

L 9 R 35/10 ZVW

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 R 2943/04
Datum
25.10.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 35/10 ZVW
Datum
14.05.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. Oktober 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in sämtlichen Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung.

Der 1948 geborene griechische Kläger hat keinen Beruf erlernt. Nach seinen Angaben und den vorliegenden Unterlagen war er in den Jahren 1966/67 in Griechenland und von Juli 1971 bis März 1983 in der Bundesrepublik Deutschland als Hilfsarbeiter beschäftigt. Anschließend betrieb er selbstständig einen Grillimbiss. Von Oktober 1987 bis Dezember 1997 war er als Kaffeehausbesitzer in Griechenland selbstständig tätig und bei der TEBE versichert. Seit Dezember 1998 bezieht er eine griechische Invaliditätsrente.

Am 25.9.2001 beantragte der Kläger zum wiederholten Mal die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte ließ die ärztlichen Unterlagen aus Griechenland von Dr. G. auswerten. Dieser führte in der Stellungnahme vom 30.10.2001 aus, beim Kläger lägen eine koronare 3-Gefäß-Erkrankung (Bypass-Operation vom 25.9.1997; Belastungsangina pectoris Grad I - II), eine Fettstoffwechselstörung sowie Übergewicht vor. Leichte Arbeiten seien dem Kläger vollschichtig zumutbar.

Mit Bescheid vom 20.6.2002 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab, weil weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung und auch keine Berufsunfähigkeit vorliege.

Hiergegen erhob der Kläger am 4.10.2002 Widerspruch und trug unter Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen vor, nach Auftreten der Herzerkrankung habe er das Kafention auf seine Frau übertragen. Er leide unter ständigen Herzschmerzen und könne sich nicht mehr in verrauchten Räumen aufhalten. Sein Blutdruck müsse medikamentös behandelt werden. Er ermüde leicht und sei nicht mehr so belastbar. Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin auf internistischem Gebiet begutachten.

Der Internist M. führte im Gutachten vom 15.9.2003 aus, beim Kläger sei im Jahr 1997 eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert und anschließend operativ mit einem 4-fachen aortokoronarem Bypass erfolgreich versorgt worden. Bei seiner Untersuchung habe sich der 175 cm große und 98 kg schwere Kläger in einem guten Allgemein- und Kräftezustand befunden. Die Lungen seien perkutorisch und auskultatorisch ohne Befund gewesen. Das Herz und der Blutdruck seien, auch bei mehrmaligen Kontrollen, unauffällig und die Wirbelsäule sei allseits frei beweglich gewesen. Bezüglich des Nervensystems und der Psyche habe er keine Auffälligkeiten festgestellt. Die Laboruntersuchungen hätten, bis auf einen leicht erhöhten Cholesterinwert, normale Werte ergeben. Das Belastungs-EKG habe unter mittelschwerer Belastung (6,1 METS = 100 Watt) einen normalen Befund ergeben. Das anschließende Myokardszintigramm habe eine normale Durchblutung der Wände des linken Ventrikels sowohl während der Belastung als auch während der Ruhephase gezeigt. Während der mittelschweren Belastung sei die Herzfunktion hervorragend (Normale Heart-Lung-Ratio) gewesen. Die Dilatation des linken Ventrikels sei während der Belastung (normaler TID-Index) normal gewesen. Die oben genannten Befunde sprächen für eine hervorragende Durchblutung der aortokoronaren Bypässe. Die angegebenen Beschwerden, Luftnot und Müdigkeit bei körperlicher Anstrengung, seien auf den Bluthochdruck und das Übergewicht zurückzuführen. Er stellte beim Kläger folgende Diagnosen: &61607; Koronare Herzkrankheit, Zustand nach aortokoronarem Bypass &61607; Hypertonie &61607; Adipositas &61607; Hypercholesterinämie. Auf Grund dessen sei der Kläger nicht in der Lage, schwere und mittelschwere Tätigkeiten zu verrichten, Lasten über 10 kg zu heben und zu tragen, häufig Treppen zu steigen, Tätigkeiten auf Leitern, in Hitze, Zugluft und mit Nachtschicht zu verrichten. Leichte Tätigkeiten seien sechs Stunden und mehr

zumutbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4.3.2004 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 11.5.2004 Klage zum Sozialgericht (SG) Stuttgart erhoben, mit der er unter Vorlage ärztlicher Unterlagen die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung weiter verfolgt.

Die Beklagte hat eine ärztliche Stellungnahme von Dr. G. vom 19.8.2004 vorgelegt, der ausführt, aus den vorgelegten medizinischen Unterlagen ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte. Der Kläger sei am 20.1.2004 mit 8 METS (120 Watt (6 Minuten) noch besser belastbar gewesen als am 10.9.2003 (6,1 METS = 100 Watt über 4,17 Minuten).

Mit Gerichtsbescheid vom 25.10.2005 hat das SG die Klage - gestützt auf das Gutachten des Internisten M. - abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen. Gegen den am 3.11.2005 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 12.1.2006 Berufung eingelegt und vorgetragen, der Gerichtsbescheid stütze sich im Wesentlichen auf das von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten des Internisten M. ... Es sei mit § 103 SGB (gemeint wohl: SGG) nicht in Einklang zu bringen, dass das SG sich eines Arztes bediene, der nicht zum Sachverständigen bestellt worden sei, sondern am Erlass der zu überprüfenden Verwaltungsentscheidung mitgewirkt habe. Da das Gericht, im vorliegenden Fall gar eine Richterin auf Probe, nicht über die erforderlichen medizinischen Kenntnisse verfüge, um die Schlüssigkeit des Gutachtens überprüfen und würdigen zu können, finde letztendlich eine unabhängige Kontrolle des angegriffenen Bescheides nicht statt. Das Gutachten des Internisten M. entspreche nicht in vollem Umfang den Anforderungen, die die Deutsche Rentenversicherung Bund in ihren Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei koronarer Herzkrankheit an eine Begutachtung stelle. Auch sei die apparative Diagnostik nicht vom Internisten M., sondern in einem beauftragten Diagnosezentrum durchgeführt worden. Die Mitteilung in der Zusammenfassung "Nervensystem Psyche o. k." genüge nicht, wenn der Kläger von Ein- und Durchschlafstörungen und der regelmäßigen Einnahme von Tavor (Lorazepam) berichte. Zum Beweis dafür, dass er aufgrund seiner Erkrankung auch leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr bis zu drei Stunden täglich verrichten könne, beantrage er die Einholung eines kardiologischen und eines psychokardiologischen Sachverständigengutachtens. Der Kläger hat Bescheinigungen des Neurologen und Psychiaters Dr. Athanasios Arnaoutglou vom 5.4.2006 und vom 18.6.2007 (Untersuchung am 5.4.2006: Angstdepressives Syndrom mit Phobien und Panikattacken auf dem Hintergrund von Herzschämie und Herzinsuffizienz), des Leiters der Kardiologischen Klinik der Universität Thessaloniki Professor G. L. vom 5.4.2006 (Untersuchung: 5.4.2006: Angina pectoris, alte Bypass-Operation, arterielle Hypertonie, ischämische Herzinsuffizienz), Berichte über ein Herzszintigramm und ein Belastungs-EKG vom 3.4.2006 sowie eine Bescheinigung von Professor M., Leiter der Ambulanz der Neurologischen Klinik vom 25.4.2006 (Befund: Depression) und Bescheinigungen der Psychiaterin F. vom 14.2. und 21.5.2007 vorgelegt.

Die Beklagte hat erwidert, der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts sei nicht zu beanstanden. Aus der Berufungsbegründung ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, die eine Änderung ihres bisherigen Standpunktes zuließen. Ihres Erachtens sei der Sachverhalt ausreichend aufgeklärt; sie verweise auf die ärztliche Stellungnahme von Dr. S. vom 8.5.2006. Ferner hat sie weitere Stellungnahmen von Dr. S. vom 30.8.2006, 30.7.2007, 13.3. und 25.7.2008 sowie eine Stellungnahme von Dr. G. vom 4.7.2008 vorgelegt. Der Senat hat den Kläger auf internistischem Gebiet in Deutschland und auf psychiatrischem Gebiet in Griechenland gutachterlich untersuchen lassen.

Dr. M., Oberarzt der Abteilung für Innere Medizin 3 - Schwerpunkte Kardiologie und Pulmologie - des Robert Bosch-Krankenhauses S., hat im Gutachten vom 20.4.2007 unter Einbeziehung des nuklearmedizinischen Gutachtens von Professor Dr. G. vom 9.2.2007 ausgeführt, der Blutdruck betrage bei dem 95 kg schweren Kläger beidseits 130/70 mm Hg und der Puls 70 pro Minute und sei regelmäßig. In Ruhe bestehe keine Atemnot. Die Herztöne seien leise, die Herzaktion regelmäßig; Geräusche seien nicht auskultierbar. Die grobe Kraft und die Feinmotorik seien altersentsprechend unauffällig, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich mittelmäßig; pathologische Reflexe seien nicht vorhanden. Der Kläger sei bewusstseinsklar, zu Ort und Zeit voll orientiert. Die Angaben zur Vorgeschichte seien präzise; die Beschwerdeschilderung sei klar. Es finde sich kein Hinweis auf eine Störung der Gedächtnisfunktion. Der Kläger sei freundlich und kooperativ. Beim Belastungs-EKG (Fahrradergometer) ohne Medikamente sei der Kläger stufenweise 2 Minuten 50 Watt, 2 Minuten 75 Watt, 2 Minuten 100 Watt, 2 Minuten 125 Watt und 39 Sekunden mit 150 Watt belastet worden. Der Abbruch der Untersuchung sei wegen muskulärer Erschöpfung erfolgt. Während der Belastungsphase seien keine Erregungsrückbildungsstörungen aufgetreten. Zum Schluss der Belastung habe ein leichter thorakaler Druck bestanden, der nach der Belastung nachgelassen habe. Während der Belastung und in der Nachbelastungsphase hätten keine signifikanten Rhythmusstörungen bestanden. Dr. M. hat beim Kläger eine koronare Herzerkrankung mit seit Jahren stabiler belastungsinduzierter Belastungs-Angina pectoris sowie eine arterielle Hypertonie festgestellt. Er ist zum Ergebnis gelangt, vermeiden müsse der Kläger Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, häufiges Treppensteigen, Steigen auf Leitern und Gerüsten sowie Tätigkeiten mit Nachtschicht, unter Einwirkung von Kälte, Wärme, Staub, Gasen und Dämpfen. Leichte körperliche Tätigkeiten könne der Kläger auf Grund einer medizinisch günstigen Gesamtsituation - regelrechte Herzleistung im Szintigramm, lediglich nur leichtergradige Durchblutungsstörung bei schwerer Belastung - noch acht Stunden täglich verrichten. Die Leistungsfähigkeit des Klägers habe sich seit Antragstellung (September 2001) nicht geändert.

Professor Dr. K. hat im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 4.12.2007 dargelegt, der Kläger habe psychische Störungen mit Angstzuständen seit 1970 angegeben, die mit Lexotanil behandelt worden seien. Nach seiner Herzoperation im Jahr 1997 habe sich seine psychische Störung verschlechtert. Der 106 kg schwere Kläger sei gut gepflegt und ordentlich gekleidet gewesen. Die gestellten Fragen habe er prompt, bereitwillig und genau beantwortet. Anhaltspunkte für das Vorhandensein formaler und inhaltlicher Denkstörungen seien nicht feststellbar gewesen. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert bei ausgeglichener Antriebslage gewesen. Merkfähigkeit und Gedächtnis erschienen absolut intakt zu sein bei unauffälligem Gedankengang. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychotischen produktiven Symptomatik, für psychische Veränderungen oder für kognitive Störungen seien nicht vorhanden. Bezüglich der Stimmungslage habe der Kläger depressiv gewirkt. Professor Dr. K. hat beim Kläger eine leichte depressive Episode mit psychosomatischen Beschwerden, Angstzuständen und phobischen Störungen diagnostiziert, die medikamentös optimal eingestellt seien. Nebenwirkungen und Nachfolgen seien nicht vorhanden. Der Kläger sei hierdurch beeinträchtigt; er sei jedoch in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen. Aufgrund der angegebenen psychischen Störungen könne der Kläger keine Tätigkeiten ausüben, die mit Nachtschicht und besonderer geistiger Beanspruchung verbunden seien. Wegen der bei ihm vorhandenen Gesundheitsstörungen und vorwiegend wegen seiner Herzerkrankung sei der Kläger nicht in der Lage, schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten sowie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Caféinhaber zu verrichten. Vermeiden müsse der Kläger Arbeiten mit überwiegendem Stehen und Gehen, Heben und Tragen von Lasten, häufigem Bücken,

Steigen und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, im Akkord, mit besonderer geistiger Beanspruchung sowie mit Nacht- und Wechselschichten. Leichte Arbeiten wie Zureichen, Abnehmen, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen könne der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig bzw. sechs Stunden und mehr verrichten. Die Leistungsfähigkeit habe sich seit Rentenantragstellung nicht geändert.

Nach Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen, insbesondere des Protokolls einer Herzuntersuchung vom 22.2.2008, hat Dr. G. am 4.7.2008 ausgeführt, beim Kläger sei eine maximale Belastbarkeit von 10,1 METS (= 180 Watt) erreicht worden. Aus sozialmedizinischer Sicht sei bekannt, dass bei einer körperlichen Belastbarkeit von 50 bis 75 Watt leichte, von 75 bis 125 Watt mittelschwere und ab 125 Watt schwere Arbeiten vollschichtig zumutbar seien. Die ergometrisch erreichte Maximalleistung von 10,1 METS bzw. 180 Watt entspreche einer zumutbaren Dauerbelastbarkeit von mehr als 100 Watt. Somit sei eine Verschlechterung nicht zu belegen; vielmehr sei eine Besserung der myokardialen Durchblutung belastungselektrokardiographisch festzustellen. Sowohl aus neuropsychiatrischer als auch internistisch-kardiologischer Sicht seien dem Kläger leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig zumutbar. Die Behauptungen und Ausführungen des Klägers bzw. seines Bevollmächtigten bezüglich des Leistungsvermögens des Klägers seien damit widerlegt.

Ferner hat der Senat ergänzende Stellungnahmen bei Dr. M. und Professor Dr. K. eingeholt.

Dr. M. hat in der zusammen mit Dr. R. verfassten Stellungnahme vom 22.12.2008 ausgeführt, er stimme der Auswertung des Belastungs-EKG vom 22.2.2008 durch Dr. G. in der Stellungnahme vom 4.7.2008 zu. Ferner hat er zu den vom Kläger vorgelegten Veröffentlichungen von Deuschle und Lederbogen und von Csef und Hefner zur Erhöhung des kardialen Risikos durch Depression/Angst/Stress ausgeführt, inwieweit eine Depression oder eine Angststörung zu einer Erhöhung des kardialen Risikos führe, sei Thema der aktuellen Forschung. Wenn eine Depression oder Angststörung als Risikofaktor für eine koronare Herzkrankheit zu werten wäre, so müsste die erfolgreiche Therapie dieser psychiatrischen Erkrankungen zu einer Reduktion des Risikos für Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit führen. Dies sei nach der derzeitigen Datenlage nicht der Fall. Es lägen auch keine Hinweise vor, dass psychosomatische Störungen wie eine leichte Depression, Angstzustände und phobische Störungen die körperliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigten. Umgekehrt lägen auch keine Hinweise dafür vor, dass eine leichte oder mittelschwere Arbeit bei Vorliegen einer Depression das kardiale Risiko erhöhe. Somit ändere sich ihre Einschätzung hinsichtlich der zeitlichen Leistungsfähigkeit des Klägers für leichte körperliche Arbeiten durch die vorgelegten Befunde von Professor Dr. K. nicht.

Professor Dr. K. hat in seiner Stellungnahme vom 20.11.2008, eingegangen bei Gericht am 9.2.2009, ausgeführt, bei der gutachterlichen Untersuchung des Klägers habe er eine leichte depressive Episode festgestellt, die optimal medikamentös eingestellt gewesen sei. Nebenwirkungen der Medikamente seien nicht vorhanden gewesen. Mit einer leichten depressiven Episode sei ein Patient im Allgemeinen in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen. Um das Risiko weiterer kardialer Funktionsstörungen zu vermeiden, sollten Arbeiten überwiegend im Stehen und Gehen, mit Heben und Tragen von Lasten, mit häufigem Bücken, mit Steigen und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, mit Nacht- und Wechselschichten sowie mit Akkord- und Fließbandarbeiten vermieden werden. Auf Grund der psychischen Störungen seien Arbeiten mit Nachtschicht und besonderer geistiger Beanspruchung nicht zumutbar. Nach seiner Meinung sei der Kläger nach wie vor in der Lage, leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit den oben genannten Einschränkungen vollschichtig zu verrichten.

Mit Urteil vom 14.4.2009 hat der Senat die Berufung zurückgewiesen. Zur Begründung hat er u.M. ausgeführt, eine Erwerbsminderung des Klägers, d.h. ein Absinken seiner beruflichen und körperlichen Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lasse sich nicht belegen. Dies ergebe sich im Wesentlichen aus der Gesamtwürdigung des Gutachtens des Internisten M. vom 15.9.2003 sowie der vom Senat eingeholten Sachverständigengutachten von Dr. M. vom 20.4.2007 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 22.12.2008) und Professor Dr. K. vom 4.12.2007 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 20.11.2008, eingegangen am 9.2.2009). Ferner hat der Senat ausgeführt, er habe keinen Anlass gesehen, eine weitere ergänzende Stellungnahme bei Professor Dr. K. unter Übersendung der vom Kläger vorgelegten Aufsätze von Deuschle und Lederbogen sowie von Csef und Hefner einzuholen. Ein Fragerecht bestehe nur, soweit die Klärung der als erläuterungsbedürftig bezeichneten Punkte sachdienlich sei. Sachdienlich sei nur die Klärung solcher Fragen, die sich auf die Klärung des geltend gemachten prozessualen Anspruchs bezögen. Allgemeine Fragen zum Stand der Forschung seien der Klärung des zu entscheidenden Falles nicht förderlich und daher nicht sachdienlich. Sachdienlichkeit liege auch dann nicht vor, wenn die Fragen bereits eindeutig beantwortet worden seien. Indem der Kläger verlange, Professor Dr. K. zu einer weiteren Stellungnahme unter Übersendung der genannten Aufsätze aufzufordern, begehere er eine Stellungnahme zu wissenschaftlichen Äußerungen, die letztlich nicht der Klärung des hier streitigen Leistungsvermögens des Klägers dienten. Zum Leistungsvermögen des Klägers habe Professor Dr. K. in Kenntnis der vom Kläger im Schriftsatz vom 14.2.2008 gestellten Frage, ob in Anbetracht der koronaren Herzerkrankung und der arteriellen Hypertonie einerseits und der leichten depressiven Episode, der Angstzustände unter Panikattacken andererseits eine mehr als sechsstündige Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen (ersten) Arbeitsmarkt das Risiko weiterer kardialer Funktionsstörungen bis hin zum Herztod erhöhe, wenn man davon ausgehe, dass eine Erwerbstätigkeit auch leichter Art mit den von den Sachverständigen bezeichneten Einschränkungen mit Stress, Leistungsdruck, Ärger am Arbeitsplatz und ähnlichen emotionalen Belastungen verbunden sei und ob ihm gegebenenfalls eine solche Erhöhung des Risikos bei Aufnahme einer leichten Erwerbstätigkeit zugemutet werden könne, – erneut – Stellung genommen und die aufgrund der Gesundheitsstörungen des Klägers von ihm (dem Sachverständigen) für erforderlich gehaltenen Leistungseinschränkungen ausdrücklich benannt und weiterhin eine vollschichtige Tätigkeit für zumutbar gehalten. Die Sachdienlichkeit einer weiteren Stellungnahme durch den Neurologen und Psychiater Professor Dr. K. unter Übersendung der genannten Veröffentlichungen sei auch deswegen zu verneinen, weil der Kardiologe Dr. M. schon eine Stellungnahme zu den übersandten Aufsätzen abgegeben habe, die sich vorrangig mit der Frage auseinandersetze, in wieweit eine Depression oder Angststörung als Risikofaktor für eine koronare Herzkrankheit – und nicht umgekehrt – zu werten sei. Im Übrigen hätte der Kläger – vertreten durch seinen Bevollmächtigten – die Übersendung der Aufsätze an Professor Dr. K. schon mit Schriftsatz vom 14.2.2008 bzw. spätestens nach Erhalt der Mehrfertigung des Schreibens an Professor K. vom 10.11.2008 beantragen können und müssen, und nicht erst mit Schreiben vom 3.3.2009.

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Beschluss vom 19.11.2009 das Urteil des LSG aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die angekündigte Frage sei – entgegen der Auffassung des LSG – sachdienlich. Sachdienlichkeit sei insbesondere dann zu bejahen, wenn sich die Frage im Rahmen des Beweisthemas halte und nicht abwegig oder bereits eindeutig beantwortet sei; anderenfalls könne das Begehren

rechtsmissbräuchlich sein. Weitergehende Anforderungen an die Sachdienlichkeit einer Frage seien nicht zu stellen. Im konkreten Fall könne dem Kläger nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, die Berufung auf sein Fragerecht sei rechtsmissbräuchlich. Die vom Kläger formulierte Frage sollte (auch) den psychiatrischen Sachverständigen veranlassen, seine Feststellungen zum sozialmedizinischen Restleistungsvermögen des Klägers unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen und unter Würdigung der aus den beiden Aufsätzen ersichtlichen wissenschaftlichen Argumentation zu überprüfen und hierzu eine fallbezogene sachkundige Antwort zu geben. Die vom LSG eingeholte ergänzende Stellungnahme des Kardiologen Dr. M. vom 22.12.2008 zu den Aufsätzen vermöge eine diesbezügliche Stellungnahme des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Professor Dr. K. bezogen auf dessen Fachgebiet nicht zu ersetzen. Der Kläger habe die erneute Befragung des Sachverständigen auch nicht schuldhaft verspätet beantragt. Da er in der mündlichen Verhandlung seinen Antrag aufrechterhalten hat, hätte das Gericht ihm folgen müssen.

Nach Zurückverweisung des Rechtsstreits hat der Senat bei Professor Dr. K. unter Übersendung der genannten Aufsätze eine ergänzende Stellungnahme eingeholt. In der Stellungnahme vom 3.3.2010 hat dieser ausgeführt, man müsse darauf Rücksicht nehmen, dass die Herzkrankung und die arterielle Hypertonie einerseits und die leichte depressive Episode, die Angstzustände und Panikattacken andererseits bei einer mehr als sechsstündigen leichten Erwerbstätigkeit das Risiko weiterer kardialer Funktionsstörungen erhöhen könne. Es könne jedoch nicht vorausgesagt werden, bis zu welchem Grad, wenn z.B. am Arbeitsplatz unvorhergesehene und intensive Situationen wie Stress, Leistungsdruck und ähnliche emotionale Belastungen vorkämen. Diese würden das bis dahin gute Ansprechen auf die therapeutische Behandlung gefährden. Der Kläger sei nicht gehindert, körperlich leichte Arbeiten (z.B. Verpackungstätigkeiten) sechs Stunden täglich zu verrichten, vorausgesetzt, dass an seiner Arbeitsstelle nicht die erwähnten Situationen vorkommen, was niemand im Voraus ausschließen könne. Sein Beharren darauf, dass er nicht in der Lage sei zu arbeiten, zeige, dass sein ganzer psychischer und kardiologischer Zustand bei ihm Stress und Todesangst verursachten.

Der Kläger hat Arztberichte des Kardiologen Konstantinos Ch. vom 23.8.2012 (Diagnosen: Arteriosklerotische Herzkrankheit, koronare Herzkrankheit, Dreifäßkrankheit, Bypass, depressives Syndrom; EKG: Sinusrhythmus 76/Minute ohne besondere Ischämieveränderungen oder Arrhythmien; das Belastungs-EKG wurde in der fünften Minute nach Bruce wegen körperlicher Erschöpfung abgebrochen und könne wegen niedriger Herzleistung nicht gewertet werden) sowie des Leiters der Kardiologischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses in Florina vom 9.8.2012 (Koronare Dreifäßkrankung. Am 25.9.1997 unterzog er sich einer offenen Herzoperation – einem vierfachen aortakoronaren Bypass. Er ist unter ständiger medikamentöser Behandlung und kardiologischer Überwachung) und des Psychiaters Georgios A. vom 13.8.2012 (Depressives Syndrom mit intensiver Bradyphrenie und S.em Einsturz/Rückgang seiner Psychosozialität. Es wird auch berichtet, dass er vor zehn Jahren einen Herzinfarkt erlitten hatte, der chirurgisch behandelt worden ist) vorgelegt. Weiter hat er einen weiteren Aufsatz von Nabi und anderen aus der Zeitschrift Heart, Bd. 96, Seite 1645 ff. zum Thema der Auswirkungen depressiver Symptome und koronarer Herzkrankheiten auf das Sterblichkeitsrisiko vorgelegt und die Einholung eines psychokardiologischen Sachverständigengutachtens bei Professor Dr. H.-L. in G. begehrt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25. Oktober 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20. Juni 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. März 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 01. Oktober 2001 Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren, hilfsweise zum Beweis dafür, dass in Anbetracht der koronaren Herzkrankung und der arteriellen Hypertonie einerseits und der leichten depressiven Episode, der Angststörungen und Panikattacken andererseits eine mehr als sechsstündige Erwerbstätigkeit leichter Art auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und damit verbundene Belastungen wie Stress, Leistungsdruck, Ärger am Arbeitsplatz und ähnliche emotionale Belastungen das bisherige, bei ihm erzielte Behandlungsergebnis gefährden und zu einer Verschlimmerung der vorgenannten Herzbeschwerden und psychischen Erkrankungen führen sowie das Risiko weiterer kardialer Funktionsstörungen bis hin zum Herztod erhöhen und mithin auch eine leichte Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbunden mit den Einschränkungen – Tätigkeiten überwiegend im Sitzen – Vermeidung von Zwangshaltungen – Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck – Tätigkeiten ohne Hitze und Kälte – Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg – keine Nacht- und Wechselschicht – ohne häufiges Bücken, Treppensteigen oder Besteigen von Leitern und – Gerüsten – keine Einwirkungen von Staub, Gasen und Dämpfen – keine Arbeit am Fließband – Tätigkeit ohne besondere geistige Beanspruchung von ihm nur unter Gefährdung seiner Gesundheit verrichtet werden kann, die Einholung eines psychokardiologischen Sachverständigengutachtens bei Professor Dr. Hermann-Lingen, zu laden über die Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Göttingen, von-Siebold-Straße 5, 37099 Göttingen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat beratungsärztliche Stellungnahmen von Dr. S., Arzt für Chirurgie, Notfallmedizin und Sozialmedizin, vom 30.3.2010 und Dr. B., Arzt für Innere Medizin und Sozialmedizin, vom 22.11.2010 und vom 28.11.2012 vorgelegt, die weiterhin ein sechsstündiges Leistungsvermögen für gegeben halten. Zu den zuletzt vorgelegten Unterlagen hat Dr. B. darüber hinaus ausgeführt, aus den vorgelegten Unterlagen ergäben sich keine eindeutigen neuen medizinischen Gesichtspunkte, die eine entscheidende Abweichung von der bisherigen Leistungseinschätzung nachvollziehbar begründen könnten.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes wird auf die Akten der Beklagten, des SG, des BSG sowie des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Durch die Zurückverweisung des Rechtsstreits an das LSG ist keine neue Instanz eröffnet worden, sondern die vorangegangene Instanz erneut. Das LSG muss deswegen neu über die Sache verhandeln und sie in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht neu prüfen. Die Zulässigkeit der Berufung ist deswegen nicht zu prüfen (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 10. Auflage, § 170 Rn. 9).

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Er hat keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung für die Zeit ab 1.10.2001.

Bei der erneuten Verhandlung und Entscheidung hat das LSG gemäß [§ 170 Abs. 5 SGG](#) die rechtliche Beurteilung des BSG zu Grunde zu legen. Das BSG hat den Rechtsstreit zur Gewährung rechtlichen Gehörs bzw. zur erneuten Anhörung von Professor Dr. K. zurückverwiesen. Das LSG hat daraufhin Professor Dr. K. unter Übermittlung der Aufsätze von Deuschle/Lederbogen sowie von Csef/Hefner erneut angehört. Dem Kläger und der Beklagten ist sodann Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. zu weiterem Vorbringen eingeräumt worden.

Der Kläger hat – auch unter Berücksichtigung der erneuten Stellungnahme von Professor Dr. K. und seines eigenen weiteren Vorbringens – keinen Anspruch auf die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie voll erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (s. hierzu [§ 43 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - SGB VI](#) -). Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (s. hierzu [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)). Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein ([§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)).

Darüber hinaus ist nach [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) generell nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 3 SGB VI](#)).

Der Kläger ist, an diesem gesetzlichen Maßstab orientiert, zur Überzeugung des Senats nicht erwerbsgemindert.

Eine Erwerbsminderung des Klägers, das heißt ein Absinken seiner beruflichen und körperlichen Leistungsfähigkeit auf ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von weniger als sechs Stunden täglich, lässt sich zur Überzeugung des Senats nicht belegen. Dies ergibt sich im Wesentlichen aus der Gesamtwürdigung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen, insbesondere des Gutachtens des Internisten M. vom 15.9.2003, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, sowie der vom Senat eingeholten Sachverständigen Gutachten von Dr. M. vom 20.4.2007 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 22.12.2008) und Professor Dr. K. vom 4.12.2007 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 20.11.2008, eingegangen am 9.2.2009, sowie der weiteren Stellungnahme vom 3.3.2010) und der beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. S. vom 30.3.2010 und Dr. Buchhöcker vom 28.11.2012, die als qualifizierter Beteiligtenvortrag verwertet werden.

Der Kläger leidet nach den insbesondere auf den oben genannten ärztlichen Unterlagen beruhenden Feststellungen des Senats im Wesentlichen unter folgenden, seine berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsstörungen: &61607; Koronare Herzkrankheit mit Angina pectoris &61607; Arterielle Hypertonie &61607; Leichte depressive Episode.

Beim Kläger, bei dem im Jahr 1997 eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert und mit einem 4-fachen Bypass versorgt wurde, wurde schon bei der gutachterlichen Untersuchung durch den Internisten M. im September 2003 eine gute Herzfunktion und unter mittelschwerer Belastung (6,1 METS = 100 Watt) eine normale Herzdurchblutung festgestellt. Bei der vom Senat veranlassten gutachterlichen Untersuchung bei Dr. M. im Jahr 2007 war eine stufenweise Belastung am Fahrradergometer bis 125 Watt (jeweils zwei Minuten) und bis 150 Watt 39 Sekunden möglich. Der Abbruch erfolgte wegen muskulärer Erschöpfung. Während der Belastungsphase waren keine Erregungsrückbildungsstörungen feststellbar. Zum Schluss der Belastung lag lediglich ein leichter thorakaler Druck vor, der nach Belastung nachließ. Im Myokardszintigramm konnte eine leichtgradige myokardiale Ischämie unter Belastung festgestellt werden. Aus dem schließlich vom Kläger vorgelegten Belastungs-EKG vom 22.2.2008 ist erkennbar, dass eine maximale Belastung mit 10,1 METS bzw. 180 Watt erfolgte, sodass letztlich eine Besserung der myokardialen Durchblutung festzustellen ist, wie Dr. G. in der Stellungnahme vom 4.7.2008 nachvollziehbar ausgeführt hat. Dieser Beurteilung hat sich Dr. M. in der Stellungnahme vom 22.12.2008 angeschlossen. Aus den vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen der Kardiologen Dr. L. und Dr. Ch. vom 9.8.2012 und 23.8.2012 ergeben sich keine Befunde, die eine wesentliche Änderung, insbesondere eine Verschlechterung, des Gesundheitszustandes des Klägers auf kardiologischem Gebiet belegen würden. So hat Dr. B. in der Stellungnahme vom 28.11.2012 für den Senat nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, dass Dr. L. in der Bescheinigung vom 9.8.2012 lediglich Diagnosen nennt, aber keine klinischen Untersuchungsbefunde, aus denen sich eine eventuelle funktionelle Beeinträchtigung ableiten ließe. Aus dem Bericht von Dr. C. vom 23.8.2012 lassen sich ebenfalls funktionelle Beeinträchtigungen nicht entnehmen. Auf Grund der auf internistisch-kardiologischem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen kann der Kläger seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Betreiber eines Caféhauses nicht weiter ausüben, da er keine Tätigkeiten mit häufigem Heben und Tragen über 10 kg, mit überwiegendem Stehen und Gehen, häufigem Treppensteigen, auf Leitern und Gerüsten sowie mit Nachtschicht mehr verrichten kann. Vermeiden sollte der Kläger auch Tätigkeiten unter Einwirkung von Kälte, Wärme, Staub, Gasen und Dämpfen. Der Kläger ist jedoch nicht gehindert, körperlich leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten, wie sich für den Senat nachvollziehbar aus den übereinstimmenden Gutachten der Internisten M. und Dr. M. ergibt.

Die auf psychiatrischem Gebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen führen zu keinen Funktionseinschränkungen, die eine körperlich leichte sechsstündige Tätigkeit ausschließen würden. So wurden ausweislich der Stellungnahme von Dr. G. vom 30.10.2001 im Gutachten der griechischen Gesundheitskommission vom 12.7.2001 keine Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet genannt. Im Gutachten der griechischen Gesundheitskommission vom 12.2.2002 werden ebenfalls keinerlei psychische Auffälligkeiten beschrieben und keine psychischen Gesundheitsstörungen diagnostiziert. Solche lassen sich aus den vom Kläger zunächst vorgelegten Unterlagen bis 2006 nicht entnehmen. Irgendwelche Auffälligkeiten bestanden auf psychischem Gebiet auch nicht bei der gutachterlichen Untersuchung durch den Internisten M. (10.9.2003), der den Kläger als ruhig und ausgeglichen, allseits gut orientiert und kooperativ, ohne paranoide Ideen und suizidale Gedanken beschrieb. Erstmals im Gutachten der griechischen Gesundheitskommission vom 26.9.2006 wird eine depressive Neigung aufgeführt. Dementsprechend hat der Kläger ärztliche Bescheinigungen von Neurologen und Psychiatern über Untersuchungen am 5.4.2006, 14.2., 21.5. und 18.6.2007 vorgelegt. Die daraufhin bei Professor Dr. K. vom Senat veranlasste neurologisch-psychiatrische

Begutachtung ergab eine leichte depressive Episode mit psychosomatischen Beschwerden, Angstzuständen und Phobien, die medikamentös optimal eingestellt ist. Diese führt dazu, dass der Kläger keine Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nacharbeiten sowie keine Arbeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung mehr verrichten kann. Er ist jedoch nicht gehindert, körperlich leichte und geistig einfache Tätigkeiten wie Zureichen, Abnehmen, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr täglich auszuüben, wie Prof. Dr. K. im Gutachten vom 4.12.2007 für den Senat nachvollziehbar dargelegt hat. An dieser Beurteilung hat er auch in den Stellungnahmen vom 20.11.2008 und 3.3.2010 festgehalten. Neue Gesichtspunkte ergeben sich auch nicht aus der ärztlichen Bescheinigung des Psychiaters Dr. A. vom 13.8.2012, der lediglich die Medikamente auflistet und Diagnosen nennt. Eine Anamnese und ein Untersuchungsbefund ergeben sich aus dieser Bescheinigung nicht. Eine funktionelle Beeinträchtigung und eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich daraus nicht ableiten, wie Dr. B. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 28.11.2012 nachvollziehbar ausführt.

Der Senat hält den Sachverhalt aufgrund der eingeholten Gutachten auf kardiologischem und neurologisch-psychiatrischem Gebiet für umfassend geklärt und sieht keinerlei Notwendigkeit, ein weiteres psychokardiologisches Gutachten von Amts wegen bei Professor Dr. Christoph H.-L., Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität G., einzuholen. Nach [§ 103 SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen, wobei die Beteiligten heranzuziehen sind. Dabei ist das Gericht an das Vorbringen und die Beweisanträge der Beteiligten nicht gebunden. Vorliegend ist der Sachverhalt aufgrund des Gutachtens des Internisten M. sowie des Sachverständigengutachtens des Internisten Dr. M. (nebst ergänzender Stellungnahme) und des Sachverständigengutachtens des Neurologen und Psychiaters Dr. K. (nebst ergänzenden Stellungnahmen) sowie der beratungsärztlichen Stellungnahmen umfassend aufgeklärt. Dabei haben die Ärzte und Sachverständigen übereinstimmend kein unter sechsstündiges Leistungsvermögen für körperlich leichte Tätigkeiten ohne besondere geistige Beanspruchung mit den oben genannten qualitativen Einschränkungen festzustellen vermocht. Einem Beweisantrag, der lediglich zum Ziel hat, eine andere Leistungsbeurteilung aufgrund der bereits geklärten Befunde zu erreichen, muss der Senat nicht folgen (BSG, Urteil vom 22.10.2008 - [B 5 KN 1/06 B](#) - in Juris). Im Übrigen wäre der Senat selbst bei Vorliegen widersprechender Gutachtensergebnisse nicht verpflichtet, weiter Beweis zu erheben. Vielmehr gehört die Würdigung von (auch unterschiedlichen) Gutachtensergebnissen zur Beweiswürdigung (BSG, Urteil vom 8.12.2009 - [B 5 R 148/09 B](#) - in Juris). Grobe Mängel der Gutachten oder Hinweise auf eine unzutreffende Befunderhebung hat der Kläger nicht aufgezeigt, solche sind für den Senat auch nicht ersichtlich. Eine mehr als sechsstündige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird vom Kläger nicht verlangt. Vielmehr führt schon ein sechsstündiges Leistungsvermögen dazu, dass die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht erfüllt sind. Der Umstand, dass möglicherweise Stress, Leistungsdruck, Ärger am Arbeitsplatz oder ähnliche emotionale Belastungen anlässlich einer Berufstätigkeit - wie im sonstigen Alltag auch - auftreten und gegebenenfalls - neben anderen Risikofaktoren wie Dyslipoproteinämie, Rauchen, Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus - einen Risikofaktor darstellen, führt nicht dazu, dass Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr zumutbar sind. Dies ist auch keine Frage, die durch ein medizinisches Gutachten zu klären ist. Zusammenfassend ist der Kläger unter Berücksichtigung sämtlicher bei ihm diagnostizierter Gesundheitsstörungen nach alledem noch in der Lage, jedenfalls körperlich leichte Tätigkeiten mit den genannten qualitativen Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich auszuüben. Der Kläger ist somit nicht erwerbsgemindert, zumal auch die Zusammenschau der einzelnen Gesundheitsstörungen kein Leistungsvermögen von täglich weniger als sechs Stunden begründet. Insbesondere muss für die Verneinung von Erwerbsminderung bei mindestens sechs Stunden täglich leistungsfähigen Versicherten - anders als bei Teilzeitkräften - weder eine konkrete Tätigkeit benannt werden, noch ist die Frage zu prüfen, ob es genügend Arbeitsplätze gibt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für in diesem Umfang leistungsfähige Ungelernte und Angelernte des unteren Bereichs geeignete Arbeitsplätze in ausreichender Anzahl vorhanden sind (Beschlüsse des Großen Senats des BSG vom 19. Dezember 1996, u.M. [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#)). Dies stimmt mit dem erklärten Willen des Gesetzgebers überein, der durch [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) klargestellt hat, dass nicht erwerbsgemindert ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, wobei die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen ist.

Dem Kläger ist somit keine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren, und zwar unabhängig davon, ob die für ihn zuständige Arbeitsagentur einen seinem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz anbieten könnte. Denn das Risiko, keinen offenen Arbeitsplatz zu finden, ist nicht von der Renten-, sondern grundsätzlich von der Arbeitslosenversicherung zu tragen (BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 137 m.w.N.). Allerdings ist die Frage, ob es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Arbeitsplätze gibt, immer dann zu klären, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt (BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 104 und 117) oder wenn Arbeitskräfte i.S.v. [§ 43 Abs. 3 SGB VI](#) nur noch auf solchen Arbeitsplätzen einsetzbar sind, bei denen wegen ihrer Seltenheit die Gefahr einer Verschlussheit des Arbeitsmarktes besteht, also z.B. noch in Betracht kommende Tätigkeiten nicht unter betriebsüblichen Bedingungen ausgeübt werden können oder entsprechende Arbeitsplätze aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen von der Wohnung aus nicht erreichbar sind oder nur vereinzelt vorkommen (BSG SozR 2200 §§ 1246 Nrn. 136, 137 und 139 sowie 1247 Nrn. 33 und 53; SozR 3-2200 § 1247 Nrn. 10 und 14).

Ausgehend hiervon sind keine Beschränkungen des zumutbaren Arbeitsweges erkennbar, vielmehr haben sowohl Dr. M. als auch Professor Dr. K. angegeben, dass der Kläger in der Lage sei, viermal täglich eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern innerhalb von 20 Minuten zurückzulegen und öffentliche Verkehrsmittel zu Hauptverkehrszeiten zu benutzen. Der Kläger ist auch in der Lage, sich auf die Anforderungen einzustellen, die mit der Aufnahme einer jeden neuen Tätigkeit verbunden sind, soweit es sich um leichte Arbeiten mit den oben genannten Einschränkungen handelt, wie Prof. Dr. K. ausdrücklich bejaht hat. Auch benötigt der Kläger keine betriebsunüblichen Pausen. Ebenso gibt es für das Bestehen der übrigen sog. Katalogfälle keine Anhaltspunkte.

Darüber hinaus liegt auch keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor. Denn bei den genannten Einschränkungen handelt es sich im Wesentlichen um solche, denen durch die Begrenzung auf leichte körperliche Arbeit hinreichend Rechnung getragen wird. So sind die dem Kläger noch zumutbaren leichten körperlichen Arbeiten nicht mit häufigem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, überwiegendem Stehen und Gehen, häufigem Treppensteigen, Steigen auf Leitern und Gerüsten sowie der Einwirkung von Wärme, Kälte, Staub, Gasen und Dämpfen verbunden. Der Ausschluss von Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nacharbeiten sowie von Tätigkeiten mit besonderer geistiger Beanspruchung führt zu keiner Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen, da die dem Kläger noch zumutbaren Arbeiten, wie sie von Professor Dr. K. genannt werden, überwiegend im Sitzen in Tagesschicht in normaltemperierten Räumen verrichtet werden und nicht mit häufigem Treppensteigen sowie Steigen auf Leitern und Gerüsten, Akkord- und Fließbandarbeiten verbunden sind. Schließlich liegt auch keine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor.

Schließlich ist auch die Festlegung eines Invaliditätsgrades, zuletzt von 70 % durch den griechischen Rentenversicherungsträger (Verlängerungsentscheidung des griechischen Versicherungsträgers vom 10.7.2008, mit der dem Kläger ab 1.5.2006 die Rente auf Lebenszeit ohne weitere Untersuchungen gewährt wurde), für die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Klägers für den deutschen Rentenversicherungsträger und die deutschen Gerichte nicht bindend. Die Feststellung von Invalidität durch einen Rentenversicherungsträger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union ist nur insoweit für den Träger eines anderen Mitgliedstaates verbindlich, als die Übereinstimmung von Tatbestandsmerkmalen der Invalidität im Verhältnis zwischen den betroffenen Mitgliedstaaten im Sinn von Art. 40 Abs. 4 EWG-Verordnung Nr. 1408/71 vom 14.6.1971 (ABl. EG 1971 Nr. L 149/2 ff.) anerkannt worden ist. Eine solche Übereinstimmens-erklärung liegt im Verhältnis zwischen der griechischen Invaliditätsregelung und den Bestimmungen des deutschen Rechts über Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bislang nicht vor (vgl. näher BSG, Beschluss vom 09.07.2001 - [B 13 RJ 61/01 B](#) - in Juris - s. auch Urteil vom 24.04.1997 - [13 RJ 33/96](#) - [SozR 3-6050 Art. 40 Nr. 3](#)). Hieran hat sich durch die Verordnung (EG) 883/2004 vom 29.4.2004, in Kraft seit 1.5.2010, nichts geändert.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Insoweit nimmt der Senat auf die Ausführungen im Gerichtsbescheid des SG Bezug und sieht von einer weiteren Darstellung die Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die Kosten des Beschwerdeverfahrens folgen denen der Hauptsache (BSG [SozR 1500 § 193 Nr. 2](#) und Nr. 7).

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-05-29