45/0/45), Drehen rechts/links 50/0/50 (Norm: 60 bis 80/0/60 bis 80), für die Brust- und Lendenwirbelsäule: Seitneigung rechts/links 25/0/25 (Norm: 30 bis 40/0/30 bis 40), Drehen im Sitzen rechts/links 20/0/20 (Norm: 30 bis 40/0/30 bis 40) bei einem Fingerbodenabstand von 27 cm.

Die radiologische Untersuchung hat im Bereich der Halswirbelsäule Kantenreaktionen am 5. Halswirbelkörper, im Bereich der Brustwirbelsäule eine Fehllagerung, eine osteoporotisch bedingte Sinterung des mittleren Brustwirbelabschnitts und mäßige generalisierte spondylotische Kantenreaktionen und im Bereich der Lendenwirbelsäule eine Fehllagerung aufgedeckt.

An beiden Kniegelenken haben sich Narben gezeigt. Eine deutliche Krepitation im linken Kniegelenk hat auf das Vorliegen einer Gon- und Retropatellararthrose hingewiesen. Während das rechte Kniegelenk mit 0/0/130 (Norm: 0/0/120 bis 150) normgemäß beweglich gewesen ist, ist die Beugung und Streckung im linken Kniegelenk schmerzhaft und seine Beugung geringfügig endgradig mit 0/0/110 eingeschränkt gewesen.

Die Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenkes hat bei Zustand nach Implantation einer Schlittenendoprothese nur eine geringe Sklerose des lateralen Tibiaplateaus, die des linken Kniegelenkes nur etwas vermehrte Schlißflächen in der medialen Tibiakonsole aufgedeckt.

Die Schultergelenke sind im Wesentlichen in allen Ebenen frei beweglich gewesen (geringfügige Einschränkungen haben bei der Bewegung Arm seitwärts beidseits mit 160 Grad bei Normbefund von 180 Grad, Arm rückwärts beidseits mit 30 Grad bei Normbefund 40 Grad und Arm einwärts drehen mit rechts 90 Grad und links 85 Grad bei Normbefund 95 Grad vorgelegen). An den Fingergelenken haben sich dezente Heberden'sche Arthrosen ohne resultierende Funktionseinschränkungen gefunden. Im Bereich der unteren Extremitäten ist das Hüftgelenk rechts mit 5/0/130 (Norm: 10/0/130) unwesentlich eingeschränkt gewesen. In der Fußsohle rechts ist ein Druckschmerz angegeben worden, ohne dass ein pathologischer Befund sich hat nachweisen lassen. Es hat sich ein abgesenktes Fußgewölbe im Sinne eines Senk-, Speizfußes beidseits und eine Hallux valgus-Bildung beidseits offenbart. Der Einfüßlerstand ist beidseits, insbesondere links, der Zehen- und Fersengang und -stand sind links unsicher ausgeführt worden.

Ansonsten hat der Sachverständige eine übergewichtige Klägerin mit einem Körpergewicht von 75 kg und einer Körpergröße von 161,5 cm (BMI 28,8) vorgefunden. Der Blutdruck hat 130/80 mmHg betragen. Es haben sich vereinzelte Besenreiser an beiden Beinen finden lassen. Bei anankastischer Persönlichkeitsstruktur hat die Klägerin bei gelegentlichen Konzentrationsschwächen weitschweifig und deutlich beschwerdebetont geantwortet. Die Beschwerden haben sich nicht immer auf entsprechende somatische Befunde zurückführen lassen, jedenfalls nicht in der Form, wie die Klägerin dies subjektiv empfunden hat. Die darin gesehene mäßigen Somatisierungsstörungen und die Persönlichkeitsstruktur sind nach dem Sachverständigen für die Beurteilung des Leistungsvermögens nicht von Relevanz.

Der Sachverständige Dr. K hat bei seiner Untersuchung des Stütz- und Bewegungsapparates keine gegenüber dem Sachverständigen Dr. B bedeutsam abweichenden Befunde erhoben.

Es haben eine Fehllagerung der gesamten Wirbelsäule, eine Verspannung der Schulter- und Nackenmuskulatur, der paravertebralen Muskulatur von Hals- und Lendenwirbelsäule, leicht schmerzhafte occipitale Nervenaustrittspunkte und ein leichter Druckschmerz der Schulter-Nackmuskulatur bestanden. Die Halswirbelsäule ist mit leichter Bewegungseinschränkung in der Seitwärtsneigung und Reklination frei beweglich gewesen. Die Rumpfbeugung hat einen Fingerbodenabstand von ca. 10 cm aufgewiesen. Die Reklination, die Seitwärtsneigung und die Seitwärtsdrehung des Rumpfes sind eingeschränkt gewesen. Genaue Bewegungsmaße hat der Sachverständige Dr. K auch für die von ihm festgestellte Bewegungseinschränkung des operierten rechten Kniegelenkes nicht erhoben.

Daneben hat er reizlose Operationsnarben, einen adipösen Ernährungszustand (Körpergewicht 80 kg, Körpergröße 170 cm: BMI 27,7), einen Blutdruck von 140/80 mmHg, eine leichte Varikosis beider Oberschenkel und eine eher logorrhöische Artikulation festgestellt.

An dem dargestellten gesundheitlichen Zustand ist nach den Untersuchungen durch die Sachverständigen Dr. B und Dr. K eine wesentliche Änderung nicht eingetreten, wie der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07. Mai 2012 ausgeführt hat. Dies ist nachvollziehbar. So hat sich insbesondere seine im Gutachten bereits geäußerte Prognose bezüglich der Verbesserung des Zustandes des linken Kniegelenkes bestätigt. Im Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. L vom 04. August 2010 (übersandt vom Gesundheitszentrum PGmbH) wird zwar noch ein geringer Gelenkerguss und ein Druckschmerz im medialen Gelenkspalt erwähnt. Die Befundberichte des Facharztes für Chirurgie Dr. S vom 03. Januar und 10. Januar 2012 weisen jedoch pathologische Befunde am linken Kniegelenk nicht mehr aus. Danach bestanden im März 2011 eine leichte Ischiasskoliose, eine muskuläre Abwehrspannung und ein positiver Laséque sowie im September 2011 eine endgradige Bewegungseinschränkung mit Bewegungsschmerz und Triggerpunktsymptomatik der Halswirbelsäule.

Die vom Sachverständigen Dr. B genannten Leistungseinschränkungen tragen dem Gesundheitszustand, soweit er aus dem Stütz- und Bewegungsapparat resultiert, hinreichend Rechnung.

Soweit nach dem Sachverständigen Dr. K wegen des Zustandes des Stütz- und Bewegungsapparates Arbeiten an laufenden Maschinen nicht zumutbar sind, erschließt sich dies mangels Begründung nicht. Der Sachverständige Dr. B hat dafür gleichfalls keine Erklärung benennen können, wobei er den Sachverständigen Dr. K allerdings falsch verstanden und wiedergegeben hat. Dies ist jedoch nicht wesentlich, denn wenn laufende Maschinen lediglich überwacht werden müssen, ist dies aus Sicht des Stütz- und Bewegungsapparates selbst dann möglich, wenn diese laufenden Maschinen, so das Missverständnis des Sachverständigen Dr. B, mit einseitiger monotoner Bewegung einhergehen. Soweit der Sachverständige Dr. B ein Arbeiten an langsam laufenden Fließbändern für zumutbar erachtet hat, steht dies nicht im Widerspruch zur Beurteilung des Sachverständigen Dr. K, da dieser lediglich ein Arbeiten in festgelegten Arbeitsrhythmen (Fließbandarbeit) unter ständig erhöhtem Zeitdruck (Akkordarbeit) ausgeschlossen hat.

Unklar ist und wird von der Klägerin auch nicht näher begründet, weswegen an langsam laufenden Fließbändern ausschließlich im Stehen oder Sitzen gearbeitet werden muss, so dass dem Erfordernis einer überwiegend sitzenden Tätigkeit bei gelegentlichem Haltungswechsel nicht genügt werden kann. Offen bleibt nach dem Vortrag der Klägerin gleichfalls, weswegen an solchen Fließbändern eine Zwangshaltung entsteht, wenn gleichzeitig - so die Klägerin - diese Arbeit sowohl mit gleich bleibenden, einseitigen Haltungen als auch mit Bewegungsabläufen verbunden ist.

Die aufgezeigten Befunde lassen auch nachvollziehbar werden, dass, anders als vom Sachverständigen Dr. K in seinem Gutachten angenommen, keine Beschränkung der zurückzulegenden Fußwege bis schwankend maximal 500 m aufgrund der Belastbarkeit der Wirbelsäule und insbesondere des rechten Kniegelenkes besteht. Der Sachverständige Dr. B hat dafür auch im Gutachten des Sachverständigen Dr. K keine Befunde finden können, die eine Verminderung der freien Wegstrecke rechtfertigen. An seiner Beurteilung, dass ein Fußweg von maximal 500 m primär aufgrund der Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenkes begründet ist, hat der Sachverständige Dr. K zwar in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 festgehalten, ohne jedoch dafür eine entsprechende Begründung gegeben zu haben. Er hat lediglich auf zusätzlich auftretende Wadenkrämpfe hingewiesen, die u. a. damit erklärt werden könnten, dass die Anflutung harnpflichtiger Substanzen zu entsprechender klinischer Symptomatik führen könne, womit die Bewegungskontinuität mit eingeschränkt werden könnte. Ungeachtet dessen, dass eine solche klinische Symptomatik weder von ihm festgestellt worden ist, noch sich aus den vorliegenden ärztlichen Berichten ergibt, hat er insoweit lediglich auf Möglichkeiten hingewiesen, die zeitweilig auftreten können. 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.

Die aufgezeigten Befunde sind gleichfalls keine einleuchtende Begründung dafür, dass die Klägerin, wie vom Sachverständigen Dr. K begründet, einen Pkw nicht benutzen kann. Dieser Beurteilung steht bereits entgegen, dass die Klägerin nach ihren eigenen Angaben einen Pkw für kürzere Strecken benutzt. Die Nichtbenutzung eines Pkws resultiert nach der ergänzenden Stellungnahme dieses Sachverständigen vom 12. April 2012 jedenfalls nicht aus einer Erkrankung des internistischen Fachgebiets. Die in dieser ergänzenden Stellungnahme vom Sachverständigen Dr. K gegebene weitere Begründung, die Bewegung des rechten Kniegelenkes sei eingeschränkt und es bestehe eine zusätzliche muskuläre Kraftminderung des rechten Beins, wird weder durch die vorliegenden ärztlichen Berichte noch durch die Untersuchungsbefunde des Sachverständigen selbst gestützt. So bestand nach dem Befundbericht der Fachärzte für Orthopädie und Rheumatologie Dres. G und M vom 29. September 2007 bereits seinerzeit eine Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes für Streckung und Beugung von 0/0/130 ohne weitere pathologische Befunde. Im Befundbericht des Facharztes für Chirurgie Dr. S vom 22. April 2010 werden lediglich für das linke Kniegelenk im Februar 2010 krankhafte Befunde mitgeteilt (u. a. endgradiger Bewegungsschmerz), die die im Juni 2010 durchgeführte - bereits angesprochene - Arthroskopie bedingten. Auch unter Berücksichtigung der von dem Sachverständigen Dr. K in diesem Zusammenhang genannten Wirbelsäulenbeschwerden leuchtet nicht ein, weswegen die Klägerin mit dem Pkw nicht ca. 50 km, ohne Notwendigkeit das Fahrzeug anzuhalten, zurücklegen kann, wie der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07. Mai 2012 ausgeführt hat. Insbesondere wenn selbst nach dem Sachverständigen Dr. K lediglich Arbeiten in ausschließlich einer Haltungsart vermieden werden müssen, also insoweit in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. B ein überwiegendes Sitzen zumutbar ist, sprechen dagegen keine Gesichtspunkte.

Über die vom Sachverständigen Dr. B genannten Gesundheitsstörungen liegen nach dem Sachverständigen Dr. K außerdem eine Niereninsuffizienz Grad III mit nephrogener Hypertonie, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung mit asthomoider Komponente, eine Stressinkontinenz des Urins bei mehrmaliger operativer Sanierung einer Zystozele, rezidivierende Oberbauchbeschwerden, rezidivierende Sinusitiden, eine Metaminzollergie, eine koronare Herzkrankheit, eine Refluxösophagitis ersten Grades, ein Zustand nach Hysterektomie mit Adnektomie und ein Fundus hypertonicus vor.

Dies ist unzweifelhaft, denn die Befundberichte und Gutachten anderer Ärzte stimmen hiermit im Wesentlichen überein. Es handelt sich um

dieselben Gesundheitsstörungen, auch wenn diese dort teilweise anders bezeichnet werden.

Die von dem Sachverständigen Dr. K als erforderlich erachteten Leistungseinschränkungen, die hieraus resultieren, sind schlüssig. Nach seiner Beurteilung ist aufgrund der asthmatischen Beschwerden ein Arbeiten in geschlossenen Räumen erforderlich, wobei neben Kälte, Feuchtigkeit und Zugluft auch Hitze und Staub zu vermeiden sind. Daneben scheidet Arbeiten in festgelegten Arbeitsrhythmen in Form von Fließbandarbeit unter ständig erhöhtem Zeitdruck, von Akkordarbeit aufgrund der deutlichen Blasenschwäche aus, die es zudem erforderlich macht, unangekündigt mehrmals die Toilette aufzusuchen.

Bei seiner Untersuchung hat dieser Sachverständige neben den bereits oben genannten Befunden im Rahmen einer gastroenterologischen Ultraschalluntersuchung allerdings lediglich eine deutlich verkleinerte Niere rechts mit kleiner Parenchymzyste sowie eine kleine parenchymatöse Zyste links mit der Diagnose des Verdachts auf eine Schrumpfniere rechts erhoben. Im Übrigen hat er sich ausschließlich auf die vorliegenden ärztlichen Berichte gestützt.

Nach dem Sachverständigen besteht seit Dezember 1994 eine chronische Niereninsuffizienz im Stadium III bei chronisch intestinieller Nephritis mit daraus resultierendem Hypertonus (vgl. die Epikrise des Klinikums E vom 10. Januar 1995), die seither keine signifikante Änderung erfahren hat, wobei das Kreatinin als harnpflichtige Substanz leicht erhöht ist. Dies findet seine Bestätigung im Bericht des Facharztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. F vom 24. Januar 2007, wonach der Kreatininwert konstant leicht erhöht ist. Darüber hinaus wird dort die vom Sachverständigen Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 genannte deutlich eingeschränkte Nierenclearance auf 56,6 ml/Minute erwähnt, die nach Dr. F eine chronische Niereninsuffizienz Stadium III rechtfertigt. Trotz unterschiedlicher Laborwerte (Anlage zum Befundbericht der Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie Dr. Z vom 27. Oktober 2011 nebst der von ihr vorgelegten weiteren Laborergebnisse; Anlage zum Befundbericht des Facharztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. R vom 01. November 2011) sind nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Dr. K zwischenzeitlich insoweit keine wesentlichen Befundänderungen eingetreten.

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung mit asthmoïder Komponente wurde nach dem Sachverständigen Dr. K erstmals im Dezember 2005 im Krankenhaus festgestellt. Eine daraufhin veranlasste Bodyplethysmografie erbrachte allerdings keinen Hinweis auf eine obstruktive oder restriktive Lungenventilationsstörung (vgl. Epikrise des S. Krankenhauses vom 28. Februar 2006). Darüber hinaus hat der Sachverständige auf eine Behandlung durch den Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. M hingewiesen. Nach dessen Bericht vom 04. September 2006 fanden sich klinisch keine Auffälligkeiten. Die von ihm durchgeführte Bodyplethysmografie ergab eine leichte Obstruktion, mittelstark erhöhte Resistance und ein normales Residualvolumen. Die Spasmyolyse normalisierte die Resistance vollständig. Nach seinem Befundbericht vom 31. Oktober 2011, dem die weiteren Bodyplethysmografien vom 07. Dezember 2006, 11. Januar 2007, 22. März 2007 und 25. Oktober 2007 beigelegt gewesen sind, haben sich die erhobenen Befunde leicht verbessert. Der Sachverständige Dr. K hat nach seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 allerdings eine wesentliche Befundänderung nicht erkennen können. Dies erscheint nachvollziehbar, denn die in den einzelnen Bodyplethysmografien dargestellten Kurzbefunde sind unverändert geblieben.

Die Harninkontinenz stellt sich nach dem Sachverständigen als Ergebnis einer operativen Sanierung einer Bauchhöhlenvereiterung im Februar 1985 (vgl. den Operationsbericht der C vom 07. Februar 1985) dar. Es besteht seither eine Harninkontinenz I bis II. Grades (vgl. die Epikrise des Klinikums E vom 10. Januar 1995). Nach dieser Epikrise erfolgte im Dezember 1994 eine abdominale Hysterektomie, wobei die rechte Adnexe belassen wurde. Nach Feststellung einer großen Zystozele (vgl. Bericht der Fachärztin für Frauenheilkunde M vom 20. Juni 2007, Bericht des Facharztes für Urologie W vom 10. November 2007, wonach die Urodynamik keine Urge-Inkontinenz bei angegebener Stressinkontinenz ergab) erfolgte im Dezember 2007 eine operative Sanierung durch eine vordere Kolporrhaphie (Epikrise des St. J Krankenhaus vom 21. Dezember 2007, wonach die Klägerin bei einem Restharn von 30 ml kontinent ohne Harndrang war). Nach dem Ergebnis einer weiteren Untersuchung zeigte sich beim Pressen noch eine erstgradige Zystozelenbildung und ein Restharn von ca. 40 ml (Bericht des St. J Krankenhauses vom 15. Februar 2008), worauf eine Elektrostimulationstherapie mit weiterer Abnahme des Harndranges erfolgte (Bericht des St. J Krankenhauses vom 25. April 2008). Eine weitere Untersuchung ergab beim Pressen erneut eine drittgradige Zystozele bei kaum Restharn und guter Beckenbodenkontrolle (Bericht des St. J Krankenhauses vom 17. November 2008), worauf im Februar 2009 eine Zystozelenkorrektur mit Mesh-Einlage durchgeführt wurde (Epikrise des St. Josephs Krankenhauses vom 01. März 2009, wonach sich kein Restharn zeigte). Es verblieb eine Belastungsharninkontinenz ersten bis zweiten Grades (Bericht des St. J Krankenhaus vom 09. April 2009, beigelegt gewesen von der Fachärztin für Frauenheilkunde Dr. B vom 01. Dezember 2011). Letztgenanntem Befundbericht und dem weiteren Befundbericht der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe M vom 14. November 2011 lassen sich weitere Befunde nicht entnehmen, wie der Sachverständige Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 ausgeführt hat. Angesichts des dargestellten Behandlungsverlaufs ist die in dieser ergänzenden Stellungnahme gezogene Schlussfolgerung, dass eine Besserung der Harndrangsymptomatik nicht erreicht werden konnte, nachvollziehbar.

Die rezidivierenden Oberbauchbeschwerden hat der Sachverständige Dr. K durch die zahlreichen Voroperationen erklärt. Diese können nach seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 spontan auftreten. Sie bestehen mithin nicht dauerhaft und sind daher rentenrechtlich nicht relevant, wie bereits oben ausgeführt, da sie allenfalls vorübergehend Arbeitsunfähigkeit begründen können.

Dauerhafte Beeinträchtigungen durch rezidivierende Sinusitiden, eine Metaminzollallergie, eine Refluxösophagitis ersten Grades, einen Zustand nach Hysterektomie mit Adnektomie und einen Fundus hypertonicus hat der Sachverständige den vorliegenden ärztlichen Unterlagen nicht entnehmen können, so dass auch diese Gesundheitsstörungen für das Leistungsvermögen nicht erheblich sind.

Wesentliche Funktionsstörungen, die aus der koronaren Herzerkrankung resultieren, lassen sich den vorliegenden ärztlichen Berichten gleichfalls nicht entnehmen. Der Sachverständige hat zwar darauf hingewiesen, dass nach dem Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 12. Juli 2007 das seinerzeit durchgeführte Belastungs-EKG Erregungsrückbildungsstörungen zeigte, die auch im Langzeit-EKG vom 26. März 2009 (vgl. den entsprechenden Bericht, beigelegt gewesen dem Befundbericht des Facharztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. R vom 01. November 2011) festzustellen waren. Diese lassen eine Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße vermuten. Allerdings hat er zugleich diesem Gutachten entnommen, dass die seinerzeit durchgeführte Echokardiografie eine normale linksventrikuläre Pumpleistung mit einer Ejektionsfraktion um 70 Prozent offenbarte. Ebenso wenig besteht eine kardiale Dekompensation. Angesichts dessen hat der Sachverständige Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 aus dieser Gesundheitsstörung keine

Leistungseinschränkungen abgeleitet.

Im Hinblick auf die dargelegten Befunde leuchtet ein, dass die Klägerin klimatischen Expositionen nicht ausgesetzt werden darf. Ebenso ist nachvollziehbar, dass wegen der Blasenschwäche ein Arbeiten in einem festgefügten Rahmen und unter ständigem Zeitdruck ausscheidet und dass gewährleistet sein muss, eine Toilette in zumutbarer Entfernung aufsuchen zu können. Die vom Sachverständigen Dr. K genannten Leistungseinschränkungen berücksichtigen mithin den Gesundheitszustand der Klägerin. Die Anforderungen der Arbeitsstättenrichtlinie Toilettenräume (ASR 37/01) genügen nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen vom 12. April 2012 dem Erfordernis der Erreichbarkeit.

Wenn eine Tätigkeit den dargestellten qualitativen Leistungseinschränkungen gerecht wird, ist, ohne dass zusätzliche Befunde oder Gesichtspunkte hinzutreten, zugleich ein Leistungsvermögen von mindestens 6 Stunden täglich folgerichtig, wie dies der Sachverständige Dr. B in Übereinstimmung mit dem Entlassungsbericht der H-Klinik vom 02. Juni 2006 angenommen hat.

Den anderslautenden Beurteilungen vermag sich der Senat mangels nachvollziehbarer Begründung nicht anzuschließen.

Für seine Beurteilung eines Leistungsvermögens von mindestens 3 Stunden bis unter 6 Stunden täglich hat der Sachverständige Dr. K in seinem Gutachten keinerlei Gründe angeführt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. März 2010 hat er dieses Leistungsvermögen insbesondere mit der extrem reduzierten Beweglichkeit des gesamten Wirbelsäulenbereichs begründet, die jedoch, wie die Beweiserhebung durch den Sachverständigen Dr. B ergeben hat, nicht nachgewiesen ist. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 hat der Sachverständige Dr. K weiterhin daran festgehalten, dass die Beurteilung dieses Leistungsvermögens nicht allein aus den Erkrankungen des internistischen Fachgebietes, sondern insbesondere auch aus deren Erkrankungen des orthopädischen Fachgebietes resultiert. Da die Gesundheitsstörungen des orthopädischen Fachgebietes ein solches Leistungsvermögen allerdings nicht rechtfertigen und weder dargetan noch ersichtlich ist, wieso dies allein aus internistischer Sicht gleichwohl der Fall sein soll, folgt bereits daraus, dass ein Leistungsvermögen von unter 6 Stunden täglich nicht bewiesen ist. Fehlt es nämlich an einer wesentlichen Tatsachengrundlage, die nach der Überzeugung eines Sachverständigen vorliegen muss, um die von ihm angenommene Beurteilung zu tragen, ermangelt dieser Beurteilung zugleich die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, weil insoweit notwendige Zweifel verbleiben müssen. So verhält es sich vorliegend mit der von dem Sachverständigen Dr. K vorausgesetzten, aber nicht nachgewiesenen Schwere der Erkrankungen des orthopädischen Fachgebiets insbesondere des Wirbelsäulenbereichs. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 stellt der Sachverständige Dr. K die chronische Nierenerkrankung in den Vordergrund der internistischen Leiden. Diese chronische Niereninsuffizienz hat eine verminderte Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen zur Folge, was wiederum zu allgemeiner körperlicher Schwäche, Konzentrationsminderung und Leistungsabfall führt. Dass Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit und Müdigkeit der Niereninsuffizienz zugeordnet werden können, geht auch aus dem Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. H vom 12. Juli 2007 hervor, das ebenfalls ein Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich einschätzte. Diese Beurteilung ist jedoch selbst nach dem Sachverständigen Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 eher unsicher. Wie er ausgeführt hat, erfolgte nach diesem Gutachten ein recht spärlicher Untersuchungsstatus, so dass die erhobenen Befunde das Leistungsvermögen reduziert einschätzen lassen. Zutreffend weist der Sachverständige an anderer Stelle in dieser ergänzenden Stellungnahme darauf hin, dass äußerst dürftige Befunde zur kritischen Beurteilung nicht brauchbar sind. Dabei verkennt der Sachverständige allerdings, dass er selbst bei seiner Untersuchung keine wesentlichen Befunde hat erheben können und somit allein die Befunde, wie sie sich in den vorliegenden ärztlichen Berichten darstellen, Grundlage einer Bewertung sein können.

Die vom Senat eingeholten Befundberichte und sonstigen ärztlichen Unterlagen hat der Sachverständige Dr. K in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012 als insgesamt äußerst dürftig und nicht brauchbar bezeichnet, so dass für die Zeit nach seiner Untersuchung für die internistischen Leiden eine bedeutsame Tatsachengrundlage für die Annahme eines zeitlich eingeschränkten Leistungsvermögens fehlt. Die in diesen Befundberichten angegebenen Befunde sind nicht deswegen dürftig, weil von den behandelnden Ärzten unzureichende Angaben gemacht wurden, sondern weil diese Ärzte keine anderen Befunde haben erkennen können. Die Befundlage stellt sich auch für die Zeit vor der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. K nicht wesentlich anders dar, wie die bereits oben aufgezeigten maßgebenden Befunde dokumentieren. Diese geben insbesondere keine Anhaltspunkte für Abgeschlagenheit und Müdigkeit. Die chronische Nierenerkrankung, die, wie der Sachverständige in seinem Gutachten dargelegt hat, im Wesentlichen unverändert seit Dezember 1994 besteht, ist als Erklärung dafür, dass die Klägerin nur noch mindestens 3 Stunden bis unter 6 Stunden täglich arbeiten kann, nicht überzeugend, denn die Klägerin arbeitete mit dieser Erkrankung zuletzt noch von Oktober 2001 bis März 2005 8 Stunden täglich ohne wesentliche Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu die Auskunft der Ärzte R vom 26. Oktober 2011). Darüber hinaus ist nach der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen vom 12. April 2012 nicht davon auszugehen, dass Abgeschlagenheit und Müdigkeit dauerhaft vorhanden sind. So weist er selbst darauf hin, dass körperliche Verrichtungen unter Berücksichtigung möglicherweise eintretender Erschöpfungszustände aufgrund der chronischen Niereninsuffizienz durchaus möglich sind. Die daneben von ihm für ein zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen angeführten Gründe überzeugen gleichfalls nicht. Zeitweilig auftretende abdominale Schmerzen und Exacerbationen des Bronchialasthma vermögen zu vorübergehenden Leistungsminderungen mit Zeiten von Arbeitsunfähigkeit führen und sind daher nicht geeignet, ein dauerhaftes und damit rentenrechtlich erhebliches zeitlich eingeschränktes Leistungsvermögen zu rechtfertigen.

Schließlich ist den Befundberichten des Facharztes für Innere Medizin und Nephrologie Dr. R vom 10. August 2008 und des Facharztes für Innere Medizin Dr. F vom 09. September 2008 keine Begründung dafür zu entnehmen, weswegen ein Leistungsvermögen von unter 6 Stunden täglich gegeben sein soll. Diese Befundberichte verweisen auf die bekannten ärztlichen Unterlagen, die oben erörtert worden sind.

Es ist auch nicht bewiesen, dass die Klägerin betriebsunüblicher Pausen bedarf.

Der Sachverständige Dr. K hat zwar in seinem Gutachten ausgeführt, dass neben den täglichen betrieblichen Pausen gegebenenfalls weitere Pausen aufgrund plötzlich eintretender Muskelkrämpfe, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Harndrang erforderlich seien. Er hat damit jedoch, wie dem Wort gegebenenfalls zu entnehmen ist, lediglich eine insoweit gegebene Möglichkeit aufgezeigt. Dass solche Pausen dauerhaft eingehalten werden müssen, ist dieser Aussage ebenfalls nicht zu entnehmen, da er dies von einem jeweils zeitweilig bestehenden Zustand, den plötzlich eintretenden genannten Ereignissen, abhängig gemacht hat. Schließlich hat er auch nicht Zahl und Dauer solcher möglicher Pausen sicher feststellen können.

Damit kann die Klägerin als Versandfertigmacherin arbeiten.

Die Arbeitsbedingungen eines Versandfertigmachers sind in der BIK BO 522 beschrieben unter anderem als körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit (zeitweise schweres Heben und Tragen) überwiegend in geschlossenen Räumen und Hallen, zum Teil im Freien, Arbeit in wechselnder Körperhaltung von Gehen, Stehen und Sitzen, zum Teil Zwangshaltungen wie Bücken, Hocken, Knien und vornüber geneigte Haltung, zum Teil Arbeit auf Leitern und Gerüsten. Allerdings bedeutet diese Beschreibung nicht notwendigerweise, dass dieses Anforderungsprofil für alle Arbeitsplätze eines Versandfertigmachers einschlägig ist. Dies ergibt sich schon daraus, dass diese Tätigkeit in verschiedenen Branchen und mit unterschiedlichen Produkten ausgeführt wird. Wenn demzufolge in den berufskundlichen Stellungnahmen des M L vom 01. November 2002 und 24. November 2002 dargestellt ist, dass es insoweit auch eine nennenswerte Zahl von, also nicht weniger als 300, Arbeitsplätzen gibt, die körperlich leicht sind und in geschlossenen Räumen im Wechsel von Sitzen und Stehen ausgeübt werden, bei denen wirbelsäulen- oder gelenkbelastende Körperhaltungen nicht eingenommen werden müssen, monotone oder repetitive Arbeitshaltungen sich nicht ergeben, die Aufgaben nicht durch fremdbestimmtes Arbeitstempo geprägt sind, nicht unter akkordähnlichen Bedingungen verrichtet werden, keine besonderen Anforderungen an die Kraft oder die Ausdauer der Hände gestellt werden, insbesondere keine Fein- oder Präzisionsarbeiten erfordern, Reiben, Schieben, Drehen, Ziehen oder Drücken nicht verlangt werden, weder Anforderungen an das Hörvermögen noch an die Stimme gestellt werden, eine durchschnittliche Sehfähigkeit genügt und bei denen geistig einfache Routinearbeiten weder besondere Anforderungen an die Umstellungsfähigkeit, das Reaktionsvermögen, die Aufmerksamkeit, die Übersicht, die Verantwortung oder die Zuverlässigkeit stellen, ist dies nachvollziehbar.

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

In der berufskundlichen Stellungnahme des M L vom 14. Januar 2005 wird an der Darstellung vom 01./24. November 2002, die im Einzelnen wiederholt wird, festgehalten und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich seither bezüglich des Berufes eines Versandfertigmachers keine nachhaltigen Veränderungen ergeben hätten. Wird das Leistungsvermögen jenes Klägers, das Grundlage der berufskundlichen Stellungnahme vom 14. Januar 2005 war, mit dem vorliegenden Leistungsvermögen verglichen, ist zwar festzustellen, dass jener Kläger teilweise in seinem Leistungsvermögen nicht so deutlich eingeschränkt war. Jener Kläger konnte körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten und geistig einfache Arbeiten (ohne hohe Anforderungen an das Intelligenzniveau) mit nur geringen Anforderungen an Reaktionsfähigkeit, Übersicht, Aufmerksamkeit und Verantwortungsbewusstsein in freien und in geschlossenen Räumen, jedoch ohne Arbeit unter besonderem Zeitdruck, wie z. B. Akkordarbeit, ohne Kontakt mit hautreizenden Stoffen und mit grober Verschmutzung und ohne 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.

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

Die bei der Klägerin bestehenden Leistungseinschränkungen lassen sich mit dem Belastungsprofil einer Versandfertigmacherin in Einklang bringen. Wenn der Sachverständige Dr. B somit in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07. Mai 2012 zu der Einschätzung gelangt ist, die Klägerin könne diesen Beruf mindestens 6 Stunden täglich ausüben, ist dies, weil er das berufskundliche Anforderungsprofil nicht verkannt hat, schlüssig und bewegt sich im Rahmen des einem Arzt einzuräumenden Beurteilungsspielraumes, so dass sich der Senat seine Bewertung zu eigen macht. Dieser Ansicht ist auch, wenn die zeitliche Komponente außer Betracht gelassen wird, der Sachverständige Dr. K nach seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. April 2012. Zeitlicher Druck und Staubbelastung, die nach seiner ergänzenden Stellungnahme einer solchen Tätigkeit entgegenstehen könnten, kommen nach der berufskundlichen Aussage des M L nicht vor.

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

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

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-01-16