

L 9 R 1122/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 7081/05
Datum
13.12.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 1122/07
Datum
20.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 13. Dezember 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Umstritten ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1945 in Griechenland geborene Kläger hat keinen Beruf erlernt und zunächst in der Landwirtschaft gearbeitet. Nach seinem Zuzug nach Deutschland war er im Zeitraum vom 5. August 1968 bis 30. Juni 1987 als ungelernter Arbeiter in einer Metallfabrik versicherungspflichtig beschäftigt. Danach kehrte er nach Griechenland zurück und übte dort eine selbstständige Tätigkeit als Taxifahrer aus, für die Beiträge zum griechischen Rentenversicherungsträger von September 1988 bis Januar 1993, von Mai bis September 1995 und von Mai 1996 bis September 2000 entrichtet wurden.

Vom griechischen Versicherungsträger wurde dem Kläger ab 1. Oktober 2000 - wiederholt befristet - eine Invalidenrente mit einem Invaliditätsgrad von 67 % bewilligt.

Der Kläger leidet im Wesentlichen unter einer koronaren Herzkrankheit (KHK), Halswirbelsäulen (HWS)- und Lendenwirbelsäulen (LWS)-Beschwerden sowie einer psychischen Erkrankung, wegen der er vom 2. bis 29. Januar 2001 mit der Diagnose Depression in stationärer Behandlung war.

Einen Rentenanspruch des Klägers vom 27. September 2000, zu welchem u. a. das Gutachten der griechischen Gesundheitskommission (GK) vom 30. Oktober 2001 (Koronarerkrankung [geringe Ischämie], Spondylarthropathie an LWS mit Wurzelreizerscheinungen, starke Depression mit psychotischen Elementen) vorgelegt wurde, blieb nach Auswertung der Unterlagen durch Dr. G. und dessen Stellungnahme vom 4. Juni 2002 (KHK, ventrikuläre Extrasystolie, Verschleißerscheinungen der HWS und LWS, rezidivierende depressive Episode [Störung]; leichte Arbeiten seien bei Beachtung - näher beschriebener - qualitativer Einschränkungen vollschichtig möglich) erfolglos (Bescheid vom 11. Juni 2002).

Einen erneuten Rentenanspruch vom 4. August 2004 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17. Juni 2005 und Widerspruchsbescheid vom 30. September 2005 ab, da der Kläger weder voll, noch teilweise erwerbsgemindert und auch nicht berufsunfähig sei. Er könne ihm zumutbare Tätigkeiten mindestens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten.

Dem lagen ärztliche Äußerungen und Berichte zu Grunde, so der Bericht der griechischen GK vom 24. August 2004 (u. a. KHK mit koronarer Insuffizienz, Hypertonie, HWS-Schulter-Arm-Syndrom und Vorfall der Zwischenspondylscheibe C5-C6, Lumboischialgie beidseitig, starke Depression unter ständiger medikamentöser Behandlung; weiterhin Arbeitsunfähigkeit), des Prof. Mentenopoulos vom 12. Oktober 2004 (der Kläger leide an starker Depression und befinde sich unter spezieller medikamentöser Behandlung), der Kardiologen Karagkounis und Ioannidis vom 25. Januar 2005 (Koronarangiographie: Koronarerkrankung an drei Gefäßen mit guter Kontraktilität an linker Herzkammer) und des Kardiochirurgen Dr. Siwitanidis vom 26. Januar, 3. Februar und 31. März 2005 (stationäre Behandlung vom 26. Januar bis 3. Februar 2005 mit 3-facher Bypassoperation, der Kläger solle für sechs Monate schwere und mittelschwere Kraftanstrengungen vermeiden). Nach Auswertung der Unterlagen war Dr. W. in der prüfärztlichen Stellungnahme vom 14. Juni 2005 zum Ergebnis gelangt, der Kläger leide unter einer KHK mit abgeheilter Bypassoperation, einer Hypertonie, einem HWS-Syndrom, Lumboischialgie und rezidivierender Depression, könne

aber leichte bis mittelschwere Tätigkeiten - bei Beachtung weiterer, dargelegter, qualitativer Einschränkungen - sechs Stunden täglich bzw. vollschichtig verrichten. Ferner waren im Widerspruchsverfahren Bescheinigungen der Ärzte Terzopoulos vom 7. August 2005 (chronisch starke Depression mit ständiger medikamentöser Behandlung), Papadopoulos vom 7. Juli 2005 (Koronarerkrankung mit drei Beipässen) und Andreadis vom 7. Juli 2005 (HWS-Schulter-Arm-Syndrom links in Folge degenerativer Spondyloarthropathie der Bandscheibe C5/C6, schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS, Lumboischialgie beidseitig in Folge einer Spondyloarthropathie der LWS) eingegangen.

Am 10. November 2005 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben, mit welcher er weiterhin die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung begehrt hat. Er sei zu einer Erwerbstätigkeit nicht in der Lage.

Das SG hat ein Gutachten des Internisten M. vom 31. März 2006 und - auf dessen Anregung - ein psychiatrisches Zusatzgutachten des Dr. Ch. (mit neuropsychiatrischen Testuntersuchungen der Dipl.-Psych. K.) vom 23. Februar 2006 eingeholt. Dr. Ch. ist zum Ergebnis gelangt, der Kläger mache den Eindruck einer präsenilen bzw. senilen Demenz und es bestehe ferner ein Zustand nach Herzoperation. Er leide seit 2000 an depressiven und Verwirrungszuständen und stehe seit einer stationären Behandlung im Januar 2001 unter Psychopharmakotherapie und "psychiatrischer Beobachtung". Seit der Herzoperation habe sich der Zustand nach Angaben der Ehefrau erheblich verschlimmert. Der Kläger sei örtlich orientiert, zur Person teilweise orientiert, bei seinem Alter und situativ nicht orientiert und psychomotorisch sehr unruhig. Er habe Ängste, weil er denke, böse Menschen wollten ihm Schlechtes antun, und erhebliche Konzentrationsschwierigkeiten. Nach der Epikrise der Dipl.-Psych. K. weise der gestörte kognitive und emotionale Zustand ernsthafte Defizite zur alltäglichen Tätigkeit bzw. zum sozialen Leben auf und sei er auf Pflege und Betreuung durch seine Angehörigen angewiesen. Eine Erwerbstätigkeit sei dem Kläger nicht zuzumuten. Der Zustand bestehe mindestens seit dem Jahr 2000, spätestens seit der stationären Behandlung Anfang 2001. Der Internist M. ist zum Ergebnis gelangt, beim Kläger bestünden eine KHK, ein Zustand nach Bypassoperation, ein Bluthochdruck, eine diastolische Herzinsuffizienz Grad I nach NYHA, ein HWS-LWS-Syndrom und eine präsenile Demenz. Die Herzerkrankung verursache bei körperlicher Belastung Luftnot und führe zur schnellen Ermüdbarkeit. Die Verschleißerscheinungen der WS führten zu einer Beeinträchtigung der Hals-Rumpf-Beweglichkeit, die Einschränkungen beim Bücken, Heben und Wenden und bei dauerndem Stehen oder Sitzen bedingten. Deswegen seien schwere und mittelschwere Arbeiten nicht möglich. Wegen der Demenz seien auch leichte Arbeiten nicht möglich. Abweichungen von Vorgutachten beruhten auf der Beurteilung des psychischen und geistigen Bildes des Klägers.

Die Beklagte hat hierzu eine Stellungnahme des Dr. G. vom 28. Juli 2006 vorgelegt. Er hat dem Gutachten des Internisten M. nicht zugestimmt. Eine Beurteilung des Leistungsvermögens für leichte Arbeiten aus rein internistischer Sicht sei nicht erfolgt. Sämtliche klinische und operative Untersuchungsbefunde, die der Internist M. erhoben bzw. veranlasst habe, belegten eindeutig ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten aus internistischer Sicht. Der Internist begründe die Minderung des Leistungsvermögens ausschließlich mit der fachübergreifenden psychiatrischen Erkrankung. Soweit er ausführe, auch aus internistischer Sicht sei der Kläger nicht in der Lage, leichte Arbeiten zu verrichten, sei dies nicht nachvollziehbar und sozialmedizinisch nicht begründet. Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Ch. sei nicht zuzustimmen. Dieser stütze seine Beurteilung des Leistungsvermögens überwiegend auf die subjektiven Angaben des Klägers und der Familienangehörigen und auf seinen subjektiven Eindruck, den der Kläger während der Begutachtung gemacht habe, und des weiteren auf unvollständige und differenzialdiagnostisch klärungsbedürftige psychometrische Tests. Im Übrigen habe nur Dr. Ch. den Eindruck einer präsenilen Demenz gehabt, nicht aber der Psychiater T. oder die behandelnden Internisten bzw. Kardiologen und auch nicht die Ärzte der GK. In keiner ärztlichen Äußerung werde eine präsenile Demenz diagnostiziert. Die Ausführungen und Diagnosen des Dr. Ch. seien weder durch eine objektive psychiatrische Exploration, noch durch objektivierbare apparative Untersuchungsbefunde belegt und begründet.

Das SG sodann ein Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. K. eingeholt, das dieser unter Berücksichtigung der vom Kläger vorgelegten Unterlagen (Gesundheitsbuch, Gutachten des Krankenhauses AXEPA vom 20. Juli 2006 und der IKA Drama vom 30. August 2006), einer eingehenden psychiatrisch-neurologischen Untersuchung vom 12. September 2006 sowie durchgeführter neuropsychiatrischer Tests am 2. Oktober 2006 erstattet hat. Der Kläger habe die gestellten Fragen zunächst nicht beantworten wollen, sich immer wieder an seine Frau gewandt, dann jedoch allmählich angefangen zu sprechen. Mit deutlicher Verlangsamung und leiser Stimme habe er endlich richtige und genaue Antworten gegeben. Anhaltspunkte für formale und inhaltliche Denkstörungen seien nicht festzustellen. Der Kläger sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Es bestünden leichte Konzentrationsstörungen und eine Gedächtnisschwäche für neue Ereignisse. Der Gedankengang sei unauffällig, Anhaltspunkte für eine psychotische produktive Symptomatik bestünden nicht, weder für psychische Veränderungen, noch für gravierende kognitive Störungen. Grundantrieb und Willensfunktion erschienen normal. Es sei auch keine gravierende Depressivität festzustellen gewesen. Der Kläger habe angegeben, er mache jeden Morgen allein oder mit seiner Ehefrau einen Spaziergang, was ihm der Kardiologe geraten habe, schlafe nach dem Mittagessen bis zum Nachmittag, gehe dann wieder spazieren, treffe seine Freunde im Cafe und sehe abends mit seiner Ehefrau fern. Es bestünden auf internistischem Fachgebiet ein Zustand nach Bypassoperation an drei Koronar-Gefäßen im Jahr 2005 und eine medikamentös optimal eingestellte Hypertonie. Neurologisch finde sich kein pathologischer Befund. Psychiatrisch handle es sich um eine psychoreaktive Störung mit Verstimmungskomponenten. Diese Gesundheitsstörungen und vorwiegend die Einnahme von starken Neuroleptika sowie die Bypassoperation beeinflussten die körperliche Leistungsfähigkeit wesentlich nachteilig. Die neurologischen und psychiatrischen Befunde wirkten sich aber nicht wesentlich nachteilig auf die berufliche Leistungsfähigkeit bei leichten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Aus rein neuropsychiatrischer Sicht seien dem Kläger leichte einfache Arbeiten vorwiegend im Sitzen - ohne Tragen und Heben von Lasten, häufiges Bücken, Steigen auf Leitern und Gerüsten, Einwirkungen von Hitze, Kälte und Zugluft und Nässe, Akkord und Tätigkeiten am Fließband, Nacht- und Wechselschicht sowie besondere geistige Beanspruchung und besonderen Zeitdruck - des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig bzw. sechs Stunden täglich zumutbar, z. B. Zureichen, Abnehmen, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen. Entgegen Dr. Ch. liege eine präsenile Demenz nicht vor. Die Diagnose beruhe wahrscheinlich auf der Einnahme von Neuroleptika und Sedativa in hoher Dosierung. Aus rein neuropsychiatrischer Sicht sei der Kläger in der Lage, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 Meter innerhalb von jeweils 20 Minuten zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit zu benutzen. Die Einholung weiterer Gutachten erscheine nicht erforderlich.

Der Kläger hat eingewandt, soweit Prof. K. leichte Tätigkeiten mehr als sechs Stunden täglich für möglich erachte, handle es sich nur um eine theoretische Möglichkeit einer Teilbeschäftigung für sechs Stunden. Dr. Ch. habe festgestellt, er sei zu einer solchen Tätigkeit nicht in der Lage. Entgegen der Auffassung von Prof. K. habe er hoch dosiert Neuroleptika und Sedativa bei dessen Untersuchung, nicht aber bei der des Dr. Ch. eingenommen. Prof. Dr. K. sei zu unzutreffenden Ergebnissen gelangt.

Mit Urteil vom 13. Dezember 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger könne ihm zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes leichter Art bei Beachtung weiterer qualitativer Einschränkungen wenigstens sechs Stunden täglich und mehr ausüben. Die Gesundheitsstörungen auf internistischem und orthopädischem Fachgebiet führten lediglich zu einer qualitativen Leistungseinschränkung, nicht jedoch zu einer quantitativen Leistungsminderung für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bei Beachtung qualitativer Einschränkungen. Soweit der Internist M. darüber hinaus von einer weitergehenden und quantitativen Leistungsminderung ausgehe, ergebe sich diese Einschätzung nicht allein aus internistischer Sicht, sondern ausweislich des Gutachtens auch bzw. gerade unter Berücksichtigung der psychischen Störungen. Auf psychiatrischem Fachgebiet liege indes nach dem Gutachten von Prof. K. eine quantitative Einschränkung nicht vor. Eine präsenile Demenz sei nicht durch entsprechende Befunde belegt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das angefochtene Urteil verwiesen.

Gegen das am 8. Januar 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 2. März 2007 Berufung eingelegt.

Es wurden u. a. ein Bericht der Dr. K.-L. vom 19. September 2006 über ein EEG, ein psychiatrisches "Gutachten" des Oberarztes P. vom 20. Juli 2006 (rezidivierendes depressives Syndrom), Kopien seines Gesundheitsbuches und - über den griechischen Versicherungsträger - weitere ärztliche Äußerungen (Bestätigung des Arztes P. vom 31. Juli 2006 [Koronarerkrankung, 2005 Bypass, Hypotonie bei leichter Anstrengung], Gutachten des Arztes Pavlos vom 23. August 2006 [HWS-Schulter-Syndrom, Degeneration der Zischenspondylscheibe C5/C6, Lumboischialgie beidseitig wegen Spondylarthropathie an LWS], Arztbericht der GK vom 23. August 2006 [Operierte Koronarerkrankung 2005, Hypertonie, chronisch rezidivierende starke Depression mit psychotischen Symptomen, unter ständiger medikamentöser Behandlung, Spondylarthropathie an LWS und HWS], ärztliche Bestätigung des Arztes T. vom 30. August 2006 [chronisch rezidivierende starke Depression mit Psychose-Symptomen], und Gutachten der GK vom 28. November 2006 [operierte Koronarerkrankung, Hypertonie, chronisch rezidivierende starke Depression mit Psychose-Symptomen unter ständiger medikamentöser Behandlung, Spondylarthropathie an LWS und HWS, Erwerbsminderung von 67 %] vorgelegt.

Der Kläger verweist im Wesentlichen auf die im Gutachten der GK aufgeführten Gesundheitsstörungen und die Zuerkennung einer Invalidität von 67 %. Damit könne er nicht mehr als ein Drittel eines gesunden Arbeiters leisten. Ferner verweist er auf das Gutachten des Dr. Ch. und des Internisten M., wonach er keine drei Stunden arbeiten könne.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 13. Dezember 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. September 2005 zu verurteilen, ihm auf seinen Antrag vom 4. August 2004 Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, der Kläger sei nicht außer Stande, eine ihm sozial zumutbare leichte Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes in einem Umfang von wenigstens sechs Stunden täglich zu verrichten. Dies ergebe sich insbesondere auch aus dem Gutachten von Prof. K. ... Hierzu hat sie Stellungnahmen der Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin, Dr. J. vom 3. Mai und 26. Juni 2007 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, auch unter Berücksichtigung der vorgelegten weiteren ärztlichen Äußerungen und Unterlagen ergebe sich kein wesentlich neuer medizinischer Sachverhalt. Sowohl die KHK wie auch der Zustand nach Bypassoperation 2005 und das Vorliegen einer depressiven Störung und degenerativer WS-Veränderungen sei bereits in den bisherigen Beurteilungen berücksichtigt. Die vorgelegten Unterlagen enthielten im Übrigen nur Diagnosen ohne weitere Befundbeschreibung oder Darstellung eventueller funktioneller Einschränkungen. Eine andere Beurteilung des Leistungsvermögens als bisher lasse sich daraus nicht ableiten.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligteenvorbringens 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 aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Rente.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die hier vom Kläger beanspruchte Rente - die [§§ 43, 240](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine solche Rente nicht erfüllt, weil er zumindest leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen noch sechs Stunden und mehr ausüben kann und auch keinen besonderen Berufsschutz genießt. Der Senat schließt sich dem nach eigener Überprüfung und unter Berücksichtigung der im Berufungsverfahren vorgelegten ärztlichen Äußerungen sowie der Berufungsbegründung uneingeschränkt an und sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe weitgehend ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das SG sehr ausführlich und zutreffend begründet hat, weswegen beim Kläger auf Grund seiner Erkrankungen auf orthopädischem, internistischem und nervenärztlichem Fachgebiet lediglich eine qualitative Leistungseinschränkung besteht, nicht aber eine quantitative. Zutreffend hat es darauf hingewiesen, dass die eingehenden Untersuchungen des Internisten M. eine weitergehende Einschränkung insbesondere in quantitativer Hinsicht nicht erbracht haben. Eine Verschlimmerung des internistischen Befundes ergibt sich insbesondere auch nicht aus den nach seinem Gutachten eingegangenen ärztlichen Äußerungen. Soweit der Internist M. im Ergebnis von einer quantitativen Leistungsminderung ausgegangen ist, beruht dies darauf, dass er sich den Ausführungen von Dr. Ch.

betreffend Einschränkungen auf nervenärztlichem Gebiet angeschlossen hat, ohne diese einer kritischen Würdigung zu unterziehen, und deswegen auch leichte Tätigkeiten nicht sechs Stunden für möglich erachtet hat. Internistische Befunde, die dies rechtfertigen, liegen nicht vor. Dies entnimmt der Senat auch den als qualifiziertes Beteiligteinvorbringen verwertbaren Stellungnahmen des Dr. G. vom 28. Juli 2006 und der Dr. J. vom 26. Juni 2007.

Der Leistungsbeurteilung des Dr. Ch. vermag der Senat wie schon das SG nicht zu folgen. Auf Grund des weiteren Gutachtens des Prof. K., der den Kläger am 12. September 2006 ebenfalls eingehend untersucht hat, ist zunächst festzustellen, dass die Diagnose des Dr. Ch. einer präsenilen Demenz durch objektive Befunde nicht belegt ist. Diese Diagnose wurde im Übrigen auch nicht in den vorliegenden ärztlichen Äußerungen aus den Jahren 2000 bis 2006 gestellt. Anhaltspunkte, die eine entsprechende Diagnose rechtfertigen könnten, hat Prof. K. nicht gefunden. Bei dessen Untersuchung hat der Kläger die gestellten Fragen zunächst nicht beantworten wollen, sich immer wieder an seine Frau gewandt, dann jedoch allmählich angefangen zu sprechen. Mit deutlicher Verlangsamung und leiser Stimme hat er dann richtige und genaue Antworten gegeben. Anhaltspunkte für formale und inhaltliche Denkstörungen waren nicht festzustellen und der Kläger war bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es fanden sich leichte Konzentrationsstörungen und eine Gedächtnisschwäche für neue Ereignisse. Der Gedankengang war unauffällig, Anhaltspunkte für eine psychotische produktive Symptomatik fanden sich nicht, weder für psychische Veränderungen, noch für gravierende kognitive Störungen. Grundantrieb und Willensfunktion waren normal. Dieser Befund spricht gegen eine präsenile Demenz, die Dr. Ch. angenommen hat. Zu bemängeln ist bei dessen Diagnose im Übrigen auch, dass er sich im Wesentlichen auf Angaben der Ehefrau und die Untersuchung der Dipl.-Psych. K. gestützt hat, ohne das dargebotene Gesundheitsbild kritisch zu hinterfragen, insbesondere im Hinblick auf die damalige Medikamenteneinnahme. Diese wurde demgegenüber von Prof. K. gewürdigt und berücksichtigt, wobei er zum Ergebnis gelangt ist, dass sie eine Erklärung für den von Dr. Ch. beschriebenen Eindruck bei der Untersuchung ist. Unter Berücksichtigung aller ärztlichen Äußerungen ist die Diagnose einer präsenilen Demenz für den Senat ebenfalls nicht nachvollziehbar. Bei der Untersuchung bei Prof. K. war auch keine gravierende Depressivität festzustellen. Der Kläger hat angegeben, er mache jeden Morgen allein oder mit seiner Ehefrau einen Spaziergang, was ihm der Kardiologe geraten habe, schlafe nach dem Mittagessen bis zum Nachmittag, gehe dann wieder spazieren, treffe seine Freunde im Cafe und sehe abends mit seiner Ehefrau fern. Damit ist auch ein dauerhafter sozialer Rückzug, der Hinweis für eine dauerhafte erhebliche Depression wäre, nicht festzustellen.

Da Dr. Ch. bereits von unzutreffenden Erkrankungen und Diagnosen ausgeht, kann sich der Senat seiner Leistungsbeurteilung nicht anschließen. Damit verbleibt es bei den Diagnosen, die Prof. K. gestellt hat - Zustand nach koronarer 3-Gefäß-Erkrankung, Bypassoperation 2005, Hypertonie, psychoreaktive Störungen mit Verstimmungskomponenten - und bei dessen Einschätzung des Leistungsvermögens auf sechs und mehr Stunden täglich für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, z. B. auch Zureichen, Abnehmen, Reinigen, Bedienen von Maschinen sowie Kleben, Verpacken und Zusammensetzen von Teilen.

Im Übrigen folgt auch aus den im Berufungsverfahren noch zu den Akten gelangten Äußerungen keine weitergehende Leistungseinschränkung. Dies entnimmt der Senat den Ausführungen der Dr. J. vom 3. Mai und 26. Juni 2007, die sämtliche Unterlagen ausgewertet und geprüft hat. Im Übrigen liegen die Daten dieser Berichte - abgesehen vom Gutachten der GK vom 28. November 2006 - vor der Untersuchung des Prof. K., dem auch das EEG vom 19. September 2006 bereits vorgelegen hat. Die Unterlagen enthalten auch nichts Neues, insbesondere keine neuen Befundangaben.

Da dem Kläger auch Fußwege auf dem Weg zur Arbeit von 500 Metern viermal täglich zumutbar sind und er diese Strecke in einem zeitlichen Rahmen von 20 Minuten jeweils bewältigen und öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeit benutzen kann, ist er auch in der Lage, einen Arbeitsplatz aufzusuchen.

Ferner ergibt sich auch aus der Tatsache, dass dem Kläger vom griechischen Versicherungsträger eine Rente mit einem Invaliditätsgrad von 67 % seit 2000 gewährt wird, wie vom SG zutreffend dargelegt, kein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung gegen den deutschen Versicherungsträger.

Da der Kläger somit ihm zumutbare Tätigkeiten noch wenigstens sechs Stunden arbeitstäglich verrichten kann, ist er nicht erwerbsgemindert. Der Senat weist deshalb die Berufung zurück. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-26