L 5 R 2476/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 12 R 3539/09
Datum
05.05.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 2476/10
Datum
21.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 05.05.2010 wird zurückgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid vom 20.08.2012 wird abgewiesen.

Die Beklagte erstattet dem Kläger die Hälfte seiner außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung voller Erwerbsminderungsrente, nachdem die Beklagte ihm diese während des Berufungsverfahrens für die Zeit vom 01.07.2010 bis zum 31.07.2014 gewährt hat, noch für die Zeit vom 01.11.2008 bis zum 30.06.2010.

Der 1964 geborene Kläger hat keine abgeschlossene Berufsausbildung und war zuletzt bis November 2004 als angelernter Drehautomateneinsteller versicherungspflichtig tätig.

Am 13.11.2008 beantragte der Kläger bei der Beklagten zunächst formlos die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung und gab an, seit einem Unfall vom 30.10.2004 erwerbsunfähig zu sein. Das unter dem 02.12.2008 ausgefüllte Antragsformular ging bei der Beklagten am 12.12.2008 ein.

Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung durch Dr. H., Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin/Sozialmedizin. In ihrem Gutachten vom 02.02.2009 erstellte Dr. H. folgende Diagnosen: Chronischer Reizzustand des Muskel-Sehnenmantels der rechten Schulter und mäßige Schultereckgelenksarthrose rechts mit leichter Bewegungseinschränkung, Zustand nach traumatischer Schulterluxation und Oberarmfraktur rechts im Oktober 2004 (Privatunfall), vier arthroskopische Schultergelenksoperationen rechts 2005 bis 2007 Schwere Handgelenksarthrose links nach distaler Unterarmfraktur links 1983 (Sportunfall) mit teilendoprothetischem Handgelenksersatz 1983, nachfolgender Zystenbildung, operativer Ausräumung und Denervierung Juni 2007, mit leichter Bewegungseinschränkung Fehlstatik und degenerative Veränderungen der HWS mit leichter Bewegungseinschränkung, ohne Nervenwurzelreizzeichen. In Zusammensicht aller Befunde und Funktionseinschränkungen sei das Leistungsvermögen des Klägers gemindert, jedoch nicht aufgehoben. Es bestehe ein über sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte Arbeiten ohne häufige und länger dauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Überkopfarbeiten, ohne Armvorhalte über 90°, ohne Tätigkeiten mit Zugbewegungen für den rechten Arm und ohne kraftvolles Zupacken mit der linken Hand. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Drehautomateneinsteller bestehe ein unter dreistündiges Leistungsvermögen, da hierbei häufig Überkopfarbeiten notwendig seien.

Hieraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 04.02.2009 den Rentenantrag ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 27.02.2009 Widerspruch mit der Begründung, seine Erwerbsminderung ergebe sich nicht nur aus dem unfallbedingten arthrotischen Zustand der rechten Schulter, sondern auch aus einer Arthrose im linken Handgelenk. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens beauftragte die Beklagte die Fachärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. Sch. mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens. In ihrem Gutachten vom 03.04.2009 erstellte Dr. Sch. folgende Diagnosen: Funktionsminderung rechtes Schultergelenk nach traumatischer Schulterverrenkung (Luxation) und knöchernem Abriss im Bereich des körpernahen Oberarmes rechts im Oktober 2004 mit viermaliger arthroskopischer Schultergelenks-OP rechts 2005 bis 2007 Ausgeprägte Handgelenksarthrose links nach Handgelenksbruch 1983 (Sportunfall) mit teilendoprothetischem Handgelenksersatz 1983, nachfolgender Zystenbildung, operativer Ausräumung und Denervierung im Juni 2007 mit leichter Bewegungseinschränkung Leichte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit freier Beweglichkeit, keine Nervenwurzelreizzeichen, keine neurologischen Ausfallerscheinungen. Übereinstimmend mit der Leistungsbeurteilung

im vorausgegangenen Gutachten (von Dr. H.) führte Dr. Sch. aus, aus ihrer Sicht sei das Leistungsvermögen des Klägers gemindert, es sei jedoch nicht aufgehoben. Unter Berücksichtigung von qualitativen Funktionseinschränkungen könne der Kläger auch weiterhin leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten. Überkopfarbeiten, Arbeiten im oberen Greifraum und in Vorhalte sollten vermieden werden, ebenso Tätigkeiten mit Zugbewegungen für den rechten Arm sowie Tätigkeiten, die ständiges Bewegen im linken Handgelenk oder ein kraftvolles Zupacken mit der linken Hand erfordern würden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2009 wies die Beklagte den Widerspruch hieraufhin zurück.

Der Kläger hat sein Begehren weiterverfolgt und am 28.10.2009 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit der Begründung erhoben, er sei seit seinem Unfall im Jahre 2004 arbeitsunfähig und voll erwerbsgemindert. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat darauf hingewiesen, dass dem Kläger zwischenzeitlich eine dreiwöchige Reha-Maßnahme in Bad K. bewilligt worden sei.

Das SG hat eine Zeugenanfrage an den Hausarzt des Klägers Dr. G. gerichtet. Dieser übersandte dem Gericht als Antwort ein Schreiben des Rechtsanwalts des Klägers im erstinstanzlichen Verfahren vom 22.05.2009, in welchem Dr. G. gegenüber eine vormals erteilte Schweigepflichtentbindungserklärung ausdrücklich widerrufen wurde und Dr. G. aufgefordert wurde, Informationen an Dritte ausdrücklich nur nach Rücksprache mit dem Kläger weiterzugeben. Dieses Schreiben leitete das SG an die Beteiligten weiter und forderte den Kläger zur Stellungnahme binnen vier Wochen auf. Eine Stellungnahme hierzu erfolgte im erstinstanzlichen Verfahren nicht.

In der Zeit vom 17.12.2009 bis 07.01.2010 hielt sich der Kläger zur Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik am Kurpark Bad K. auf. Der dortige Entlassbericht enthält folgende Diagnosen: Chronifiziertes Schmerzsyndrom rechte Schulter mit persistierender Teilsteife nach traumatischer Schulterluxation 10/2004 Posttraumatische Radiokarpalarthrose links nach Scaphoid-Teilresektion und Silikonersatz 1983 mit deutlicher Zystenbildung im distalen Radius Chronischer Nikotinabusus Mitgeteilter chronischer Tinnitus aurium beidseits, subjektiv verstärkt Hypercholesterinämie geringen Grades mit ungünstiger LDL-/HDL-Relation. Die Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als angelernter Drehautomateneinsteller. Es bestünden Einschränkungen auf Dauer für stärkere, die linke Hand belastende Tätigkeiten. Ansonsten sollten häufige Überkopftätigkeiten und schwere Tätigkeiten mit abduziertem oder eleviertem Arm vermieden oder eingeschränkt werden. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sei der Kläger in der Lage, leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zu verrichten.

Nach der Ankündigung einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid hat der Kläger mit Schreiben vom 11.03.2010 vorgetragen, es stehe nunmehr ein OP-Termin an der linken Hand an und gebeten, das Ergebnis dieser Maßnahme abzuwarten. Weiterhin wurde angefragt, ob die am 03.12.2009 angeforderte Zeugenaussage von Dr. G. bereits vorliege.

Mit Gerichtsbescheid vom 05.05.2010 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger sei nicht teilweise erwerbsgemindert und damit erst Recht nicht voll erwerbsgemindert, da er zur Überzeugung des Gerichts - unter Beachtung gewisser qualitativer Einschränkungen - in der Lage sei, leichte Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Dies ergebe sich zur Überzeugung des Gerichts aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens. Das Gericht stütze sich hierbei insbesondere auf die im Verwaltungsverfahren erstellten Gutachten von Dr. H. und Dr. Sch. sowie auf den Entlassbericht aus der Rehabilitationsmaßnahme in der Reha-Klinik am Kurpark Bad K ... Die Gutachter Dr. H. und Dr. Sch. hätten die ganz im Vordergrund stehenden Gesundheitsstörungen des Klägers auf chirurgisch/orthopädischem Gebiet im Einzelnen beschrieben und die jeweilige Bedeutung für das Leistungsvermögen nachvollziehbar erörtert. Hiernach werde die Leistungsfähigkeit des Klägers maßgeblich durch eine Funktionsminderung des rechten Schultergelenks, eine ausgeprägte Handgelenksarthrose links und leichte degenerative Veränderungen der HWS mit freier Beweglichkeit und ohne Nervenwurzelreizzeichen beeinflusst. Dies werde in den wesentlichen Punkten auch durch den aktuellen Entlassbericht aus der Rehabilitationsmaßnahme bestätigt. Sowohl die Gutachter Dr. H. und Dr. Sch. als auch die Ärzte der Rehaklinik hätten für das Gericht nachvollziehbar dargelegt, dass aus diesen Erkrankungen zwar qualitative Leistungseinschränkungen resultierten, der Kläger jedoch eine leichte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden arbeitstäglich ausüben könne. Das Gericht schließe sich diesen überzeugenden Einschätzungen an. Insbesondere die Funktionsminderung des rechten Schultergelenks und die ausgeprägte Handgelenksarthrose links führten zwar nachvollziehbar dazu, dass der Kläger keine Arbeiten mehr verrichten könne, die eine die linke Hand stärker belastende Tätigkeit oder häufige Überkopftätigkeiten und schwere Tätigkeiten mit abduziertem oder eleviertem Arm bedingten. Eine quantitative Leistungseinschränkung auch für sonstige, körperlich leichte Tätigkeiten resultiere hieraus jedoch nicht. Sonstige schwerwiegende spezifische Leistungseinschränkungen, die ausnahmsweise die Annahme eines verschlossenen Arbeitsmarktes trotz sechsstündiger Erwerbsfähigkeit bedingen könnten, seien beim Kläger nicht ersichtlich. Ebenso wenig habe eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen festgestellt werden können. Zwar könnten Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit grundsätzlich Zweifel an einer normalen betrieblichen Einsatzfähigkeit begründen. Die beim Kläger bestehenden qualitativen Einschränkungen seien jedoch dergestalt, dass sie bei leichten Tätigkeiten - etwa Bürohilfstätigkeiten - keine weitergehenden besonderen Arbeitsanforderungen bedingten, so dass keine Zweifel an der Einsatzfähigkeit unter betriebsüblichen Arbeitsbedingungen bestünden. Dem Kläger stehe auch kein Anspruch gemäß § 240 SGB VI auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit zu, da er 1964 geboren worden sei.

Gegen diesen ihm am 11.05.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 25.05.2010 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, es liege ein Reha-Entlassungsbericht der Reha-Klinik am Kurpark Bad K. vom 19.01.2010 vor, der indiziere, dass er nicht mehr leistungsfähig sei. Es werde auch auf das in dem beim Sozialgericht Reutlingen anhängigen Klageverfahren S 11 SB 30 10/08 einholte Gutachten des Orthopäden und Arztes für Psychosomatische Krankheiten und Psychotherapie Dr. R. vom 21.12.2009 verwiesen. Danach liege bei ihm eine chronische Schmerzerkrankung mit zunehmender Dysthymie, ausgeprägtem Tinnitus und psychosomatischen Symptomen wie Schlafstörungen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden vor. Es bestünden wesentliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, was auch indiziere, eine nervenfachärztliche Begutachtung beim Kläger durchzuführen. Es wurde ein Bericht der Radiologen Dr. H./O. vom 08.04.2010 vorgelegt und hierzu vorgetragen, Grund der Untersuchung seien therapierefraktäre Schulterschmerzen bei Zustand nach Luxationstrauma gewesen. Festgestellt worden sei dabei eine Fehlstellung des Oberarmkopfes mit Läsion und postoperativen Veränderungen im Schultereckgelenkbereich sowie Reizzustände im Schulterbereich. Er sei vor allem aufgrund der Schmerzen aber auch der Einschränkungen beider Arme nicht in der Lage, regelmäßig auch leichte Arbeiten täglich sechs Stunden auszuführen. Er übersandte einen aktuellen Befundbericht von Dr. B. vom 26.10.2010 und führte aus, dieser bestätige ein Schmerzsyndrom im linken Handgelenk mit Ausfällen, chronisches Schmerzsyndrom in der rechten Schulter mit

Funktionsausfällen. Dies indiziere eine erhebliche Funktionseinschränkung und das Vorliegen von voller Erwerbsminderung.

Der Senat hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen gehört. Dr. B., Arzt für Chirurgie Unfallchirurgie hat unter dem 21.11.2010 folgende Diagnosen mitgeteilt: Chronisches Schmerzsyndrom li. Handgelenk Zustand nach Fraktur des Os naviculare li. Zustand nach Entfernung des Os naviculare li. Mäßige Arthrose im li. Handgelenk Arthrodese der li. Handwurzel Sensible Ausfälle an der li. Hand Z.n.Schulterluxationsfraktur re. mit Abriss des Tuberculum majus Rotatorenmanschettenteilruptur re. Leichte Omarthrose re. Anhaltendes Schmerzsyndrom an der re. Schulter. Er habe den Kläger nur einmal am 26.10.2010 gesehen. Dieser sei auf Grund der schweren Erkrankung beider Arme nur noch in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten unter 3 Stunden am Tag zu verrichten, wobei handwerkliche leichte Arbeiten über diese Zeit ebenfalls nicht möglich seien. Dr. K., Facharzt für Plastische Chirurgie/Handchirurgie hat unter dem 29.11.2010 mitgeteilt, dass er den Kläger seit dem 05.11.2009 behandele. Primärbefund sei eine ausgedehnte scaphoradiale und medikarpale Arthrose mit Zystenbildung im Radius mit Silikonprothese bei proximaler Scaphoidpseudarthrose, Zustand nach Denervation und Scaphoidteilresektion 2007, 1983 Scaphoidersatz durch Silikonprothese. Nachfolgend sei eine Arthroskopie des Handgelenkes am 07.12.2009 mit Gelenkkörperentfernung mit Synovialektomie erfolgt, sowie eine mediokarpale Teilarthrodese mit Radiusstyloidresektion sowie Zystenauffüllung im distalen Radius nach Kürettage, Spanplastik vom Becken rechts zum Handgelenk links am 07.05.2010. Arbeitsunfähigkeit habe bereits praeoperativ und anschließend durchgehend vorgelegen, da die Teilarthrodese des Handgelenkes immer noch nicht vollständig knöchern konsolidiert sei. Dr. G., Facharzt für Allgemeinmedizin hat unter dem 05.11.2011 u.a. mitgeteilt, dass es während der insgesamt acht ambulanten Vorstellungen in den Monaten November und Dezember 2009 initial vorwiegend um eine subjektiv stark beeinträchtigende Lautstärkezunahme des bekannten Tinnitus bds. in Verbindung mit einer ebenfalls bilateralen Hochtonschwerhörigkeit ätiopathogenetisch direkt zusammenhängend mit den emotionalen Belastungen aufgrund fortbestehenden Rechtsstreitigkeiten sowie überwiegend abgelehnten Sozialleistungsanträgen gegangen sei. Im März 2010 sei sodann erstmalig eine depressive Symptomatik mit vordergründiger innerer Unruhe, Gereiztheit sowie anhaltenden Schlafstörungen manifest geworden. Während zwei weiterer Behandlungstermine im Monat Mai 2010 habe eine Progression der psychoreaktiv-depressiven Beschwerdekonstellation mit nunmehr erwähnten realen Existenzängsten und sozialen Rückzugstendenzen mit erheblicher multimodaler vegetativer Begleitsymptomatik festgestellt werden können. In Würdigung der inzwischen komplexen Beschwerdekonstellation im Bereich der oberen Extremitäten, halte er eine vollschichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt - auch für leichtere Tätigkeiten - nicht für leidensgerecht, zumal die zuletzt erfolgten Behandlungsstrategien am linken Handgelenk wohl zu keiner subjektiven Besserung der Schmerzen geführt hätten. Retrospektiv sei der Kläger seit Oktober 2004 durchgehend arbeitsunfähig erkrankt, ein letzter Wiedereingliederungsversuch im September 2008, mit einem täglichen Arbeitsaufwand von 4 Stunden sei bereits nach 3 Tagen gescheitert. Dr. E., Arzt für Neurologie u. Psychiatrie hat unter dem 01.04.2011 im Wesentlichen mitgeteilt, der Kläger habe sich erstmals am 12.05.2006, dann wieder am 14.12.2006 vorgestellt. Danach habe er sich wieder am 17.03.2009, 29.03.10, 28.05.2010 und 21.10.2010 vorgestellt. Am 17.03.2009 habe er insbesondere über Schmerzen im Schultergelenksbereich rechts sowie schmerzhafte Kribbelparästhesien im v. N. ulnaris versorgten Bereich d. li. Hand geklagt. Bei der weiteren Vorstellung am 29.03.2010 habe er nach Operation eine deutliche Besserung der Beschwerden bzgl. des Sulcus ulnaris-Syndrom links angegeben. Am 28.05.2010 habe sich der Kläger wegen dem Verdacht auf depressive Störung vorgestellt, so laute die Überweisungsdiagnose des Hausarztes. Der Kläger habe zudem über Schlafstörungen geklagt. Das sein Fachgebiet betreffende Sulcus ulnaris-Syndrom habe sich nach operativer Therapie weitgehend gebessert. Eine depressive Erkrankung habe er nicht feststellen können. Das für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit maßgebliche Leiden liege auf dem orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet. Seitens seines Fachgebiets habe keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Er hat folgende Diagnosen mitgeteilt: Sulcus ulnaris-Syndrom li. (G56.2 L ICD - 10) deutlich gebessert Op nach Fraktur v. Handwurzelknochen li. [1983 u. 2007] (S62.10 L ICD - 10) Z. n. Verkehrsunfall mit Schulterläsion re. (M/15.9 R ICD - 10) Anpassungsstörung mit leicht depressiver Reaktion (F43.2 ICD - 10)

Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von Dr. F., Facharzt für Orthopädie u. Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Zusatz: Handchirurgie. In seinem auf der Grundlage einer Untersuchung am 11.05.2011 erstellten Sachverständigengutachten vom 04.07.2011 hat dieser folgende Diagnosen mitgeteilt: Sekundäre Arthrose des linken Handgelenkes nach Kahnbeinfraktur mit Zustand nach Teil- Versteifung der Handwurzel und dauerhafter Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit in mehreren Ebenen Zustand nach Schulterluxation rechts mit Abriss eines knöchernen Sehnen-Ansatzes und resultierender mäßig- bis mittelgradiger Bewegungseinschränkung sowie sekundären, degenerativen, mäßiggradigen Sehnen- und Gelenkkapsel-Schäden Verdacht auf Schmerz-Syndrom, Stadium 1 nach Gerbershagen Tinnitus aurium.

Der Kläger sei noch in der Lage, ohne unmittelbare Gefährdung der Gesundheit leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben. Spezielle Hilfsmittel würden am Arbeitsplatz nicht benötigt. Eine vermehrte Belastung des linken Handgelenkes wie Über-Kopf-Arbeiten seien zu vermeiden. Öffentliche Verkehrsmittel könnten genutzt werden. Eine zeitliche Limitierung bezüglich des allgemeinen Arbeitsmarktes und leichter Tätigkeiten ergebe sich nicht.

Der Kläger ist der Beurteilung des Sachverständigen entgegengetreten und hat eine ärztliche Stellungnahme der Klinik R. (Oberarzt Dr. R., Stationsarzt Dr. Sch.) vom 05.07.2011 vorgelegt, wonach er sich seit dem 25.05.2011 im Vinzenz von Paul Hospital auf einer offen geführten psychotherapeutischen Station in stationärer Behandlung befand. Die Diagnosen (Klassifikation nach ICD 10) Schwere depressive Episode (F32.2) Chronifiziertes Schmerzsyndrom der rechten Schulter Grad 3 nach Gerbershagen mit myofascialem Schmerzsyndrom re., Schulter und Nacken bei Z. n. traumatischer Schulterluxation rechts im Rahmen eines Verkehrsunfalls 2004 mit Fraktur des Tuberculum majus, chronische Funktionsbehinderung des rechten Glenohumeralgelenkes, radiologisch minimale Omarthrose kaudal (M25.51, M79.10, M99.97, T94.1, T92.5, M19.11) Zervikalgie (M54.2) Obstipation (K59.0) Hochtonschwerhörigkeit bds, bei Z. n. Knalltrauma bds. Tinnitus aurium bds. (H91.9, H83.3, H93.1) Nikotinabhängigkeit mit V. a. beginnende COPD (F17.2, J44.83) Einschränkung des linken Handgelenks bei Z. n. Os naviculare Fraktur 1982. inzwischen durchgeführte Arthrodese und Z. n. Neurolyse des linken N. ulnaris 2009 (M24.63) seien gestellt worden. Der Kläger sei auf die offen geführte Psychotherapiestation mit Schwerpunkt Depressionsbehandlung aufgenommen und in ein multimodales Behandlungskonzept bestehend aus Bezugspflege, Physiotherapie, Ergotherapie und ärztlich-psychotherapeutischen Einzelgesprächen eingebunden worden. In den Einzelgesprächen sei es vornehmlich um die Verarbeitung verschiedener Belastungsfaktoren gegangen, die sich seit dem Unfallereignis eingestellt hätten. Der Kläger sei durch das laufende Verfahren, seine stark eingeschränkten finanziellen Mittel, die familiäre Belastung, durch das laufende Verfahren und die Finanzlage sowie seine resultierenden Verhaltensänderungen belastet. Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik mit inhaltlicher Fixierung des Denkens auf das laufende Verfahren und die verschiedenen Belastungsfaktoren erhalte er eine Psychopharmakotherapie. Im Verlauf habe eine Besserung der depressiven Symptomatik erreicht werden können. Belastende Themen könnten besser angesprochen werden. Die Prognose könne derzeit aufgrund verschiedener Einflussgrößen nicht sicher abgeschätzt werden. Es werde eine Wechselwirkung der seit mehreren Jahren

bestehenden depressiven Symptomatik mit zunehmenden Belastungen durch die oben dargestellten Faktoren gesehen. Situative bzw. äußere Gegebenheiten interagierten mit den individuellen Bewältigungsstrategien des Patienten. Es werde durch den stationären Aufenthalt - wie bereits eingetreten - eine Besserung der Krankheitsschwere erwartet, jedoch das Fortbestehen einer Restsymptomatik für möglich gehalten. Auf eine entsprechende Anfrage des Senats bat Dr. R. von seiner Vernehmung als sachverständigen Zeugen abzusehen. Die Erstattung einer fachlichen Aussage zum Stellenwert seiner psychiatrischen Erkrankungen für die rechtlichen Fragestellungen sei unvereinbar mit seiner Weiterbehandlung.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers ein Sachverständigengutachten von Prof. Dr. W., Ärztin für Neurologie und Psychiatrie eingeholt. Nach Untersuchung des Klägers am 11.01.2012 hat diese in ihrem Sachverständigengutachten vom 21.01.2012 folgende Diagnosen mitgeteilt: auf nervenärztlichem Gebiet: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F45.41) leichte posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10: F43.1) leichte depressive Episode (ICD 10: F32.0) operiertes Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts, asymptomatisch (ICD 10: G56.2)

auf nicht nervenärztlichem Gebiet: sekundäre Arthrose des linken Handgelenks Zustand nach Schulterluxation rechts Tinnitus

Die vom Kläger geschilderten Funktionsstörungen beträfen einerseits Bewegungen der Arme, andererseits soziale Störungen im Kontakt mit anderen Menschen und drittens kognitive Störungen (könne nicht mehr klar denken, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen). Es sei während der Untersuchung der Eindruck entstanden, dass er durchaus in der Lage sei, auch über einen längeren Zeitraum konzentriert ein Gespräch zu führen und zielgerichtet zu argumentieren, andererseits aber sei auch Anspannung bei ihm spürbar geworden. Es sei gut vorstellbar, dass er in einer Tätigkeit unter Zeitdruck, mit hoher Anforderung an das Konzentrationsvermögen oder mit häufigem Publikumsverkehr überfordert sei. Glaubhaft sei, dass Tätigkeiten, die häufige Bewegungen des linken Handgelenks oder der rechten Schulter erfordern, für ihn nicht durchführbar seien. Andererseits sei es durchaus vorstellbar, dass er bei einer Tätigkeit, die diese qualitativen Einschränkungen berücksichtigt, eine Stärkung seines Selbstwertgefühls und eine teilweise Verbesserung seines psychischen Zustandes (insbesondere der Reizbarkeit und der depressiven Symptome) erleben würde. Wegen der Chronifizierung der Schmerzen und der doch erheblichen inneren Anspannung gehe sie aber davon aus, dass es ihn besondere Anstrengung und Kraft kosten würde, trotz der Schmerzen eine kontinuierliche Arbeit zu versehen. Sie gehe deshalb letztendlich davon aus, dass bei ihm, wenn er einen Arbeitsplatz finden würde, zunächst ein Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich für leichte körperliche Tätigkeiten bestehe. Es sei schwierig, ein genaues Anfangsdatum für die Leistungsminderung anzugeben. Der Kläger habe berichtet, dass es bei ihm im Laufe des Jahres 2010 zu einer psychischen Verschlechterung gekommen sei. Dokumentiert sei eine relevante psychische Störung, nämlich eine schwere depressive Episode zusätzlich zu dem chronischen Schmerzsyndrom dann mit der Aufnahme in der Psychiatrie R. (25.05.2011). Wie oben dargelegt, gehe sie davon aus, dass die bei dem Kläger vorliegende Störung eher als posttraumatische Belastungsstörung in Kombination mit depressiver Symptomatik und Schmerzstörung bezeichnet werden sollte. Auch wenn dies in R. nicht exakt so geschehen sei, sei davon auszugehen, dass der Kläger zum Zeitpunkt der Aufnahme dort so beeinträchtigt gewesen sei, dass die oben angegebene Leistungseinschränkung bereits vorgelegen habe.

Die Beklagte ist dieser Leistungsbeurteilung entgegengetreten und hat eine sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. E.-D., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 16.02.2012 vorgelegt, in dem diese ausführt, der Entlassbrief aus R. vom 17.08.2011 sei sehr knapp gehalten. Es würden u.a. eine schwere depressive Episode sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom festgestellt. In welchem psychischen Zustand der Kläger entlassen worden sei, gehe aus dem Kurzarztbericht nicht hervor. Der behandelnde Nervenarzt Dr. E. habe in seiner gutachterlichen Zeugenaussage berichtet, dass er keine depressive Erkrankung habe feststellen können. Die Nervenärztin Prof. Dr. W. gehe von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus. Sie betone, dass die posttraumatische Belastungsstörung sowie die depressive Episode leicht ausgeprägt sei. Das operierte Sulcus ulnaris Syndrom rechts sei asymptomatisch. Da die depressive Symptomatik und die posttraumatische Belastungsstörung nur leicht ausgeprägt seien und als Hauptdiagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werde, könne damit allenfalls eine qualitative Leistungseinschränkung begründet werden, jedoch keine quantitative Leistungseinschränkung. Bei Würdigung aller Gutachten und gutachterlichen Zeugenaussagen sowie Entlassbriefe spreche weiterhin nichts dagegen, dass der Kläger für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig leistungsfähig sei.

Auf Antrag des Klägers wurde die Sachverständige Prof. Dr. W. daraufhin zu einer ergänzenden Stellungnahme aufgefordert. In dieser Stellungnahme vom 25.04.2012 hat die Sachverständige erklärt, es sei nicht korrekt, generell davon auszugehen, dass eine bestimmte Diagnose (hier chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) eine quantitative Leistungseinschränkung nicht begründen könne. Beim Kläger komme hinzu, dass eben nicht nur lediglich eine Diagnose vorliege, sondern dass bei ihm verschiedene psychische Störungen und organische Veränderungen vorhanden seien. Zwar sei sie vom aktuellen Vorliegen einer lediglich leichten depressiven Symptomatik ausgegangen, sie habe aber nicht infrage gestellt, dass der Kläger zum Zeitpunkt der stationären Behandlung in R. schwer depressiv gewesen sei. Dies wie auch die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung kämen als zusätzliche negative Einflussfaktoren zu der chronischen Schmerzstörung hinzu. Nicht zu vernachlässigen seien bei einer ganzheitlichen Betrachtung auch die Störungen auf orthopädischem und Hals-Nasen-Ohren-ärztlichem Gebiet (insbesondere die Arthrose des Handgelenks, deren Therapie offensichtlich schwierig sei, und der Tinnitus). Deshalb sei sie davon ausgegangen, dass nicht nur ein qualitativ, sondern auch quantitativ reduziertes Leistungsvermögen bestehe. Bei dieser Einschätzung bleibe sie. Wie sie bereits im Gutachten ausgeführt habe, sei es schwierig, ein genaues Anfangsdatum anzugeben. Der Kläger habe berichtet, dass es bei ihm im Laufe des Jahres 2010 zu einer psychischen Verschlechterung gekommen sei. Dokumentiert sei eine relevante psychische Störung, nämlich eine schwere depressive Episode zusätzlich zu dem chronischen Schmerzsyndrom dann mit der Aufnahme in der Psychiatrie R. (25.05.2011). Sie gehe deshalb davon aus, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt die jetzt festgestellte Leistungsminderung bestanden habe. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe eine leichte depressive Symptomatik vorgelegen. Sie gehe davon aus, dass es sich hierbei um Reste der im Mai 2011 vorhandenen schweren depressiven Symptomatik gehandelt habe.

Der Kläger legte einen Arztbrief der Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie gGmbH Z. (Ltd. Arzt Dr. Dr. R.) vom 12.04.2012 vor, in dem folgende Diagnosen genannt sind: Chronische Schmerzstörung (F45.41) und mittelgradige depressive Episode (F32.1). Es liefen Verfahren beim Sozialgericht Reutlingen, beim Landessozialgericht Stuttgart und wohl auch beim Landgericht R ... Der Kläger klage auf EU-Rente, Anerkennung einer Schwerbehinderung und Entschädigung von Unfallfolgen. Er befinde sich in einer nachvollziehbar schwierigen Lage und in schlechter psychischer Verfassung. Seine Not würde eine tagesklinische Behandlung begründen. Eine Erfolgsaussicht werde

derzeit aber nicht gesehen. Das Krankheitsbild erscheine weitgehend chronifiziert. Mit weiteren Behandlungsmaßnahmen verbinde der Kläger aufgrund der bisherigen Erfahrungen keine Hoffnung mehr. Eine symptomatische Besserung sei ohne vorausgehende Lösung seiner finanziellen und sozialen Problemen nicht zu erreichen.

Auf Antrag des Klägers wurde ein Sachverständigengutachten von Dr. Pf., Arzt für Orthopädie und Chirurgie eingeholt. In seinem Gutachten vom 25.06.2012 hat dieser folgende Befunde mitgeteilt: Bewegungs- und Belastungsstörung der Halswirbelsäule mit resultierenden Kopfschmerzen bei beginnend degenerativen Veränderungen und Schultergürteldysbalance; schmerzhaft aktiv ausgeprägte Bewegungsstörung des rechten Schultergelenks nach traumatischer Schulterluxation mit Abriss des Tuberculum majus nach konservativer Behandlung mit sechswöchiger Ruhigstellung und trotz viermaliger arthroskopischer Revision bei sekundärem degenerativem Sehnen- und Gelenkkapselschaden; schmerzhafte Bewegungs- und Belastungsstörung des linken Handgelenks nach posttraumatischer Kahnbeinpseudarthrose, Silikonprothesen-Teilimplantation Denervierung und Teilarthrodese sowie Exstirpation des Kahnbeins mit Minderung des Ober- und Unterarmumfangs; lumbale Myotendopathien und Lumboischialgie links sowie rezidivierende ISG-Blockade links wechselnden Ausmaßes bei beginnend degenerativen Veränderungen L4-S1 und des linken Iliosakralgelenks bei Körperdysbalance. Auf nicht orthopädischem Fachgebiet wurden folgende Befunde mitgeteilt: Tinnitus aurium mit Hochtonschwerhörigkeit beidseits; qualitative und quantitative Leistungseinschränkung bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, posttraumatische Belastungsstörung sowie schweren bis leichten depressiven Episoden. In der Summierung der Funktionsstörungen - bezogen auf das orthopädisch-chirurgische und das psychiatrisch-psychosomatische Krankheitsbild - sei auch leichte Arbeit nicht zumutbar. An fünf Tagen in der Woche könne der Kläger nur noch unter dreistündige Tätigkeiten ausführen. Bezogen auf die Erkrankung des Bewegungsapparates bestehe die festgestellte Leistungseinschränkung seit dem Unfall vom 30.10.2004, bezogen auf die chronische Schmerzstörung mit ihren Folgen seit dem Jahr 2010 (Frau Prof. Dr. W.). Abweichungen von Vorgutachten und Stellungnahmen beruhten auf einer abweichenden vollumfänglichen Erfassung der Krankheitsmerkmale auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet unter Einschluss der ausführlich begründeten Einschätzung auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet.

Der Kläger legte ein in einem Verfahren beim Landgericht R. eingeholtes Gutachten von Prof. Dr. Dr. B., Ärztlicher Direktor der Klinik für Spezielle Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum St. vom 20.02.2012 vor, in dem dieser folgende Diagnosen mitteilt: Schwere depressive Episode (ICD 10: F32.2) Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit sensitiv-paranoiden Zügen (ICD 10: F61.0) Chronisches Schmerzsyndrom bei Zustand nach Abrissfraktur des Tuberculum majus humeri rechts Impingementsyndrom Schultergelenk rechts und u.a. ausführt, von psychiatrischer Seite fänden sich zwischenanamnestisch seit dem Unfallgeschehen 2004, wie auch im aktuellen psychopathologischen Befund, deutlichste Zeichen einer schweren Depression sowie Zeichen einer sensitiv-paranoiden Persönlichkeit mit hohen Gerechtigkeitsidealen. Anhand der biografischen Anamnese habe beim Kläger herausgearbeitet werden können, dass sein Charakter von früher Jugend an durch ein großes Gerechtigkeitsempfinden geprägt sei. Diesen Maßstab großer Rechtschaffenheit lege er sowohl an sich, als auch an andere an. In Folge des seinerseits unverschuldeten Unfallereignisses, sowie sich aller hieraus ergebender gesundheitlicher wie rechtlicher Konsequenzen, seien seine subjektiven Wertevorstellungen zum Teil existenziell in Frage gestellt. Durch diesen fremdverschuldeten Einbruch des subjektiven Wertesystems sei er sukzessive in eine bezüglich ihres Schweregrades zunehmende depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom gesteuert. Aufgrund der vorliegenden schweren depressiven Episode sei er derzeit nicht erwerbsfähig. Eine Erwerbsfähigkeit könne jedoch bei Besserung der depressiven Symptomatik im Verlauf unter entsprechender multimodaler psychiatrisch-fachärztlicher Therapie möglicherweise wieder hergestellt werden. Die Kombination von schwerer depressiver Erkrankung, sensitiv-paranoider Persönlichkeit und schwierigem sozialen Umfeld bedinge aber eine eher negative Prognose.

Der Senat hat die Akten des Sozialgerichts Reutlingen im Verfahren S 11 SB 3010/08 beigezogen. In dem dort auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG eingeholten Sachverständigengutachten von Dr. R., Arzt für Orthopädie/Rheumatologie/Sportmedizin/Schmerztherapie, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie vom 21.12.2009 werden folgende Diagnosen mitgeteilt: Rezidivierende Cervicocephalgie mit Brachialgie bei mäßiggradigen degenerativen Veränderungen ohne neurologische Auffälligkeiten und ohne wesentliche Funktionseinbußen Posttraumatische Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes nach Luxationsfraktur mit mehrfachen operativen Sanierungsversuchen Erhebliche Funktionseinschränkung des linken Handgelenkes bei posttraumatischer Handgelenksarthrose und drohender Einsteifung Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Einflussfaktoren im Sinne einer mäßigen Dysthymie und Tinnitus. Gegenüber der Erteilung des Bescheides vom 03.05.2006 sei eine erhebliche Änderung eingetreten. Im dortigen Bescheid werde nur über eine Funktionsbehinderung des rechten Schultergelenkes berichtet. Hinzugekommen seien nun mehrfache Handgelenksoperationen links, vermutlich werde hier in den nächsten Monaten eine Versteifungsoperation durchgeführt werden müssen. Nicht berücksichtigt worden seien zum damaligen Zeitpunkt die Halswirbelsäulenproblematik, der Tinnitus und die zunehmende Dysthymie, d.h. die Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung im Sinne einer chronifizierenden Schmerzstörung. Im Laufe der letzten Jahre habe sich offensichtlich eine chronische Schmerzerkrankung entwickelt mit zunehmender Dysthymie, mit ausgeprägtem Tinnitus, mit typischen psychosomatischen Symptomen, wie Schlafstörungen, Schwindel, Magen-Darmbeschwerden. Ein kompletter Rückzug sei nicht zu eruieren, jedoch wesentliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit.

Mit Schriftsatz vom 03.08.2012 hat die Beklage anerkannt, dass der Kläger seit 16.12.2009 sowohl teilweise als auch seit 25.05.2011 voll erwerbsgemindert ist und sich bereit erklärt, die Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.07.2010 über den 30.06.2013 hinaus befristet bis 31.07.2014 in gesetzlicher Höhe zu gewähren. Hierzu erließ sie den Bescheid vom 20.08.2012. Zum Zeitpunkt des Leistungsfalls hat Dr. J., Fachärztin für Innere Medizin - Sozialmedizin - in ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 31.07.2012 dargelegt, das Gutachten von Prof. Dr. Dr. B. bestätige, dass der Kläger derzeit wegen einer schweren Depression nicht erwerbsfähig sei. Die derzeitige quantitative Leistungseinschränkung sei erst durch das Zusammenwirken der bestehenden Beeinträchtigungen auf unfallchirurgisch-orthopädischem Gebiet mit den zunehmenden psychischen und psychosomatischen Leiden zustande gekommen. Bei der Begutachtung durch Prof. Dr. W. habe der Kläger selbst eine psychische Verschlechterung im Laufe des Jahres 2010 angegeben. Da bereits in dem Gutachten von Dr. R. von 12/09 eine zunehmende Dysthymie und die Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung im Sinne einer chronifizierten Schmerzstörung festgestellt worden sei, habe bereits zu diesem Zeitpunkt kein 6-stündiges Leistungsvermögen mehr vorgelegen. Zusammenfassend sollte anerkannt werden, dass ab 12/09 ein 3- bis unter 6-stündiges Leistungsvermögen vorgelegen und seit 05/11 (Aufnahme in die psychiatrische Klinik R. wegen schwerer depressiver Episode) von einem unter 3-stündigen Leistungsvermögen auszugehen sei. Unter Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und der physiotherapeutischen Maßnahmen sei - wie in den Gutachten von Prof. Dr. W. und Dr. Pf. ausgeführt - eine Besserung innerhalb von 2 Jahren möglich.

Der Kläger hat das Teilanerkenntnis der Beklagten in der mündlichen Verhandlung angenommen. Er ist allerdings der Auffassung, dass der

Versicherungsfall entgegen der Beurteilung der Beklagten bereits bei Antragstellung vorgelegen habe und dem Kläger deshalb Rente wegen voller Erwerbsminderung auch für die Zeit vom 1.11.2008 bis 30.6.2010 zustehe. Prof. B. sei davon ausgegangen, dass von psychiatrischer Seite seit dem Unfallgeschehen 2004, wie auch im aktuellen psychopathologischen Befund, deutliche Zeichen einer schweren Depression vorgelegen hätten. Er gehe davon aus, dass der Gutachter der Auffassung gewesen sei, dass eben bereits seit 2004 und zwar im Zusammenspiel einmal der psychiatrischen Erkrankung, daneben aber auch der orthopädischen Befunde ein aufgehobenes Leistungsvermögen vorgelegen habe. Dr. Pf. weise in seinem Gutachten darauf hin, dass die Erkrankung des Bewegungsapparates zu einer Leistungseinschränkung seit Oktober 2004 geführt habe. Integrierend betrachtet sei damit ab Rentenantragstellung ein untervollschichtiges Leistungsvermögen gegeben, so dass ab diesem Zeitpunkt Rente zu zahlen wäre. Das Gutachten von Prof. B. vom 20.02.2012 habe die Fragestellung gehabt, ob und welche - unfallbedingten - psychischen Beeinträchtigungen beim Kläger vorlägen, ob der Kläger erwerbsunfähig sei oder Erwerbstätigkeiten ausüben könne. Prof. B. weise auf eine bereits 2004 bestehende Schultergelenksluxation hin, ein seit dem bestehendes Schulterengesyndrom mit dokumentierten weiter bestehenden Schmerzen im Bereich des Halses. Durchgehend dokumentiert seien persistierende Schulterbeschwerden in den Jahren 2005 und 2006. Prof. B. nehme Bezug auf diverse Berichte und Atteste. Höchst fürsorglich werde beantragt, den Rechtsstreit zu vertagen und die Akten des Landgerichts R. (Az. 2 O 322/08) beizuziehen, um die in den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen auszuwerten, auf die Prof. B. Bezug genommen habe. Gleichfalls werde höchst fürsorglich beantragt, das Gutachten Prof. B. und die medizinischen Befunde Prof. Dr. W. zukommen zu lassen, mit der Fragestellung, ob sie weiterhin an der Auffassung festhalte, der Leistungsfall sei erst im Laufe des Jahres 2010 eingetreten oder ob sie sich bzgl. des Beginns der Leistungsminderung der Auffassung von Prof. B. anschließe. Dieser habe in seiner Beurteilung des Leistungsvermögens darauf hingewiesen, dass von psychiatrischer Seite seit dem Unfallgeschehen 2004, wie auch im aktuellen psychopathologischen Befund deutlichste Zeichen einer schweren Depression sowie einer sensitiv-paranoiden Persönlichkeit mit hohen Gerechtigkeitsidealen bestünden. Insoweit wäre der Versicherungsfall ab Rentenantragstellung gegeben, nicht aber erst ab dem Jahr 2010 wie von der Beklagten anerkannt.

Der Kläger hat zuletzt beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 05.05.2010 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 20.08.2012 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger bereits ab dem 01.11.2008 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 20.08.2012 abzuweisen.

Sie hält den angegriffenen, das Anerkenntnis ausführenden Bescheid für rechtmäßig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die Akte des SG Reutlingen S 11 SB 3010/08 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gem. §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft. Die Berufung ist auch sonst gem. § 151 SGG zulässig.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Ausführungsbescheid der Beklagten vom 20.08.2012, der den früheren Ablehnungsbescheid ersetzt. Er wurde deshalb nach §§ 96, 153 SGG Gegenstand des anhängigen Gerichtsverfahrens (BSG, Urteil vom 29.05.1979 - 4 RJ 125/78 -, veröffentlicht in Juris). Über diesen Bescheid entscheidet der Senat auf Klage (vgl. zuletzt BSG v. 25.2.2010 - B 13 R 61/09). Dieser Bescheid erweist sich als rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente bereits vor dem 01.07.2010, weil er vor Dezember 2009 weder voll noch teilweise erwerbsgemindert und auch nicht berufsunfähig war. Seine auf Abänderung des Bescheides vom 20.8.2012 gerichtete Klage hat deshalb ebenso wenig Erfolg wie seine ursprüngliche, auf Leistung von Erwerbsminderungsrente u.a. für den Zeitraum vom 1.11.2008 bis 30.6.2010 gerichtete Berufung.

Nach § 43 Abs. 2 SGB VI haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie 1. voll erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1). Voll erwerbsgemindert sind gem. § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI Versicherte, 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. Voll erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI auch Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, die wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie 1. teilweise erwerbsgemindert sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und 3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind gem. § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI 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. Gem. § 43 Abs. 3 SGB VI ist jedoch nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die Würdigung der dem Senat vorliegenden ärztlichen Unterlagen, insbesondere der Gutachten, Stellungnahmen und sonstigen ärztlichen Meinungsäußerungen und Befundangaben, ergibt in ihrer Gesamtschau, dass der Kläger vor Dezember 2009 weder voll- noch teilerwerbsgemindert war, weil er nach Überzeugung des Senats noch sechs Stunden und mehr täglich an fünf Tagen in der Woche unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein konnte.

Der Senat stützt sich zunächst auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. F., das die Beurteilung der Gutachterinnen im Verwaltungsverfahren auch für seinen Untersuchungszeitpunkt im Wesentlichen bestätigt hat. Der Sachverständige hat ausgeführt, beim Kläger bestehe eine dauerhafte Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit in Folge einer sekundären Arthrose nach Kahnbein-Bruch am linken Handgelenk sowie eine Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit mäßigen bis mittleren Ausmaßes. Ein wesentliches Moment sei zusätzlich eine Schmerzangabe auch in Ruhe. Diese bestehe sowohl für das linke Handgelenk wie die rechte Schulter. Bei der

Untersuchung der rechten Schulter sei passiv allenfalls eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit zu erheben gewesen. Aktiv habe ein deutlich verringertes Bewegungsausmaß bestanden. Bei der Prüfung der Schulterbeweglichkeit passiv sei eine wechselnde Schmerzangabe erfolgt. Die zugehörige Muskulatur der Rotatorenmanschette bzw. scapulär, parascapulär habe bei der Untersuchung keine höhergradige Differenz im Vergleich zur gesunden Seite aufgewiesen. Entgegen den Vorbefunden hätten sich zum Zeitpunkt seiner Begutachtung keine Hinweise auf eine radikuläre, zervicale oder pseudo-radikuläre Problematik gezeigt. Insbesondere die Untersuchung von Trigger-Punkten wie Irritations- und Insertionspunkten habe keine relevante Auffälligkeit ergeben. Die passive Beweglichkeit der HWS sei vollständig frei gewesen. Aktiv sei eine verringerte Rotationsfähigkeit mit endgradig jeweils starker Schmerzhaftigkeit angegeben worden. Im Bereich des linken Handgelenkes habe ein diskreter Schwellzustand, der im Zusammenhang mit den durchgeführten Operationen als zeitgerecht angesehen werden müsse, bestanden. Die aktuelle Bewegungseinschränkung habe dem regelhaften Ergebnis einer Teilversteifung des Handgelenkes entsprochen. Eine Einschränkung der Drehfähigkeit im Unterarm unter Einbeziehung der körperfernen Gelenke zwischen Elle und Speiche habe sich in der Untersuchung nicht ergeben. Die Beschwielung der Handinnenflächen habe keine deutliche Schonung der betroffenen Hand aufgewiesen. Die Faustschluss- und Spitzgriff-Vigorimetrie habe eine erhebliche Diskrepanz der Kraft für beide Griffformen gezeigt. Die Streuung der einzelnen Werte habe eine Verwertung im Rahmen der beeinflussten Kooperation nicht sicher zugelassen. Eine Differenz der Hauttemperatur im Bereich der Schultern, der Arme oder der Hände, eine veränderte Behaarung oder Schweißneigung lokal, veränderte Kalksalzdichte in den Röntgenbildern hätten sich nicht ergeben. Die Gesamtsituation der Schmerzen sei am Ehesten einem Stadium 1 nach Gerbershagen mit einer Schmerzangabe unterschiedlichen Ausmaßes bei umschriebener Schmerz-Lokalisation zuzuordnen. Er bestätigt damit die Beurteilung von Dr. G. vom 21.07.2009 in dem im Verfahren S 11 SB 3030/08 vom SG von Amts wegen eingeholten unfallchirurgischen Gutachten. Bezüglich der in 2009 behandelten Druckproblematik des Ellennerven ergebe sich ein jetzt blander Befund. Dr. F. hat dargelegt, dass sowohl die Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit wie die verminderte aktive Anhebbarkeit der rechten Schulter eine Überkopfarbeit sowie eine komplexe manuelle Tätigkeit nicht mehr zuließen. Zusätzlich sei die Belastbarkeit für schwere körperliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit den oberen Extremitäten dadurch nicht mehr gegeben. Tätigkeiten mit geringer Belastung seien weiterhin möglich. Besondere Hilfs-, Überwachungs- oder Bürotätigkeiten seien möglich. Sitzende Tätigkeiten seien durch die Vorschädigungen nicht betroffen. Sowohl durch die (teilweise diskrepanten) Untersuchungsbefunde wie die vorliegende Aktenlage ergebe sich im Bereich der Schulter kein Hinweis auf einen schweren Schaden mit darüber hinaus gehender Beeinflussung der Belastbarkeit des Unterarms und der Hand rechts oder höhergradiger Einbeziehung der Brust- oder Halswirbelsäule. Die Einschränkung des linken Handgelenkes sei dauerhaft. Wissenschaftliche Analysen der Belastbarkeit von handwerklich Tätigen nach der hier durchgeführten Operation zeigten keine Einschränkung für schwere Tätigkeiten. Schwerpunkt der Einschränkung ist somit auch auf der Ebene des Schmerzsyndroms mit Chronifizierung als zusätzlich verstärkendes Moment zu sehen. Eine wesentlich differenzierende, objektive Beurteilung diesbezüglich - auch im Vergleich zu den voran gegangenen Gutachten - sei aus handchirurgischer, orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht weiter möglich. Funktionstests seien durch die gesteuerte Kooperation des zu Begutachtenden beeinflussbar und erhöhten die Aussagefähigkeit nicht. Der Sachverständige Dr. F. kommt auf dieser Grundlage überzeugend und nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass die genannten Einschränkungen berücksichtigt werden müssen und dass aber nicht festgestellt werden kann, dass der Kläger unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen nicht mehr sechs Stunden und mehr täglich an fünf Tagen in der Woche unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann.

Dass zu diesen bereits seit 2004 bzw. 2007 bestehenden Einschränkungen bereits vor Dezember 2009 wesentliche psychiatrische bzw. psychosomatische Beeinträchtigungen getreten gewesen waren, die in der Gesamtschau die Annahme einer quantitativen Leistungsminderung bereits zu einem früheren Zeitpunkt rechtfertigen könnten, lässt sich nach Überzeugung des Senats nicht feststellen. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Entlassbericht der Reha-Klinik am Kurpark Bad K. und den Aussagen der sachverständigen Zeugen Dr. G. und Dr. E ... Die Sachverständigengutachten von Dr. R., Prof. Dr. W., Dr. Pf. und Prof. Dr. Dr. B. stehen dem nicht entgegen.

Den Angaben des Hausarztes des Klägers Dr. G. lässt sich entnehmen, dass der Kläger ihn in den Monaten November und Dezember 2009 aufgesucht hat wegen einer subjektiv stark beeinträchtigenden Lautstärkezunahme des Tinnitus bds. in Verbindung mit einer ebenfalls bilateralen Hochtonschwerhörigkeit, ätiopathogenetisch direkt zusammenhängend mit den emotionalen Belastungen aufgrund fortbestehenden Rechtsstreitigkeiten sowie überwiegend abgelehnten Sozialleistungsanträgen. Die letzten Behandlungstermine des Jahres 2009 hätten im direkten Zusammenhang mit einer inzwischen erfolgten arthroskopischen Arthrolyse des linken Handgelenkes mit Gelenkkörperentfernung und Synovialektomie und einer daraus resultierenden postoperativen schmerzhaften Weichteilschwellung am linken Handgelenk gestanden.

Der Kläger wurde am 16.12.2009 von Dr. R. untersucht und begutachtet. Unmittelbar anschließend hielt er sich in der Zeit vom 17.12.2009 bis 07.01.2010 in der Reha-Klinik am Kurpark Bad K. auf. Im Entlassbericht der Reha-Klinik wird u.a. ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bezogen auf die rechte Schulter mit persistierender Teilsteife nach traumatischer Schulterluxation und ein chronischer Tinnitus aurium beidseits, subjektiv verstärkt, mitgeteilt. Der Kläger hatte bei der Allgemeinanamnese relevante physiosoziale Probleme verneint. Im psychologischen Einzelgespräch habe der Kläger seine aus seiner Sicht ausweglose Situation geschildert. Er sei seit dem Unfall 2004 arbeitsunfähig. Er beziehe eine kleine private BU-Rente. Die gegnerische Haftpflichtversicherung habe seit über einem Jahr die Zahlung eingestellt. Ein Rentenantrag sei abgelehnt worden, er sei aber in Widerspruch gegangen. Durch die massive Belastung sei er inzwischen sehr labil. Er habe Zukunftsängste und ziehe sich mehr und mehr zurück. Die Reha habe auch keine Besserung gebracht. Die vom Kläger geschilderten Ängste und der soziale Rückzug wirkten glaubhaft. Er befinde sich in einem Zielkonflikt zwischen dem Wunsch nach Besserung und dem nach Versorgung. Eine Psychotherapie erscheine erst nach Abschluss des Rentenverfahrens sinnvoll. Es wurde die Diagnose F 45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Einflussfaktoren gestellt. Der Kläger sei auf Dauer nur für leichte körperliche Tätigkeiten mit eingeschränkter Gebrauchsfähigkeit der linken Hand und unter Vermeidung von häufigen Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten mit abduziertem oder eleviertem Arm vollschichtig einsetzbar. Unter Beachtung dieser Einschränkungen sei der Kläger in der Lage, leichte Tätigkeiten sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zu verrichten.

Diese Leistungsbeurteilung erscheint auch unter Einbeziehung der von Dr. R. unmittelbar am Tag vor Beginn der Reha-Maßnahme erhobenen Befunde schlüssig und nachvollziehbar. Dr. R. hat neben den Bewegungseinschränkungen des rechten Schultergelenks und erheblicher Funktionseinschränkung des linken Handgelenkes auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Einflussfaktoren im Sinne einer mäßigen Dysthymie und Tinnitus festgestellt. Er beschreibt den Kläger als bewusstseinsklar und allseits orientiert, das formale Denken war geordnet, jedoch fast ausschließlich auf das Schmerzgeschehen eingeengt. Es lagen keine inhaltlichen Denkstörungen und keine Wahrnehmungsstörungen vor. Die Stimmung war bedrückt, leicht depressiv gefärbt. Es wurden zunehmende soziale Probleme in der Familie mitgeteilt, ein kompletter Rückzug ließ sich nicht darstellen, jedoch zunehmende Einschränkungen der

Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Auch Dr. R. hat hiervon ausgehend überzeugend keine wesentliche depressive Störung, sondern lediglich eine Dysthymie diagnostiziert, so dass sich insoweit keine Anhaltspunkte für eine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit für leidensgerechte Tätigkeiten ergeben. Soweit der Kläger gegenüber Dr. R. noch am Tag vor Beginn der Reha-Maßnahme über erhebliche Schlafstörungen, Schwindel, Magen-Darmprobleme, über Ängste, also typische psychosomatische Symptome berichtet hatte, werden im Entlassbericht keine Komplikationen, insbesondere keine Schwindelsymptomatik mitgeteilt. Dort heißt es, dass der Kläger, der 1,66 m groß ist, bei der Aufnahme 75 kg und bei der Entlassung 74 kg wog, das Therapieprogramm insgesamt gut vertragen und gut angenommen habe. Bei der krankengymnastischen Therapie habe sich mitunter eine Diskrepanz zwischen den geklagten Schmerzen und den Alltagsbewegungen gezeigt.

Auch nach Abschluss der Reha-Maßnahme lag während der ersten drei Behandlungstermine im Januar und Februar 2010 bei dem Hausarzt Dr. G. wiederum der Leidensschwerpunkt im Bereich des linken Handgelenkes. Der Kläger teilte Dr. G. erstmalig im März 2010 eine depressive Symptomatik mit vordergründiger innerer Unruhe, Gereiztheit sowie anhaltenden Schlafstörungen mit. Ursächlich habe der Kläger wiederum über die ihn sehr belastenden Auseinandersetzungen mit dem Kfz-Versicherer seines Unfallgegners, sowie über die bisherigen Ablehnungsbescheide seines Rentenantrages berichtet. Während zwei weiterer Behandlungstermine im Monat Mai 2010 habe eine Progression der psychoreaktiv-depressiven Beschwerdekonstellation mit nunmehr erwähnten realen Existenzängsten und sozialen Rückzugstendenzen mit erheblicher multimodaler vegetativer Begleitsymptomatik festgestellt werden können. Er hat den Kläger deswegen im Mai 2010 wegen des Verdachts auf depressive Störung an Dr. E. überwiesen. Dort stellte sich der Kläger am 28.05.2010 vor. Dr. E. hat hierzu berichtet, der Kläger habe über Schlafstörungen geklagt. Eine depressive Erkrankung habe er aber nicht feststellen können.

Bei den folgenden Konsultationen bei Dr. G. am 22. Juni sowie am 6. und 13. Juli ging es um Behandlungsoptionen wiederum am linken Handgelenk bei inzwischen stattgehabter medio-carpaler Teilarthrodese mit Entfernung des Silastic-Kahnbeins und Zystenauffüllung am Radius und nunmehr fortbestehenden Ruhe- sowie Bewegungsschmerzen. Auch die nächste - und letzte im Jahr 2010 - Vorstellung bei Dr. E. am 21.10.2010 erfolgte wegen Schmerzen in der linken Hand, ohne dass sich funktionale Beeinträchtigungen objektivieren ließen. Der Kläger habe über diffuse Schmerzen im Bereich der linken Hand berichtet und bei der Kraftprüfung eine deutliche Minderinnovation der Handmuskulatur links gezeigt. Eine Muskelatrophie war aber auch zu diesem Zeitpunkt nicht erkennbar. Die letzten drei Behandlungen im Jahre 2010, am 1.10. sowie 12.10. bzw. am 21.12. bei Dr. G. erfolgten wegen einer schmerzhaften Perianalthrombose sowie wegen nunmehr wiederum geschilderten Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogens.

Dr. G. geht davon aus, dass die für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit maßgeblichen Leiden weiterhin der orthopädisch-chirurgischen Fachrichtung zuzuordnen seien. Dies ist für den Senat aufgrund der dargestellten Behandlungsschwerpunkte überzeugend. Auch Dr. E. hat mitgeteilt, das für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit maßgebliche Leiden liege auf dem orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet. Seitens seines Fachgebiets habe keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Aus den Beeinträchtigungen auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet lässt sich jedoch, wie der Sachverständige Dr. F. für den Senat überzeugend dargelegt hat, eine quantitative Leistungsminderung nicht herleiten. Die Diagnose F 45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Einflussfaktoren war im Dezember 2009 gestellt worden, ohne dass, wie dargelegt, zum damaligen Zeitpunkt aus dieser Störung in Zusammenschau mit den übrigen Beeinträchtigungen eine rentenrelevante Leistungsminderung ableitbar gewesen wäre. Eine depressive Symptomatik mit vordergründiger innerer Unruhe, Gereiztheit sowie anhaltenden Schlafstörungen wird dem Hausarzt gegenüber erstmals im März 2010 geschildert, wobei der behandelnde Neurologe und Psychiater eine depressive Erkrankung nicht feststellen konnte.

Dem entspricht es, dass der Kläger selbst bei der Begutachtung durch Prof. Dr. W. eine psychische Verschlechterung erst im Laufe des Jahres 2010 angegeben hat. Nachdem auch die Sachverständige Prof. Dr. W. nicht davon ausgegangen ist, dass die von ihr angenommene Leistungseinschränkung auf drei bis unter sechs Stunden bereits im Jahr 2009 vorgelegen hat, kann offenbleiben, ob ihrer Leistungsbeurteilung für einen späteren oder wenigstens den Untersuchungszeitpunkt zu folgen ist. Allerdings lassen sich ihrem Gutachten für die von ihr angenommenen Leistungseinschränkungen keine überzeugenden objektiven Befunde entnehmen. Sie beschreibt den Kläger als bewusstseinsklar mit voller Orientierung bezüglich Zeit, Ort, zur Person und situativ. Es habe ein gutes Aufmerksamkeitsniveau bestanden, dem Gespräch sei konzentriert gefolgt worden. Es seien keine Kurzzeit- oder Langzeitgedächtnisstörungen aufgefallen. Der formale Denkablauf sei ungestört gewesen. Es habe sich kein Anhalt für über das Normale hinausgehende Befürchtungen oder Zwangsgedanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen, wahnhaftes Denken oder Sinnestäuschungen gefunden. Es liege keine Ich-Störung vor. Die Stimmung sei über weite Strecken angespannt und unterschwellig aggressiv gewesen. Dabei sei der Eindruck entstanden, dass der Kläger sich immer wieder bemüht habe, nicht aggressiv aufzutreten, ihr seinen Standpunkt zu erklären, nämlich, dass er bisher falsch beurteilt worden sei und man seine inneren Beweggründe ignoriert habe. Er sei gekränkt, etwas misstrauisch erschienen und habe teilweise, insbesondere als er über den Unfall und den stationären Aufenthalt in R. gesprochen habe, sehr erregt gewirkt. Die affektive Resonanzfähigkeit sei leicht reduziert, der Antrieb sei normal gewesen. Es habe kein Anhalt für Suizidalität bestanden. In diesen Befunden findet die Beurteilung der Sachverständigen, dass soziale Störungen im Kontakt mit anderen Menschen und kognitive Störungen (könne nicht mehr klar denken, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen) vorlägen, keine ausreichende Grundlage. Sie führt hierzu weiter aus, es sei während der Untersuchung der Eindruck entstanden, dass der Kläger durchaus in der Lage sei, auch über einen längeren Zeitraum konzentriert ein Gespräch zu führen und zielgerichtet zu argumentieren, andererseits aber sei auch Anspannung bei ihm spürbar geworden. Es sei gut vorstellbar, dass er in einer Tätigkeit unter Zeitdruck, mit hoher Anforderung an das Konzentrationsvermögen oder mit häufigem Publikumsverkehr überfordert sei. Glaubhaft sei, dass Tätigkeiten, die häufige Bewegungen des linken Handgelenks oder der rechten Schulter erfordern, für ihn nicht durchführbar seien. Andererseits sei es durchaus vorstellbar, dass er bei einer Tätigkeit, die diese qualitativen Einschränkungen berücksichtigt, eine Stärkung seines Selbstwertgefühls und eine teilweise Verbesserung seines psychischen Zustandes (insbesondere der Reizbarkeit und der depressiven Symptome) erleben würde. Auch unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen nimmt sie aber an, dass beim Kläger, wenn er einen Arbeitsplatz finden würde, zunächst ein Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich für leichte körperliche Tätigkeiten bestehe. Dies begründet die Sachverständige damit, dass wegen der Chronifizierung der Schmerzen und der doch erheblichen inneren Anspannung, es dem Kläger besondere Anstrengung und Kraft kosten würde, trotz der Schmerzen eine kontinuierliche Arbeit zu versehen. Dies kann schon deshalb nicht überzeugen, weil wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund des Schmerzsyndroms, das auch von Dr. F. berücksichtigt worden ist, nicht objektivierbar waren. Auch der Hinweis auf die Anspannung überzeugt nicht. Die von ihr diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung sowie die depressive Episode wurde als lediglich leicht ausgeprägt eingestuft. Sie selbst geht davon aus, dass eine Tätigkeit, die die qualitativen Einschränkungen berücksichtigt, eine Stärkung des Selbstwertgefühls und eine teilweise Verbesserung seines psychischen Zustandes (insbesondere der Reizbarkeit und der depressiven Symptome) bewirken könnten. Damit ist es aber nicht vereinbar,

wenn sie gerade die depressive Symptomatik und die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung als zusätzliche negative Einflussfaktoren zu der chronischen Schmerzstörung und den Störungen auf orthopädischem und Hals-Nasen-Ohren-ärztlichem Gebiet für ausschlaggebend dafür ansieht, dass ein quantitativ reduziertes Leistungsvermögen vorliegt.

Entsprechendes gilt für die Leistungsbeurteilung im Gutachten des Sachverständigen Dr. Pf ... Dr. Pf. beschreibt während seiner vierstündigen Untersuchung eine ausgeglichene Stimmung ohne Anzeichen von Aggressivität. Wesentliche Einschränkungen bestanden für den Einsatz der linken Hand, die nur kurzzeitig zum Halten ohne Kraftanwendung einsetzbar sei. Eine Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens habe demgegenüber nicht bestanden. Auch bei Dr. Pf. war eine Muskelminderung im Unterarmbereich nicht feststellbar. Hinsichtlich dieser weitgehend in Übereinstimmung mit dem Vorgutachten von Dr. F. erhobenen Befunde sind auch von Dr. Pf. überzeugend und nachvollziehbar Tätigkeiten, die den aktiven Einsatz über Schulterhöhe bedingen, sowie Arbeiten unter Zeitdruck, Akkord- und Fließbandarbeiten, taktgebundene Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, Steigen auf Leitern (Grifffunktion und Reaktion beider oberen Extremitäten), Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Arme voraussetzen, Arbeiten mit Gefährdung an laufenden Maschinen sowie Arbeiten unter Einwirkung von Kälte, Hitze und Druckluft ausgeschlossen worden. Weitere qualitative Einschränkungen hat Dr. Pf. aus dem von ihm zusätzlich festgestellten Wirbelsäulen-Syndrom (Arbeiten überwiegend im Stehen, im Sitzen und in Zwangshaltung, Arbeiten mit häufigem Bücken) sowie des bekannten Tinnitus und der Hochtonschwerhörigkeit (Arbeiten mit besonderer Anforderung an das Hörvermögen) und der chronischen Schmerzstörung mit psychischen Faktoren (Arbeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit, das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit) abgeleitet, was der Senat weitgehend ebenfalls für schlüssig und nachvollziehbar hält. Die quantitative Leistungsminderung wird dagegen auf der Grundlage des Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. W. mit der Beeinträchtigung aufgrund der chronischen Schmerzstörung begründet, ohne dass von ihm ein objektivierbarer Befund erhoben worden wäre. Insoweit fehlt es, wie dargelegt weiterhin an einer überzeugenden Begründung dafür, dass eine den genannten qualitativen Einschränkungen entsprechende Tätigkeit nicht mehr sechs Stunden an fünf Tagen in der Woche verrichtet werden kann.

Für die Zeit vor Dezember 2009 gibt es damit keine objektivierbaren Befunde, die eine wesentliche Beeinträchtigung auch aufgrund von psychischen und psychosomatischen Leiden rechtfertigten. Das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. B. vermag daran nichts zu ändern. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. B. teilt mit, sein Gutachten stütze sich hierbei auf die zur Verfügung gestellten Akten, auf eine ambulante klinisch-psychiatrische Untersuchung am 14.02.2012 in der Klinik für Spezielle Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Seelische Gesundheit, Klinikum St. sowie auf radiologische Untersuchungen und laborchemische Untersuchungen am 15.02.2012 in der Radiologischen Klinik sowie in der Klinik für Spezielle Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum St ... Es werden folgende vorliegende medizinische Unterlagen genannt: Operationsbericht der Klinik für Unfallchirurgie, B., vom 04.03.2005 Ärztlicher Befundbericht vom 23.06.2005 von Dr. med. O., Radiologische Gemeinschaftspraxis Dres. O./Z./M./St. in R. Ärztlicher Befundbericht der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Krankenhaus B., B. vom 06.07.2005 Operationsbericht vom 22.07.2005, Klinik für Unfallchirurgie, Z. Klinikum GmbH, Dr. B. Ärztliches Attest vom 21.09.2005 von Dr. G., Facharzt für Allgemeinmedizin und Notfallmedizin, R. Ärztlicher Befundbericht von Oberarzt Dr. K., B., Rehabilitationsklinik für konservative Orthopädie und Rheumatologie vom 18.01.2006 (stationärer Aufenthalt vom 21.12.2005 bis 18.01.2006) Kurzbericht der G. Versicherung M., Rehabilitationsdienst GmbH über Möglichkeiten und Gefahren der beruflichen Wiedereingliederung des Geschädigten vom 30.05.2006 (Herr B. B.) Ärztlicher Befundbericht vom 15.06.2006, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., Herrn Dr. B. (stationärer Aufenthalt vom 08.06. bis 15.06.2006): Ärztlicher Befundbericht von Diplom-Psychologin K., Klinik am St., stationärer Aufenthalt vom 15.10. bis 09.11.2007 Telefonnotiz der G. Versicherung M. Rehabilitationsdienst GmbH (Herr B. B.) vom 29.08.2008 Ärztlicher Befundbericht, G. Ch., Arzt für HNO-Heilkunde, B. vom 13.06.2009 Unfallchirurgisches Gutachten PD Dr. G. K., Zentrum für Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, Hand- Plastische- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinik U. vom 29.06.2009 Dres. Sch./G./K./F., chirurgische Praxis Klinik am R., R., ärztlicher Befundbericht vom 05.11.2009 Gutachterliche Stellungnahme von Dr. R., Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Sportmedizin, spezielle Schmerztherapie, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, U. vom 18.12.2009 Neurologisches Gutachten PD Dr. J. B., Neurologische Universitätsklinik U. vom 02.04.2010 Ärztlicher Befundbericht, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Neurologie R., G. Sch. (stationärer Aufenthalt vom 25.05. bis 17.08.2011) HNO-ärztliches Gutachten, Dr. Sch., leitender Oberarzt, Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, plastische Operationen, Klinikum St. vom 13.11.2010 Ärztliches Attest, Dr. R., Neurologe und Psychiater, A. vom 14.03.2011: Aus Sicht des behandelnden Psychiaters bestehen deutliche reaktiv depressive Züge. Der Patient beschreibe persistierend Schmerzen. Dr. R. denke auch an ein chronisches Schmerzsyndrom mit entsprechenden psychiatrischen Komponenten.

In seiner Beurteilung teilt der Sachverständige mit, dass sich von psychiatrischer Seite zwischenanamnestisch seit dem Unfallgeschehen 2004, wie auch im aktuellen psychopathologischen Befund, deutlichste Zeichen einer schweren Depression sowie Zeichen einer sensitiv-paranoiden Persönlichkeit mit hohen Gerechtigkeitsidealen ergäben. Er nennt jedoch nicht die Befunde, auf die er sich konkret bezieht. Es ist auch nicht erkennbar, welche der oben genannten Berichte vor dem Aufenthalt in R. in Bezug genommen sein könnten. Ganz überwiegend handelt es sich um orthopädische, chirurgische oder neurologische Berichte, die zum Teil bereits der Begutachtung von Dr. H. zugrundelagen und Teil der Verwaltungsakten sind und zum Teil in der beigezogenen Akten des Sozialgerichts Reutlingen im Verfahren S 11 SB 3010/08 enthalten sind. Der erste die Psyche betreffende Bericht ist der ärztliche Befundbericht von Diplom-Psychologin K. vom 15.10. bis 09.11.2007, der sich in den Verwaltungsakten befindet. Dieser wird wie folgt zitiert: Aufnahmebefund: Aufgrund der persistierenden Schmerzen wurden seitens Herrn Sahin Durchschlafstörungen angegeben, des Weiteren sei es zuletzt zu einer erneuten Gewichtsabnahme von 3 kg gekommen, der Appetit sei schlecht, kein Alkoholkonsum. Nikotinkonsum von 10 Zigaretten pro Tag seit 1980. In der psychologischen Stellungnahme wird über einen im Erstkontakt freundlichen und offenen Patienten berichtet. In den folgenden Schmerzbewältigungssitzungen wurde deutlich, dass es für den Patienten schwierig war, den Dauerschmerz auszuhalten, da er nicht mehr so viel machen könne wie zuvor, woraus er auch immer seine Bestätigung geschöpft habe. Er sei darüber depressiv verstimmt und schneller gereizt. Als ihm bewusst geworden sei, dass der Schmerz nicht so einfach verschwinden würde, hätte er zwar immer wieder in die Operationen seine Hoffnung gesetzt, aber auch gemerkt, dass er selbst im Zusammenleben mit dem Schmerz einen anderen Umgang finden müsse. Als Rehabilitationsergebnis des stationären Aufenthaltes wurden eine Reduktion der Schulterschmerzen sowie ein verbesserter Umgang mit den chronischen Schmerzen, bei darüber hinaus erreichter Harmonisierung der Bewegungsabläufe der rechten Schulter, beschrieben.

Auf das Gutachten von Dr. R. vom 18.12.2009, der eine Dysthymia diagnostiziert hat, war bereits eingegangen worden. Vor dem stationären Aufenthalt in R. wird noch das neurologische Gutachten von PD Dr. B. vom 02.04.2010 genannt, das wie folgt zitiert wird: Psychischer Befund: Der Patient wirkte im Affekt niedergestimmt bei erhaltener Schwingungsfähigkeit. Psychopathologisch werden darüber hinaus keine

weiteren Auffälligkeiten beschrieben. Es wurden keine objektivierbaren fokal-neurologischen Defizite festgestellt, so dass von neurologischer Seite ausschließlich ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert wurde.

Der hier wiedergegebene psychiatrische Befund lässt sich mit der des den Kläger damals behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr. E., dessen Berichte dem Gutachter Prof. Dr. Dr. B. nicht vorlagen, vom Mai 2010 in Einklang bringen. Dieser hatte eine Anpassungsstörung mit leicht depressiver Reaktion festgestellt.

Wenn Gutachter Prof. Dr. Dr. B. in seiner Leistungsbeurteilung ausführt, aufgrund der vorliegenden schweren depressiven Episode sei der Kläger von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes derzeit nicht erwerbsfähig, kann dies jedenfalls für zurückliegende Zeiten nicht überzeugen. Anhaltspunkte für eine schwere Depression lassen sich den genannten Befundberichten jedenfalls für die Zeit bis einschließlich Dezember 2009 nicht entnehmen. Es gibt damit keine Veranlassung, die Akten des Landgerichts R. (2 O 322/08) beizuziehen, zumal es sich dabei um einen reinen Ausforschungsbeweis handeln würde; befremdlich ist in diesem Zusammenhang, dass dem Kläger der Inhalt der Akten des LG R. bekannt sein müsste und er schon Jahre Zeit hatte, für ihn günstige Unterlagen vorzulegen. Nach dem aus den genannten Gründen weder das Gutachten von Prof. Dr. W. noch das von Prof. Dr. Dr. B. überzeugen, gab es auch keine Veranlassung letzeres der Gutachterin zur Stellungnahme zukommen zu lassen.

Für den Senat steht daher fest, dass der Kläger jedenfalls bis Dezember 2009 weiterhin leichte körperliche Arbeiten verrichten konnte, wobei Tätigkeiten, die den aktiven Einsatz über Schulterhöhe bedingen, Arbeiten unter Zeitdruck, Akkord- und Fließbandarbeiten, taktgebundene Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, Steigen auf Leitern (Grifffunktion und Reaktion beide obere Extremitäten), Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Arme voraussetzen, Arbeiten mit Gefährdung an laufenden Maschinen sowie Arbeiten und Einwirkung von Kälte, Hitze und Druckluft, Arbeiten überwiegend im Stehen, im Sitzen und in Zwangshaltung, Arbeiten mit häufigem Bücken sowie Arbeiten mit besonderer Anforderung an das Hörvermögen und Arbeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit, das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Die qualitativen Einschränkungen begründen nicht die Notwendigkeit der Benennung einer Verweisungstätigkeit. Grundsätzlich bedarf es bei Versicherten, die noch mindestens sechs Stunden täglich körperlich leichte Arbeiten mit zusätzlichen Einschränkungen verrichten können, nicht der konkreten Benennung (zumindest) einer Verweisungstätigkeit. Ausnahmsweise hat die Rechtsprechung auf der Grundlage der vor dem 1. Januar 2001 gültigen Rechtslage auch bei noch vollschichtiger Leistungsfähigkeit die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit in solchen Fällen für erforderlich gehalten, in denen eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (vgl. BSG, Beschlüsse des Großen Senats (GrS) vom 19.12.1996 - GS 1 bis 4/95 -, SozR 3-2600 § 44 Nr. 8 sowie Entscheidungen des BSG vom 20.08.1997 - 13 RJ 39/96 - SozR 3-2600 § 43 Nr. 17, vom 24.03.1998 - B 4 RA 44/96 R -, vom 25.03.1998 - B 5 RJ 46/97 R - und vom 24.02.1999 - B 5 RJ 30/98 R - SozR 3-2600 § 44 Nr. 12 jeweils veröffentlicht in Juris). Überträgt man diese Rechtsprechung auf die Frage des Vorliegens voller Erwerbsminderung, führt dies hier zu keinem für den Kläger günstigeren Ergebnis. Bei dem Kläger lag weder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor, die sein Leistungsvermögen in einer zur Prüfung der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes Anlass gebenden Weise einschränken. Einer Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedarf es daher nicht. Unabhängig hiervon sind vom Sachverständigen Dr. F. entsprechende Tätigkeiten - besondere Hilfs-, Überwachungs- oder Büro-Tätigkeiten - benannt, auf die der Kläger unter Berücksichtigung seiner qualitativen Einschränkungen ? für den hier maßgeblichen Zeitraum bis Dezember 2009 - zu verweisen ist.

Der Kläger war - wie sich aus dem Sachverständigengutachten von Dr. F. schlüssig und überzeugend ergibt und vom SG zutreffend dargelegt wurde - auch wegefähig und benötigte keine betriebsunüblichen Pausen. Eine relevante Verschlechterung ist jedenfalls bis einschließlich Dezember 2009 nicht feststellbar.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und berücksichtigt das Teilanerkenntnis.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-12-14