

L 4 R 4405/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 12 R 1120/09

Datum

05.09.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 4405/11

Datum

05.06.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 5. September 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Streitgegenstand ist die Gewährung einer Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung ab dem 1. August 2008.

Der am 1964 geborene Kläger ist isländischer Staatsangehöriger. Er hat in Island neun Jahre die Grundschule besucht und keine Ausbildung absolviert. Er war in Island ab 1980 abhängig beschäftigt im Schlachthaus, als Bauarbeiter, Matrose, Koch, Maschinist und Steuermann im Fischfang, Security-Guard sowie Angestellter in der Fischzucht und im Fischfang. Von 1993 bis 2000 war er in Island als Boots- und Fischhändler selbstständig tätig. Anfang Juni 2002 reiste er nach Deutschland ein und war hier vom 3. Juni 2002 bis 14. April 2006 als Bauarbeiter im Straßen- und Tiefbau versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend bezog er bis 30. November 2008 Leistungen wegen Krankheit bzw. Arbeitslosigkeit. Vom 1. Januar 2009 bis 31. März 2009 und vom 1. November bis 31. Dezember 2011 war er geringfügig beschäftigt. Beim Kläger ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgestellt. Er bezieht eine Erwerbsminderungsrente aus Island in Höhe von ca. EUR 900,00.

Am 3. März 2006 erlitt der Kläger einen Schlittenunfall, bei dem er sich eine Rotatorenmanschettenruptur der linken Schulter und einen Nierenriss zuzog.

Am 29. August 2008 beantragte er Erwerbsminderungsrente. Nach Einholung ärztlicher Befundunterlagen der behandelnden Ärzte (Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. Bl. und Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Bü.) lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 21. Oktober 2008 ab. Auf den Widerspruch des Klägers, der geltend machte, schwerbehindert mit einem GdB von 50 zu sein und normale Arbeit nicht so einfach machen zu können, veranlasste die Beklagte eine Begutachtung. Fachärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. Sc. erstattete aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 16. Dezember 2008 das Gutachten vom 29. Dezember 2008. Dr. Sc. stellte die Diagnosen Funktionsminderung des linken Schultergelenks bei Rechtshändigkeit nach traumatischem Riss der Rotatorenmanschette bei einem privaten Schlittenunfall im März 2006 und dreimaliger arthroskopischer Muskelnäht mit postoperativ teilweiser Schädigung der Armnerven mit zum Untersuchungszeitpunkt eingeschränkter Schulterbeweglichkeit, Kraftabschwächung der linken Hand und Gefühlsstörungen; deutliche degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit Bandscheibenvorwölbungen C 3/4, C 5/6 und C 6/7, zum Untersuchungszeitpunkt mäßiggradige Bewegungseinschränkungen, keine Nervenwurzelreizzeichen; rückläufige Fußheberschwäche links und rückläufige Gefühlsstörungen im linken Bein nach Bandscheiben-Operation L 4/5 im Oktober 2007; ein konservativ behandelter Niereneinriss links ohne Restbeschwerden; Ohrgeräusche beidseitig bei Innenohrschwerhörigkeit ohne Beeinträchtigung bei normaler Unterhaltung; eine Operation des rechten Hüftgelenks 1982 ohne Restbeschwerden. Die letzte Tätigkeit als Bauarbeiter im Tief- und Straßenbau könne unter drei Stunden verrichtet werden. Derzeit arbeite der Kläger eine bis vier Stunden täglich im Garten- und Straßenbau. Ein positives Leistungsbild bestehe für leichte bis mittelschwere Arbeiten überwiegend im Gehen, Stehen, Sitzen. Häufige Zwangshaltungen, häufiges Bücken sowie Überkopfarbeiten sollten vermieden werden. Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die linke Hand und den linken Arm seien nicht möglich. Auch bei zu erwartender Besserung der Funktion des linken Schultergelenks werde eine deutliche Funktionsminderung verbleiben.

Der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 2007 zurück. Nach Auswertung der eingeholten ärztlichen Befunde von Dr. Bl. und Dr. Bü. bestehe eine Minderbelastbarkeit der linken Schulter nach Einriss der Muskelmanschette und teilweiser Nervenschädigung, eine Minderbelastbarkeit der Halswirbelsäule bei Bandscheibenvorwölbungen und Wirbelkanalenge, eine Minderbelastbarkeit der Lendenwirbelsäule bei Bandscheibenvorfall im Segment L 4/5, eine Fußstreckerschwäche links, Ohrgeräusche beidseits mit Innenohrschaden, eine chronische Bronchitis sowie eine leichte Harnstrahlabschwächung bei Harnröhrenenge nach unfallbedingtem Niereneinriss links. Dem eingeholten fachärztlichen Gutachten zufolge sei er aber mit der verbliebenen Leistungsfähigkeit in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich leichte Arbeiten in Tagesschicht, ohne Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten, ohne häufiges Bücken, ohne Klettern und Steigen, ohne Zeitdruck, ohne inhalatorische Belastungen, ohne Lärmexposition, ohne besondere Anforderungen an das Hörvermögen und nicht im Freien unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu verrichten. Daher sei er weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Der GdB werde nach anderen Kriterien ermittelt und lasse keinen unmittelbaren Rückschluss auf das Vorliegen von verminderter Erwerbsfähigkeit zu. Die im Zusammenhang mit der Feststellung des GdB erfassten Gesundheitsstörungen seien bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt worden.

Der Kläger erhob am 9. April 2009 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Er sei nicht in der Lage, auch leichte Arbeiten regelmäßig sechs Stunden zu verrichten. Er legte verschiedene Arztbriefe vor, u.a. die Arztbriefe des Radiologen Dr. Hütter vom 1. April 2011 und von Dr. Bl. vom 10. März 2011 und 7. April 2011 über einen Befund der rechten Schulter in Form einer Rotatorenmanschettenteilläsion mit Bewegungseinschränkung am rechten Ellenbogen, ohne Bewegungseinschränkung der rechten Schulter.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Dr. Bl. gab in seiner Auskunft vom 17. Mai 2009 an, er kenne den Kläger seit Dezember 2006. Seitdem habe dessen Leistungsfähigkeit erheblich abgenommen. Er sei nur noch in der Lage, leichte körperliche Arbeiten unter sechs Stunden am Tag zu verrichten. Ursache seien die Funktionsstörungen von Seiten der Bandscheiben cervical und lumbal mit jeweils anhaltenden neurologischen Ausfällen an den Armen und Beinen, zusätzlich die erhebliche Funktionsstörung der linken Schulter. Dr. Bü. gab in seiner Auskunft vom 18. Mai 2009 an, angesichts eines zunehmend chronifizierten Schmerzsyndroms der gesamten Wirbelsäule und der linken Schulter mit deutlicher Bewegungseinschränkung, progredienten Bandscheibenvorfällen, Armschwäche und Fußheberschwäche links könne der Kläger nicht mehr längere Zeit sitzen, stehen oder gehen. Er müsse sich täglich mehrfach zur Entlastung der Wirbelsäule hinlegen. Daher bestünden erhebliche Bedenken gegen die Einschätzung, er könne noch leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Priv.-Doz. Dr. M., Oberarzt in der Universitätsklinik für Neurochirurgie T., teilte in seiner Auskunft vom 18. Juni 2009 mit, der Kläger habe sich zuletzt am 26. Februar 2009 in der neurochirurgischen Ambulanz vorgestellt und über in beide Beine ausstrahlende Schmerzen, links betont, geklagt. Das Lasague'sche Zeichen sei bei 30° positiv gewesen. Zehen- und Fersenstand sicher möglich, keine Paresen. Am linken Bein habe eine Rest-Hypästhesie bestanden. Die Schmerzsymptomatik habe gegenüber November 2007 zugenommen, die seinerzeit festgestellten leichtgradigen Paresen der Fuß- und Zehenhebung seien nicht mehr nachweisbar gewesen. Klinisch-neurologisch stünde einer leichten mindestens sechs Stunden täglichen Tätigkeit nichts entgegen; die Schmerzsymptomatik könne aber ein zeitlich limitierender Faktor sein.

Das SG beauftragte den Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. St. mit der Erstellung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens. Dr. St. erstattete aufgrund Untersuchung des Klägers am 9. Dezember 2009 sein Gutachten vom 23. Dezember 2009. Er diagnostizierte unfallbedingt eine Schulterverletzung und einen Nierenriss mit noch bestehenden Beeinträchtigungen und Schmerzen im linken Schultergelenk, eine Bandscheiben-Operation LWK 4/5 im Oktober 2007 ohne nachweisbare Lähmungen, aber mit sensiblen Restbeschwerden und ein Schmerzsyndrom der Wirbelsäule. Neurologisch bestünden restliche Gefühlsstörungen nach den Bandscheibenproblemen am linken Bein ohne Einflüsse auf das Leistungsvermögen. Der psychiatrische Befund sei unauffällig; Depression, Angststörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung könnten ausgeschlossen werden. Sozialmedizinisch im Vordergrund stehe die orthopädisch-chirurgische Problematik, die ein orthopädisches Gutachten erfordere. Im Auftrag des SG erstattete sodann der Arzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Sch. ein unfallchirurgisch/orthopädisches Gutachten vom 24. April 2010 aufgrund einer Untersuchung am 11. März 2010. Beim Kläger lägen als Gesundheitsstörungen Abnutzungserscheinungen der Halswirbelsäule, besonders bei C 5/6 und C 6/7, Abnutzungserscheinungen und Bandscheibenschäden der Lendenwirbelsäule, ein Postdiscotomiesyndrom Grad 1 nach Krämer, ein Rotatorenmanschettendefekt der linken Schulter sowie ein Tinnitus, ein symmetrischer Innenohrschaden, eine Hauterkrankung und eine körperferne Einengung der Harnröhre vor. Nicht möglich seien daher Überkopfarbeiten, Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ausschließlich sitzende oder ausschließlich gehende Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Akkord- und Fließbandarbeit sowie Tätigkeiten unter besonderen klimatischen Bedingungen. Unter Beachtung dieser Einschränkungen könne er leichte körperliche Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich verrichten. Er sei in der Lage, arbeitstäglich 4 x 500 m in zumutbarem Zeitaufwand zurückzulegen.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstatteten anschließend Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. Be. ein neurologisch-psychiatrisches und der Chefarzt des S. J.-Krankenhauses Prof. Dr. Schl. ein orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten. Dr. Be. erstattete aufgrund der Untersuchung des Klägers am 8. September 2010 sein Gutachten vom 20. September 2010. Nach Angaben des Klägers erledige er leichte Arbeiten im Haushalt, koche regelmäßig, versuche täglich 30 bis 60 Minuten zu gehen. Er habe einen ausreichend großen Freundes- und Bekanntenkreis, auch regelmäßige Kontakte zur Nachbarschaft. Er stehe morgens früh auf, richte das Frühstück für seine Lebensgefährtin und sich, sehe danach fern, sitze am Computer und lese Zeitung. Alle zwei Wochen gehe er in seine Stammkneipe, am Wochenende treffe er Freunde und Bekannte und reise im Winter für zwei Wochen nach Gran Canaria. Nach Angaben des Sachverständigen konnte der Kläger während des ca. 1,5stündigen Untersuchungsgesprächs ruhig auf dem Stuhl sitzen, sich selbständig an- und ausziehen, wobei überwiegend der rechte Arm eingesetzt werde. Es bestehe ein leichtes Schonhinken bei ansonsten unauffälligem Gang. Psychisch sei der Kläger bewussteinklar, orientiert, in der Stimmung ausgeglichen; Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit seien normal. Es gäbe keine Hinweise für Störungen der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung. Bei der körperlichen Untersuchung seien leichte Verdeutlichungstendenzen erkennbar geworden, ein rasches ruckartiges Nachgeben bei der Kraftprüfung der Schultergürtel- und Oberarmmuskulatur, eine teilweise deutliche Minderinnervation und etwas übertrieben wirkende Ausweichbewegungen des Oberkörpers bei der Kraftprüfung des linken Armes im Stehen bereits bei geringem Widerstand. Bei der gezielten Prüfung der Armabduktion werde der linke Arm nur wenig nach vorn und zur Seite angehoben, beim Nase-Finger-Versuch und in scheinbar unbeobachteten Momenten sei dies deutlich besser möglich. Die gute Beschwiellung der Hände beidseits zeige, dass manuelle Tätigkeiten ausgeführt würden. An Gesundheitsstörungen bestehe beim Kläger ein Rotatorenmanschettendefekt der linken Schulter mit residualen, leichten Sensibilitätsstörungen am linken Arm und an der linken Hand ohne wesentliche funktionelle Relevanz. Weiterhin bestünden

belastungs- und haltungsabhängige Nacken- und Kreuzschmerzen in Folge degenerativer Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule mit intermittierender cervicaler Wurzelreizung links und eine intermittierende lumbale Nervenwurzelreizung L5, geringer auch S1 links. Leichte sensible Störungen am linken Unterschenkel und Fuß seien Residualsymptome einer älteren Wurzelläsion L5, geringer S1 links. Aus zwei Bandscheibenoperationen resultierten narbige Veränderungen in Höhe L4/5 neben degenerativen Veränderungen entsprechend einem Postdiscotomiesyndrom Grad I nach Krämer. Psychische Störungen seien nicht feststellbar. Die letzte berufliche Tätigkeit sei nicht mehr leidensgerecht. Leichte Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen, überwiegend im Sitzen ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, Überkopfarbeiten sowie Heben, Bewegen und Tragen von schweren Lasten über 15 kg seien möglich. Ausgeschlossen seien Akkord- oder Fließbandtätigkeiten, Tätigkeiten in Kälte, Nässe, Zugluft und Temperaturschwankungen wegen der leichten chronischen Bronchitis, mit inhalativen Reizen verbundene Tätigkeiten, Fahrtätigkeiten, Tätigkeiten mit starker Beanspruchung der linken Schulter, des linken Armes oder der linken Hand sowie Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten. Bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten müsse die Beeinträchtigung des Reaktions- und Konzentrationsvermögens beachtet werden. Unter Beachtung dieser Einschränkungen könne der Kläger leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich verrichten.

Prof. Dr. Schl. stellte im Gutachten vom 10. März 2011 aufgrund einer Untersuchung am 28. November 2010 die Diagnosen Bandscheibenschaden C3/C5/C6 mit begleitender Neuroforamenstenose, Bandscheibenschaden L4/L5 mit begleitender Facettenarthrose, Rotatorenmanschettenläsion links, Gefühlsstörungen im Bereich der linken Hand, rückläufige Teilläsion des Nervus peroneus links und Tinnitus beidseitig. Einschränkungen bestünden aufgrund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und der körperlichen Belastbarkeit. Durch die schmerzhafte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk aufgrund der Rotatorenmanschettenläsion sei die Einsetzbarkeit des linken Armes eingeschränkt, so dass körperlich belastende Tätigkeiten, die den Einsatz beider Arme erforderten, nicht möglich seien. Die im Vorgutachten erwartete Besserung des Befundes am linken Arm sei nicht eingetreten. Leichte Tätigkeiten seien möglich, wobei ein Tragen von Lasten bis fünf kg mit dem linken Arm möglich sei. Ein Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen sei zu gewährleisten, gleichförmige Körperhaltungen sollten vermieden werden. Eine Wegstrecke von 4 x 500 m könne der Kläger arbeitstäglich in zumutbarem Zeitaufwand bewältigen. Aufgrund der derzeitigen Befundkonstellation sei eine halbschichtige Tätigkeit (vierstündlich täglich) möglich. Die Einschränkung ergebe sich aus den Befunden des linken Schultergelenks und der Halswirbelsäule. Sie sei als dauerhaft anzusehen und bestehe mindestens seit 2008.

Die Beklagte legte die sozialmedizinische Stellungnahme der Fachärztin für Innere Medizin/Chirotherapie - Sozialmedizin Dr. Re. vom 6. Juni 2011 vor. Dr. Re. führte aus, dass die von Prof. Dr. Schl. festgestellten Bewegungseinschränkungen im Vergleich zur Untersuchung durch Dr. Sch. vom 11. März 2010 eine Verschlechterungstendenz zeigten, die jedoch weiterhin keine Minderung der quantitativen Leistungsfähigkeit begründe, sondern durch qualitative Leistungseinschränkungen zu berücksichtigen sei. Der neu festgestellte Befund des Teileinrisses der Rotatorenmanschette rechts bei unauffälligem klinischen Befund begründe keine Revision der bisherigen quantitativen Leistungsfähigkeit, ebenso die leichte Befundverschlechterung des Bewegungsausmaßes des linken Schultergelenks. Auch bei einer beidseitigen Schädigung der Schulterhauptgelenke könnten Fein- oder Sortierarbeiten oder das Bedienen einer Tastatur ohne zeitliche Beschränkung verrichtet werden.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Juli 2011 befand der Sachverständige Prof. Dr. Schl., dass die Rotatorenmanschettenteilläsion rechts eine weitergehende Änderung der beruflichen Einsetzbarkeit des Klägers bedinge, die funktionellen Einschränkungen aber im gleichen Bereich lägen wie beim linken Schultergelenk und vor allem Überkopfarbeiten beträfen. Der Einschätzung der Beklagten, dass eine Revision der bisherigen Einschätzung der Leistungsfähigkeit nicht erforderlich sei, könne mit Einschränkung zugestimmt werden. Fein- und Sortierarbeiten oder auch das Bedienen einer Tastatur seien mit den von ihm festgelegten Einschränkungen möglich.

Mit Urteil vom 5. September 2011 wies das SG die Klage ab. Aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens ergebe sich, dass der Kläger weder voll noch teilweise erwerbsgemindert sei. Insbesondere die Dres. Sc., Sch., St. und Be. hätten übereinstimmend und nachvollziehbar erläutert, dass die bisherige Tätigkeit im Straßenbau nicht mehr leidensgerecht sei, da der Kläger nicht mehr in der Lage sei, häufig schwere Lasten zu heben, zu bewegen oder zu tragen. Allerdings sei der Kläger in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes regelmäßig sechs Stunden zu verrichten. Insoweit führten die vorliegenden Beeinträchtigungen nicht zu einer Einschränkung. Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik seien die Behandlungsmöglichkeiten nach den Ausführungen von Dr. Sch. bei weitem nicht ausgeschöpft. Gegenüber Dr. Be. habe der Kläger berichtet, leichte Hausarbeiten zu verrichten. Er habe auch 1,5 Stunden auf einem Stuhl sitzen können. Dr. Sch. und Dr. Be. hätten eine gute Beschwielung der Hände festgestellt, so dass davon auszugehen sei, dass manuelle Tätigkeiten möglich seien. Dr. Sch. habe festgestellt, dass die Handfunktion links voll erhalten sei. Dem Gutachten des Prof. Dr. Schl. habe es (das SG) nicht folgen können. Dieser habe nicht erläutert, woraus die seiner Ansicht nach gegebene zeitliche Limitierung des Leistungsvermögens auf unter sechs Stunden folge. Zweifel bestünden an der vollständigen Sachverhaltserfassung seitens des Sachverständigen, da dieser in seiner ergänzenden Stellungnahme angegeben habe, das Gutachten von Dr. Be. liege nunmehr neu vor. Dieses Gutachten habe bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. Schl. vorgelegen. Schließlich sei auch Prof. Dr. Schl. davon ausgegangen, dass Fein- und Sortierarbeiten oder das Bedienen einer Tastatur möglich sei. Den Ausführungen des Dr. Bl. und des Dr. Bü. habe die Kammer nicht folgen können, da nicht begründet worden sei, inwiefern sich aus den Funktionsstörungen eine zeitliche Limitierung ergebe. Schwerwiegende spezifische Leistungseinschränkungen oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen lägen nicht vor. Insbesondere führe die Einschränkung am linken Arm nicht zur faktischen Einarmigkeit, denn der Kläger sei Rechtshänder und die beeinträchtigte linke Hand sei nicht gebrauchsunfähig.

Gegen das über seine Prozessbevollmächtigten am 29. September 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10. Oktober 2011 Berufung eingelegt. Das SG gehe von falschen Voraussetzungen aus, da es die neu hinzutretende Rotatorenmanschettenteilruptur rechts nicht berücksichtigt habe. Wegen der fehlenden vollen Einsetzbarkeit beider Arme liege nunmehr eine schwere und außergewöhnliche spezifische Leistungseinschränkung vor. Das SG hätte bei Unklarheiten des Gutachtens von Prof. Dr. Schl. diesen ergänzend hören müssen. Dessen Einschätzung, dass er (der Kläger) wegen der schmerzhaften Befunde im Bereich der Halswirbelsäule und der Schultern nur vier Stunden arbeiten könne, sei plausibel. Er habe seit einem Sturz im März 2011 auf den rechten Ellenbogen an der rechten und der linken Schulter die gleichen Beschwerden. Die Probleme von Seiten der Lendenwirbelsäule führten teilweise zur Schmerzlähmung des linken Beines sowie Taubheitsgefühlen im linken und manchmal auch im rechten Bein. Er habe 2010 eine geringfügige Beschäftigung (zwei bis drei Stunden täglich) aufgenommen, bei der er kleine Teile im Sitzen montiert habe. Diese habe er im März 2011 wegen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der Schultern aufgeben müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 5. September 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Aufhebung des Bescheides vom 21. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2009 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, ab 1. August 2008 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat ein Gutachten von Prof. Dr. Schi., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, physikalische und rehabilitative Medizin, Rheumatologie, Schmerztherapie, Psychotherapie, eingeholt. In seinem interdisziplinären Gutachten vom 25. Mai 2012 aufgrund der Untersuchung des Klägers am 15. Mai 2012 und einer psychologischen Evaluation der Dipl.-Psych. Fr. vom 15. Mai 2012 hat Prof. Dr. Schi. die Diagnosen Funktionsstörung der linken Schulter nach dreimaliger operativer Versorgung einer Rotatorenmanschettenruptur links mit freier aktiver und passiver Beweglichkeit, guter Kraftentfaltung und noch nicht abgeschlossener Anpassung, Nackenschmerzen mit mehrsegmentalem Aufbrauch der Halswirbelsäulen-Segmente ohne neurologische Ausfalls- oder Reizsymptome, Rückenschmerzen nach Bandscheibenoperation L4/L5 mit guter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule, ohne neurologische Ausfalls- oder Reizsymptome, Übergewicht und Nikotin-Abusus gestellt. Möglich und zumutbar seien sechs Stunden und mehr arbeitstäglich leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten (also mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg) ohne Überkopfarbeiten, Arbeiten mit Heben und Tragen über der Arm-Horizontalen und ohne Rumpfwangshaltungen und dauerhaftes Rumpfbeugen, Rumpfseitneigen oder Rumpfdrehen. Diese Einschränkung bestehe seit 2008, dem Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme nach Bandscheiben-Operation L 4/5 im Universitätsklinikum Tübingen. Gegenüber dem Gutachten von Dr. Sc. vom 16. Dezember 2008 habe der Kläger nunmehr eine freie Beweglichkeit in der Armspreizung erreicht, wenn auch mit Ausgleichsbewegungen. Die Fixation des linken Armes gegen Widerstand sei nunmehr nicht eingeschränkt gewesen. Eine wesentliche Einschränkung der Rumpfbeugung sei bei guter Lendenwirbelsäulen-Entfaltung nicht festzustellen. Die linke Schulter sei nach wie vor passiv frei beweglich. Eine Kraftabschwächung der linken Hand und Gefühlsstörungen seien nicht festzustellen gewesen. Unverändert geblieben seien die Aufbrauchsveränderungen der Halswirbelsäule. Sozialmedizinisch ergäbe sich kein wesentlicher Unterschied. Wie auch bei Dr. St. in seinem Gutachten vom 23. Dezember 2009 seien keine psychischen Gesundheitsstörungen zu sichern gewesen. Gegenüber der Befundpräsentation im orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten von Dr. Sch. vom 24. April 2010 sei die Funktion des linken Schultergelenks deutlich gebessert. Auch er (Prof. Dr. Schi.) habe die von Dr. Sch. beschriebene kräftige Beschwielung der Hände festgestellt, zusätzlich Schwielen im Bereich der Fingerbeeren mit Schmutzeinsprengungen und keine Schonungszeichen in Form von Muskelverschmächtigungen. Im Gegensatz zu Dr. Sch. könne er keine Einschränkungen für Akkord- und Fließbandarbeiten sowie unter besonderen klimatischen Bedingungen ableiten. Im Vergleich zum Gutachten des Dr. Be. vom 20. September 2010 könne er zwar die Nackenschmerzen bei Aufbrauch der Halswirbelsäulen-Bewegungssegmente, nicht jedoch ein Wurzelreizsyndrom der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule bestätigen. Zwar bestünde die von Dr. Be. angegebene Funktionseinschränkung der linken Schulter nach dreimaliger operativer Versorgung der Rotatorenmanschette. Neurologische Defizite im Bereich des linken Armes könne er jedoch nicht bestätigen. Sozialmedizinische Unterschiede ergäben sich hieraus nicht. Im Gegensatz zu Prof. Dr. Schl. im Gutachten vom 10. März 2011 seien neurologische Ausfallsymptome (im Bereich der linken Hand und des linken Unterschenkels) nicht mehr festzustellen. Auch sei eine deutliche Besserung des Befundes bezüglich des linken Armes eingetreten. Eine Indikation für einen nochmaligen operativen Eingriff bestehe nicht. Das Heben und Tragen von Lasten von 15 kg sei möglich. Für ihn (Prof. Dr. Schi.) sei nicht nachvollziehbar, wie der Sachverständige Prof. Dr. Schl. auf eine quantitative Leistungseinschränkung auf vier Stunden arbeitstäglich komme. Weder die benannten Gesundheitsstörungen noch deren im Selbstvortrag beschriebene Auswirkungen auf alle Lebensbereiche könnten dies begründen. Die vom Kläger subjektiv empfundenen Einschränkungen könnten durch eine Wiedererlangung von Lebensperspektiven deutlich gebessert werden. Gegenüber der sozialmedizinischen Stellungnahme der Beklagten vom 6. Juni 2011 sei die Funktion der rechten Schulter völlig ungestört. Teileinrisse der Rotatorenmanschette seien ein häufiger Zufallsbefund von Magnetresonanztomografie(MRT)-Bildern. Hinsichtlich der linken Schulter sei keine Befundverschlechterung, sondern sogar eine Verbesserung festzustellen. Eine quantitative Leistungseinschränkung könne daher nicht begründet werden. Die zusätzlich erfolgte psychologische Evaluation von Dipl.-Psych. Fr. hat keine psychische Störung ergeben, aber hinsichtlich der geklagten körperlichen Beschwerden Hinweise auf Aggravation, da der Kläger ausschweifend und widersprüchlich über seine Symptomatik berichte, andererseits zwei Stunden lang sitzen und konzentriert dem Gespräch folgen konnte, eingeräumte Pausen unter Hinweis, dass sein Bruder auf ihn warte, abgelehnt habe.

Der Kläger erhob Einwendungen gegen das Gutachten von Prof. Dr. Schi. und rügte unter Verweis auf den (vorgelegten) Arztbrief des Dr. Bl. an Dres. Bü. vom 8. August 2012, der vom Sachverständigen erhobene Befund sei falsch. Der Sachverständige habe den Tagesverlauf nicht richtig wiedergegeben, zu Unrecht eine Schwielenbildung im Bereich der Hände festgestellt, zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit der Arme und Schultern röntgenologische Befunde nicht ausgewertet, im körperlichen Untersuchungsbefund Bewegungsausmaße nicht festgestellt sowie zu Unrecht versucht, seine (des Klägers) Probleme im psychischen Bereich festzustellen. Dr. Bl. hat in dem genannten Arztbrief die Auffassung vertreten, der Kläger sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten unter drei Stunden am Tag zu verrichten.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2012 hat der Sachverständige im Hinblick auf diese Einwendungen des Klägers ausgeführt, er habe auf die Angabe von Bewegungsmaßen nach der Neutral-Null-Methode verzichtet, weil diese von medizinischen Laien schwer zu deuten sein. Die von ihm angegebene freie Beweglichkeit bedeute, dass Abspreizung, Anheben, Rückführen und Drehen im Schultergelenk links nicht beeinträchtigt gewesen seien. Für ihn sei wesentlich gewesen, dass er keine Schonungszeichen des linken Armes als Hinweis auf schmerzbedingte Schonung habe feststellen können. Aus dem Befundbericht des Dr. Bl. sei nicht zu entnehmen, ob die aktive Beweglichkeit des linken Schultergelenks geprüft worden sei. Auf weitere Bilddiagnostik der linken Schulter habe er (der Sachverständige) verzichtet, weil angesichts der freien Funktion hierfür keine rechtfertigende Indikation gestellt werden könne. Die von Dr. Bl. dargestellten Bildbefunde seien unspezifisch und implizierten keine konsekutiven Funktionsstörungen. Die von ihm dargestellte massive Beeinträchtigung der Belastungsfähigkeit müsste sich in einer Muskelverschmächtigung des linken Armes niederschlagen. Die von Dr. Bl. dargestellten Bewegungseinschränkungen der Brustwirbelsäule seien nicht nachvollziehbar, da der Kläger bei ihm (dem Sachverständigen) eine weitgehend altersgerechte Entfaltung der Wirbelsäule gezeigt habe. Diffuse Hyposensibilitäten des linken Armes und des linken Beines

deuteten nicht auf einen neurologisch distinkten Befund hin. Diffuse Gefühlsstörungen seien eher Ausdruck nicht körperlicher Gesundheitsbeeinträchtigungen. Ebenso wenig sei der von Dr. Bl. festgestellte positive Lasègue nachvollziehbar, da der Kläger bei ihm (dem Sachverständigen) die Beine aus eigener Kraft habe anziehen und ausstrecken können. Diese unterschiedliche Befundpräsentation innerhalb kurzer Zeit lege nahe, dass untersuchungsabhängige Bedingungen ausschlaggebend gewesen seien, da eine Änderung der körperlichen Situation in dieser Zeit nicht anzunehmen sei. Selbst die von Dr. Bl. dargestellten, nicht zu bestätigenden Funktionsbeeinträchtigungen der Stütz- und Bewegungsorgane würden keine quantitative Leistungseinschränkung begründen.

Die Berichterstatterin hat den Rechtsstreit mit den Beteiligten am 30. November 2012 in nichtöffentlicher Sitzung erörtert.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher oder rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs. 2 SGG](#) statthafte und zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 21. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Versicherte haben nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung vom 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007 ([BGBl. I. S. 554](#))), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Nach diesen Maßstäben ist der Kläger, wie das SG zutreffend entschieden hat, weder voll noch teilweise erwerbsgemindert. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren sowie der vom SG und vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger noch in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr als sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat entnimmt dies den Gutachten der Dr. Sc. im Rentenverfahren vom 29. Dezember 2008, des Dr. St. vom 23. Dezember 2009, des Dr. Sch. vom 24. April 2010, des Dr. Be. vom 20. September 2010 und des Prof. Dr. Schl. vom 10. März 2011, sowie dem im Berufungsverfahren erstatteten Gutachten des Prof. Dr. Schi. vom 25. Mai 2012.

Der Kläger leidet vorrangig unter Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet. Bei ihm besteht ein Rotatorenmanschettendefekt der linken Schulter mit residualen, leichten Sensibilitätsstörungen infolge des am 3. März 2006 erlittenen Schlittenunfalls, Nackenschmerzen mit mehrsegmentalem Aufbrauch der Halswirbelsäulensegmente ohne neurologische Ausfall- oder Reizsymptome sowie Rückenschmerzen nach einer Bandscheibenoperation L 4/5 mit guter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ohne neurologische Ausfall- oder Reizsymptome (Postdiscotomiesyndrom). Weiter bestehen an der Rotatorenmanschette rechts Teileinrisse (Arztbrief Dr. Hütter vom 1. April 2011 bezüglich Kernspintomografie des rechten Schultergelenks vom 30. März 2011), die jedoch nicht zu funktionellen Beeinträchtigungen führen. Aktives und passives Bewegungsausmaß der Schultern und die Kraftentfaltung (Fixation des linken Armes in verschiedenen Schultergelenkeinstellungen gegen Widerstand) sind nicht beeinträchtigt. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule ist endgradig eingeschränkt. An der Lendenwirbelsäule bestehen nach Bandscheibenoperation Funktionsstörungen mit nur geringen funktionellen Auswirkungen bei guter Entfaltung. Die vom Sachverständigen Prof. Dr. Schi. beschriebenen Ausweichbewegungen bei Erhebung der Bewegungsbefunde der linken Schulter deuten auf eine noch nicht abgeschlossene funktionelle Kompensation eines operativ versorgten Defekts der Rotatorenmanschette hin. Es bestehen diffuse Gefühlsstörungen am linken Arm und am linken Bein. Nebenbefundlich besteht ein abgeheilter Nierenriss, eine körperferne Harnröhrenverengung, eine Hauterkrankung und ein Tinnitus mit symmetrischem Innenohrschaden.

Es bestehen nach den übereinstimmenden Bekundungen der Sachverständigen Dr. St. und Dr. Be. sowie der Dipl.-Psych. Fr. in ihrer psychiatrischen Evaluation zum Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Schi. keine Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet; Depression, Angststörung und somatoforme Schmerzstörung können danach ausgeschlossen werden. Insoweit folgt der Senat den erstatteten neurologisch-psychiatrischen Gutachten und nicht dem Befundbericht des Dr. Bl., der - fachfremd - chronisches Schmerzsyndrom und Depression als Diagnosen aufführt, ohne dieses näher zu begründen.

Aus den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates folgen nach den übereinstimmenden Bekundungen der Sachverständigen

qualitative Leistungseinschränkungen. Zu vermeiden sind das Heben und Tragen von Lasten, Überkopfarbeiten, Arbeiten mit Heben und Tragen über der Arm-Horizontalen, das Tragen von Lasten auf den Schultern, Rumpfwangshaltungen, dauerhaftes Rumpfbeugen, Rumpfsseitneigen oder Rumpfdrehen. Weitergehende qualitative Einschränkungen ergeben sich nicht. Die von Dr. Sch. dargelegten Einschränkungen bezüglich Akkord- und Fließbandarbeit und besonderen klimatischen Bedingungen sind aus den Gesundheitsstörungen nicht abzuleiten. Weitere Einschränkungen ergeben sich auch nicht aus dem Gutachten von Prof. Dr. Schl. und den von Dr. Bl. mitgeteilten Befunden. Beide befundeten eine ausreichende Beweglichkeit der Schultern und Kraftentfaltung der oberen Extremitäten. Prof. Dr. Schl. hielt Fein- und Sortierarbeiten und das Bedienen einer Tastatur ausdrücklich für möglich. Dies wird bestätigt durch die gegenüber dem Sachverständigen Prof. Dr. Schi. angegebene Alltagsgestaltung mit Erledigung von Hausarbeiten, täglichen Spaziergängen von einer Stunde Dauer, Tätigkeiten am Computer, Reisen nach Gran Canaria und Island, sozialen Kontakten und nicht zuletzt durch die auch von Dr. Sch. und Prof. Dr. Schi. beschriebene Beschwielung der Hände, bei der Untersuchung durch Prof. Dr. Schi. zusätzlich mit Schmutzeinsprengungen, die der im Berufungsverfahren vorgetragenen aufgehobenen Funktion beider Hände widerspricht. Auch das beidseitig kräftige Muskelprofil ohne Muskelverschmächtigungen spricht gegen erhebliche funktionelle Einschränkungen der Schultern. Dass die Hände im Befundbericht von Dr. Bl. als sehr gepflegt und ohne Gebrauchsspuren beschrieben werden, ist am ehesten durch die Intention des Klägers zu erklären, das ihm übersandte, für ihn negative Gutachten des Prof. Dr. Schi. zu widerlegen. Nur so ist auch die von Dr. Bl. beschriebene aufgehobene Entfaltbarkeit der Wirbelsäule nachzuvollziehen, die bei Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. Schi. altersentsprechend entfaltbar war. Der Senat folgt insgesamt den Befunderhebungen des im Berufungsverfahren erstatteten Gutachtens des Prof. Dr. Schi., der eine Besserung des Befundes der linken Schulter und des linken Armes gegenüber den Vorgutachten festgestellt hat. Der Senat hat keine durchgreifenden Bedenken gegen das Vorgehen des Sachverständigen, die Befunde nach der Neutral-Null-Methode zu erheben und die Ergebnisse hinsichtlich der Funktion ohne Nennung der Messwerte darzustellen.

Die beim Kläger als rentenrechtlich relevant zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen führen nach Überzeugung des Senats zu keiner Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Der Kläger ist noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit den genannten qualitativen Leistungseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt sich auf die Gutachten von Dr. Sc., Dr. St., Dr. Sch., Dr. Be. und Prof. Dr. Schi. ... Nicht gefolgt werden kann hingegen dem Gutachten des Prof. Dr. Schl. und dem Arztbrief des Dr. Bl. ... Prof. Dr. Schl., der ohne abweichende Befunde und ohne nähere Begründung ein Leistungsvermögen von nur vier Stunden täglich attestierte, blieb trotz Nachfrage seitens des SG in seiner ergänzenden Stellungnahme eine Erklärung hierfür schuldig. Soweit bei den Befunderhebungen von Dr. Sc. (2008), Dr. Sch. (2009), Dr. Be. (2010) und Prof. Dr. Schl. (2010) noch neurologische Ausfallerscheinungen bestanden bzw. die Rumpfbeugung eingeschränkt war und eine Kraftabschwächung im linken Arm bestand (Gutachten Dr. Sc.), die Funktion des linken Armes beeinträchtigt war (Gutachten Prof. Dr. Schl.), führen diese Befunde zu keiner abweichenden sozialmedizinischen Beurteilung. Der neuere kernspintomografische Befund der rechten Schulter ist in Anbetracht der freien Beweglichkeit ohne rentenrechtliche Relevanz.

Ob dem Kläger ein Arbeitsplatz vermittelt werden kann oder nicht, ist für den geltend gemachten Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung nicht erheblich. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Maßgebend ist, ob der Kläger mit dem ihm verbliebenen Restleistungsvermögen - wenn auch mit qualitativen Einschränkungen - in der Lage ist, zumindest körperlich leichte Tätigkeiten arbeitstäglich für mindestens sechs Stunden zu verrichten, er also in diesem zeitlichen Umfang unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts erwerbstätig sein kann, wovon im Regelfall ausgegangen werden kann (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. Oktober 2010 - [B 13 R 78/09 R](#) - in juris). Dies bejaht der Senat wie zuvor dargelegt.

Eine konkrete Verweisungstätigkeit müsste dem Kläger nur benannt werden, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG a.a.O.). In einem solchen Fall kann der Arbeitsmarkt selbst bei einem noch vorhandenen sechsstündigen Leistungsvermögen ausnahmsweise als verschlossen gelten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Verweisung auf noch vorhandenes Restleistungsvermögen nur dann möglich ist, wenn nicht nur die theoretische Möglichkeit besteht, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erhalten. Dies ist nicht der Fall. Beim Kläger liegen zwar - wie dargelegt - einige qualitative Leistungseinschränkungen vor, diese sind jedoch nicht als ungewöhnlich zu bezeichnen. Zwar bestehen Einschränkungen für das Heben, Tragen oder Bewegen von schwereren Lasten, Zwangshaltungen und Rumpfbewegungen. Darin ist weder eine schwere spezifischen Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen zu sehen. Eine schwere spezifische Leistungsbehinderung liegt nur vor, wenn bereits eine erhebliche (krankheitsbedingte) Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Hierzu können - unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände - beispielsweise Einäugigkeit, Einarmigkeit und Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zählen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 9. Mai 2012 - [B 5 R 68/11 R](#) - in juris m.w.N.). Keine dieser Fallkonstellationen ist beim Kläger vorhanden. Insbesondere ist das Berufungsvorbringen des Klägers, beide Arme nicht benutzen zu können, durch die vom Senat durchgeführten Ermittlungen widerlegt. Das Gutachten von Prof. Dr. Schi. als auch der vom Kläger vorgelegte Arztbrief des Dr. Bl. befundeten keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen der oberen Extremitäten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-06-06