L 2 R 3512/22

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
2.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 431/21
Datum
03.11.2022
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 R 3512/22
Datum
10.07.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. November 2022 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung streitig.

Der 1970 geborene Kläger absolvierte von 1986 bis 1989 eine Ausbildung zum Fleischer (Fachrichtung Schlachten, vgl. Bl. 46 eVA). In diesem Beruf war er im Anschluss daran bis Dezember 1994 in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig. Von Januar 1995 bis Mitte September 1996 bezog der Kläger Sozialleistungen. Von Mitte September 1996 bis September 1998 erfolgte eine Umschulung zum Geräteelektroniker (Bl. 185 eVA). Im Anschluss daran bezog der Kläger bis Januar 2002 Arbeitslosendgeld von der Bundesagentur für Arbeit. Von Februar 2002 bis Juli 2007 war der Kläger als Elektroniker versicherungspflichtig beschäftigt (vgl. Bl. 219 eVA). Seit Juli 2007 bis aktuell übt der Kläger bei einem Medizintechnikunternehmen eine versicherungspflichtige Beschäftigung als Monteur (zunächst für OP-Tische, seit 2018/2019 nach einer innerbetrieblichen Umsetzung auf einem körperlich weniger anspruchsvollen Arbeitsplatz in der Montage von Zubehörteilen) mit einem Stundenumfang von 35 Stunden pro Woche/7 Stunden pro Tag aus. Im Versicherungskonto des Klägers sind seit 01.09.1986 bis 31.12.2023 lückenlos Pflichtbeitragszeiten, auch durch Sozialleistungsbezug, gespeichert (vgl. Versicherungsverlauf vom 11.06.2024, Bl. 172 ff. Senatsakte).

Seit Ende November 2018 ist bei dem Kläger ein Grad der Behinderung von 50 anerkannt (Bl. 48 eVA).

Der Kläger erlitt im Oktober 2018 eine akute Subarachnoidalblutung (SAB) aufgrund eines rupturierten Aneurysmas der Arteria cerebri media links, die mittels Coil-Embolisation im Städtischen Klinikum K1 operativ versorgt wurde. Am 14.11.2018 wurde er aus der stationären Behandlung ohne neurologische Auffälligkeiten entlassen (vgl. Bl. 179 Senatsakte).

Vom 21.11.2018 bis 19.12.2018 erfolgte eine stationäre neurologische Rehabilitationsbehandlung im SRH Gesundheitszentrum W1 (Diagnosen: „SAB III. Grades linkshemisph., parafalxial, perimesencephal u. bas. Zisternen bei ACM-Aneurysma li., Arterielle Hypertonie, Nikotinabusus“, vgl. ärztlicher Reha-Entlassungsbericht vom 19.12.2018, Bl. 176 ff. Senatsakte). Von dort wurde der Kläger als arbeitsunfähig für „mindestens“ vier Wochen und mit der Einschätzung entlassen, leistungsmindernd bestehe noch eine leichte kognitive Störung, prinzipiell gehe man jedoch davon aus, dass bei weiterer guter Rekonvaleszenz eine vollschichtige Leistungsfähigkeit in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit erreicht werde. Der Kläger fühle sich aktuell beschwerdefrei, es bestünden keine Paresen, keine Aphasie, keine Dysphagie, keine Sehstörung. Es sei im Verlauf zu einer vollständigen Remission gekommen.
Im weiteren Verlauf blieb der Kläger zunächst arbeitsunfähig krank. Sodann erfolgte eine stufenweise Eingliederung (vier Wochen vier Stunden, vier Wochen sechs Stunden tägliche Arbeitszeit) und eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen leichteren Arbeitsplatz. Ab 27.07.2019 war der Kläger wieder in Vollzeit (35 Stunden pro Woche/7 Stunden pro Tag) tätig.

Aufgrund von heftigen Kopfschmerzen und Schwindel erfolgte vom 02.12.2019 bis 03.12.2019 eine erneute stationäre Aufnahme im SRH Klinikum K2. Dort wurden im CCT ein Substanzdefekt linkstemporal erhoben, bildmorphologisch neurologische Defizite ausgeschlossen („keine akute Pathologie“) und der Kläger mit der Diagnose Migräne mit Aura am 03.12.2019 aus der stationären Behandlung und der

Empfehlung einer Migräneprophylaxe mit Topiramat entlassen (vgl. Bl. 144, 160 SG-Akte, Bl. 189 Senatsakte).

Vom 04.02.2020 bis zum 03.03.2020 befand sich der Kläger zur stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung im SRH-Klinikum W2. Die dort behandelnden Ärzte stellte folgenden Diagnosen: Zustand nach (Z. n.) Subarachnoidalblutung links, parafaxial, perimesenzephal und in den basalen Zisternen (22.10.2018) bei aneurysmatischer Erweiterung der Aorta cerebri media links am M1/M2- Übergang, Z. n. Coil-Embolisation eines Media-Bifurkationsaneurysmas links am 23.10.2018, arterielle Hypertonie, leichte kognitive Störung, Migräne mit Aura, Z. n. Threoidektomie, Erschöpfungssyndrom, Z. n. mehrmaliger Perianalvenenthrombosenexzision, Kontrastmittel- und Cotrimallergie, Sonnenallergie (vgl. ärztlicher Reha-Entlassungsbericht vom 02.03.2020, Bl. 185 ff. Senatsakte). In der Untersuchung zeigten sich keine Hinweise auf höhere kognitive Störungen und keine neurologischen Defizite. Die Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung gelangten die Ärzte zu der Einschätzung, trotz der leichten Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und Spannungskopfschmerzen seien ausreichende Fertigkeiten zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit als Monteur zu erwarten, jedoch in einem eingeschränkteren zeitlichen Umfang. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine „vollschichtige“ Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten „für drei bis unter sechs Stunden pro Tag“. Einschränkungen bestünden für Tätigkeiten mit erhöhter psychischer Belastung. Schichtbetrieb sei ungünstig und solle vermieden werden. Alle Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten stellten, müssten im Einzelnen geprüft werden. Einschränkungen bestünden auch für Tätigkeiten mit Zwangshaltungen. Der Kläger könne seine bisher ausgeübte Tätigkeit wieder aufnehmen. Es werde davon ausgegangen, dass nach einer Rekonvaleszenzzeit von maximal vier Wochen Arbeitsfähigkeit wieder eintrete.

Am 20.03.2020 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine Rente wegen Erwerbsminderung (Bl. 134, 185 ff. eVA). Seinen Antrag begründete er im Wesentlichen mit dem Zustand nach Gehirnblutung. Er halte sich nur für fünf Stunden täglich arbeitsfähig (Bl. 186 eVA). Zu diesem Zeitpunkt übte er seine Tätigkeit in einem Umfang von sieben Stunden an fünf Tagen pro Woche aus (vgl. Bl. 185 eVA).

Auf der Grundlage der sozialmedizinischen Stellungnahme der L1 vom 02.04.2020 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 02.04.2020 (Bl. 112 ff. eVA) den Antrag des Klägers auf eine Rente wegen Erwerbsminderung ab.

Der hiergegen erhobene Widerspruch (Bl. 142 eVA), den der Kläger damit begründete, die aktuell ausgeübte Tätigkeit sei nur unter erheblicher Kraftanstrengung möglich und es sei eine Reduzierung der Stundenzahl vorgesehen, blieb aufgrund der sozialmedizinischen Stellungnahme von L1 vom 23.04.2020 (Bl. 207 eVA) zunächst ohne Erfolg. Aufgrund eines vom Widerspruchsauschusses gesehenen weiteren Ermittlungsbedarfs in seiner Sitzung vom 10.08.2020 (Bl. 146 eVA) holte die Beklagte das Gutachten des M1 vom 11.12.2020 (Bl. 209 ff. eVA) ein.

Der M1 stellte nach Untersuchung des Klägers am 11.12.2020 folgenden Diagnosen: Folgen einer Subarachnoidalblutung 10/2018, lumbaler Bandscheibenvorfall ohne eindeutige radikuläre Symptomatik, Migräne mit Aura, Spannungskopfschmerzen, differenzialdiagnostisch Analgetika-induzierte Kopfschmerzen; Angabe einer leichten Angstsymptomatik. Der neurologische Untersuchungsbefund sei ohne eindeutige Folgen der Subarachnoidalblutung geblieben. Neu angegeben werde eine Sensibilitätsstörung, Arm und Bein gekreuzt und nur für Algesie und Thermästhesie, die in der Aktenlage nicht beschrieben sei. Zusammenfassend führte der M1 aus, es hätten sich insgesamt keine Gesundheitsstörungen feststellen lassen, mit denen sich eine zeitliche Minderung des Leistungsvermögens rechtfertigen lasse. Der Kläger könne leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten in Tagesschicht in einem Umfang von sechs Stunden und mehr im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche ausüben. Dies gelte auch für seine zuletzt/aktuell ausgeübte Tätigkeit als Monteur.

Auf der Grundlage dieses Gutachtens und einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme der L1 vom 21.12.2020 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 03.02.2021 (Bl. 147 ff. eVA) als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 16.02.2021 Klage zum Sozialgericht (SG) Karlsruhe erhoben.

Der Kläger hat sich vom 29.04.2021 bis 20.05.2021 zur stationären Rehabilitationsbehandlung in der M2-Klinik in B1, Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Rheumatische Erkrankungen befunden. Die dort behandelnden Ärzte haben folgende Diagnosen gestellt: Funktions-/Belastungsdefizit der LWS bei breitbasigem Bandscheibenvorfall LWK4/5, Osteochondrose LWK4/5 u. LWK5/SWK1; Z. n. Bandscheiben-OP LWK4/5 1994, Belastungsdefizit der HWS bei muskulärer Dysbalance, primäre Coxarthrose links mit Funktions- und Belastungsdefizit, Z. n. Subarachnoidalblutung 2018 mit Coil-Embolisation Media-Bifurkationsaneurysma links mit rezidivierenden Kopfschmerzen und Schwindel (vgl. ärztlicher Reha-Entlassungsbericht vom 20.05.2021, Bl. 38 ff. SG-Akte). Die Entlassung ist arbeitsfähig und mit der ärztlichen Einschätzung eines zeitlichen Leistungsvermögens im Umfang von sechs Stunden und mehr arbeitstäglich sowohl für die aktuell ausgeübte Tätigkeit - vorausgesetzt, es verbleibe weiterhin bei der seinem Leistungsvermögen angepassten leichteren Tätigkeit - als auch für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt. Qualitative Leistungseinschränkungen bestünden für langanhaltende Zwangshaltung vornübergebeugt, häufige Wirbelsäulentorsionen, langanhaltende Überkopftätigkeit mit überstreckter Wirbelsäule und HWS. Der Kläger selbst sehe sich hauptsächlich aufgrund von Schwindel, Kopfschmerzen und abnehmender Belastungsfähigkeit seit seiner Subarachnoidalblutung als weniger leistungsfähig.

Das SG hat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen.
Der W3 hat mit Schreiben vom 05.07.2021 (Bl. 66 ff. SG-Akte) mitgeteilt, der Kläger sei bei ihm seit dem 14.08.2008 in Behandlung. Zuletzt habe er sich im Juni 2021 wegen Schmerzen im rechten Knie bei freier Kniegelenksbeweglichkeit vorgestellt. Außerdem habe er berichtet, dass die Schmerzen im Bereich der LWS und des Beckens durch die Reha nicht wesentlich besser geworden seien. Durch die beiden Bandscheibenvorfälle habe er eine erhebliche Einschränkung der Wirbelsäule. Arbeiten in ständig stehender Tätigkeit könne er nicht durchführen, auch könne er keine schweren Gegenstände von mehr als 10 kg regelmäßig anheben. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen habe er nicht ausgestellt. Eine Leistungseinschätzung sei nicht möglich.
Der K3 hat mit Schreiben vom 20.07.2021 (Bl. 89 SG-Akte) von einer Behandlung des Klägers vom 03.05.2018 bis 11.03.2021 berichtet. Der Kläger sei durchgehend angespannt und gereizt mit glaubhafter Schilderung von Schwindel und Konzentrations- sowie Merkfähigkeitsstörungen. Die Feststellung der beim Kläger vorhandenen Gesundheitsstörungen würden, bedingt durch die erhebliche Beeinträchtigung der Konzentrationsminderung und Merkfähigkeitsstörung, zu einer deutlichen Einschränkung der gesamten Belastbarkeit führen. Zusätzlich habe er glaubhaft eine schnelle Erschöpfbarkeit angegeben. Der Kläger sei seiner Meinung nach nicht mehr in Vollzeit belastbar. Die Leistungsfähigkeit liege für eine leichte Tätigkeit mit Sicherheit unter sechs Stunden täglich. Er habe keine

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt.
Die S1 hat mit Schreiben vom 13.09.2021 (Bl. 91 ff. SG-Akte) erklärt, der Kläger sei in der Praxis seit 12.03.2007 und bei ihr seit 2020 in Behandlung. In den Konsultationen habe er ein mannigfaltiges Bild an Beschwerden gezeigt. In Bezugnahme auf die rezidivierenden Migräneattacken sei eine Besserung unter der Einnahme einer medikamentösen Prophylaxe durchaus denkbar. Da die Kopfschmerzen auch eine Komplikation der Subarachnoidalblutung darstellen könnten, sei eine vollständige Heilung dieses Symptomkomplexes wenig wahrscheinlich. Eine Besserung könne aber auch hier eine prophylaktische medikamentöse Therapie darstellen. Eine ergänzende psychosomatische Mitbehandlung rate sie an. Aus ihrer Sicht sei eine individuelle Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Rahmen einer neurologisch-psychiatrischen Begutachtung unter Bezugnahme auf die Leiden des Klägers am zielführendsten. Die Heilung einer 2021 diagnostizierten Lyme-Borreliose sei unter eingeleiteter antibiotischer Therapie hoch. S1 hat zudem Arbeitsunfähigkeitszeiten ab 10.10.2019 mitgeteilt (14 Tage im Oktober 2019, fünf Tage im Mai 2020, sechs Tage im Juni 2020, zwei Tage im Oktober 2020, zehn Tage im Dezember 2020, neun Tage im Februar 2021, fünf Tage im April 2021, drei Tage im Juni 2021, zehn Tage im Juli 2021, 12 Tage im August 2021 [wegen Lyme-Borreliose]).

Laut einem Arztbrief der Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums K1 vom 07.03.2022 (Bl. 239 eVA) hat das cerebrale MRT mit MR-Angiographie die vollständige Ausschaltung des vormaligen Aneurysmas ohne Anhalt für eine Re- oder Restperfusion gezeigt. Es wurde eine Kontrolluntersuchung in einem Jahr empfohlen.

Auf Antrag und Kosten des Klägers hat das SG gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des F1, vom 02.05.2022 und das Zusatzgutachten der S2 und H1, Klinik für Wirbelsäulentherapie V1-Kliniken K1, vom 22.04.2022 eingeholt.

S2 und H1 haben nach Untersuchung des Klägers am 16.03.22 im Gutachten (Bl. 142 ff. SG-Akte) ausgeführt, der Kläger leide an chronischen Rückenschmerzen bedingt durch degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und LWS und einer (radiologisch) leichtgradigen Coxarthrose links. Im Vordergrund würde allerdings die stattgehabte Subarachnoidalblutung stehen. Die orthopädischen Leiden seien zweitrangig. Zusammengefasst bestünden aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens bei Beachtung qualitativer Einschränkungen (keine schweren Tätigkeiten mit Heben von Lasten über zehn kg, kein häufiges Bücken, kein langes Stehen und Sitzen), weshalb der Kläger für Tätigkeiten im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen und mit regelmäßigen Pausen im Umfang von sechs Stunden und mehr als erwerbstätig erachtet werde. Dies entspreche seines Erachtens auch der bereits durchgeführten Umsetzung auf den leichteren Arbeitsplatz. Aktuell sei der Kläger in der Zubehörmontage tätig. Er habe berichtet, dass er Gegenstände bis zu einem Gewicht von max. zehn kg heben müsse. Das Arbeitsumfeld gebe ihm laut eigenen Angaben die Möglichkeit sowohl im Stehen als auch in Gehen zu arbeiten und bei Bedarf auch im Sitzen tätig sein zu können. Auch für die zuletzt/aktuell ausgeübte Tätigkeit werde der Kläger daher für vollschichtig leistungsfähig gehalten. Auch sei er in der Lage, die üblichen Wege zur und von der Arbeit zurückzulegen. Maßgebend seien die neurologischen Beschwerden aufgrund der stattgegebenen Subarachnoidalblutung.

F1 hat nach Untersuchung des Klägers am 04.04.2022 in seinem Gutachten (Bl. 159 ff. SG-Akte) folgende Diagnosen mitgeteilt: multisegmentale degenerative Veränderungen der LWS (Operation LWK4/5 1994) und belastungsabhängige Lumboischialgie beidseits, Cervicobrachialgie beidseits, Subarachnoidalblutung III° bei Media-Aneurysma links, Embolisation 2018; unsystematischer, attackenförmig rezidivierender Schwindel, episodische Migräne mit Aura, chronische Spannungskopfschmerzen differentialdiagnostisch Analgetika-induzierte Kopfschmerzen. Die Diagnose eines Schwindels sei verschiedenen Berichten der Akte zu entnehmen, eine spezifischere Diagnose oder eine Schwindeldiagnostik sei nicht erfolgt. Da der Schwindel zwar täglich, aber immer nur kurz mit einer Dauer von zwei bis drei Minuten auftrete, könne hier nur von einer diskreten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, zumal der Kläger aktuell ja leistungsfähig sei. Es verbleibe der Symptomkomplex der Kopfschmerzen. Zum einen bestehe eine episodische Migräne mit Aura, die aufgrund der längeren Dauer der einzelnen Attacken und Auftreten durchschnittlich jede Woche zu einer mittelgradigen Beeinträchtigung führe. Hier müsse jedoch angemerkt werden, dass aktuell weder für die Therapie der akuten Attacke eine leitliniengerechte Therapie durchgeführt werde (z.B. mit einem Triptan) noch jemals eine prophylaktische Therapie (z.B. mit einem Betablocker oder Topiramat) diskutiert worden sei. Auch bestünden weitere, abgrenzbare, hochfrequente Kopfschmerzen mittlerer Intensität, die entweder chronischen Spannungskopfschmerzen entsprächen oder aber als Analgetika-induzierte Kopfschmerzen bei Analgetika-Dauergebrauch zu bezeichnen seien. Auch bestehe weder in dem einen noch in dem anderen Fall eine leitliniengerechte Therapie (Prophylaxe der Spannungskopfschmerzen, Analgetika-Pause bei Analgetika-induzierten Kopfschmerzen). Unabhängig von diesem Hintergrund müsse auch hier festgestellt werden, dass der Kläger aktuell leistungsfähig sei und einer Tätigkeit in Vollzeit nachgehe. Auf psychologischer Seite seien die Kriterien für eine Depression nicht erfüllt. Die Angabe häufiger Gedanken um die private und berufliche Zukunft und einer leicht gedrückten Stimmung reiche hierfür nicht aus. Der Schlaf werde als ausreichend gut berichtet, es bestünden weiterhin ausreichend gute soziale Kontakte, es würden Urlaube durchgeführt. Das Ergebnis des Beck-Depressions-Inventar habe einen Score erreicht, der einer schweren Depression entsprechen würde; dies lasse sich jedoch nicht mit dem klinischen Eindruck und der Anamnese in Einklang bringen. Ggf. könne eine leichte Angstsymptomatik vorliegen, welche bereits im nervenärztlichen Gutachten M1 erwähnt worden sei. Um das Ausmaß einer möglichen Einschränkung auf diesem Gebiet zu quantifizieren sei. ggf. ein neuropsychologisches Gutachten sinnvoll. Trotzdem müsse auch hier wieder erwähnt werden, dass aktuell eine volle Leistungsfähigkeit bestehe. F1 ist zu der Einschätzung gelangt, dass im zuletzt ausgeübten Beruf als Produktionsarbeiter und für leichte und mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein zeitliches Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich unter Berücksichtigung qualitativer Leistungseinschränkungen (kein regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, bevorzugt Tätigkeit mit wechselnder Körperposition, keine Akkordarbeit oder Tätigkeiten mit hoher geistiger Verantwortung oder Beanspruchung) bestehe. Betriebsunübliche Arbeitsbedingungen seien nicht notwendig. Der Kläger könne einen Weg von vier Mal 500 Meter zu Fuß in max. 20 Minuten zurücklegen und öffentliche Verkehrsmittel nutzen. Er fahre selbst mit dem Kfz zur Arbeit. Eine mögliche Verbesserung der qualitativ eingeschränkten Leistungsfähigkeit sei durch eine konsequentere Therapie der beiden Kopfschmerzformen, ggf. eine ambulante Psychotherapie und/oder ein neurokognitives Training denkbar. In Kenntnisse dessen und der obigen Empfehlungen könnte mit einer Besserung der qualitativen Einschränkungen ca. in einem Jahr gerechnet werden. Einerseits bestehe volle Leistungsfähigkeit und der Kläger sei aktuell beruflich tätig, andererseits sei das Ausmaß möglicher kognitiv-mnestischer Defizite nach schwerer Hirnblutung nicht abschätzbar, so dass evtl. ein neuropsychologisches Gutachten hier mehr Klarheit und ggf. auch weitere therapeutische Empfehlung bringen könnte, vor allem in Hinsicht auf eine Verbesserung der qualitativen Einschränkungen.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 03.11.2022, in der der anwaltlich vertretene Kläger ausdrücklich die Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beantragt hat, hat der Kläger den Entlassungsbericht über seine tagesklinische Behandlung vom

12.07.2022 bis 30.08.2022 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des D1krankenhauses K1 vom 23.08.2022 vorgelegt (Bl. 202 ff. SG-Akte). Dort sind folgende Diagnosen genannt worden: mittelgradige depressive Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, substituierte Hypothyreose, passager hyperthyreote Stoffwechsellage, arterielle Hypertonie, 10/2018 Coil-Embolisation bei subarachnoidaler Blutung, 1994 OP bei NPP L4/5, Coxarthrose rechts, Gonarthrose rechts (Medikation bei Aufnahme: Novothyral 75 µg 2-0-0). Die Entlassung erfolgte arbeitsunfähig. Eine stufenweise Wiedereingliederung ab dem 05.09.2022 ist eingeleitet worden. Psychotherapeutisch ist dringend zu einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie geraten worden.

Mit Urteil vom 03.11.2022 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass der Kläger nicht teilweise „und auch nicht voll“ erwerbsgemindert sei, da er zur Überzeugung der Kammer unter Beachtung qualitativer Einschränkungen in der Lage sei, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Zu dieser Überzeugung gelange es aufgrund einer Gesamtwürdigung aller vorliegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere den Sachverständigengutachten auf orthopädischem und auf neurologischem Fachgebiet. Übereinstimmung bestehe überdies mit dem Reha-Entlassungsbericht vom 20.05.2021 und dem Gutachten M1 vom 11.12.2020.
Demgegenüber stünden die sachverständigen Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte des Klägers. Diese führten jedoch zu keiner abweichenden Leistungsbeurteilung. Der Einschätzung von K3 fehlten detaillierte Angaben. Die S1 habe in ihrer Auskunft vom 13.09.21 vorgetragen, dass eine medikamentöse Prophylaxe hinsichtlich der Kopfschmerzen zu einer Besserung führen könne. Auch sie habe auf eine psychosomatische Mitbehandlung verwiesen. W3 habe keine Angaben zur Leistungsfähigkeit des Klägers gemacht.
Es bestünden somit zusammenfassend im Hinblick auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen keine Zweifel daran, dass der Kläger trotz seiner Gesundheitsstörungen einer mindestens sechsstündigen Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen könne.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat am 15.12.2022 gegen das - ihm am 15.11.2022 gegen elektronisches Empfangsbekenntnis zugestellte - Urteil Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt.
Zur Begründung hat er vorgetragen, der Kläger leide neben den vom SG festgestellten Erkrankungen unter einer depressiven Störung und Angstzuständen. Hierzu habe das SG kein psychiatrisches Sachverständigengutachten und wegen der kognitiven Defizite auch kein neuropsychologisches Gutachten eingeholt, obschon die sachverständige Zeugenaussage des K3 bestätigt habe, dass beim Kläger insbesondere auf dem Fachgebiet der Psychiatrie und im kognitiven Bereich erhebliche Gesundheitsstörungen bestünden. Auch der Gutachter F1 habe in seinem Sachverständigengutachten vom 02.05.2022 zur Beweisfrage 9 bestätigt, dass ein neuropsychologisches Gutachten eingeholt werden solle. Tatsächlich liege beim Kläger eine nur noch untervollschichtige Leistungsfähigkeit von drei bis weniger als sechs Stunden vor.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 3. November 2022 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 2. April 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. Februar 2021 zu verurteilen, dem Kläger eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung mit Wirkung der Antragstellung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Nachdem der Berichterstatter des vormals zuständigen 4. Senats darauf hingewiesen hat, dass die Berufung keine Aussicht auf Erfolg habe und eine Vorgehensweise gem. § 153 Abs. 4 SGG beabsichtigt sei, hat der Kläger einen Antrag auf Einholung eines Gutachtens bei dem B2 gem. § 109 SGG gestellt.
B2 hat nach Untersuchung des Klägers am 15.08.2023 in seinem Gutachten vom 01.10.2023 (Bl. 67 ff. Senatsakte) folgende Diagnosen gestellt: sog. Pseudoneurasthenie i.S. einer organisch bedingten Leistungsschwäche (F7.9) mit Stressintoleranz, Überforderungsreaktionen mit Verhaltensauffälligkeiten - Reizbarkeit, Angstreaktion, depressiver Symptomatik, Kopfschmerzen u. a. somatoforme körperliche Beschwerden. Die vom Kläger angeführte verminderte Leistungsfähigkeit mit Überforderungsreaktionen am Arbeitsplatz, die erhöhte Erschöpfbarkeit laut der gegebenen Krankheitsgeschichte und nachgewiesenen strukturellen Schädigungen des Gehirns (strukturelle Läsion im kernspintomographischen Befund vom 02.12.2019, Z. n. nach Coilin eines Bifurkationsaneurysmas mit Defekt im Temporallappen links) seien insgesamt vereinbar und schlüssig dargestellt. Sie würden sich im Wesentlichen in der von der von S3 durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung abbilden. Die darin erkennbaren fluktuierenden Leistungen seien auch mit einer eingeschränkten Aufmerksamkeit zu erklären. Eine von der Fragestellung abhängige Verdeutlichung sei möglich, aber vom Gesamteindruck ausgehend eher vernachlässigbar. Die geistigen Leistungseinschränkungen bestünden in einer verminderten Ausdauer, verminderten visio-konstruktiven Fähigkeiten, einer allgemeinen Leistungsminderung mit verminderter Frustrationstoleranz und erhöhter Reizbarkeit und Störung des Affektes sowie Reaktionen mit Angst und Panik. Inwieweit die testpsychologischen Untersuchungen durch eine wechselnde Anstrengungsbereitschaft mitbestimmt seien, könne nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Beschwerdeentwicklung und Beschwerdebild seien mit der Krankheitsvorgeschichte und organischem Befund in Abgleich zu bringen. Die Einschränkungen seien weder mit eigener Willensanstrengung noch mit ärztlicher Hilfe zu überwinden. Es handele sich im Wesentlichen um ein organisch determiniertes Krankheitsbild. Möglich seien nur leichte körperliche Arbeiten ohne Heben und Tragen von Lasten bis zehn kg, mit dauerndem oder überwiegendem Stehen - Gehen - Sitzen, ohne Arbeiten auf Leitern und auf Gerüsten sowie an laufenden Maschinen; ohne Akkord-, Fließband-, Schicht-, Nachtarbeit; ohne Arbeiten in Kälte, Nässe, im Freien, unter Wärmeeinfluss, unter Einwirkung von Staub, Gasen, Dämpfen oder eine starke Beanspruchung des Gehörs oder des Sehvermögens. Möglich seien auch leichte Tätigkeiten geistiger Art ohne Publikumsverkehr und ohne besondere nervliche Beanspruchung. Unmöglich seien Arbeiten nach Plan; die Tätigkeiten müssten vorgeführt werden, vorzugsweise routinierbare Tätigkeiten ohne Zeitdruck. Bei Berücksichtigung dieser Einschränkungen bestehe ein zeitliches Leistungsvermögen in einem Umfang von drei bis vier Stunden arbeitstäglich im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche. Bei möglichem imperativen Einschlafen oder auch ictalen Ereignissen bestehen bis zur Stellungnahme des behandelnden Neurologen Einschränkungen für das Führen eines Kfz's. Das Leistungsvermögen habe sich seit den Vorgutachten lediglich in Bezug auf die reaktive Entwicklung einer Angstsymptomatik in Gefolge der Leistungseinschränkungen verschlechtert. In den vorliegenden Gutachten seien die organisch erklärbaren

Defizite und deren psychische Auswirkungen nicht ausreichend gewürdigt worden. Er teile die Einschätzung des behandelnden Neurologen und Psychiaters. Die organisch fixierten kognitiven Einschränkungen und verminderte Ausdauer würden verbleiben und seien nicht verbesserungsfähig. Mit einer Arbeitszeitverringerung und Sicherung des Arbeitsplatzes könne sich die Angstsymptomatik mit Panikreaktionen bessern.

Die Beklagte ist dem Gutachten durch die Vorlage der sozialmedizinischen Stellungnahme der H2 vom 25.01.2024 (Bl. 158 f. Senatsakte) und des B3 vom 24.01.2024 (Bl. 160 f. Senatsakte) entgegengetreten. Auf diese wird Bezug genommen. Überdies hat die Beklagte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgelehnt (Bescheid vom 18.07.2023, Bl. 60 f. Senatsakte).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das SG hat die statthafte kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und Abs. 4 SGG) zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die von Anfang an allein begehrte Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, da die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen ist. Der Bescheid der Beklagten vom 02.04.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.02.2021 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage für die begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist § 43 Abs. 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie - neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen - teilweise erwerbsgemindert sind. Nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sind teilweise erwerbsgemindert 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. Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage.

Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass das Leistungsvermögen des Klägers für die - aufgrund seines Geburtsjahres (vgl. § 240 Abs. 1 SGB VI) - allein maßgeblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auf einen Umfang von weniger als sechs Stunden täglich im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche abgesunken ist.

Denn ein solch zeitlich vermindertes Leistungsvermögen ist unter Berücksichtigung sowohl der Reha-Entlassungsberichte aus den Jahren 2018, 2020, 2021 und dem Gutachten des M1, die der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet, als auch unter Berücksichtigung der medizinischen Ermittlungsergebnisse im Klage- und Berufungsverfahren, insbesondere den gerichtlichen Sachverständigengutachten, nicht nachgewiesen.

Der Schwerpunkt der klägerischen Erkrankungen liegt auf neurologischem Fachgebiet in Form des Z. n. der im Jahr 2018 erlittenen und operativ versorgten Gehirnblutung sowie einer episodischen Migräne mit Aura, chronischem Spannungskopfschmerzen differentialdiagnostisch Analgetika-induzierte Kopfschmerzen und einem unsystematischem, attackenförmig rezidivierenden Schwindel. Darüber hinaus leidet der Kläger auf orthopädischem Fachgebiet an multisegmentalen Veränderungen der LWS, einer belastungsabhängigen Lumboischialgie beidseits, einer Cervicobrachialgie (HWS) beidseits sowie einer klinisch stummen, (radiologisch) leichten Coxarthrose links.

Als Folge der operativ versorgten Gehirnblutung macht der Kläger im Wesentlichen eine verringerte Belastbarkeit sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen geltend. Der Senat hat sich indes von einer in rentenrelevantem Ausmaß verminderten Belastbarkeit sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen in diesem Ausmaß nicht überzeugen können. Letztere bestehen zumindest objektivierbar allenfalls in nur leichter Ausprägung.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats zum einen bereits aus den Reha-Entlassungsberichten aus den Jahren 2018 und 2020. Die zunächst bei der Aufnahme in die Reha im November 2018 noch vorhandenen kognitiven Einschränkungen (neuropsychologische Eingangsuntersuchung: normentsprechendes Ergebnis bei der Alertness sowie knapp durchschnittliches Ergebnis bei der geteilten Aufmerksamkeit, räumlich-konstruktive Fähigkeiten sowie figurale Merkfähigkeit unauffällig, bzgl. Wortflüssigkeit herabgesetzte Leistung, bei verbaler Merk- und Lernfähigkeit sowie beim verzögerten Abruf von verbalen Informationen unterdurchschnittliche Ergebnisse, vgl. Reha-Entlassungsbericht vom 19.12.2018) bestanden bei Entlassung Mitte Dezember 2018 nach PC-gestützter Hirnleistungstherapie nicht mehr in diesem Ausmaß (normentsprechende Ergebnisse bei Planungsfähigkeit und divergenter Problemlösefähigkeit, bzgl. verbaler Gedächtnisleistung deutliche Verbesserungen mit normentsprechenden Ergebnis bei der Merk- und Lernfähigkeit von verbalen Informationen sowie beim verzögerten Abruf; noch erhöhte Interferenzanfälligkeit [Anm.: Störbarkeit durch Ablenkreize], psychopathologisch keine Auffälligkeiten; vgl. Reha-Entlassungsbericht vom 19.12.2018). Auch der neurologische und psychische Befund (im Übrigen) waren unauffällig, weshalb die Ärzte bereits damals bei Reha-Entlassung nur eine leichte kognitive Störung diagnostizierten und - wie der weitere tatsächliche Verlauf zeigt (der Kläger war ab 27.07.2019 wieder in einem Umfang von 35 Stunden pro Woche/ 7 Stunden pro Tag tätig) - zutreffend von einem zeitlichen Leistungsvermögen sowohl für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Monteur in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche nach weiterer Erholungszeit und stufenweiser Wiedereingliederung ausgingen.

Auch die Ärzte im SRH-Klinikum W2 haben während der Rehabilitationsbehandlung im Februar/März 2020 einen insgesamt unauffälligen neurologischen und allgemeinen psychischen Befund erhoben (vgl. Reha-Entlassungsbericht vom 03.02.2020). In der dortigen neuropsychologischen Untersuchung zeigte der Kläger nur eine leichte Störung der Aufmerksamkeit; zudem verbesserte sich durch die Therapie die Belastbarkeit und allgemeine körperliche Kraft des Klägers (vgl. Reha-Entlassungsbericht vom 03.02.2020). Angesichts dessen

ist die Einschätzung des Leistungsvermögens durch die dort behandelnden Ärzte, die ohnehin schon in sich widersprüchlich ist („vollschichtige Leistungsfähigkeit für drei bis unter sechs Stunden pro Tag“), für den Senat nicht schlüssig und nachvollziehbar.

Auch der Gutachter im Verwaltungsverfahren M1 sowie der gerichtliche Sachverständige F1 haben während der gutachterlichen Untersuchung im Dezember 2020 und im April 2022 keinen Befund erhoben, der die Annahme einer rentenrelevanten Leistungseinschränkung rechtfertigen würde. Der jeweils erhobene Befund deckt sich vielmehr mit dem vom Kläger gegenüber den Sachverständigen geschildertem Tagesablauf.
So erhob der Gutachter M1 einen im Wesentlichen unauffälligen psychischen Befund (Bl. 222 f. eVA: äußeres Erscheinungsbild geordnet, altersentsprechender Allgemeinzustand; Kontaktaufnahme problemlos, insgesamt kooperativ, freundlich zugewandt; unauffällige Psychomotorik; Gestik und Mimik unauffällig; Bewusstseinslage klar, keine Orientierungs- und Wahrnehmungs- und Ich-Störungen, keine Störungen des Gedankengangs, keine Auffälligkeiten des Gedankeninhalts, Merk- und Konzentrationsfähigkeit *nicht* beeinträchtigt; Zwangsgedanken und -handlungen verneint; ausgeglichene Stimmungslage; affektive Schwingungs- und Resonanzfähigkeit nicht beeinträchtigt, Antrieb unvermindert, kein Hinweis auf hirnorganisches Psychodrom). Im Übrigen stimmte - so der Gutachter M1 - das Ergebnis des vom Kläger beantworteten Fragebogens zur Diagnose einer Depression nicht mit dem unauffälligen klinischen Eindruck überein, weshalb er von einer aggravierenden Beschwerdedarstellung ausging. Auch der körperlich-neurologische Befund (Bl. 224 f. eVA) bzgl. Kopf, Hirnnerven, Koordination, Gangbild und Sprachartikulation war unauffällig. Es zeigte sich („wurden angegeben“) allein eine Hypalgesie und Thermhypästesie der linken Gesichtshälfte, des rechten Armes und des linken Beines, jeweils die gesamte Extremität betreffend (vgl. Bl. 225 eVA). Einhergehend mit diesem im Wesentlichen unauffälligen Befund gestaltete der Kläger laut eigenen Angaben gegenüber dem Gutachter M1 auch seinen Tagesablauf (Bl. 221 eVA: 4:30 Uhr/4:45 Uhr aufstehen - 5:15 Uhr/5:30 Uhr Abfahrt mit dem Auto, das er selbst fahre, Arbeitsbeginn 6:30 Uhr, Arbeitsende 14:45 Uhr; 15:30 Uhr zu Hause - Kaffeetrinken, halbe Stunde hinsetzen, TV laufe; repariere noch das ein oder andere, im Sommer etwas Gartenarbeit; 20:00/22:00 Uhr zu Bett gehen, Einkäufe mache man gemeinsam; Haushalt teile er sich mit der Ehefrau, Staubsaugen mache er eigentlich gern, das beruhige ihn; er putze auch das Klo und das Bad; am Wochenende fahre er mit seiner Frau auch schon mal weg, spazieren gehen, Bekannte besuchen; lese regelmäßig Jagdzeitschriften, nehme von der Schwiegermutter die Tageszeitung mit; was ihn interessiere, schaue er auch im Internet nach; im August 2020 im Urlaub gewesen, er sei Jäger und gehe mit einem Bekannten mindestens einmal pro Woche auf die Jagd, mindestens zwei Mal pro Monat schieße er was).

Befund und Tagesablauf sind im weiteren Verlauf unverändert geblieben. Denn auch der von F1 im April 2022 erhobene neurologische und psychische Befund ist im Wesentlichen unauffällig gewesen (Bl. 166 ff. SG-Akte: Hirnnerven unauffällig, Reflexe auslösbar, keine Sensibilitätsstörungen wie Hyp- oder Parästhesien nachweisbar; Tibialis- und Medianus-SEP Normalbefund, EEG unauffällig; wach, zur Zeit, dem Ort und der eigenen Person vollständig orientiert; dem ärztlichen Gespräch gut zugewandt; äußeres Erscheinungsbild gepflegt; *keine* kognitiven Defizite und keine Anzeichen eines dementiellen Prozesses, kein Neglect, keine Apraxie oder Aphasie; keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen; Stimmung erschien gedrückt; Antrieb normal, Affekt ausreichend auslenkbar, psychomotorisch angespannt). Damit einhergehend hat der Kläger auch bei der Untersuchung im April 2022 noch einen gut strukturierten und ausgestalteten Tagesablauf geschildert (Bl. 164 ff. SG-Akte: 4:30 Uhr aufstehen, ins Bad, dann fahre er mit dem Pkw die Strecke von 35 km zur Arbeit; die typische Arbeitszeit liege zwischen 6:30 und 14:30 Uhr; berufsbezogene Probleme gab er nicht an; gegen 15:00 Uhr wieder zuhause; dann über einstündige Pause im Sitzen mit Kaffeetrinken; im Haushalt sauge er selbst, manchmal repariere er auch Kleinigkeiten im Haus oder Garten; Abendessen mit der Ehefrau, dann duschen, fernsehen und gegen 20:00 Uhr zu Bett gehen; kleine Dinge könne er selbst einkaufen, die anderen Sachen kauften sie gemeinsam ein, vor allem die schweren; Kurzurlaube, schwimmen gehen, Freunde treffen alle zwei Wochen). Darüber hinaus hat auch F1 darauf hingewiesen, dass das Ergebnis des vom Kläger beantworteten Frageborgens zur Diagnose einer Depression eine Score erreicht habe, die mit dem klinischen Eindruck und der Anamnese nicht in Einklang zu bringen sei.

Nicht zuletzt wurde bei Untersuchung in Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums K1 vom 07.03.2022 (Bl. 239 eVA) mittels cerebralem MRT mit MR-Angiographie die vollständige Ausschaltung des vormaligen Aneurysmas ohne Anhalt für eine Re- oder Restperfusion festgestellt.

Aufgrund all dessen sind beide Sachverständige für den Senat schlüssig und nachvollziehbar und daher überzeugend zu der Einschätzung gelangt, dass der Kläger unter Berücksichtigung der im Tatbestand festgestellten qualitativen Leistungseinschränkungen noch (mindestens) sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann.

Darüber hinaus leidet der Kläger an einer episodisch auftretenden Migräne mit Aura und chronischen Kopfschmerzen/Spannungskopfschmerzen sowie rezidivierend auftretenden Schwindelanfällen. Dies haben sowohl die Ärzte in der Reha-Maßnahme im März 2020 als auch der Gutachter M1 und der gerichtliche Sachverständige F1 diagnostiziert. Die Migräne besteht nach den Angaben des Klägers gegenüber dem Gutachter M1 (Bl. 213 eVA) bereits seit seiner Kindheit und trat im Dezember 2020 sechs- bis sieben Mal pro Monat mit Flackern vor den Augen, Übelkeit und beidseits stechenden Kopfschmerzen auf. Zudem war sie in 2020 - so die Angabe des Klägers gegenüber dem Gutachter - nicht mehr so schlimm wie früher. Die drückenden Kopfschmerzen traten nach Angaben des Klägers im Dezember 2020 fast täglich auf. Gegenüber F1 hat der Kläger das Auftreten der Migräneattacken mit vier Mal pro Monat für ca. drei Tage angegeben (Bl. 162 f. SG-Akte). Diese würden mit einem Flackern vor den Augen beginnen und sich dann bifrontale Kopfschmerzen von hoher Intensität entwickeln, verbunden mit Übelkeit, einer Photo- und Phonophobie und einem Rückzugsverhalten. Daneben hat er F1 gegenüber fast dauerhaft vorliegende, links temporal auftretende Kopfschmerzen von dumpfen Charakter und mittlerer Intensität beschrieben sowie zwei bis drei Mal pro Tag auftretende Schwindelattacken mit einer Dauer von je zwei bis drei Minuten.
Auch diese Erkrankungen haben der Gutachter M1 und der Sachverständige F1 im Rahmen ihrer gutachterlichen Leistungseinschätzung berücksichtigt, in ihnen jedoch - ebenfalls unter Berücksichtigung der von ihnen erhobenen Befunde sowie des vom Kläger geschilderten Tagesablaufs - kein rentenrelevantes Ausmaß gesehen, zumal sowohl bzgl. der Migräne als auch der chronischen Kopfschmerzen/Spannungskopfschmerzen Therapieoptionen bestehen, wie von der behandelnden S1 und dem gerichtliche Sachverständigen F1 dargestellt und im Tatbestand festgestellt und die bislang vom Kläger scheinbar nicht in Anspruch genommen worden sind (Angabe gegenüber F1, Bl. 163 SG-Akte: unter Ibuprofen, Novalgin wenig besser, jedoch vermehrt müde - er halte die Kopfschmerzen lieber aus, keine Triptane, keine Prophylaxe; Angabe gegenüber M1, Bl. 213 eVA: medikamentöse Migräne-Prophylaxe sei bisher nicht eingeleitet worden. Wegen der Kopfschmerzen einmal täglich Novaminsulfon seit zwei Wochen; Angabe gegenüber den Reha-Ärzten 2021, Bl. 181 SG-Akte und gegenüber den Sachverständigen S2 und H1, Bl. 145 SG-Akte und B2, Bl. 72 Senatsakte: Novaminsulfon bei Bedarf).

Soweit der gerichtliche Sachverständige B2 in seinem Gutachten zu der Auffassung gelangt ist, dass der Kläger nur noch drei bis vier Stunden arbeitstäglich berufliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung der von ihm genannten und im Tatbestand festgestellten qualitativen Einschränkungen verrichten könne, hat sich der Senat hiervon nicht überzeugen können. Seine Leistungseinschätzung hat B2 damit begründet, dass die Vorgutachter - anders als er - die organisch erklärbaren Defizite und deren psychische Auswirkungen (sog. Pseudoneurasthenie i.S. einer gehirn-organisch bedingten Leistungsschwäche mit Stressintoleranz, Überforderungsreaktionen mit Verhaltensauffälligkeiten - Reizbarkeit, Angstreaktion, depressiver Symptomatik, Kopfschmerzen u. a. somatoforme körperliche Beschwerden) nicht hinreichend gewürdigt hätten. Der Senat verkennt nicht, dass erstmals im Gerichtsverfahren B2 eine neuropsychologische Testung des Klägers durch die S3 (Bl. 75 ff. Senatsakte) veranlasst hat. Diese wurde zuvor (lediglich) während der Rehabilitationsmaßnahmen im November/Dezember 2018 und im Februar/März 2020 durchgeführt (mit dem Ergebnis von am Ende der Reha jeweils bestehenden, lediglich leichten kognitiven Einschränkungen). Indes hat B2 die neuropsychologische Untersuchung selbst dahingehend ausgewertet und zusammengefasst, dass eine klare Einschätzung der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung(en) bzw. Störung(en) angesichts der Vielfältigkeit der geschilderten Beschwerden nicht eindeutig möglich und eine Verdeutlichung möglich sei. In Zusammenschau mit dem von ihm erhobenen neurologischen Befund (Bl. 73 Senatsakte) und psychischen Befund (Bl. 74 Senatsakte: pünktlich, gepflegtes Erscheinungsbild, Kontaktaufnahme spontan, angstfrei ohne Verunsicherung, in allen Qualitäten orientiert, klinisch *keine* Beeinträchtigung der Auffassung, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit; spontan im Rapport, formaler Gedankengang geordnet, keine inhaltlichen Denkstörungen, schildert schlüssig die sich aus der verzögerten Diagnostik eines Aneurysma ergebende Unsicherheit bzgl. der Körperwahrnehmung, Rezidivangst, unauffälliger Antrieb, lebhaft in Mimik, Psychomotorik; nicht herabgestimmt; Affekt in Bezug auf die Fragestellung und Vorgeschichte etwas unbefangen, unbekümmert, leicht unangemessen; offen in der Exploration, keine Suggestibilität) vermochte sich der Senat indes nicht von der Leistungseinschätzung des B2 überzeugen. Überdies hat er - anders als die Vorgutachter - auch den Tagesablauf und die Freizeitgestaltung des Klägers nicht derart ausführlich erhoben, dass eine Überprüfung der von ihm vorgenommenen Leistungseinschätzung auf deren Schlüssigkeit möglich gewesen ist. Auch hat er sich nicht damit auseinandergesetzt, dass der Kläger seine berufliche Tätigkeit tatsächlich in einem Umfang von 35 Stunden pro Woche/ 7 Stunden pro Tag ausübt. Soweit B2 auf die im MRT-Befund vom 02.12.2019 dokumentierte strukturelle Läsion verwiesen und ausgeführt hat, dass Läsionen im Temporallappen zu komplexen, und je nach Lokalisation, zu verschieden Ausfällen führen „können“ und nach einer Blutung auch über die darstellbaren Läsionen in der Bildgebung in dieser nicht abgebildete Läsionen in Gefolge von Gefäßspasmen häufig und mögliche Folgen für u.a. Gedächtnis-, Sprachverständnis, mit und ohne Hörstörungen, Visio-konstruktive und Visio-spatiale Störungen sowie Einschränkungen in der Emotionskontrolle und eine Angstsymptomatik, bei einem initialen Anfall auch epileptische Anfälle und in seltenen Fällen auch eine Störung der Schlaf-Architektur mit erhöhter Tagesmüdigkeit und unvermittelter Einschlafneigung, im Weiteren eine allgemeine erhöhte Erschöpfbarkeit mit nachlassender Aufmerksamkeit und Konzentration verbunden mit Schwindel, Kopfschmerzen sein „können“ (Bl. 81 Senatsakte), mag dies grundsätzlich zutreffen. Indes reichen zur Überzeugungsgewinnung bzgl. des Vorliegens rentenrelevanter Funktionsstörungen allein die möglich eintretbaren Folgen einer Gehirnblutung nicht aus. Solche Funktionsstörungen in rentenrelevantem Ausmaß, die auf objektivierbaren Tatsachen beruhen, sind gerade nicht erhoben worden, weder von B2 selbst noch von den Vorgutachtern oder den während der Reha-Maßnahmen behandelnden Ärzten. Überdies bestünden auch nach den Ausführungen des Sachverständigen F1 Möglichkeiten eines neurokognitiven Trainings, das der Kläger bislang nicht durchgeführt hat (vgl. Bl. 164 SG-Akte).

Vor diesem Hintergrund überzeugt den Senat auch die Leistungseinschätzung des behandelnden K3 nicht. Denn das von ihm angenommene Leistungsvermögen von „mit Sicherheit unter sechs Stunden“ begründet er mit erheblichen Störungen von Konzentration und Merkfähigkeit und einer dadurch bedingten Einschränkung der gesamten Belastbarkeit. Solche „erheblichen“ - und damit ggf. in rentenrelevantem Ausmaß bestehenden - Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sind aber - wie zuvor dargelegt - nicht nachgewiesen.

Auch aus dem Bericht über die teilstationäre psychosomatische Behandlung im Juli/August 2022 ergibt sich zur Überzeugung des Senats keine andere Beurteilung. Zwar wurde von den dort behandelnden Ärzten eine mittelgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert. Diese Diagnose haben sowohl der Gutachter M1 im Dezember 2020 als auch der gerichtliche Sachverständige F1 im April 2022 aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde und des vom Kläger geschilderten Tagesablaufs sowie der Tatsache, dass der Score zum Fragebogen des Beck-Depressions-Inventar deutlich vom klinischen Befund abgewichen ist, nicht gestellt. Zudem sind rentenrelevant allein die durch dauerhafte Gesundheitsstörungen verursachten funktionellen Beeinträchtigungen. Solche lassen sich dem Entlassungsbericht zum einen nicht entnehmen. Zum anderen haben die Ärzte selbst eine stufenweise Wiedereingliederung empfohlen und sind somit gerade nicht von einem dauerhaft zeitlich verminderten Leistungsvermögen ausgegangen. Überdies wäre eine Depression bzw. depressive Episoden einer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung zugänglich, die der Kläger trotz mehrfacher ärztlicher Empfehlung bis zuletzt nicht begonnen hat (vgl. zuletzt seine Angaben gegenüber B2, Bl. 72 Senatsakte).

Auch die Erkrankungen des Klägers auf orthopädischen Fachgebiet führen weder für sich betrachtet noch in Zusammenschau mit den übrigen Erkrankungen zu einem Leistungsvermögen von unter sechs Stunden. Dies entnimmt der Senat sowohl dem Reha-Entlassungsbericht aus dem Jahr 2021 als auch dem, die Leistungseinschätzung der Reha-Ärzte bestätigenden Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen S2 und H1.

Der Kläger leidet auf orthopädischem Fachgebiet an degenerativen Veränderungen der LWS und der HWS und dadurch bedingten Beschwerden sowie einer Hüftgelenksarthrose links. Sowohl nach der Einschätzung der in der Reha 2021 behandelnden Ärzte als auch der gerichtlichen Sachverständigen S2 und H1 führen diese Erkrankungen zu keinem zeitlich verminderten Leistungsvermögen. Diese Einschätzung ist für den Senat nachvollziehbar und überzeugend aufgrund der jeweils erhobenen körperlichen Befunde (insoweit nimmt der Senat ausdrücklich auf den Reha-Entlassungsbericht vom 20.05.2021, dort Bl. 2-5 [Bl. 46 SG-Akte; „Abschlussbefund“] sowie die im Gutachten der S2 und H1 dargestellten Befunderhebungen, Bl. 146 f. SG-Akte, Bezug) sowie des bereits zuvor dargestellten und vom Kläger geschilderten Tagesablaufs.

Zu berücksichtigen ist zuletzt auch, dass der Kläger ab Rentenantragstellung bis aktuell seine berufliche Tätigkeit im Umfang von 35 Stunden pro Woche/7 Stunden pro Tag - mit Ausnahme immer wieder auftretender kurzer Arbeitsunfähigkeitszeiten (wie von S1 dem SG gegenüber mitgeteilt und im Tatbestand festgestellt) und nur kurzem Krankengeldbezug - und damit vollschichtig im Sinne des § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI tatsächlich ausgeübt hat/ausübt. Der Kläger bezog nach der stufenweisen Wiedereingliederung ab 27.07.2019 durchgehend bis 22.08.2022 (mit Ausnahme der Zeit während der Reha im Februar/März 2020) sowie sodann vom 03.10.2022 bis 31.12.2023 keine Sozialleistungen (Krankengeld), sondern war durchgehend erwerbstätig und legte deshalb auch entsprechende Pflichtbeitragszeiten ohne Sozialleistungsbezug zurück (vgl. Versicherungsverlauf vom 11.06.2024). Erwerbsminderung besteht (daher) auch unter Berücksichtigung

der festgestellten Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht (zu den entsprechenden Voraussetzungen vgl. BSG Urteil vom 31.10.2012 - B 13 R 107/12 B -, juris Rn. 15).

Nach alledem ist ein zeitlich vermindertes Leistungsvermögen nicht nachgewiesen. Der Kläger ist zur Überzeugung des Senats vielmehr noch in einem Umfang von (mindestens) sechs Stunden täglich im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche leistungsfähig sowohl für seine tatsächlich ausgeübte Tätigkeit als Monteur als auch für (ggf. noch) leichtere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die Erkrankungen des Klägers führen zur Überzeugung des Senats zu folgenden qualitativen Leistungseinschränkungen (im Sinne des Unzumutbaren): keine Tätigkeiten mit erhöhter psychischer Belastung oder mit besonderer nervlicher Belastung, keine Tätigkeiten mit hoher geistiger Verantwortung oder Beanspruchung, keine Schichtarbeit, keine Akkordarbeit, kein regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, kein häufiges Bücken, kein langes Stehen und Sitzen (Wechselhaltung erforderlich), keine lang anhaltende Zwangshaltung vornüber gebeugt, keine häufigen Wirbelsäulentorsionen, keine lang anhaltende Überkopftätigkeit mit überstreckter Wirbelsäule und HWS. Dies entnimmt der Senat den insoweit übereinstimmenden Einschätzungen der in den Reha-Kliniken behandelnden Ärzte als auch den Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen S2 und H1, F1 und B2.

Soweit B2 darüber hinaus Tätigkeiten mit starker Beanspruchung des Gehörs und des Sehvermögens für nicht mehr leidensgerecht erachtet hat, erschließt sich dem Senat nicht, auf welcher Befundgrundlage er zu dieser Einschätzung gelangt ist. Auch die Annahme einer Unzumutbarkeit von Tätigkeiten mit Publikumsverkehr hält der Senat aus diesem Grund für nicht nachvollziehbar. Und auch soweit B2 zuletzt noch ausgeführt hat, dass Arbeiten nach Plan unmöglich seien und die Tätigkeiten vorgeführt werden müssten, routinierbare Tätigkeiten ohne Zeitdruck vorzugsweise seien, weist der Senat darauf hin, dass für diese Annahme keine objektivierbaren Befunde nachgewiesen sind, aus denen sich derart funktionelle Einschränkungen ableiten ließen.

Diese, vom Senat festgestellten qualitativen Leistungseinschränkungen stellen weder eine schwere spezifische Leistungseinschränkung noch eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen im Sinne der ständigen Rechtsprechung des BSG dar, aufgrund derer eine Einsatzfähigkeit des Klägers unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht (mehr) gegeben wäre. Vielmehr ist ein Einsatz unter den üblichen Arbeitsmarktbedingungen - zumindest seit dem Monat der Rentenantragstellung bis aktuell - noch möglich.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG kann für den Regelfall davon ausgegangen werden, dass ein Versicherter, der nach seinem verbliebenen Restleistungsvermögen noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (wenn auch mit qualitativen Einschränkungen) täglich mindestens sechs Stunden verrichten kann, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Denn dem Versicherten ist es mit diesem Leistungsvermögen in der Regel noch möglich, diejenigen Verrichtungen auszuführen, die in ungelernten Tätigkeiten in der Regel gefordert werden, wie z.B. Sortier- und Montagetätigkeiten, Boten- und Bürodienste bzw. Bedienen von Maschinen oder Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen, Messen, Prüfen, Überwachen, (Qualitäts-)Kontrolle von Produktionsvorgängen (BSG Urteile 11.12.2019 - B 13 R 7/18 R -, juris Rn. 28 ff., vom 09.05.2012 - B 5 R 68/11 R -, juris Rn. 17 ff. und vom 19.10.2011 - B 13 R 78/09 R -, juris Rn. 31 ff.). Das verbliebene Restleistungsvermögen des Klägers lässt zur Überzeugung des Senats noch eine im Sinne dieser Rechtsprechung (BSG Urteil vom 11.12.2019 - B 13 R 7/18 R -, juris Rn. 32, Urteil vom 09.05.2012 - B 5 R 68/11 R -, juris Rn. 25) relativ „schnelle“ Zuordnung von Arbeitsfeldern bzw. typischen Verrichtungen zu, die nur mit körperlich leichten Belastungen einhergehen, wie z.B.- die tatsächlich verrichteten - Montagetätigkeiten, aber auch einfaches Bedienen von Maschinen, das Sortieren von leichten Gegenständen sowie einfache Boten- und Büroarbeiten. Dies entnimmt der Senat sowohl den Reha-Entlassungsberichten aus den Jahren 2018 und 2021 als auch dem Gutachten M1 und den Sachverständigengutachten der S2 und H1 sowie des F1. Dies wiederum bedeutet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, dass der Rentenversicherungsträger keine konkret geeignete Verweisungstätigkeit zu benennen hat (BSG Urteil vom 11.12.2019 - B 13 R 7/18 R -, juris Rn. 40). Auch dass der Kläger seit Rentenantragstellung bis aktuell die Tätigkeit als Monteur in einem Umfang von täglich sieben Stunden ausübt, spricht zumindest dafür, dass ihm jedenfalls die zuvor festgestellten Tätigkeitsfelder des allgemeinen Arbeitsmarktes, die nur mit leichten körperlichen Belastungen einhergehen, zumutbar sind und er für sie einsatzfähig ist.

Soweit S2 und H1 „regelmäßige Pausen“ für erforderlich erachtet haben, führt auch dies zur Überzeugung des Senats für den Senat nicht zu einer Verschlossenheit des Arbeitsmarktes infolge betriebsunüblicher Bedingungen. Dies zeigt zum einen die tatsächliche Ausübung seiner Tätigkeit als Monteur im Umfang von täglich sieben Stunden an fünf Tagen pro Woche. Zum anderen gilt Folgendes: In § 4 Satz 1 und 2 des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) sind Ruhepausen von mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden und 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden vorgesehen, wobei die Ruhepausen in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden können. Dies bedeutet zwar, dass bei bis zu sechs Stunden Arbeit eine Ruhepause nicht vorgeschrieben ist. Allerdings geht der Gesetzgeber wie selbstverständlich davon aus, dass dringende persönliche Bedürfnisse während der Arbeitszeit verrichtet werden. Solche zusätzlichen Möglichkeiten der Arbeitsunterbrechung für Erholung und persönliche Bedürfnisse über die Arbeitszeitregelungen hinaus sind in betriebsüblichen Arbeitszeitregelungen nach Maßgabe tarifvertraglicher Vereinbarungen vorgesehen, so dass für den Fall der Erforderlichkeit jederzeit und kurzfristig kleine Pausen von nicht mehr als fünf bis sieben Minuten, z.B. zur Einnahme einer kleinen Zwischenmahlzeit, für persönliche Verrichtungen, Toilettengänge, Erholungs- und Entspannungszeiten außerhalb der Pausen, möglich sind (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 17.09.2021 - L 10 R 3505/19 -, n.v. und Urteil vom 20.09.2018 - L 10 R 230/17 -, n.v.).

Im Übrigen liegt auch keine Einschränkung der Wegefähigkeit vor. Grundsätzlich setzt eine Erwerbsfähigkeit auch das Vermögen voraus, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Denn eine Tätigkeit zum Zweck des Gelderwerbs ist in der Regel nur außerhalb der Wohnung möglich. Das Vorhandensein eines Minimums an Mobilität ist deshalb Teil des nach § 43 SGB VI versicherten Risikos (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.1991 - 13/5 RJ 73/90 -, juris Rn. 16). Erwerbsfähigkeit setzt danach grundsätzlich die Fähigkeit des Versicherten voraus, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 Meter mit zumutbarem Zeitaufwand, d.h. jeweils innerhalb von 20 Minuten, zu Fuß bewältigen und zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren zu können (vgl. BSG, a.a.O.). Bei der Beurteilung der Mobilität des Versicherten sind alle ihm tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (z.B. Gehstützen) und Beförderungsmöglichkeiten zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.1991, a.a.O., Urteil vom 19.11.1997 - 5 RJ 16/97 -, juris).

Die Kläger ist der Lage, vier Mal am Tag Wegstrecken von mehr als 500 Meter mit zumutbarem Zeitaufwand, d.h. jeweils innerhalb von 20 Minuten, zu Fuß bewältigen und zwei Mal täglich während der Hauptverkehrszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Zu dieser Einschätzung gelangen übereinstimmend alle gerichtlichen Sachverständigen. Sie ist für den Senat angesichts der von allen

Sachverständigen erhobenen Befunde zum Gangbild, den Gangfähigkeit und der vom Kläger angegebenen Aktivitäten zu Fuß (vgl. dazu bereits in den zuvor berichteten und dargestellten Tagesabläufen; insbesondere geht er auf die Jagd) nachvollziehbar und überzeugend. Überdies ist legt der Kläger die Wege zu seiner Arbeitsstätte mit dem Pkw zurück. Soweit B2 von einer Einschränkung für das Führen eines Kfz „bei möglichem imperativen Einschlafen oder auch ictalen Ereignissen“ ausgegangen ist, bietet seine Befunderhebung hierfür keine Grundlage.

Eine schwere, überdauernde krankheitsbedingte Beeinträchtigung des Klägers mit rentenrelevanten funktionellen Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen ist nach alledem somit nicht sicher festzustellen.

Aus den vorgenannten Gründen ist die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-11-27