

L 11 R 1587/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 7 R 4209/00
Datum
26.01.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 R 1587/06
Datum
19.07.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26. Januar 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1951 geborene Kläger, griechischer Staatsangehöriger, hat keinen Beruf erlernt. In der Bundesrepublik Deutschland war er zwischen 1990 und 1998 zunächst als Bauarbeiter und anschließend als Lagerarbeiter versicherungspflichtig beschäftigt. Seit 19.06.1998 ist er arbeitsunfähig krank bzw. arbeitslos.

Am 02.09.1999 beantragte der Kläger unter Vorlage eines ärztlichen Attestes des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. D., wonach er an einer schweren koronaren Herzerkrankung leide und eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess auf absehbare Zeit nicht möglich sei, die Gewährung von Rente wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit. Die Beklagte zog daraufhin zunächst einen ärztlichen Befundbericht des R.-B.-Krankenhauses, Zentrum für Innere Medizin, S. bei. Danach wurden beim Kläger eine koronare Herzkrankheit, ein arterieller Hypertonus und eine Hypercholesterinämie diagnostiziert. Bei Entlassung aus der stationären Behandlung im Mai 1999 sei er beschwerdefrei gewesen. Kardial bestünden keine Funktionseinschränkungen, es käme auf einen Versuch an. Aus einem ebenfalls beigezogenen Befundbericht des Internisten, Kardiologen und Angiologen Dr. Z. geht hervor, dass beim Kläger bei der letzten Vorstellung im September 1999 eine anhaltende thorakale Beschwerdesymptomatik bestanden hätte. Er sei bis einschließlich eine Minute elf Sekunden 150 Watt belastbar gewesen. Der Abbruch sei wegen Dyspnoe und Beiner müdung erfolgt. Im Anschluss daran veranlasste die Beklagte eine Begutachtung des Klägers durch Obermedizinalrat F. von der S. Klinik in L ... Der Arzt diagnostizierte aufgrund einer stationären Begutachtung des Klägers vom 07. bis 09.12.1999 unter Berücksichtigung eines von Dr. R. erstatteten chirurgisch-orthopädischen Teilgutachtens und eines Arztbriefes des M. H., R.-B.-Krankenhaus, Zentrum für Innere Medizin, S. und eines Herzkatheterprotokolls 1. bekannte atherosklerotische Erkrankung im Bereich der Herzkranzgefäße mit Ballonkathetererweiterung von 7/98 einer 90-%igen Verengung im Bereich des vorderen Zwischenkammerastes der linken Herzkranzarterie, dort erneute Ballonkathetererweiterung 9/98 mit Einpflanzung eines Stents bei erneuter Verengung. Bei 70-%iger Verengung Rotablation und Ballonkathetererweiterung einer Verengung im Bereich des Stent am 07.05.1999. Bei sklerotischen Wandveränderungen im Bereich verschiedener anderer Herzkranzgefäße mit hochgradiger Verengung bzw. Verschluss im Bereich zweier periferer Gefäße und derzeit schwer einzuordnender subjektiver Beschwerdesymptomatik keine hinreichenden Hinweise für Blutversorgungsstörungen im Bereich der Herzmuskulatur bis mindestens 75 Watt Belastung, 2. Hinweise auf einen endokrin-metabolischen Beschwerdekomp lex bei beträchtlichem Übergewicht, behandeltem arteriellen Bluthochdruck, Blutzuckerwertungsstörung und Blutfettstörung und 3. mäßige Verschleißerscheinungen im Bereich der Wirbelsäule ohne wesentliche Bewegungseinschränkungen. Er kam zu dem Ergebnis, leichte Tätigkeiten ohne Nachtschicht, Wechselschicht, ohne besonderen über arbeitsmarktübliche Bedingungen deutlich hinaus gehenden Zeitdruck und häufiges Bücken in witterungsgeschützter Umgebung seien dem Kläger vollschichtig möglich.

Mit Bescheid vom 14.02.2000 lehnte die Beklagte hierauf den Renten Antrag ab.

Den hiergegen erhobenen Widerspruch, den der Kläger mit einem Brief des Dr. D. begründete, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid

vom 07.07.2000 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger unter Beifügung des Bescheids des Versorgungsamts S. vom 10.11.2000 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Zur Begründung trug er vor, dass er wegen der festgestellten Erkrankungen nicht mehr in der Lage sei, vollschichtig einer wie auch immer gearteten Berufstätigkeit nachzugehen. Mittlerweile habe er sich erneut in stationäre Behandlung begeben müssen, da er nach wie vor an erheblichen Schmerzen in der Brust, im Rücken und am Hals leide. Außerdem würden Hände und Beine anschwellen und er habe auch keine Kraft mehr in den Händen. Sein Grad der Behinderung betrage 40.

Das SG hörte zunächst Dr. D. als sachverständigen Zeugen. Dr. D. teilte mit, im wesentlichen würden seine Befunde mit den im Gutachten der S. Klinik in L. erhobenen übereinstimmen. Eine im Dezember 2000 im R.-B.-Krankenhaus erneut durchgeführte Herzkatheteruntersuchung habe keine Befundverschlechterung ergeben. Aufgrund der Befundlage schließe er sich hinsichtlich des Leistungsvermögens den gutachtlichen Stellungnahmen an. Die subjektiven Schilderungen des Klägers würden jedoch eine wesentlich größere Leistungseinschränkung nahe legen. Er gebe an, kaum ein paar 100 Meter gehen zu können, ohne Brustschmerzen zu bekommen. Er fügte ein Laborblatt und den Bericht des R.-B.-Krankenhauses S. über die im Dezember 2000 durchgeführte invasive Diagnostik (diffuse KHK, keine Befundänderung; aktuell: ausgeprägte Beschwerdesymptomatik auf der 150 Watt-Stufe) bei.

Auf Nachfrage teilte Dr. D. ergänzend mit, dass seines Wissens eine psychiatrische Behandlung des Klägers aufgrund der depressiven Stimmungslage bisher trotz entsprechender Empfehlung nicht erfolgt sei.

Der Kläger überreichte einen Informatorischen Kurzbericht über eine stationäre Aufnahme in einer kardiologischen Klinik in Griechenland im März 2001, in die er wegen eines pektanginösen Anfalls eingeliefert worden war. Ergänzend teilte er mit, dass er sich nicht in psychiatrischer Behandlung befinde. Auch wenn er sich bislang nicht zu einer entsprechenden Behandlung habe entschließen können, sei die Erkrankung den behandelnden Ärzten jedoch immer wieder aufgefallen.

Im Anschluss daran beauftragte das SG Dr. B., Leitender Arzt der Inneren Abteilung der F.-Klinik, mit der Erstattung eines Gutachtens. Bei der Begutachtung konnte der Kläger eine halbe Minute 50 Watt belastet werden. Danach bekam er einen Hustenanfall, der nach den Ausführungen von Dr. B. etwas theatralisch gewesen sei, jegliche weitere Belastung unmöglich gemacht und dazu geführt habe, dass die Ergometrie nicht zu beurteilen gewesen sei. Als Diagnosen stellte Dr. B. 1. schwere diffuse coronare Herzerkrankung, Z.n. mehreren Coronarografien, Dilatationsversuchen, Stent-Implantationen und Rotablation, zuletzt im Mai 1999, 2. leichte kompensierte Rechtsherzinsuffizienz, 3. Adipositas permagna, 4. Diabetes mellitus, diätetisch nicht ausreichend eingestellt, 5. arterielle Hypertonie, im Moment ausreichend gut eingestellt, 6. diskrete Wirbelsäulenprobleme, 7. leichte reaktive Depression, 8. Fettleber zweiten bis dritten Grades, 8. Z.n. Nikotinabusus und 9. behandelte Hypercholesterinämie. Er vertrat die Auffassung, dass im Moment auch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weder teil- noch vollschichtig auszuüben seien. Er führte hierzu aus, dass bereits in Ruhe und bei geringster Belastung Luftnot vorliege. Die Luftnot sei jedoch sicher durch die Adipositas mitbedingt oder verschlimmert. Eine Gewichtsreduktion würde zu einer spürbaren Besserung führen.

Für die Beklagte äußerte sich hierzu die Internistin Dr. J. dahingehend, dass allein aufgrund der vom Gutachter auf kardiologischem Gebiet erhobenen Befunde eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens für eine leichte Tätigkeit nicht erkennbar sei. Nach derzeitigem Kenntnisstand sei die Belastungsatmnot durch das Übergewicht und einen vermutlich mangelnden Trainingszustand des Klägers verursacht. Sie empfahl die Durchführung eines Heilverfahrens.

Auf Anforderung übermittelte Dr. D. einen an das Versorgungsamt gerichteten ausführlichen Befundbericht.

Der Kläger teilte in einem vom SG durchgeführten Erörterungstermin mit, dass er keinen Sinn in einer Rehabilitationsmaßnahme sehe. Er legte in der Folge seinen Schwerbehindertenausweis, wonach der Grad der Behinderung ab 14.12.2001 50 und ab 07.05.2002 70 beträgt, vor.

Das SG hörte sodann noch einmal Dr. Z., der im März 2003 u.a. über die letzte im Februar 2002 stattgefundene Behandlung berichtete. Hierbei konnte der Kläger bis 100 Watt belastet werden. Ischämietypische Endstreckenveränderungen waren nicht zu provozieren. Er teilte mit, das maßgebliche Leiden des Klägers liege auf kardiologisch/kardiochirurgischem Gebiet. Zudem sei der Kläger ausgeprägt depressiv. Er fügte eigene Arztbriefe und Arztbriefe des R.-B.-Krankenhauses bei.

Im Anschluss daran hörte das SG den Kardiologen Dr. G. und den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. A. als sachverständige Zeugen. Dr. G. teilte mit, er habe den Kläger einmal im Jahr 1997 und dann erneut im März 2003 gesehen. Der Kläger habe bereits bei 70 Watt über pektanginöse Beschwerden geklagt. Ob sich hierfür koronarangiographisch ein entsprechendes Korrelat finde, sei erst nach Durchführung entsprechender Untersuchungen zu sagen. Die Entscheidung über die Durchführung einer solchen Untersuchung stehe noch aus. Er fügte u.a. den Bericht über eine im Februar 2003 durchgeführte Myokardszintigraphie, wonach der Kläger jeweils eine Minute 75, 100 und 125 Watt belastet werden konnte und sich kein Hinweis für eine belastungsinduzierte Ischämie ergab, bei. Dr. A. führte aus, er habe beim Kläger Angina pectoris Anfälle, koronare Herzkrankheit, Z.n. PTCA/Stent, Schwindelanfälle und Spannungskopfschmerzen, depressive Verstimmung, Diabetes mellitus und Adipositas befundet. Eine Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit sei ihm noch nicht möglich, da die Untersuchungen (Koronarangiographie) noch nicht abgeschlossen seien. Er fügte bisher nicht bekannte Arztbriefe des Neurologen Dr. H. und des Orthopäden Dr. R. bei.

Der Kläger legte noch einen weiteren Bericht des Dr. G., wonach sich bei der im Mai 2003 durchgeführten Herzkatheteruntersuchung ein im Vergleich zu 2000 weitgehend unveränderter Befund gezeigt hat, vor.

Sodann beauftragte das SG den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. mit der Erstattung eines nervenärztlichen Gutachtens. Dr. F. diagnostizierte unter neurologischen Gesichtspunkten eine leichte, linksseitige Hörminderung und aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende, ängstliche Depression (Dysthymia). Hierbei handele es sich um eine chronische, depressive Verstimmung, die nach ihrem Schweregrad und Dauer jedoch nicht einmal einer leichten oder mittelgradigen, rezidivierenden depressiven Störung gemäß ICD-10 entspreche. Einfache bis einfachste Tätigkeiten zur normalen Tageszeit ohne Schichtarbeit und ohne Zeitdruck könne der Kläger

vollschichtig verrichten. Eine besondere Schwierigkeit hinsichtlich Gewöhnung und Anpassung an einen Arbeitsplatz sei objektiv nicht gegeben.

Auf nochmalige Nachfrage führte Dr. G. aus, beim Kläger bestehe weiterhin eine bedeutsame Diskrepanz zwischen dem Ausmaß der koronarsklerotischen Veränderung und den geklagten Beschwerden. Auch für den Fall, dass die Symptomatik deutlich aggraviert werde, werde bei der beschriebenen Symptomatik ein dauerhaftes Arbeitsverhältnis jedoch sicherlich nicht zustande kommen, da der Kläger mit jedem Angina pectoris Anfall nach Hause geschickt werde. Er fügte einen weiteren Arztbrief vom April 2004, wonach der Kläger stufenweise bis 75 Watt belastbar war und sich echokardiographisch eine gute linksventrikuläre Funktion ergab, bei.

Der Kläger wies auf die Wechselwirkungen von depressiven Symptomen und koronarer Herzkrankheit hin und berief sich hierbei auf später noch vorgelegte Aufsätze.

Sodann veranlasste das SG eine weitere Begutachtung des Klägers auf internistisch-kardiologischem Sachgebiet durch Dr. M ... Dr. M. kam zusammenfassend zum Ergebnis, beim Kläger lägen eine coronare Herzerkrankung, leichtgradige Lungenfunktionseinschränkungen und degenerative Knochenskelettveränderungen vor. Er habe 75 Watt ohne Auftreten ischämietypischer EKG-Veränderungen bei subjektiv brennenden thorakalen Schmerzen bewältigt. Abbruchkriterium sei eine periphere Erschöpfung und Atemnot gewesen. Leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten könne der Kläger vollschichtig verrichten. Verhindert werden sollten schwere inhalative Belastungen am Arbeitsplatz und einseitige Körperhaltungen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten.

Mit Urteil vom 26.01.2006, dem Kläger zugestellt am 16.03.2006, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es aus, der Kläger sei nach Überzeugung der Kammer gestützt auf die von Dr. M. und Dr. F. erstatteten Gutachten noch in der Lage, zumindest leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig auszuüben. Der Leistungseinschätzung von Dr. B. könne nicht gefolgt werden, denn diese werde durch objektive Befunde nicht gestützt. Eine Ergometrie habe der Gutachter nicht durchführen können, da der Kläger diese nach einer Belastung von einer halben Minute mit 50 Watt aufgrund eines (Zitat: "etwas theatralischen") Hustenanfalls abgebrochen habe.

Hiergegen hat der Kläger am 30.03.2006 Berufung eingelegt. Er macht geltend, Tatsache sei, dass er seit Jahren an einer Herzerkrankung, Atemnot und degenerativen Knochenskelettveränderungen leide und außerdem Lungenfunktionsstörungen habe, was sich zudem auf seinen psychologischen Zustand auswirke und die einzelnen Krankheitssymptome, insbesondere die Atemnot, verstärke. Im Januar diesen Jahres sei während eines Aufenthalts in Griechenland erneut ein stationärer Aufenthalt notwendig geworden. Zudem betrage sein Grad der Behinderung mittlerweile 70. Außerdem seien Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz zu erwarten. Er hat Arztbriefe der Städtischen Kliniken E., Klinik für Innere Medizin, Fachbereich Kardiologie, und des K.-O.-Krankenhauses in S. sowie eine Bescheinigung des Dr. M. vorgelegt. Nach den Arztbriefen der Städtischen Kliniken E. wurden eine koronare Herzerkrankung mit gutem Langzeitergebnis, eine erfolgreiche PTCA des RIVP und eine erhaltene systolische linksventrikuläre Funktion diagnostiziert. Im K.-O.-Krankenhaus wurde eine Hernie stationär behandelt. Aus dem Bericht geht hervor, dass die körperlichen Untersuchungsbefunde mit Ausnahme der Nabelhernie unauffällig gewesen seien. Dr. M. ist der Meinung, dass der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr als 2 Stunden arbeiten kann.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 26. Januar 2006 sowie den Bescheid vom 14. Februar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7. Juli 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab Antragstellung Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, hilfsweise wegen Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist unter Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr. S. der Ansicht, dass sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben würden, die eine Änderung des bisherigen Standpunktes zuließen. Der medizinische Sachverhalt sei ausreichend abgeklärt. Der Kläger sei noch in der Lage, leichte Tätigkeiten unter Vermeidung von Zwangshaltungen, ohne Gefährdung durch inhalative Reizstoffe, Nässe, Kälte und Zugluft, Nachtschicht und Arbeiten unter Zeitdruck vollschichtig zu verrichten.

Der Kläger hat ergänzend darauf hingewiesen, dass, obwohl er in den letzten Jahren nicht berufstätig gewesen sei, er immer wieder regelmäßig mit Ballondilatationen habe behandelt werden müssen. Dies stelle eine permanente psychische Belastung dar. Es bestehe die Möglichkeit einer psychopathologischen Überlagerung.

Der Senat hat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in Betracht komme. Ihnen wurde Gelegenheit zur Äußerung geben, wovon der Kläger Gebrauch gemacht hat.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung des Klägers ist sachlich nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind nicht rechtswidrig, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Versichertenrente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit oder wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung. Hierüber konnte der Senat gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit in der bis 31.12.2000 geltenden

Fassung und auf Rente wegen Erwerbsminderung in der seit 01.01.2001 geltenden Fassung sind ebenso wie die Voraussetzungen für eine Rente wegen Berufsunfähigkeit im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug.

Diese Voraussetzungen liegen im Falle des Klägers nicht vor. In Übereinstimmung mit dem SG kommt auch der Senat zu der Überzeugung, dass der Kläger, der im Laufe des Rentenverfahrens auf orthopädischem, nervenärztlichem und drei mal auf internistischem Fachgebiet begutachtet wurde und hinsichtlich dessen sachverständige Zeugenauskünfte der behandelnden Internisten und Ärzte für Allgemeinmedizin eingeholt wurden, weder erwerbs- noch berufsunfähig und auch nicht erwerbsgemindert ist, da er nach dem vorliegenden und festgestellten medizinischen Sachverhalt leichte Tätigkeiten mit Funktionseinschränkungen noch vollschichtig verrichten kann. Dies hat das SG im angefochtenen Urteil, in dem es sich auch mit dem von Dr. B. erstatteten Gutachten ausführlich auseinander gesetzt hat, umfassend begründet; diesen Ausführungen schließt sich der Senat in vollem Umfang an und nimmt deshalb insoweit auf die Entscheidungsgründe Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der Kläger auch nach dem von Obermedizinalrat F. und Dr. R. erstatteten Gutachten für leichte Tätigkeiten noch vollschichtig einsetzbar ist. Abzustellen ist auf den objektiven Befund. Objektiv ist festzustellen, dass die systolische linksventrikuläre Funktion erhalten ist. Die Herztöne sind rein. Pathologische Herzgeräusche bestehen nicht. Das Herz ist nicht vergrößert und der Blutdruck nicht erhöht. Belastbar war der Kläger, wenn man die Begutachtung bei Dr. B. aus den vom SG und auch von Dr. B. selbst angeführten Gründen außen vor lässt, zwischen 75 und 150 Watt. Die Dilatationen, die zweifelsohne belastend sind, waren jeweils erfolgreich. Dies ergibt sich aus den erstatteten Gutachten und den Befundberichten der behandelnden Internisten.

Etwas anderes lässt sich auch nicht auf die im Berufungsverfahren vom Kläger vorgelegten weiteren Arztbriefe der Städtischen Kliniken E. und des K.-O.-Krankenhauses stützen. Auch nach dem Arztbrief der Kliniken E. war die Herzaktion regelmäßig. Die Herztöne waren rein und leise ohne pathologische Nebengeräusche. Hinweise auf hämodynamisch relevante Stenosen ergaben sich nicht. Die linksventrikuläre Funktion war normal systolisch. Es erfolgte eine PTCA-RIVP ohne Stent. Das Primärergebnis war gut. Eine signifikante Reststenose konnte ausgeschlossen werden. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Kläger im April 2005, ohne dass Herzprobleme auftraten oder Herzprobleme einer Operation entgegen standen, wegen einer Nabelhernie operiert wurde. Nach dem Bericht des K.-O.-Krankenhauses waren die körperlichen Untersuchungsbefunde mit Ausnahme der Nabelhernie unauffällig. Auch ein Wirbelsäulenklumpfschmerz war nicht feststellbar. Der psychiatrische Beschwerdekomples wurde erstinstanzlich durch Erstattung eines Gutachtens auf nervenärztlichem Gebiet durch Dr. F. abgeklärt. Dr. F. hat festgestellt, dass beim Kläger nur eine Dysthymia vorliegt. Eine Dysthymia ist eine chronische depressive Verstimmung, die sich im untersten Bereich bewegt. Besondere Schwierigkeiten hinsichtlich Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz sind nach dem von Dr. F. erstatteten Gutachten objektiv nicht gegeben. Dass seit der Begutachtung durch Dr. F. mittlerweile eine Verschlechterung eingetreten ist, ist nicht ersichtlich. Insbesondere befindet sich der Kläger nach wie vor nicht in nervenärztlicher Behandlung. Die Erwähnung einer Depression in der ärztlichen Bescheinigung von Dr. M. führt zu keinem anderen Ergebnis, nachdem die Beurteilung auch nicht ansatzweise begründet wurde. Das Problem, dass der Kläger angesichts der Erkrankung, der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit und seines Alters sowie der mangelnden Sprachkenntnisse Schwierigkeiten haben wird, einen Arbeitsplatz zu finden, ist kein Risiko, das die Rentenversicherung zu tragen hat.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-09-05