

---

## S 6 R 3691/15

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 R 3691/15
Datum	21.06.2017

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 R 2838/17
Datum	16.07.2020

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

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 â Bl. 179 ff. VA -, der Internistin Dr. R. vom Juni 2006 â Bl. 145, Bl. 193 ff. VA -, des Psychiaters und Neurologen Dr. H. vom September 2006 â Bl. 261 ff. VA -, des OrthopÃden Dr. S. vom September 2008 â Bl. 575 ff. VA -, des Neurologen und Psychiaters Dr. B. vom Oktober 2008 â Bl. 589 ff. VA -, des Internisten und Sozialmediziners Med.Dir. L. â Bl. 625 ff. VA â und des Allgemeinmediziners K. vom November 2013 â Bl. 1207 ff. VA -) ab, nachdem alle Gutachter Ã¼bereinstimmend zu der EinschÃtzung gelangten, dass der KlÃger TÃtigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃglich im Rahmen einer FÃ¼nf-Tage-Woche unter BerÃ¼cksichtigung qualitativer LeistungseinschrÃnkungen verrichten kÃ¶nne. 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 SachverstÃndigen Prof. Dr. Stevens (Arzt fÃ¼r Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gutachten vom Dezember 2007 â Bl. 823 ff. VA -) und Dr. M. (Facharzt fÃ¼r OrthopÃdie, Gutachten vom Februar 2011 â Bl. 881 ff. VA -) ein vollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen des KlÃgers fÃ¼r TÃtigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter BerÃ¼cksichtigung qualitativer LeistungseinschrÃnkungen bestÃtigten (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 KlÃger erhielt 2009 nach einem Bandscheibenvorfall auf HÃ¶he L5/S1 eine Bandscheibenprothese. Wegen einer Spinalkanalstenose im Lumbalbereich L2/3 wurde im September 2014 im Krankenhaus M. eine mikrochirurgische Dekompression des LendenwirbelkÃ¶rpers (LWK) 2/3 und eine dorsale Stabilisierung mit Axle-Hakenplatten durchgefÃ¼hrt und der KlÃger fÃ¼nf Tage spÃter nach postoperativen unkompliziertem Verlauf entlassen (Bl. 78 ff. SG-Akte S 6 R 888/14). Ende September 2014 stÃ¼rzte der KlÃger 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 VerbindungsstÃben (Fixateur interne) operativ versorgt wurde und nach der der KlÃger bei postoperativem komplikationslosem Verlauf elf Tage spÃter entlassen wurde (Bl. 81 ff. SG-Akte S 6 R 888/14).

Der KlÃger stellte in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 24.11.2014 vor dem Sozialgericht (S 6 R 888/14) einen neuen Antrag auf GewÃhrung von Rente wegen Erwerbsminderung und die Beklagte verpflichtete sich im Rahmen eines Vergleichs, nach Abschluss der bereits bewilligten Reha-MaÃnahme den Rentenanspruch des KlÃgers erneut zu prÃ¼fen und hierÃ¼ber einen rechtsmittelfÃhigen Bescheid zu erteilen. Zugleich erklÃrten beide Beteiligte den Rechtsstreit fÃ¼r 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. durchgefÃ¼hrten Anschlussrehabilitation, (Diagnosen: LWK-2-Kompressionsfraktur, dorsale Spondylodese L 1 bis L 3, anhaltende Schmerzen, Spinalstenose L 2/3, dorsale Stabilisierung, rezidivierende depressive StÃ¶rung, gegenwÃrtig mittelgradig, Verdacht auf traumatisierte PersÃ¶nlichkeit, impulsive PersÃ¶nlichkeit,

---

Nukleus Pulposus Prolaps (NPP) L 5/S 1 mit Bandscheibenprothese wurde der KlÄger als arbeitsfÄhig und mit einem vollschichtigen LeistungsvermÄgen fÄ¼r kÄrperlich leichte TÄtigkeiten, Ä¼berwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen, zeitweise im Gehen, ohne Rumpfwangshaltung, ohne regelmÄÄiges Klettern oder Steigen, ohne Zeitdruck und ohne Akkordarbeit entlassen (Bl. 1375 ff. VA).

Hierauf gestÄ¼tzt 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 KlÄger am 13.11.2015 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben ([S 6 R 3691/15](#)). Das Sozialgericht hat die den KlÄger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverstÄndige Zeugen vernommen. Der Facharzt fÄ¼r Allgemeinmedizin Dr. S. hat mitgeteilt, dass er den KlÄger wegen chronischer RÄ¼ckenschmerzen behandle und es vor allem wegen der Eingriffe und Verletzung im September 2014 zu einer deutlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen sei. Der KlÄger sei seiner EinschÄtzung nach nur noch in der Lage, eine leichte, nervlich wenig belastende TÄtigkeit von maximal zwei bis drei Stunden tÄglich zu verrichten (Bl. 17 ff. SG-Akte). Der Facharzt fÄ¼r Neurochirurgie Dr. H. hat ausgefÄ¼hrt (Bl. 40 ff. SG-Akte), dass die im Dezember 2014 und Juli 2015 durchgefÄ¼hrten Kernspintomographien der LendenwirbelsÄule (LWS) einen guten Sitz des Fixateur interne, keine Lockerung und ein freies Neuroforamen L 2/3 sowie einen zentral freien Spinalkanal gezeigt hÄtten, bei vom KlÄger unverÄndert angegebenen Schmerzen im Bereich der unteren LWS links. Der KlÄger selbst habe Mitte Juni 2015 mitgeteilt, dass er sich "neulich nachts gedreht und dabei plÄtzliche 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 EinschÄtzung nach sei fÄ¼r den KlÄger daher jedenfalls seit Juni 2015 keine TÄtigkeit von lÄnger als drei Stunden tÄglich mehr mÄglich.

Am 25.04.2016 wurde bei dem KlÄger im Klinikum K. eine lumbale Myelographie und im Anschluss daran eine Computertomographie (CT) durchgefÄ¼hrt, 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 eingeschrÄnkte Beweglichkeit der WirbelsÄule durch Spondylodese und eine vermehrte Beweglichkeit im unteren Anschluss im Segment L 3/4 und im Segment L 1/2 die Abspaltung eines ventralen Segmentes sowie ein nicht ganz frischer WirbelkÄrperereinbruch LWK 1 gezeigt. Das Segment L 5/S 1 hat sich stabil gezeigt.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen das Gutachten des Facharztes fÄ¼r OrthopÄdie und Unfallchirurgie Dr. Z. eingeholt, der nach Untersuchung des KlÄgers Anfang Juni 2016 eine FunktionseinschrÄnkung und BelastungseinschrÄnkung 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 interspinÄler

---

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 Einschränkung 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 monotonen 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 Hypermobilität.

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 sechsständiges 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 Brustwirbelsäule (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 Radialisparesie 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 rückgebildet 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 knöchernerne 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 radikalen

---

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 Beteiligteinvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [Â§ 143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [Â§ 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 an 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 ([Â§ 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 ([Â§ 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 arbeitsfähig ausüben kann. Das Sozialgericht hat sich dabei zu Recht der Beurteilung von Dr. Z., soweit dieser zunächst ausserhalb 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) ausserhalb 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 Ärzte sowie jenen von Dr. L. und Dr. H. angeschlossen und zutreffend dargelegt, dass und aus welchen Gründen diese Leistungsbeurteilungen überzeuge. 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. länger als sechs Monate ([§ 101 Abs. 1 SGB VI](#), Gärtner in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand März 2020, [§ 43 SGB VI](#) Rdnr. 25) voraussetzt unter Verweis auf die Einschätzung eines untermitteltigen 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 untermitteltigen Leistungsvermögens die Grundlage entzogen.

---

Im Äbrigen haben auch die behandelnden Ärzte Dr. Sano und Dr. H. ausweislich ihrer ergÄnzenden Stellungnahmen gegenÄber dem Senat mitgeteilt, dass es seit Januar/Februar 2016 (erst) im August 2017 zu einer Verschlechterung im Gesundheitszustand des KlÄgers gekommen sei, mithin die unstreitig im April 2016 Ärztlicherseits festgestellte Lockerung der Pedikelschrauben L 1 keine funktionellen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des KlÄgers gehabt haben.

Durch den tatsÄchlichen Geschehensablauf und die Auskunft der behandelnden Ärzte wird auch die EinschÄtzung von Dr. L. und Dr. H. in ihren sozialmedizinischen Stellungnahmen bestÄtigt, wonach allein die Lockerung der Schrauben ohne Krankheitswert ist, wenn eine knÄcherne Durchbauung der versteiften Segmente (L 1 bis L 3) bereits eingetreten ist, wovon eineinhalb Jahre nach der durchgefÄhrten Operation (Oktober 2014) auszugehen ist (Bl. 96 SG-Akte). Die allein mit der Versteifung verbundene BewegungseinschrÄnkung fÄhrt zu keinen rentenrelevanten funktionellen EinschrÄnkungen, wie sich aus dem Gutachten von Dr. Z. nachvollziehbar entnehmen lÄsst.

Auch die nach Berufungseinlegung erlittenen und mittels Fixateur interne operativ versorgten Frakturen der BWK 11 und 12 im August 2017 fÄhren zu keiner rentenrelevanten dauerhaften zeitlichen LeistungseinschrÄnkung des KlÄgers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Mit ihnen ist zwar eine ArbeitsunfÄhigkeit verbunden gewesen, was sich insbesondere aus dem Reha-Entlassungsbericht der W. D. (Bl. 46 ff. LSG-Akte) ergibt. Die Frage des Bestehens von ArbeitsunfÄhigkeit ist indes fÄr die hier zu beurteilende Frage der Erwerbsminderung nicht von entscheidender Bedeutung. Denn wÄhrend sich die ArbeitsunfÄhigkeit nach der arbeitsvertraglich geschuldeten, zuletzt ausgeÄbten Arbeit richtet (Bundessozialgericht â BSG -, Urteil vom 08.11.2005, [B 1 KR 18/04 R](#), zitiert â wie alle nachfolgenden hÄchststrichterlichen Entscheidungen â nach juris), sind Mastab fÄr die Frage der Erwerbsminderung die Äblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, wobei es ausreicht, wenn leichte TÄtigkeiten mit qualitativen EinschrÄnkungen sechs Stunden arbeitstÄglich verrichtet werden kÄnnen ([Ä 43 Abs. 3 SGB VI](#)). Deshalb kommt es fÄr die Frage der Erwerbsminderung nicht darauf an, ob wegen Krankheit oder Behinderung BehandlungsbedÄrftigkeit oder â auch hÄufige â ArbeitsunfÄhigkeit besteht (BSG, Beschluss vom 31.10.2002, [B 13 R 107/12 B](#)). Mastab fÄr eine rentenrelevante LeistungseinschrÄnkung ist die Beeinflussung des individuellen quantitativen sowie qualitativen LeistungsvermÄgens durch dauerhafte GesundheitsstÄrungen (BSG, Beschluss vom 28.02.2017, [B 13 R 37/16 BH](#)), also die durch die GesundheitsstÄrungen verursachten funktionellen BeeintrÄchtigungen. Derartige FunktionsstÄrungen, die ein Ausma erreichen, dass zumindest leichte TÄtigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung qualitativer EinschrÄnkungen des KlÄgers â wie sie die Ärzte der W. D. beschreiben â nicht mehr mindestens sechs Stunden tÄglich mÄglich sind, liegen zur Äberzeugung des Senats unter BerÄcksichtigung der EinschÄtzung eines vollschichtigen LeistungsvermÄgens durch die in der W. D. behandelnden Ärzte seit Ende der Reha-Manahme 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. ausführten (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 [Â§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 03.12.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024