L 10 R 2838/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 6 R 3691/15
Datum
21.06.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 2838/17
Datum
16.07.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.06.2017 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der am 1955 geborene Kläger stammt aus B. und lebt seit 1979 in der Bundesrepublik Deutschland. Er ist seit dem Jahr 1992 arbeitslos und bezieht seit 01.08.1994 eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Aufstockend bezieht er Arbeitslosengeld II. Dem Kläger wurden ab 03.03.2009 ein Grad der Behinderung von 70 und das Merkzeichen G zuerkannt.

Seinen ersten Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellte der Kläger im Jahr 1988. Die nach der Bewilligung der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit in den Jahren 2000, 2006, 2008 und 2013 gestellten Anträge auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung lehnte die Beklagte nach Einholung medizinischer Gutachten (Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. H. vom März 2000 - Bl. 179 ff. VA -, der Internistin Dr. R. vom Juni 2006 - Bl. 145, Bl. 193 ff. VA -, des Psychiaters und Neurologen Dr. H. vom September 2006 - Bl. 261 ff. VA -, des Orthopäden Dr. S. vom September 2008 - Bl. 575 ff. VA -, des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom Oktober 2008 - Bl. 589 ff. VA -, des Internisten und Sozialmediziners Med.Dir. L. - Bl. 625 ff. VA - und des Allgemeinmediziners K. vom November 2013 - Bl. 1207 ff. VA -) ab, nachdem alle Gutachter übereinstimmend zu der Einschätzung gelangten, dass der Kläger Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche unter Berücksichtigung qualitativer Leistungseinschränkungen verrichten könne. Die zum Teil hiergegen eingeleiteten Klageverfahren zum Sozialgericht Karlsruhe (S 14 R 5497/06 und S 14 R 2894/09) blieben ohne Erfolg, nachdem auch die gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Stevens (Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gutachten vom Dezember 2007 - Bl. 823 ff. VA -) und Dr. M. (Facharzt für Orthopädie, Gutachten vom Februar 2011 - Bl. 881 ff. VA -) ein vollschichtiges Leistungsvermögen des Klägers für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Berücksichtigung qualitativer Leistungseinschränkungen bestätigten (ebenso das Klageverfahren vor dem Sozialgericht S 6 R 888/14 gegen den Versagungsbescheid vom 18.04.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2014).

Der Kläger erhielt 2009 nach einem Bandscheibenvorfall auf Höhe L5/S1 eine Bandscheibenprothese. Wegen einer Spinalkanalstenose im Lumbalbereich L2/3 wurde im September 2014 im Krankenhaus M. eine mikrochirurgische Dekompression des Lendenwirbelkörpers (LWK) 2/3 und eine dorsale Stabilisierung mit Axle-Hakenplatten durchgeführt und der Kläger fünf Tage später nach postoperativen unkompliziertem Verlauf entlassen (Bl. 78 ff. SG-Akte S 6 R 888/14). Ende September 2014 stürzte der Kläger von einer Leiter und zog sich dabei eine instabile LWK-2-Fraktur zu, die im Oktober 2014 im Krankenhaus M. mittels dorsaler Spondylodese von L 1 bis L 3 mit Fraktur-Pedikelschrauben und Verbindungsstäben (Fixateur interne) operativ versorgt wurde und nach der der Kläger bei postoperativem komplikationslosem Verlauf elf Tage später entlassen wurde (Bl. 81 ff SG-Akte S 6 R 888/14).

Der Kläger stellte in der mündlichen Verhandlung vom 24.11.2014 vor dem Sozialgericht (S 6 R 888/14) einen neuen Antrag auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung und die Beklagte verpflichtete sich im Rahmen eines Vergleichs, nach Abschluss der bereits bewilligten Reha-Maßnahme den Rentenanspruch des Klägers erneut zu prüfen und hierüber einen rechtsmittelfähigen Bescheid zu erteilen. Zugleich erklärten beide Beteiligte den Rechtsstreit für erledigt (Protokoll, Bl. 87 ff. SG-Akte S 6 R 888/14).

Aus dieser von Mitte Januar bis Anfang Februar 2015 in der Rehaklinik H. durchgeführten Anschlussrehabilitation, (Diagnosen: LWK-2-Kompressionsfraktur, dorsale Spondylodese L 1 bis L 3, anhaltende Schmerzen, Spinalstenose L 2/3, dorsale Stabilisierung, rezidivierende

depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, Verdacht auf traumatisierte Persönlichkeit, impulsive Persönlichkeit, Nukleus Pulposus Prolaps (NPP) L 5/S 1 mit Bandscheibenprothese wurde der Kläger als arbeitsfähig und mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen für körperlich leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen, zeitweise im Gehen, ohne Rumpfzwangshaltung, ohne regelmäßiges Klettern oder Steigen, ohne Zeitdruck und ohne Akkordarbeit entlassen (Bl. 1375 ff. VA).

Hierauf gestützt lehnte die Beklagte den Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung vom 24.11.2014 mit Bescheid vom 06.07.2015 (Bl. 1403 ff. VA) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2015 (Bl. 1429 ff. VA) ab.

Hiergegen hat der Kläger am 13.11.2015 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben (S 6 R 3691/15). Das Sozialgericht hat die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. S. hat mitgeteilt, dass er den Kläger wegen chronischer Rückenschmerzen behandele und es vor allem wegen der Eingriffe und Verletzung im September 2014 zu einer deutlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen sei. Der Kläger sei seiner Einschätzung nach nur noch in der Lage, eine leichte, nervlich wenig belastende Tätigkeit von maximal zwei bis drei Stunden täglich zu verrichten (Bl. 17 ff. SG-Akte). Der Facharzt für Neurochirurgie Dr. H. hat ausgeführt (Bl. 40 ff. SG-Akte), dass die im Dezember 2014 und Juli 2015 durchgeführten Kernspintomographien der Lendenwirbelsäule (LWS) einen guten Sitz des Fixateur interne, keine Lockerung und ein freies Neuroforamen L 2/3 sowie einen zentral freien Spinalkanal gezeigt hätten, bei vom Kläger unverändert angegebenen Schmerzen im Bereich der unteren LWS links. Der Kläger selbst habe Mitte Juni 2015 mitgeteilt, dass er sich "neulich nachts gedreht und dabei plötzliche Schmerzen an der LWS" bekommen habe, es habe "gekracht" und er habe "den Eindruck gehabt, dass etwas verrutscht" sei. Seither habe er Schmerzen an der unteren LWS. Seiner Einschätzung nach sei für den Kläger daher jedenfalls seit Juni 2015 keine Tätigkeit von länger als drei Stunden täglich mehr möglich.

Am 25.04.2016 wurde bei dem Kläger im Klinikum K. eine lumbale Myelographie und im Anschluss daran eine Computertomographie (CT) durchgeführt, die eine komplette Auslockerung/einen kompletten Ausbruch der rechten Schraube L 1 bei Hineinragen in den Bandscheibenraum und eine geringere Lockerung der linken Schraube L 1 gezeigt haben (Befundbericht Bl. 99 ff. SG-Akte). In den Funktionsaufnahmen hat sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule durch Spondylodese und eine vermehrte Beweglichkeit im unteren Anschluss im Segment L 3/4 und im Segment L 1/2 die Absprengung eines ventralen Segmentes sowie ein nicht ganz frischer Wirbelkörpereinbruch LWK 1 gezeigt. Das Segment L 5/S 1 hat sich stabil gezeigt.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen das Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Z. eingeholt, der nach Untersuchung des Klägers Anfang Juni 2016 eine Funktionseinschränkung und Belastungseinschränkung der LWS bei Zustand nach Implantation einer Bandscheibenprothese L 5/S 1 bei Osteochondrose und Bandscheibenvorfall, einen Zustand nach operativer Dekompression Spinalkanal L 2/3 und interspinöser Stabilisierung bei Spinalkanalstenose, einen Zustand nach Fraktur LWK 2 und operativer Stabilisierung durch dorsale Spondylodese L 1/L 3 mit aktuell einer Lockerung der Pedikelschrauben am ersten LWK, ein rezidivierendes Brustwirbelsäulen (BWS)-Halswirbelsäulen (HWS)-Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule C5/C7 mit bekannten flachen verknöcherten Bandscheibenverlagerungen C 4/Th 1, eine Tendinosis calcarea der rechten Schulter mit endgradig geringer Bewegungseinschränkung und Belastungseinschränkung und eine mäßiggradige Gonarthrose rechts mit endgradig geringer Bewegungseinschränkung diagnostiziert hat. Dr. Z. hat ausgeführt, dass er eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit, nachdem der Kläger die Begutachtung vorzeitig abgebrochen habe, nur mit Einschränkungen vornehmen könne. Nach den durchgeführten Beobachtungen und Untersuchungen könnten auf orthopädischem Fachgebiet leichte körperliche Tätigkeiten verrichtet werden, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Gehen und Stehen, im Wechselrhythmus von Sitzen, Gehen und Stehen unter Beachtung weiterer qualitativer Einschränkungen (keine schweren Tätigkeiten, keine gebückt zu verrichtenden Tätigkeiten, keine monoformen Rumpffehlhaltungen, keine Rotationsscherbelastungen für die LWS und BWS, keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, keine Arbeiten unter Nässe, Kälte und Zugluft, keine Arbeiten, die kniend zu verrichten sind, keine länger andauernden Tätigkeiten über Kopf). Bei strikter Einhaltung dieser qualitativen Einschränkungen, könne der Kläger eine leichte Tätigkeit ohne Bücken und ohne Rotationsbewegungen der Wirbelsäule sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten. Inzwischen sei es zu einer Lockerung der Pedikelschrauben im ersten LWK gekommen. Eine weitere Auslockerung der Pedikelschrauben und der Instrumentation sei zu erwarten, auch bei alltagsüblichen Verhalten ohne Erwerbstätigkeit. Der Kläger solle sich in einer entsprechenden wirbelsäulenchirurgischen Abteilung vorstellen um das weitere Vorgehen zu besprechen und zu planen. Voraussichtlich werde sich eine operative Intervention zur Stabilisierung des Segmentes und ggf. Instrumentationserweiterung nicht umgehen lassen. Insofern "wäre" - so Dr. Z. - die derzeitige quantitative Leistungsfähigkeit nur auf drei bis unter sechs Stunden einzuschätzen, wobei zur endgültigen Beurteilung zunächst das weitere Vorgehen abgewartet werden solle (Bl. 84 SG-Akte). Der Kläger sei in der Lage eine Strecke von 500 Metern in jeweils 20 Minuten zu Fuß zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu den üblichen Betriebszeiten zu benutzen. Die festgestellte Leistungseinschränkung bestehe seit Durchführung der Myelographie und des Myelo-CT am 25.04.2016.

Die Beklagte hat die sozialmedizinischen Stellungnahmen der Ärztin für Chirurgie Dr. L. (Bl. 95 ff. SG-Akte) und der Ärztin für Orthopädie Dr. H. (Bl. 106 SG-Akte) vorgelegt. Dr. L. hat darin ausgeführt, dass eine quantitative Leistungsminderung nicht zu begründen sei. Die alleinige Lockerung der eingebrachten Schrauben sei ohne Krankheitswert, wenn ein knöcherner Durchbau in den versteiften Segmenten bereits eingetreten sei, was eineinhalb Jahre nach der durchgeführten Operation durchaus anzunehmen sei, zumal - so Dr. H. ergänzend - eine erneute Instabilität des versteiften Segmentes L 1 bis L 3 im Befundbericht vom 25.04.2016 weder beschrieben noch zu erwarten sei und auch eine Irritation im Wirbelkanal nicht beschrieben sei. Die im Befundbericht beschriebenen Veränderungen von L 1 bis L 3 befänden sich allesamt im versteiften Abschnitt der Wirbelsäule. Da die eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule durch Versteifung von L 1 bis L 3 durch den Befundbericht bestätigt werde, entstehe durch die Lockerung der Schrauben keine erneute Instabilität oder Hypermorbilität.

Mit Gerichtsbescheid vom 21.06.2017, dem Kläger am 26.06.2017 zugestellt, hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat den Kläger für in der Lage gesehen, Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Berücksichtigung qualitativer Leistungseinschränkungen mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten und sich hierbei auf das Gutachten von Dr. Z. und den Reha-Entlassungsbericht gestützt und ergänzend ausgeführt und im Einzelnen begründet, dass und warum es der Beurteilung von Dr. Z. , soweit er ein unter sechsstündiges Leistungsvermögen wegen der ab dem 25.04.2016 beschriebenen Lockerung der Pedikelschrauben und einer ggf. erforderlichen operativen Intervention annimmt, nicht folgt und sich insoweit den sozialmedizinischen Stellungnahmen von Dr. L. und Dr. H. angeschlossen. Den Einschätzungen der behandelnden Ärzte ist es ebenfalls nicht gefolgt und hat auch dies begründet.

Hiergegen richtet sich die am 20.07.2017 eingelegte Berufung des Klägers.

Der Kläger ist am 05.08.2017 während eines Aufenthaltes in B. von einem Dach gestürzt und hat sich hierbei eine instabile Fraktur der Brustwirbelkörper (BWK) 11 und 12 zugezogen. Diese wurde im August 2017 im Krankenhaus M. mittels Entfernung des einliegenden Fixateur interne (L 1 bis L 3) und Neuanlage eines zementierten Fixateur interne von Th 11 bis L 2 operativ versorgt (endgültiger Entlassungsbericht, Bl. 24 ff. SG-Akte). Radiologisch ist eine abgebrochene Fixationsschraube des zuvor einliegenden Fixateur interne an L 3 links festgestellt worden, die in situ belassen worden ist. Im postoperativen Verlauf hat sich eine periphere Radialparese am linken Unterarm - ausgeprägt durch eine Fallhand links - gezeigt, die mittels Schiene und Physiotherapie behandelt worden ist.

Der Kläger hat sich im Oktober 2017 zur Anschlussrehabilitation in der W. D. befunden. Von dort ist er unter den Diagnosen gekräftigte Muskulatur und verbesserte Funktionalität bei Zustand nach Neuanlage eines zementierten Fixateur interne von Th 11 bis L 2 bei frischer instabiler Th 11- und Th 12-Fraktur und postoperativer Radialisparese links entlassen worden (Reha-Entlassungsbericht, Bl. 46, 53 LSG-Akte). Die dort behandelnden Ärzte sind zu der Einschätzung gelangt, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zukünftig vollschichtig leistungsfähig sei für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten unter Beachtung rückengerechten Verhaltens, ohne häufige Zwangshaltungen, ohne häufiges schweres Heben und Tragen und ohne sehr lange Steh- und Sitzbelastungen.

Zur Begründung der Berufung trägt der Kläger im Wesentlichen vor, dass er nicht mehr in der Lage sei mindestens drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Hierzu hat er im Weiteren auch auf die ab August 2017 eingetretenen Änderungen verwiesen. Er sei im August 2017 wegen der Lockerung der Pedikelschrauben operiert worden und habe trotz der Operation weiterhin erhebliche Beschwerden. Da sowohl der gerichtliche Sachverständige Dr. Z. als auch beide behandelnden Ärzte der Auffassung gewesen seien, dass eine rentenrelevante quantitative Leistungsminderung bestehe, die Operation wegen der Lockerung der Pedikelschrauben erst im August 2017, also 14 Monate nach der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. Z. , durchgeführt worden sei und sich sein Zustand seitdem nicht gebessert habe, lägen die Voraussetzungen für die Zuerkennung der beantragten Rente vor.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.06.2017 und den Bescheid der Beklagten vom 18.04.2013 (gemeint: den Bescheid vom 06.07.2015) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

Auf ergänzende Nachfrage des Senats hat der behandelnde Neurochirurg Dr. H. mitgeteilt, dass sich durch das Sturzereignis vom August 2017 eine Änderung im Gesundheitszustand des Klägers ergeben habe. Auch Dr. S. hat auf ergänzende Nachfrage des Senats ausgeführt, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers im August 2017 durch die frische instabile Fraktur der BWK 11 und 12 verschlimmert habe, wobei sich die postoperativ gezeigte Radialparese der linken Hand mit Lähmung in der Folgezeit vollständig zurückgebildet habe.

Im November 2018 ist der Fixateur interne von Th 11 bis L 2 wegen einer Teillockerung der Pedikelschrauben im Städtischen Klinikum K. entfernt worden, nachdem sich eine knöcherne Durchbauung der Frakturen gezeigt hat (Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie S. vom 05.02.2019 für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Bl. 75 LSG-Akte) und der Kläger ist nach komplikationslosem postoperativem Verlauf drei Tage später aus der stationären Behandlung entlassen worden (Stationärer Entlassungsbericht, Bl. 89 ff. LSG-Akte).

Der Kläger hat im weiteren Verlauf einen Arztbrief des Städtischen Klinikums K. vom 15.02.2019 vorgelegt (Bl. 91 ff. LSG-Akte), in dem eine chronische degenerative Protrusion auf Höhe L 4/5 mit Hypästhesie L 4 rechts und eine symptomatische Facettenarthrose beidseits bei bekannten lost brocken pedicle screw-in bone L 3 links (seit Juli 2017) diagnostiziert und ausgeführt worden ist, dass die abgebrochene Pedikelschraube L 3 links nach CT-kontrollierter intraspongioser Lage weiterhin in Situ belassen worden sei. Die nun erneut vom Kläger beklagte Schmerzsymptomatik im Rücken gehe mit einem radikulären Nachweis vom Segment L 4/5 aus mit Hypästhesie L 4 partial rechts inkomplett ohne klinisch zu vermerkender motorischer Ausfälle. Die Schmerzsymptomatik der oberen LWS sei seit der Implantatentfernung des Fixateur intern verschwunden und nicht nachweisbar. Die Beschwerdesymptomatik habe nichts mit der abgebrochenen Schraube des Fixateur interne zu tun.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

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 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 06.07.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2015, mit dem diese den vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 24.11.2014 gestellten Antrag auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ablehnte. Soweit der Prozessbevollmächtigte in der Berufungsbegründung als Ausgangsbescheid jenen vom 18.04.2013 nennt, mit dem die Beklagte über den vom Kläger am 14.02.2013 gestellten Antrag (Bl. 991 VA) entschied und die Gewährung dieser Rente wegen fehlender Mitwirkung versagte (Bl. 1123 ff. VA), geht der Senat angesichts der ausdrücklichen Benennung

des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2015 - der wiederum allein auf den Widerspruch des Klägers gegen den Ablehnungsbescheid vom 06.07.2015 erlassen wurde - zu Gunsten des Klägers davon aus, dass Letzterer in der Gestalt, die er durch den Widerspruchsbescheid gefunden hat (§ 95 SGG), angefochten ist. So hat auch der Antrag in erster Instanz gelautet und hierüber hat auch das Sozialgericht entschieden. Der Versagungsbescheid vom 18.04.2013 in der Gestalt, die er durch den Widerspruchsbescheid vom 20.02.2014 gefunden hat, wurde bereits durch die Erledigung des Klageverfahrens S 6 R 888/14 bestandskräftig.

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 06.07.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, da er keinen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung hat.

Das Sozialgericht hat in den Gründen der angefochtenen Entscheidung die rechtlichen Grundlagen für die hier begehrte Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2, Abs. 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI -) dargelegt und zutreffend ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für diese Rente nicht erfüllt, weil er nicht erwerbsgemindert ist, sondern zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung der von dem Sachverständigen Dr. Z. und den in der Reha-Klinik H. behandelnden Ärzten angeführten qualitativen Einschränkungen noch mindestens sechs Stunden arbeitstäglich ausüben kann. Das Sozialgericht hat sich dabei zu Recht der Beurteilung von Dr. Z. , soweit dieser zunächst - wegen des vorzeitigen und willkürlichen (vgl. Bl. 73 SG-Akte) Abbruchs der Begutachtung durch den Kläger von Dr. Z. nur eingeschränkt beurteilbar (Bl. 83 SG-Akte) - davon ausgegangen ist, dass der Kläger leichte Tätigkeiten in einem Umfang von sechs Stunden noch verrichten könne, und der Beurteilung der in der Reha-Klinik H. behandelnden Ärzten sowie jenen von Dr. L. und Dr. H. angeschlossen und zutreffend dargelegt, dass und aus welchen Gründen diese Leistungsbeurteilungen überzeugen. Es hat schließlich überzeugend dargelegt, dass und warum die von Dr. Z. mit Verweis auf die Lockerung der Pedikelschrauben und im Übrigen von den behandelnden Ärzten Dr. S. und Dr. H. geäußerten Einschätzungen an der zeitlich verminderten Leistungsfähigkeit des Klägers nicht nachvollziehbar sind und ihnen deshalb nicht zu folgen ist. Der Senat sieht daher insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung gemäß § 153 Abs. 2 SGG aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus der Berufungsbegründung und den weiteren medizinischen Ermittlungen des Senats.

Soweit der Kläger zur Untermauerung des geltend gemachten Anspruchs - der eine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens auf nicht absehbare Zeit (§ 43 Abs. 1 und 2, jeweils Satz 2 SGB VI), d.h. für länger als sechs Monate (§ 101 Abs. 1 SGB VI, Gürtner in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand März 2020, § 43 SGB VI Rdnr. 25) voraussetzt - unter Verweis auf die Einschätzung eines untervollschichtigen Leistungsvermögens von Dr. Z. vorträgt, dass er wegen der Lockerung der Pedikelschrauben - diese allein würde nach Einschätzung von Dr. Z. eine zeitliche Minderung der Leistungsfähigkeit begründen - (erst) im August 2017 operiert worden sei und daher 14 Monate nach der Begutachtung durch Dr. Z. , ist dies schlichtweg falsch. Denn Grund für die Operation im August 2017 waren nicht die gelockerten Pedikelschrauben des einliegenden Fixateur interne (von L 1 bis L 3), sondern vielmehr die Frakturen der BWK 11 und 12, die sich der Kläger nach dem Sturz von einem Dach in B. zugezogen hatte. Die mittels Myelografie und anschließender CT zuvor im April 2016 erstmals ärztlicherseits festgestellten gelockerten Pedikelschrauben am LWK 1 stellten weder im Jahr 2016 noch im Jahr 2017 eine medizinische Indikation zur operativen Entfernung dar, sondern konnten vielmehr im LWK 1 verbleiben. Im August 2017 wurden sie dann lediglich im Rahmen des ohnehin notwendigen Eingriffs im Zusammenhang mit dem Entfernen des alten und Einbringen des neuen Fixateur interne (Th 11 bis L 2) bei knöchernen Durchbauung der LWK 1 bis 3 entfernt. Die Annahme von Dr. Z. , eine operative Intervention zur Stabilisierung des Segments (L 1 bis L 3) werde sich nicht umgehen lassen, ist damit widerlegt und seiner daraus abgeleiteten Beurteilung eines untervollschichtigen Leistungsvermögens die Grundlage entzogen.

Im Übrigen haben auch die behandelnden Ärzte Dr. Sano und Dr. H. ausweislich ihrer ergänzenden Stellungnahmen gegenüber dem Senat mitgeteilt, dass es seit Januar/Februar 2016 (erst) im August 2017 zu einer Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers gekommen sei, mithin die unstreitig im April 2016 ärztlicherseits festgestellte Lockerung der Pedikelschrauben L 1 keine funktionellen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Klägers gehabt haben.

Durch den tatsächlichen Geschehensablauf und die Auskunft der behandelnden Ärzte wird auch die Einschätzung von Dr. L. und Dr. H. in ihren sozialmedizinischen Stellungnahmen bestätigt, wonach allein die Lockerung der Schrauben ohne Krankheitswert ist, wenn eine knöcherne Durchbauung der versteiften Segmente (L 1 bis L 3) bereits eingetreten ist, wovon eineinhalb Jahre nach der durchgeführten Operation (Oktober 2014) auszugehen ist (Bl. 96 SG-Akte). Die allein mit der Versteifung verbundene Bewegungseinschränkung führt zu keinen rentenrelevanten funktionellen Einschränkungen, wie sich aus dem Gutachten von Dr. Z. nachvollziehbar entnehmen lässt.

Auch die nach Berufungseinlegung erlittenen und mittels Fixateur interne operativ versorgten Frakturen der BWK 11 und 12 im August 2017 führen zu keiner rentenrelevanten dauerhaften zeitlichen Leistungseinschränkung des Klägers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Mit ihnen ist zwar eine Arbeitsunfähigkeit verbunden gewesen, was sich insbesondere aus dem Reha-Entlassungsbericht der W. D. (Bl. 46 ff. LSG-Akte) ergibt. Die Frage des Bestehens von Arbeitsunfähigkeit ist indes für die hier zu beurteilende Frage der Erwerbsminderung nicht von entscheidender Bedeutung. Denn während sich die Arbeitsunfähigkeit nach der arbeitsvertraglich geschuldeten, zuletzt ausgeübten Arbeit richtet (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 08.11.2005, B 1 KR 18/04 R, zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris), sind Maßstab für die Frage der Erwerbsminderung die üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, wobei es ausreicht, wenn leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen sechs Stunden arbeitstäglich verrichtet werden können (§ 43 Abs. 3 SGB VI). Deshalb kommt es für die Frage der Erwerbsminderung nicht darauf an, ob wegen Krankheit oder Behinderung Behandlungsbedürftigkeit oder - auch häufige - Arbeitsunfähigkeit besteht (BSG, Beschluss vom 31.10.2002, B 13 R 107/12 B). Maßstab für eine rentenrelevante Leistungseinschränkung ist die Beeinflussung des individuellen quantitativen sowie qualitativen Leistungsvermögens durch dauerhafte Gesundheitsstörungen (BSG, Beschluss vom 28.02.2017, B 13 R 37/16 BH), also die durch die Gesundheitsstörungen verursachten funktionellen Beeinträchtigungen. Derartige Funktionsstörungen, die ein Ausmaß erreichen, dass zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer Einschränkungen des Klägers - wie sie die Ärzte der W. D. beschreiben - nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich möglich sind, liegen zur Überzeugung des Senats unter Berücksichtigung der Einschätzung eines vollschichtigen Leistungsvermögens durch die in der W. D. behandelnden Ärzte seit Ende der Reha-Maßnahme im Oktober 2017 und damit bereits zwei Monate nach dem im August 2017 erfolgten Sturz und nachfolgender Operation im Reha-Entlassungsbericht (Bl. 47 LSG-Akte) nicht vor. Deren Einschätzung ist vor dem Hintergrund der dort erhobenen Befunde und der Erreichung der Therapie- und Reha-Ziele (Bl. 52 f. LSG-Akte) nachvollziehbar und durch den weiteren Verlauf bestätigt worden, in dem es - wie die behandelnden Ärzte des Städtischen

Klinikums K. ausführen (Bl. 75 LSG-Akte) - zu einer knöchernen Durchbauung der Wirbelkörper gekommen ist. Zudem ist es auch - wie von den behandelnden Arzt Dr. S. mitgeteilt - zu einer vollständigen Rückbildung der postoperativ aufgetretenen Radialisparese links gekommen. Nachdem auch der Fixateur interne auf Grund einer Teillockerung und der damit verbundenen Schmerzen im Sinne einer Intercostal (IC)-Neuralgie auf Höhe Th 11 (Bl. 80 LSG-Akte) entfernt worden ist, sind nach den Ausführungen der Ärzte im Städtischen Klinikum K. zudem die Schmerzen der oberen LWS wieder verschwunden und nicht mehr nachweisbar (Bl. 92 LSG-Akte). Weitere Funktionseinschränkungen resultieren hieraus mithin nicht. Da überdies mit der zuletzt von den Ärzten des Städtischen Klinikums vom Lendenwirbel L 4 ausgehenden attestierten Hypästhesie (wohl wegen einer Protrusion des Lendenwirbelkörpers L 4) nach deren Befundung keine motorischen Ausfälle verbunden sind (Bl. 92 LSG-Akte), resultieren auch aus dieser Gesundheitsstörung keine rentenrelevanten Funktionseinschränkungen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-12-03