

L 9 R 2525/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 3345/12
Datum
25.04.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 R 2525/13
Datum
15.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 25. April 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt als Sonderrechtsnachfolgerin die Gewährung von Rente aus der Versicherung ihres verstorbenen Ehemannes bis zu dessen Tod.

Der 1950 geborene und am 09.10.2015 verstorbene Ehemann der Klägerin (im Folgenden: Versicherte), mit dem sie zum Zeitpunkt seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat, absolvierte von 1977 bis 1980 eine Ausbildung zum Schreiner und schloss die Ausbildung mit Erfolg ab. Von 1982 bis 2001 war er mit Unterbrechungen als Springer, Zimmermannsgehilfe, Tierpfleger und zuletzt als Kraftfahrer versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 01.10.1995 bis 31.08.1998 war er als Schäfer selbstständig. Das letzte Beschäftigungsverhältnis wurde durch den Arbeitgeber zum 31.08.2002 gekündigt. Ab 07.12.2001 bezog er Sozialleistungen, zuletzt vom 25.04.2003 bis 13.06.2005 Arbeitslosengeld. Ein Antrag auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) wurde durch das Landratsamt B. mit Bescheid vom 17.10.2005 wegen fehlender Hilfebedürftigkeit abgelehnt.

In seinem Versicherungskonto sind u. a. die Zeit vom 01.01.1984 bis 30.09.1995 und vom 01.09.1998 bis 30.06.1999 mit Pflichtbeitragszeiten, die Zeit vom 01.07.1999 bis 22.09.1999 als Überbrückungszeit und die Zeit vom 23.09.1999 bis 13.06.2005 mit Pflichtbeitragszeiten belegt. Seit dem 14.06.2005 sind keine Versicherungszeiten mehr erfasst.

Einen ersten Rentenanspruch des Versicherten vom 02.04.2003 lehnte die Beklagte nach Einholung von Gutachten bei der Allgemeinärztin Dr. Z. und dem Facharzt für Chirurgie und Allgemeinmedizin Dr. S. mit Bescheid vom 03.07.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.08.2004 ab. Im Rahmen des anschließenden Klageverfahrens vor dem Sozialgericht (SG) Ulm (S 2 RJ 2661/04) veranlasste das SG eine Begutachtung des Versicherten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch den Internisten und Kardiologen Dr. S., der den Versicherten am 09.09.2005 untersuchte und in seinem Gutachten vom 27.10.2005 ausführte, bei diesem bestehe seit dem Jahr 2001 eine koronare 2-Gefäßerkrankung bei Zustand nach Vorderwandinfarkt mit PTCA-Maßnahme im Bereich des Ramus interventricularis anterior (mit Stentimplantation) sowie PTCA-Maßnahme im Bereich eines Ramus diagonalis und Zustand nach Hinterwandinfarkt mit spontaner Rekanalisation der rechten Kranzarterie, Hyperlipoproteinämie, Marcumartherapie bei Ventrikeltrombus nach akutem Myokardinfarkt 11/2001, ein polytopes Schmerzsyndrom, möglicherweise Borreliose-assoziiert und eine leichtgradige restriktive Ventilationsstörung. Dem Versicherten seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden täglich zumutbar. Aufgrund der bestehenden internistischen Erkrankungen sollten Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufigem Tragen von Lasten von etwa über 15 kg, mit extremen isometrischen oder Pressbelastungen vermieden werden. Die Arbeit sollte weiterhin ohne stärker schwankende Temperaturen und ohne extremen Zeitdruck erfolgen. Vorzugsweise sei eine Tagschicht-Tätigkeit durchzuführen. Mit Urteil vom 21.03.2006 wies das SG die Klage ab.

Vom 05.09. bis zum 16.11.2007 befand sich der Versicherte aufgrund einer organisch bedingten, affektiven Störung in teilstationärer Behandlung des Zentrums für Psychiatrie Bad S.

Aufgrund eines erneuten Rentenanspruchs vom 24.03.2006 veranlasste die Beklagte Begutachtungen des Versicherten durch den Facharzt für Chirurgie Dr. J. und den Facharzt für Innere Medizin und für Psychotherapeutische Medizin Dr. W., der in dem zusammenfassenden

Gutachten vom 30.07.2008 ausführte, der Versicherte leide unter einer chronischen Anpassungsstörung mit zunehmender familiärer Konfliktsituation und initialer Coxarthrose beidseits ohne wesentliche Funktionseinschränkung. Die kardiale Situation sei stabil. Der Versicherte könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch leichte Tätigkeiten vollschichtig ausüben. In der letzten beruflichen Tätigkeit als LKW-Fahrer mit Be- und Entladen schwerer Teile sei die Leistungsfähigkeit auf unter drei Stunden einzuschätzen. Mit Bescheid vom 20.08.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.09.2009 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab und führte zur Begründung aus, es liege weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung und auch keine Berufsunfähigkeit vor. Die weitere Anspruchsvoraussetzung, drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten fünf Jahren bzw. die Entrichtung von Beiträgen sei zum 23.03.2006 erfüllt.

Hiergegen erhob der Versicherte am 14.10.2009 Klage beim SG (S 12 R 3679/09). Im Rahmen der Beweisaufnahme hörte das SG die behandelnden Ärzte des Versicherten schriftlich als sachverständige Zeugen. Der Internist und Kardiologe Dr. S. führte unter dem 22.03.2010 aus, seit 2006 sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des Krankheitszustandes gekommen; aufgrund der deutlichen Zunahme des Beschwerdebildes bei chronischer Myopathie sowie der durchgeführten Operationen und der degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule sowie nebenbefundlich bestehender psychiatrischer Erkrankung sei der Versicherte derzeit nicht in der Lage, mindestens sechs Stunden täglich zu arbeiten. Dr. K., Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, gab in ihrer Auskunft vom 23.02.2010 an, der Versicherte leide unter einer organisch-affektiven Störung. Er sei nicht mehr in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bis zu sechs Stunden täglich zu verrichten. Prof. Dr. S. teilte unter dem 12.02.2010 mit, der Versicherte befinde sich seit dem 08.08.2008 regelmäßig in seiner ambulanten Behandlung. Er leide unter einem Myalgie-Crampus-Syndrom der gesamten Muskulatur. Im Vordergrund stehe sehr wahrscheinlich eine Tendomyalgie (Weichteilrheumatismus) bei generalisiertem somatoformem Schmerzsyndrom. Die psychischen und insbesondere physischen Ressourcen reichten nicht mehr aus, um einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens sechs Stunden nachzugehen. Zu den Befundberichten nahm der sozialmedizinische Dienst der Beklagten durch Dr. B. unter dem 17.05.2010 Stellung. Der Facharzt für Orthopädie K. führte unter dem 27.07.2010 aus, der Versicherte leide unter einem chronisch-rezidivierenden HWS-Syndrom bei fortgeschrittener Osteochondrose und einer Impingement-Symptomatik der rechten Schulter bei AC-Gelenksarthrose. Leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne er nicht mehr mindestens sechs Stunden verrichten. Das SG beauftragte dann den Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W. mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens. Nach der Begutachtung am 15.07.2010 gab dieser an, bei dem Versicherten bestehe in psychiatrischer Hinsicht eine organische affektive Störung und ein Myalgie-Crampus-Syndrom. Aufgrund der herabgesetzten psychischen Belastbarkeit seien Tätigkeiten unter Zeitdruck, Akkord- oder Fließbandarbeiten und Tätigkeiten im Schichtbetrieb nicht mehr möglich. Zu vermeiden seien außerdem Tätigkeiten mit Publikumsverkehr, mit hohem Anspruch an Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Tätigkeiten mit dauerhaft mittelschwerer und schwerer Belastung. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei kein Grund erkennbar gewesen, warum der Versicherte nicht alle Tätigkeiten, die die genannten Leistungseinschränkungen berücksichtigten, noch sechs Stunden und mehr werktäglich verrichten könne. Das SG hat dann den Orthopäden Dr. B. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dr. B. führte in seinem Gutachten vom 27.05.2011 aus, der Versicherte leide auf orthopädischem Fachgebiet unter einem chronisch-rezidivierenden HWS-Syndrom bei Osteochondrose HWK 5/6, einem Impingement-Syndrom der rechten Schulter, einer beginnenden Coxarthrose beidseits sowie einer Osteochondrosis im Bereich des rechten Sprunggelenkes mit operativer Therapie 11/2009. Generell seien zumindest noch leichte körperliche Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen und ohne die Einnahme länger wählender Zwangshaltungen für den Rumpf und die Wirbelsäule möglich. Insbesondere seien schwere Tätigkeiten nicht mehr möglich, da hierbei die Möglichkeit bestehe, dass der Herzspitzenthrombus als arterieller Embolus ausgestoßen werde. Unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Einschränkungen könne der Versicherte leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeitstäglich noch über sechs Stunden verrichten, besondere Ausgestaltungen des Arbeitsplatzes seien nicht erforderlich.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 27.06.2011 erklärte sich die Beklagte bereit, dem Versicherten eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation in einer schmerztherapeutischen Einrichtung zu gewähren. Der Versicherte nahm daraufhin die Klage zurück.

Vom 06.12.2011 bis 24.12.2011 gewährte die Beklagte dem Versicherten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Fachklinik E. Der Versicherte wurde mit den Diagnosen Myalgie-Crampus-Syndrom, Polyarthralgie unklarer Genese, Zustand nach Borrelieninfektion, organisch affektive Störungen und Zustand nach 2-maligem Myokardinfarkt 2001 arbeitsfähig entlassen. Leichte körperliche Tätigkeiten könne er in Wechselhaltung sechs Stunden und mehr ausüben.

Am 27.02.2012 stellte der Versicherte erneut einen Antrag auf Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung. Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27.03.2012 ab und führte zur Begründung aus, als möglicher Eintritt der Erwerbsminderung sei der 27.02.2012 angenommen worden. Daraus folge, dass das Versicherungskonto die Mindestzahl von 36 Monaten Pflichtbeiträgen im Zeitraum vom 27.02.2007 bis 26.02.2012 enthalten müsse. In diesem Zeitraum sei im Versicherungskonto jedoch kein Monat mit Pflichtbeiträgen enthalten. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien daher nicht erfüllt.

Zur Begründung seines hiergegen am 24.04.2012 eingelegten Widerspruchs führte der Versicherte aus, es sei ihm bereits ab dem 27.02.2007 nicht mehr möglich gewesen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, weshalb keine rentenrechtlichen Anrechnungszeiten mehr hätten erreicht werden können. Der Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB II sei abgelehnt worden, da seine Familie über ein Hausgrundstück verfüge, das von dieser auch genutzt werde. Es sei unberücksichtigt geblieben, dass die ganze Finanzierung von seiner Frau getragen worden sei, er selbst sei seit dem Jahr 2005 ohne Einkommen, weil er leistungseingeschränkt gewesen sei und deshalb keine versicherungspflichtige Tätigkeit mehr habe finden können. Ferner legte der Versicherte einen Bericht der Kliniken Landkreis B. vom 02.06.2012 über einen dortigen stationären Aufenthalt vom 25.05.2012 bis 02.06.2012 aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts der Hinterwand vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.10.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus, nach den Berichten der Kliniken des Landkreises B. vom 25.05.2012 und vom 02.06.2012 sowie der medizinischen Unterlagen aus den vorangegangenen Verfahren seien dem Versicherten leichte Tätigkeiten seit dem 25.05.2012 nur noch unter drei Stunden täglich zumutbar und es bestehe keine Besserungsaussicht. Die allgemeine Wartezeit sei zum 25.05.2012 erfüllt, allerdings seien in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung keine Pflichtbeitragszeiten vorhanden. Darüber hinaus sei auch der Zeitraum vom 01.01.1984 bis April 2012 nicht durchgehend mit Anwartschaftserhaltungszeiten belegt. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung seien daher nicht erfüllt.

Hiergegen hat der Versicherte am 23.10.2012 Klage zum SG erhoben und vorgetragen, die verminderte Leistungsfähigkeit sei nicht erst ab dem 25.05.2012 festzustellen, vielmehr sei die Erwerbsunfähigkeit bereits zu einem früheren Zeitpunkt eingetreten. Dem Versicherten sei es bereits seit mindestens 31.07.2007 nicht mehr zumutbar, Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt drei Stunden täglich zu verrichten. Mit Ausnahme der pektanginösen Beschwerden hätten zu diesem Zeitpunkt bereits alle durch die Beklagten anerkannten Gesundheitsstörungen vorgelegen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 25.04.2013 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung seien nicht erfüllt. Nachdem das Versicherungskonto des Versicherten nur bis zum 13.06.2005 Pflichtbeitragszeiten erhalte und keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich seien, dass das Versicherungskonto unvollständig sein könnte, seien die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung nur erfüllt, wenn der Leistungsfall bis zum 31.07.2007 eingetreten sei. Die medizinischen Voraussetzungen, nämlich ein unter dreistündiges Leistungsvermögen, müssten bis zum 31.07.2007 erfüllt sein und seither durchgehend vorliegen. Dies sei indessen nicht der Fall, sodass dahin stehen könne, ob der gegenwärtige Gesundheitszustand des Versicherten eine volle Erwerbsminderung begründe. Hinsichtlich der Erkrankungen auf orthopädischen Fachgebiet stütze sich das SG auf die Gutachten von Dr. J. vom 23.06.2008 und von Dr. B. vom 27.05.2011, die leichte Tätigkeiten für vollschichtig möglich erachtet hätten. Hinsichtlich des neurologisch-psychiatrischen Fachgebietes habe Dr. W. unter dem 23.06.2008 ausgeführt, dass bei dem Versicherten psychopathologisch alle Funktionsbereiche ohne Defizite von Krankheitswert gewesen seien. Letztlich sei auch eine relevante Beeinträchtigung auf internistischem Fachgebiet nicht zu erkennen. Einem Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß [§ 240 Abs. 1 SGB VI](#) stehe entgegen, dass der Versicherte keinen Berufsschutz beanspruchen und daher auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verwiesen werden könne.

Gegen das ihm am 27.05.2013 zugestellte Urteil hat der Versicherte am 18.06.2013 Berufung eingelegt. Zur Berufungsbegründung wird vorgetragen, das Arbeitsverhältnis des Versicherten sei zum 31.08.2002 aufgrund lang andauernder Erkrankung gekündigt worden. Infolge dieser Erkrankung habe er von der B. (heute p.) vom 26.10.2001 bis 24.04.2003 Krankengeld bezogen. Anschließend habe er vermutlich im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung vom 25.04.2003 bis 13.06.2005 Arbeitslosengeld bezogen. Nach dem Bezug des Arbeitslosengeldes habe eine Vermittlung nicht stattfinden können. Von der Agentur für Arbeit sei auch keine Meldung erfasst worden, aus der hervorgehe, dass Arbeitslosigkeit ohne Bezug vorliege. Der Versicherte habe seit 26.10.2001 dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung gestanden. Der Versicherte sei aber, wie sich aus der Versichertenauuskunft der p. für die Zeit vom 01.06.2005 bis 01.07.2015 sowie dem Attest von Dr. S. vom 14.07.2005 ergebe, seit 14.06.2005 bis heute arbeitsunfähig gewesen. Laut der Versichertenauuskunft seien Medikamente verordnet und Behandlungen wegen der bei dem Versicherten seit Jahren diagnostizierten Borreliose und wegen der koronaren Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz, Herzwandaneurysma und Herzrhythmusstörungen durchgeführt worden. Der seit 2001 bestehende schlechte körperliche Zustand habe sich seit 2005 weiter verschlechtert. Als Nachweis werde insoweit auch auf die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) durch das Landratsamt B. verwiesen. Mit Bescheid vom 12.12.2001 sei ab dem 15.11.2001 ein GdB von 20, mit Bescheid vom 21.05.2002 rückwirkend ab 2001 ein GdB von 30, mit Bescheid vom 07.04.2003 ab 23.07.2002 ein GdB von 40, mit Bescheid vom 14.01.2008 ab 13.09.2007 ein GdB von 50 und mit Bescheid vom 14.04.2011 ab 03.01.2011 ein GdB von 80 festgestellt worden. Hierbei seien die Beschwerden des rechten Fußes nicht berücksichtigt worden; diese seien beim Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit auch zu berücksichtigen, da in der Gesamtschau die Beschwerden des gesamten Körpers zu würdigen seien. Ferner seien in der Zeit ab 2005 behandlungsbedürftige seelische Erkrankungen aufgetreten, die stationärer Behandlung bedurft hätten. Stationäre Behandlungen seien im Zentrum für Psychiatrie Bad S. vom 05.09.2007 bis 16.11.2007, vom 01.01.2012 bis 31.03.2012, vom 31.10.2012 bis 13.12.2012, vom 07.02.2013 bis 31.03.2013 und an weiteren einzelnen Tagen erfolgt. Außerdem sei der Versicherte vom 15.05.2008 bis 17.05.2008 in den Universitäts- und Rehabilitationskliniken U., vom 08.11.2009 bis 13.11.2009 im Universitätsklinikum U., vom 25.05.2012 bis 02.06.2012 in der Kreisklinik B. sowie vom 24.03.2014 bis 26.03.2014 und vom 19.01.2015 bis 12.02.2015 im Krankenhaus A. in stationärer Behandlung gewesen. Aufgrund dieser Sachlage sei bewiesen, dass seit 14.06.2005 bis heute durchgängig Arbeitsunfähigkeit vorliege. Spätestens ab 05.09.2007 liege volle Erwerbsminderung vor. Ab diesem Zeitpunkt sei, zusätzlich zu den schweren Herzerkrankungen und der Borreliose, die stationäre Behandlungsbedürftigkeit wegen der Depressionen nachgewiesen. Es werde daher im Rahmen eines Vergleichsangebots beantragt, den Versicherungsfall ab dem 05.09.2007 festzusetzen und die volle Erwerbsminderungsrente ab diesem Zeitpunkt, ggf. ab dem 01.04.2008 zu gewähren.

Der Versicherte ist am 09.10.2015 verstorben. Die Klägerin führt den Rechtsstreit fort.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 25. April 2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27. März 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Oktober 2012 zu verurteilen, ihr als Rechtsnachfolgerin des am 9. Oktober 2015 verstorbenen Versicherten bezogen auf eine Antragstellung am 27. Februar 2012 bis zum 30. Oktober 2015 Rente wegen voller Erwerbsminderung, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung, auch bei Berufsunfähigkeit, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf sozialmedizinische Stellungnahmen von Dr. B. vom 13.08.2014 und vom 14.09.2015.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Versicherten hat der Senat den Arzt für Psychiatrie - Psychotherapie Dr. M. mit der Erstattung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) beauftragt. Der Gutachter hat in seinem Gutachten vom 06.06.2014 ausgeführt, der Versicherte leide auf psychiatrischem Fachgebiet unter einer organischen affektiven Störung und einer Anpassungsstörung. Ferner bestehe der Verdacht auf eine akzentuierte Persönlichkeit. Dem Versicherten seien 2007 und heute Tätigkeiten von sechs oder mehr Stunden täglich möglich.

Die Bundesagentur für Arbeit, Agentur für Arbeit U., hat auf Anfrage des Senats mitgeteilt, Verwaltungsakten bzw. Datensätze zu dem Versicherten lägen nicht mehr vor.

Die Berichterstatterin hat am 17.03.2015 einen Termin zur Erörterung des Sachverhalts durchgeführt; insoweit wird auf die Niederschrift

über den Termin Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen drei Band Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet.

Die Klägerin ist Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) geworden. Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) gehen fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen beim Tod des Berechtigten u. a. auf den Ehegatten über, wenn dieser mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat oder von ihm wesentlich unterhalten worden ist. Gemäß [§ 59 SGB I](#) erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten; Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen nach [§ 59 Satz 2 SGB I](#) nur, wenn sie im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt sind noch über sie ein Verwaltungsverfahren anhängig ist. Da die Klägerin Ehefrau des verstorbenen Versicherten war und mit diesem zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat, stehen ihr die Rentenansprüche des Versicherten, soweit er solche hatte, bis zu dessen Tod zu. Die Klägerin kann demnach etwaige Rentenansprüche geltend machen und ist befugt, den Rechtsstreit, den sie als Rechtsnachfolgerin aufgenommen hat, fortzuführen. Ein Anspruch auf Rente besteht jedoch nicht.

Das angefochtene Urteil des SG vom 25.04.2013 sowie der angefochtene Bescheid vom 27.03.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.10.2012 sind nicht zu beanstanden. Der Versicherte hatte keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Ein Rentenanspruch besteht jedenfalls wegen fehlender besonderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen nicht.

Gemäß [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind (Satz 1 Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Satz 1 Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Satz 1 Nr. 3). 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 (Satz 2). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung haben - bei im Übrigen identischen Tatbestandsvoraussetzungen - 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](#)). 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 Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung im Sinne des [§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) verlängert sich gemäß [§ 43 Abs. 4 SGB VI](#) um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind: 1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 2. Berücksichtigungszeiten, 3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nr. 1 oder 2 liegt, 4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung. Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist gemäß [§ 43 Abs. 5 SGB VI](#) nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist. Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsminderung sind gemäß [§ 241 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) für Versicherte nicht erforderlich, die vor dem 01.01.1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt haben, wenn jeder Kalendermonat vom 01.01.1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsminderung mit 1. Beitragszeiten 2. beitragsfreien Zeiten, 3. Zeiten, die nur deshalb nicht beitragsfreie Zeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag, eine beitragsfreie Zeit oder eine Zeit nach Nr. 4, 5 oder 6 liegt, 4. Berücksichtigungszeiten, 5. Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder 6. Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Beitragsgebiet vor dem 1. Januar 1992 (Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist oder wenn die Erwerbsminderung vor dem 1. Januar 1984 eingetreten ist. Für Kalendermonate, für die eine Beitragszahlung noch zulässig ist, ist eine Belegung mit Anwartschaftserhaltungszeiten nicht erforderlich ([§ 241 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#)).

Unabhängig davon, ob die Zeit ab dem 14.06.2005 bis zu einem Eintritt der Erwerbsminderung mit Zeiten nach [§ 241 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) belegt sind, sind dessen Voraussetzungen jedenfalls deshalb nicht erfüllt, weil bereits im Zeitraum 01.10.1995 bis 31.08.1998 eine Lücke im Versicherungsverlauf festzustellen ist, die nicht mehr geschlossen werden kann.

Der streitige Rentenanspruch hängt daher davon ab, ob die erforderliche Drei-Fünftel-Belegung erfüllt ist. Das ist jedoch nicht der Fall. Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB VI](#) (drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung) sind für die Zeit nach Juli 2007 nicht mehr erfüllt. Die Drei-Fünftel-Belegung ist im Falle des Versicherten auch nicht verzichtbar, da kein Fall des [§ 43 Abs. 5 SGB VI](#) und - wie bereits dargelegt - des [§ 241 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) vorliegt.

Der Versicherungsverlauf des Versicherten weist lediglich Zeiten bis zum 13.06.2005 auf. Bei einem fiktiven Versicherungsfall am 31.07.2007 wäre der Fünfjahreszeitraum (31.07.2002 bis 30.07.2007) letztmalig mit 36 Monaten Pflichtbeitragszeiten belegt.

Eine Verlängerung durch eine Anrechnungszeit nach [§§ 43 Abs. 4 Nr. 1, 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) kommt nicht in Betracht.

Anrechnungszeiten sind danach Zeiten, in denen Versicherte wegen Arbeitslosigkeit bei einer deutschen Agentur für Arbeit gemeldet waren und eine öffentlich-rechtliche Leistung bezogen oder nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens oder Vermögens nicht bezogen haben. Zwar konnten Unterlagen über die Arbeitslosigkeit des Versicherten und eventuelle Meldungen nach dem Erschöpfen des Arbeitslosengeldanspruchs durch die Bundesagentur für Arbeit nicht mehr vorgelegt werden; nach dem klägerischen Vortrag war der Versicherte aber nach dem 13.06.2005 nicht mehr bei einer deutschen Agentur für Arbeit arbeitsuchend gemeldet. In dessen Versicherungskonto (Auszug vom 13.03.2015, Bl. 85 der Senatsakte) wird dementsprechend u.a. die Zeit vom 14.06.2005 bis 31.12.2007 als "abgelehnte Zeiten, nicht arbeitslos gemeldet" geführt. Mangels Arbeitssuchendmeldung liegt nach dem 13.06.2005 eine Anrechnungszeit gemäß [§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) nicht vor.

Es liegt auch kein Verlängerungstatbestand durch die Berücksichtigung einer Anrechnungszeit wegen Arbeitsunfähigkeit nach [§§ 43 Abs. 4 Nr. 1, 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) vor. Zwar wird vorgetragen, der Versicherte sei seit Juni 2005 durchgehend arbeitsunfähig gewesen. Die Einordnung als Aufschubzeit scheitert nicht bereits daran, dass die Voraussetzungen des [§ 58 Abs. 2 SGB VI](#) (Unterbrechung einer versicherten Beschäftigung) nicht vorliegen, denn dies ist nach [§ 43 Abs. 4 Nr. 3 SGB VI](#) entbehrlich.

Aber der Senat hält es ebenso wie die Beklagte nicht für erwiesen, dass der Versicherte dauerhaft und ohne Unterbrechung arbeitsunfähig erkrankt gewesen ist. Vielmehr ist der Senat der Überzeugung, dass der Versicherte über Juni 2005 hinaus zumindest leichten körperlichen Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen gewachsen war, was Arbeitsunfähigkeit ausschließt. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der [§§ 43 Abs. 4 Nr. 1, 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) ist wie im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen (so bereits BSG Großer Senat, Urteil vom 16.12.1981, Juris, zum Begriff der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit gemäß § 182 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 Reichversicherungsordnung (RVO) als Voraussetzung für eine Ausfallzeit im Sinne des § 1259 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO). Diese Gesetzesauslegung ist auch unter dem seit 01.01.1989 geltenden Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und dem ab 01.01.1992 in Kraft getretenen SGB VI beibehalten worden (vgl. BSG, Urteil vom 25.02.2004, [B 5 RJ 30/02 R](#), Juris). Arbeitsunfähigkeit liegt danach vor, wenn der Versicherte seine zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin, seinen Zustand zu verschlimmern, verrichten kann (vgl. Gürtner in Kasseler Kommentar, SGB VI, § 58 Rdnr. 3; BSG, Urteil vom 04.04.2006, [B 1 KR 21/05 R](#), Juris). War der Versicherte seit dem Verlust des Arbeitsplatzes länger als sechs Monate als Arbeitsloser krankenversichert, richtet sich die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nach den besonderen Anforderungen der zuletzt ausgeübten Beschäftigung, sondern nach den Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes (vgl. BSG, Urteil vom 04.04.2006 [a.a.O.](#) und Urteil vom 19.09.2002, [B 1 KR 11/02 R](#), Juris). Die zuletzt ausgeübte bzw. eine gleichartige Tätigkeit bleibt nach dem Verlust des Arbeitsplatzes ausnahmsweise nur dann für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit maßgebend, wenn der Versicherte bereits zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Beschäftigungsverhältnis im Krankengeldbezug stand (BSG, Urteil vom 04.04.2006, [a.a.O.](#), Juris). Im vorliegenden Fall stand der Versicherte bereits ab dem 07.12.2001 und damit zum Zeitpunkt der Kündigung des Arbeitsverhältnisses zum 31.08.2002 im Krankengeldbezug. Der Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ergibt sich in diesen Fällen auch nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses trotz Leistungsbezugs der Bundesagentur für Arbeit zunächst noch aus der Mitgliedschaft des Versicherten auf Grund seiner früheren versicherungspflichtigen Beschäftigung gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Die Arbeitsunfähigkeit im Rentenrecht bestimmt sich in Übereinstimmung mit den Anforderungen dieses Begriffs in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Wegfall des Beschäftigungsverhältnisses (hier spätestens 31.08.2002) aber nicht unbegrenzt nach der letzten Beschäftigung. Vielmehr entfällt bei fortdauernder Erkrankung spätestens nach einem Zeitraum von drei Jahren - gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit (vgl. [§ 48 Abs. 1 und 2 SGB V](#)) - ein "nachgehender Berufsschutz" für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (BSG, Urteile vom 25.02.2004, [B 5 RJ 30/02 R](#) und vom 25.02.2010, [B 13 R 116/08 R](#), Juris). Die durch den Versicherten zuletzt ausgeübte Tätigkeit als LKW-Fahrer war kein anerkannter Ausbildungsberuf, sondern eine allenfalls angelernte oder ungelernte Tätigkeit. Deshalb ist bereits fraglich, ob der Versicherte nicht bereits ab dem Verlust seines Arbeitsplatzes auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar war, für die sein körperliches Leistungsvermögen wieder ausreichte. Jedenfalls entfällt der krankenversicherungsrechtliche Berufsschutz drei Jahre ab dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit Ende 2001. Zum Zeitpunkt des Erschöpfens des Arbeitslosengeldanspruchs am 13.06.2005 war der Zeitraum von drei Jahren, in dem zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit noch auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit abgestellt werden kann, abgelaufen. Daher ist für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im hier als Aufschubzeit nur noch in Frage kommenden Zeitraum ab 14.06.2005 maßgebend, ob der Versicherte leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten konnte. Da dies, wie sich zu den folgenden Ausführungen ergibt, zu bejahen ist, scheidet eine Aufschubzeit wegen Arbeitsunfähigkeit aus.

Damit sind in dem Zeitraum vom 31.07.2002 bis 30.07.2007 letztmals 36 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt, so dass eine Erwerbsminderung bis Juli 2007 eingetreten sein und seither durchgehend bestanden haben müsste. Hiervon kann sich der Senat indessen anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht überzeugen.

Unter Würdigung der im vorliegenden sowie in den vorangegangenen Verwaltungs- und Klageverfahren (u.a. S 12 R 3679/09) von der Beklagten und dem SG erhobenen Beweise und der von den Beteiligten vorgelegten Befundberichte, Atteste, Entlassungsberichte und Gutachten, die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden, ist der Senat davon überzeugt, dass der Versicherte jedenfalls bis zum 31.07.2007 in der Lage war, unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkungen leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr arbeitstäglich auszuüben. Weder die Erkrankungen auf orthopädischem, psychiatrischem und internistischem Fachgebiet für sich alleine noch alle Erkrankungen in der Gesamtschau bedingen eine volle oder teilweise Erwerbsminderung des Versicherten, die bis zum 31.07.2007 eingetreten ist und bis zu seinem Tod andauert hat. Dies folgt im Wesentlichen aus den Gutachten von Dr. S. vom 09.09.2005, von Dr. J. und Dr. W. vom 23.06.2008, von Dr. W. vom 17.07.2010, von Dr. B. vom 27.05.2011 und von Dr. M. vom 06.06.2014 sowie aus dem Entlassungsbericht der Reha-Fachklinik E. vom 04.01.2012.

Auf orthopädischem Fachgebiet bestand bei dem Versicherten, wie sich zuletzt aus dem Gutachten von Dr. B. vom 27.05.2011 ergibt, ein chronisch rezidivierendes HWS-Syndrom bei Osteochondrose HWK 5/6, eine wiederkehrende Lumboischialgie eher rechts, ein Impingementsyndrom der rechten Schulter, beginnende Coxarthrose beidseits und eine Osteochondrosis im Bereich des rechten Sprunggelenks mit operativer Therapie 11/2009. Diese Diagnosen, die der Gutachter schlüssig und überzeugend aus den von ihm erhobenen Befunden abgeleitet hat, führten zwar zu qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens, nicht aber zu einer zeitlichen Einschränkung auf unter sechs Stunden arbeitstäglich. So ist der Gutachter überzeugend und nachvollziehbar zu der Einschätzung gelangt, dass dem Versicherten zumindest zum Zeitpunkt seiner Begutachtung noch leichte körperliche Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne die Einnahme länger wählender Zwangshaltungen für den Rumpf und die Wirbelsäule über sechs Stunden täglich möglich sind.

Auf psychiatrischem Fachgebiet sind Dr. W. (Gutachten vom 17.07.2010) und Dr. M. (Gutachten vom 06.06.2014) übereinstimmend zu der Auffassung gelangt, der Versicherte könne trotz der organisch affektiven Störung und des Myalgie-Crampus-Syndroms leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch sechs Stunden und mehr arbeitstäglich verrichten. Zu einer weitergehenden Einschränkung führte nach Einschätzung von Dr. M. auch nicht die von ihm darüber hinaus diagnostizierte Anpassungsstörung. Trotz dieser Erkrankungen war der Versicherte auch über den 31.07.2007 hinaus in der Lage, leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sechs Stunden und mehr arbeitstäglich zu verrichten. Eine Behandlung auf psychiatrischem Fachgebiet fand erstmalig im Zentrum für Psychiatrie in Bad S. im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 05.09. bis 16.11.2007 statt; die Behandlung bei Prof. Dr. S. wurde nach dessen Angaben am 08.08.2008 aufgenommen; unabhängig davon, dass die Erkrankungen auf psychiatrischem Fachgebiet nach der Einschätzung der Gutachter nicht zu einer Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens geführt haben, sind diese erst zu einem Zeitpunkt aufgetreten, in dem die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bereits nicht mehr erfüllt waren.

Schließlich führten auch die Gesundheitsstörungen auf internistisch-kardiologischem Fachgebiet nicht zu einer bereits im Juli 2007 bestehenden und bis zum Tod des Versicherten andauernden Einschränkung des Leistungsvermögens. Aus dem Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. W. vom 30.07.2008 geht hervor, dass die kardiologische Situation nach der Stentversorgung nach 2-fachem Herzinfarkt 2001 (Vorder- und Hinterwandinfarkt) stabil war. Darüber hinausgehende zeitliche Einschränkungen hat der Gutachter weder aus einer Borreliose-Erkrankung noch aus den Beschwerden aufgrund der Myalgien abgeleitet. Er hat vielmehr die Beschwerdesymptomatik seitens der Myalgien dahingehend relativiert, dass der Versicherte gegenüber dem Gutachter angab, mit seinem Hund Spaziergänge von 3 bis 5 km Länge zu unternehmen und im Garten zu arbeiten. Weitergehende Einschränkungen auf internistischem Fachgebiet ergeben sich auch nicht aus dem Entlassbericht der Reha-Klinik E. vom 04.01.2012; der Versicherte wurde trotz der Diagnosen Myalgie-Crampus-Syndrom, Polyarthralgie (unklarer Genese), Z. n. Borrelieninfektion, organische affektive Störung und Z. n. zweimaligem Myokardinfarkt arbeitsfähig entlassen.

Der Versicherte war somit in der Zeit bis Juli 2007 nicht erwerbsgemindert, zumal auch die Zusammenschau der einzelnen Gesundheitsstörungen keine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens auf weniger als sechs Stunden täglich begründet. Insbesondere muss für die Verneinung von Erwerbsminderung bei mindestens sechs Stunden täglich leistungsfähigen Versicherten weder eine konkrete Tätigkeit benannt werden, noch ist die Frage zu prüfen, ob es genügend Arbeitsplätze gibt (vgl. Beschlüsse des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996, u.a. [SozR 3-2600 § 44 Nr. 8](#)). Es lag bei dem Versicherten auch weder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungseinschränkung vor, so dass der Arbeitsmarkt auch nicht unter diesem Aspekt als verschlossen galt. Die darüber zu berücksichtigenden qualitativen Einschränkungen (keine Überkopfarbeiten, kein Klettern und Steigen, keine Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten und /oder unter Absturzgefahr, keine Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck, keine Nacht- oder Wechselschicht, keine Arbeiten an laufenden Maschinen, keine taktgebundenen Arbeiten, kein Akkord, keine Arbeiten unter ungünstigen Witterungsverhältnissen mit Einfluss von großen Temperaturschwankungen, Zugluft, Kälte und/oder Nässe, keine Arbeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit und an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit) sind durch das Erfordernis einer leichten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfasst und führen nicht zu einer darüber hinausgehenden Einschränkung. Diesen Einschränkungen des Versicherten wird nach Überzeugung des Senats bereits durch die Berücksichtigung nur leichter Tätigkeiten Rechnung getragen.

Da für die Zeit ab August 2007 die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, kann dahinstehen, ob später, insbesondere zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Kliniken des Landkreises B. am 25.05.2012 aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts der Hinterwand eine volle oder teilweise Erwerbsminderung des Versicherten eingetreten ist.

In Bezug auf den Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ([§ 240 SGB VI](#)) hat das SG zutreffend auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als LKW-Fahrer abgestellt. Da es sich hierbei um eine allenfalls kurzfristig angelernte Tätigkeit handelt, war der Versicherte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar, wo ihm, wie bereits dargelegt, jedenfalls bis Juli 2007 leichte Tätigkeiten mindestens sechs Stunden täglich zumutbar waren.

Damit ist die Berufung insgesamt zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Klägerin auch im Berufungsverfahren unterlegen ist.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-03-22