S 9 RJ 60/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 RJ 60/96
Datum	29.07.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 RJ 239/98
Datum	18.06.2002

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 29. Juli 1998 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte hat die auÃ□ergerichtlichen Kosten des KlÃ¤gers auch fÃ¼r das Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beklagte wendet sich mit ihrer Berufung dagegen, dem KlÃ¤ger Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit anstelle von Rente wegen BerufsunfÃ¤higkeit leisten zu mÃ¼ssen.

Der am â□¦ 1943 geborene KlÃ¤ger ist gelernter Brunnenbauer, erlangte spÃ¤ter den Meistertitel in diesem Bereich und war von 1973 bis 1992 als Installationsmeister und zuletzt bis 1993 als Tiefbaupolier tÃ¤tig. Danach war er arbeitsunfÃ¤hig erkrankt bzw. arbeitslos.

Mit seinem Rentenantrag vom 09. Februar 1995, den er mit den Folgen eines im Dezember 1993 erlittenen Herzinfarktes begrÃ¼ndete, zog die Beklagte verschiedene Ã¤rztliche Unterlagen bei und lieÃ□ den KlÃ¤ger durch den Internisten

H. begutachten. Dieser stellte am 25. September 1995 eine koronare Herzkrankheit mit einem Vorderwandinfarkt 1993, Lumbalgien bei degenerativen VerÃ¤nderungen, einen Leberschaden nach Hepatitis sowie einen Meniskusschaden links fest und attestierte dem KlÃ¤ger eine hypochondrische Einstellung. Er sei als Installateurmeister, Tiefbaupolier und auf dem gehobenen allgemeinen Arbeitsmarkt fÃ¼r leichte bis mittelschwere TÃ¤tigkeiten vollschichtig einsatzfÃ¤hig.

GestÃ¼tzt darauf lehnte die Beklagte den Rentenantrag des KlÃ¤gers mit Bescheid vom 06. November 1995 ab. Den Widerspruch des KlÃ¤gers hiergegen wies sie mit dem am 15. Februar 1996 als Einschreiben zur Post aufgegebenen Widerspruchsbescheid vom 26. Januar 1996 zurÃ¼ck.

Hiergegen hat sich die am 15. MÃ¤rz 1996 beim Sozialgericht Frankfurt (Oder) erhobene Klage gerichtet.

Der KlÃ¤ger hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06. November 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 1996 zu verurteilen, ihm Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit auf den Antrag vom 09. Februar 1995 zu zahlen.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der behandelnden Ãrzte und Krankenanstalten eingeholt und zunÃ¤chst den Chirurgen und Sozialmediziner Dr. B. zum SachverstÃ¤ndigen ernannt. Dieser hat beim KlÃ¤ger folgende Diagnosen gestellt:

Degenerative VerÃ¤nderungen und Fehlhaltung der HalswirbelsÃ¤ule mit Neigung zu cervikalen Reizerscheinungen, Ausschluss einer radikulÃ¤ren Symptomatik.

Leichte Fehlhaltung im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule und beginnende degenerative VerÃ¤nderungen, die das AltersmaÃ nicht Ã¼berschreiten. Ausschluss einer radikulÃ¤ren Symptomatik im Lendenwirbel-sÃ¤ulenbereich.

Zustand nach operativer Enfernung des linken Innenmeniskus.

Arthrose im Bereich des linken Kniegelenks im Sinne einer Gon- und Retropatellaartrhose.

Beginnender KniegelenksverschleiÃ rechts ohne objektivierbare FunktionseinschrÃ¤nkungen.

Mit diesem LeistungsvermÃ¶gen kÃ¶nne der KlÃ¤ger noch leichte und mittelschwere kÃ¶rperliche Arbeiten in wechselnden KÃ¶rperhaltungen unter

Vermeidung extremer UmwelteinflÃ¼sse vollschichtig verrichten. Als Tiefbaupolier, Installationsmeister und Brunnenbaumeister jedoch sei das LeistungsvermÃ¶gen auch unterhalbschichtig nicht mehr gegeben. Der KlÃ¤ger sei wegefÃ¤hig.

DarÃ¼ber hinaus hat das Sozialgericht den Internisten Prof. Dr. B. zum internistischen Gutachter bestellt. Dieser stellte in dem Gutachten vom 19. Mai 1998 die Diagnosen:

Chronisch arteriosklerotisch-ischÃ¤mische Herzkrankheit mit Zustand nach Vorderwandinfarkt 1993 und PTCA 1994 mit myokardszinigraphisch belastungsinduzierbarer IschÃ¤mie und EinschrÃ¤nkung der kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit.

Geringgradiges metabolisches Syndrom mit geringgradiger Hypercholesterol- und TriglyceridÃ¤mie, Belastungshypertonie und GlukosestoffwechselstÃ¶rung

Degenerative VerÃ¤nderung und Fehlhaltung der HalswirbelsÃ¤ule mit Neigung zu zervikalen Reizerscheinungen bei Ausschluss einer radikulÃ¤ren Symptomatik

leichte Fehlhaltung im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule und

beginnende, das AltersmaÃ nicht Ã¼berschreitende degenerative

VerÃ¤nderungen bei Ausschluss radikulÃ¤rer Symptomatik im

LendenwirbelsÃ¤ulenbereich

-.Zustand nach operativer Entfernung des linken Meniskus

Arthrose im Bereich des linken Kniegelenkes im Sinne einer Gon-

und Retropatellararthrose sowie beginnender Kniegelenks-

verschleiÃ ohne objektivierbare FunktionseinschrÃ¤nkung.

Das Ergometrieergebnis zeige, dass der KlÃ¤ger nur noch eine leichte kÃ¶rperliche Arbeit verrichten kÃ¶nne, die durch die Koronarreserve limitiert sei. Auch dabei mÃ¼ssten bei Bedarf Pausen eingelegt werden kÃ¶nnen, da bei einer kÃ¶rperlichen Dauerbelastung die Gefahr von HerzrhythmusstÃ¶rungen bestehe. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne keine Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten verrichten. Insgesamt sei ihm eine ErwerbstÃ¤tigkeit nicht, auch nicht untervollschichtig mÃ¶glich. Eine Besserung der LeistungseinbuÃen sei nicht wahrscheinlich. Das Fortschreiten der Herzkrankheit mit dem mÃ¶glichen Auftreten eines weiteren Infarktes dÃ¼rfte auch davon abhÃ¤ngen, ob kÃ¶rperliche Arbeiten verrichtet wÃ¼rden. In einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 23. Juli 1998 hat der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt, dass nach wie vor beim KlÃ¤ger bei kÃ¶rperlicher Belastung Sauerstoffnot am Herzen bestehe. Er sei ergometrisch in der Lage gewesen, 125 Watt zu leisten. Jedoch dÃ¼rfte eine Belastung zu einer weiteren Verschlechterung

der Herzleistung fÃ¼hren. Wegen der Gefahr von tÃ¶dlichen HerzrhythmusstÃ¶rungen dÃ¼rften derartige Belastungen nur in Gegenwart eines Arztes und bei Vorhandensein eines GerÃ¤tes zur elektrischen Schockbehandlung durchgefÃ¼hrt werden.

Auf berufskundlichem Gebiet hat das Sozialgericht ArbeitgeberauskÃ¼nfte beigezogen.

Mit Urteil vom 29. Juli 1998 hat das Sozialgericht unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide die Beklagte verurteilt, dem KlÃ¤ger Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit auf seinen Antrag vom 09. Februar 1995 zu zahlen.

Zur BegrÃ¼ndung hat das Sozialgericht auf das Gutachten und die ergÃ¤nzende Stellungnahme des SachverstÃ¤ndigen Prof. Dr. B. Bezug genommen, woraus sich ergebe, dass es dem KlÃ¤ger wegen der Gefahr von tÃ¶dlichen HerzrhythmusstÃ¶rungen nicht zumutbar sei, sich auf Dauer einer kÃ¶rperlichen Belastung auszusetzen.

Gegen dieses ihr am 15. September 1998 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 14. Oktober 1998, die darauf beschrÃ¤nkt ist, dass lediglich die Verurteilung zur Zahlung von Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit, nicht jedoch zur Zahlung von Rente wegen BerufsunfÃ¤higkeit angegriffen wird:

Der KlÃ¤ger, so der Ãrztliche Dienst der Beklagten, leide zwar an einer koronaren Herzkrankheit, diese ermÃ¶gliche jedoch noch vollschichtig leichte bis mittelschwere kÃ¶rperliche Arbeiten. Dem Gutachten des Prof. B. sei nicht zu folgen, da die von ihm beschriebenen FunktionseinschrÃ¤nkungen im Gegensatz zu seiner Auffassung kÃ¶rperliche Arbeiten zulieÃen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 29. Juli 1998 zu Ã¤ndern und die Klage abzuweisen, soweit die Beklagte zur Zahlung von Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit verurteilt worden ist.

Der KlÃ¤ger beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Er hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend.

Der Senat hat erneut Befundberichte der behandelnden Ãrzte beigezogen und eine weitere Stellungnahme des SachverstÃ¤ndigen Prof. Dr. B. angefordert. Dieser hat am 09. Februar 2000 seine Auffassung aus dem erstinstanzlichen Verfahren bestÃ¤tigt. Sodann hat der Senat mit Beweisanordnung vom 10. Mai 2000 den Kardiologen Dr. O. zum SachverstÃ¤ndigen ernannt. In dem am 03. Juni 2000 erstatteten Gutachten hat Dr. O.

Koronare Herzkrankheit (1-GefÃ¤Ãerkrankung) mit Zustand nach Vorderwandinfarkt am 30.12.1993 sowie kleinerem, nichttransmuralem Infarkt im Rahmen der DCA und PTCA des proximalen Ramus desc. anterior am 19.04.1994 in der C.

PrimÃ¤r gutes angiografisches Kontrollergebnis am 03.02.1995 nach DCA und PTCA des proximalen Ramus desc. anterior am 19.04.1994 und PTCA des mittleren Ramus desc. anterior am 20.04.1994

Befriedigende linksventrikulÃ¤re Funktion in Ruhe mit angiografisch Hypokinesie anterolateral und apikal, letzte Angioejektionsfraktion 3/95 62 %, jetzige Echo-EF 51 %

Verdacht auf Progression der koronaren Herzkrankheit bei pathologischem Szintigramm am 21.08.1996 bei vorher negativem Szintigramm am 18.08.1994 sowie pathologischem Stressecho am 30.01.1997 und 06.08.1997

Arterielle Hypertonie und Belastungshypertonie mit Hinweisen auf hypertensive Herzkrankheit

Metabolishes Syndrom mit anamnestisch HyperlipoproteinÃ¤mie, GlukosestoffwechselstÃ¶rung, Adipositas und arterieller Hypertonie

Nach dem Gutachten des Dr. B. vom 21.03.1998 degenerative VerÃ¤nderungen und Fehlhaltung der HalswirbelsÃ¤ule mit Neigung zu zervikalen Reizerscheinungen, leichte Fehlhaltung im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule und beginnende degenerative VerÃ¤nderungen, Zustand nach operativer Entfernung des linken Innenmeniskus sowie Arthrose im Bereich des linken Kniegelenks im Sinne einer Gon- und Retropatellaarthrose sowie beginnender KniegelenksverschleiÃ rechts ohne objektivierbare FunktionseinschrÃ¤nkung (Bl. 155 Gerichtsakte)

Seit 1989 bekannte Gicht mit rezidivierenden AnfÃ¤llen

diagnostiziert. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne nur noch kÃ¶rperlich leichte Arbeiten verrichten. Dies ergebe sich aus dem Auftreten von pektanginÃ¶sen Beschwerden schon bei 100 Watt, wobei eine Besserung der LeistungsfÃ¤higkeit eventuell nach Diagnostik und Therapie der vermuteten Progression der koronaren Herzkrankheit zu erwarten sei. Arbeiten mit stÃ¤ndigen lÃ¤ngeren bzw. hÃ¤ufigen oder gelegentlichen einseitigen kÃ¶rperlichen Belastungen sollten ebenso wie Leiter- und GerÃ¼starbeiten sowie Ãberkopfarbeiten vermieden werden. Dies gelte auch fÃ¼r extreme WitterungseinflÃ¼sse. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne nicht in Wechsel- oder in Nachtschicht arbeiten. Wenn Publikumsverkehr zu Stress fÃ¼hre, sei er ebenfalls zu vermeiden. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne weder als Tiefbaupolier, Installationsmeister oder Brunnenbauer arbeiten. Leichte kÃ¶rperliche Arbeiten Ã¼berwiegend im Sitzen, Ã¼berwiegend im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen RÃ¤umen jedoch kÃ¶nne er vollschichtig verrichten. Von dem Gutachten des Prof. B. weiche er insoweit ab, als er der Auffassung sei, die von diesem so bezeichnete instabile koronare Herzkrankheit sei klinisch zu behandeln und schlieÃe eine

leichte kÃ¶rperliche Arbeit bei einer LeistungsfÃ¤higkeit von 1 Watt/kg KÃ¶rpergewicht nicht aus. Nachdem der KlÃ¤ger weitere Unterlagen Ã¼ber eine Diagnostik seiner Herzsituation vom 27. Juli 2000 beigebracht hatte, hat der Senat den SachverstÃ¤ndigen Dr. O. ergÃ¤nzend befragt. Der SachverstÃ¤ndige sollte dazu Stellung nehmen, ob aufgrund der Beschwerdesymptomatik hÃ¤ufige Krankschreibungen im Falle einer Arbeitsaufnahme zu erwarten wÃ¤ren. Er hat dahingehend Stellung genommen, dass dies der Fall sein dÃ¼rfte, allerdings nicht wegen der objektiven Befunde, sondern wegen der subjektiven Einstellung des KlÃ¤gers. Die neu vorgelegten Befunde seien nicht geeignet, seine Auffassung, wie im Gutachten dargelegt, abzuweisen.

Daraufhin hat der KlÃ¤ger beantragt, Prof. Dr. K. gemÃ¤Ã Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz â SGG â zum SachverstÃ¤ndigen zu ernennen. Der SachverstÃ¤ndige Dr. K. hat sein Gutachten am 22. August 2001 erstattet. Er hat folgende Diagnosen gestellt:

Koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Vorderwandinfarkt am 03.12.1993 sowie intramuralem Infarkt am 19.04.1994, Zustand nach Ateriektomie und PTCA.

vasospastische Angina pectoris

degenerative VerÃ¤nderungen und Fehlhaltung der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule mit Neigungen zu Reizerscheinungen,

Zustand nach operativer Entfernung des li. Innenmeniskus mit Arthrose im Bereich des li. Kniegelenkes

Beginnender KniegelenksverschleiÃ re. ohne objektivierbare BewegungseinschrÃ¤nkung.

metabolisches Syndrom mit anamnestisch HyperlipoproteinÃ¤mie, HyperurikÃ¤mie und diabetischer StoffwechselstÃ¶rung

Belastungshypertonie mit Hinweisen auf hypertensive Herzkrankheit (objektiv unter Medikation sehr gut eingestellt)

geringgradiges Ãbergewicht.

In Bezug auf die LeistungseinschÃ¤tzung schlieÃt sich der SachverstÃ¤ndige im Wesentlichen Prof. Dr. B. an. In Bezug auf die Darlegungen von Dr. B. bestÃ¼nden keine Normabweichungen, anders als Dr. O. jedoch sei er der Auffassung, dass beim KlÃ¤ger keine Belastung von 1 Watt, sondern nur 0,8 Watt/kg KÃ¶rpergewicht mÃ¶glich sei. Auch eine solche leichte TÃ¤tigkeit kÃ¶nne der KlÃ¤ger jedoch nach seiner Auffassung nur noch unterhalbschichtig verrichten.

Zu diesem Gutachten hat die Beklagte gestÃ¼tzt auf eine ÃuÃerung der Leiterin ihrer ÃrztlichenAbteilung, Frau Dr. W., dahin Stellung genommen, dass auch die neuen Befunde und die funktionelle ÃberprÃ¼fung durch Prof. K. bestÃ¤tigten,

dass der KlÃ¤ger leichte Arbeiten Ã¼berwiegend im Sitzen noch vollschichtig verrichten kÃ¶nne. Hierzu hat Prof. Dr. K. am 29. Januar 2001 dahingehend Stellung genommen, dass zwischen allen Gutachtern und Frau Dr. W. Ãbereinstimmung in Bezug auf die nachgewiesenen mÃ¤Ãiggradige Koronarsklerose und der damit verbundenen ausreichenden LeistungsfÃ¤higkeit bestehe. Die Differenzen bezÃ¶gen sich auf das GefÃ¤hrdungspotential einer vasospastischen Angina pectoris, die er im Gegensatz zu den Vorgutachten festgestellt habe und die dazu fÃ¼hre, dass der KlÃ¤ger die beschriebenen leichten Arbeiten nur noch unterhalbschichtig ausÃ¼ben kÃ¶nne. Dies beruhe u. a. darauf, dass Dr. O. und Dr. W. einen Bericht der C. aus dem Jahr 1994 nicht beachtet hÃ¤tten.

Wegen des Sachverhalts im Ãbrigen wird auf die eingereichten SchriftsÃ¤tze sowie die Leistungsakte der Beklagten und die Gerichtsakte verwiesen, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung waren.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die statthafte Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und somit insgesamt zulÃ¤ssig.

Sie ist jedoch nicht begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤ger hat Anspruch auf GewÃ¤hrung einer Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit gemÃ¤Ã Â§ 44 Sozialgesetzbuch â Gesetzliche Rentenversicherung â in der Fassung vor dem 01. Januar 2001 (SGB VI a. F.). Danach haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit, wenn sie erwerbsunfÃ¤hig sind und weitere, beitragsbezogene, Voraussetzungen erfÃ¼llen. ErwerbsunfÃ¤hig sind demnach Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, eine ErwerbstÃ¤tigkeit in gewisser RegelmÃ¤Ãigkeit auszuÃ¼ben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen BezugsgrÃ¶Ãe Ã¼bersteigt.

Diese Voraussetzungen liegen beim KlÃ¤ger vor, so dass die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder), das dies feststellt, keinen Erfolg haben kann.

Zwischen den SachverstÃ¤ndigen besteht Einigkeit darÃ¼ber, dass beim KlÃ¤ger eine koronare Herzkrankheit vorliegt, wobei die durchgefÃ¼hrten Koronarangiografien lediglich geringe bis mittelgradige Verengungen im Bereich der HerzkranzgefÃ¤Ãe ergaben. DarÃ¼ber hinaus jedoch hat der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr. K. die bereits 1994 in der C. und 1996 erneut beschriebene Neigung zu krampfartigen Verengungen der HerzkranzgefÃ¤Ãe, so genannte Koronarspasmen, in seine Begutachtung einbezogen. Dr. O. â und ihm folgend Dr. W. von der Beklagten â haben dies nicht beachtet. Diese Befunde waren bereits in der Klinik fÃ¼r Kardiologie der C. erhoben worden. Hierbei handele es sich um eine vasospatische Angina pectoris. Diese Spasmen seien in der Regel bei kÃ¶rperlicher Belastung nicht im Sinne von Herzschmerzen feststellbar, vielmehr wiesen Personen bei diesem Krankheitsbild eine anscheinend ausreichende bis gute kÃ¶rperliche Belastbarkeit auf. Durch Ã¤uÃere EinflÃ¼sse jedoch, die sich nicht normieren

lieÃ□en, trÃ¤ten Vasospasmen auf, die entweder zu schmerzhaften Ereignissen â□□ Angina pectoris â□□ und damit verbundener LeistungsbeeintrÃ¤chtigung oder auch zu einem vollstÃ¤ndigen GefÃ¤Ã□verschluss â□□ Vasospasmus â□□ mit nachfolgendem Herzinfarkt fÃ¼hren. Dieser Mechanismus sei beim KlÃ¤ger schon im Rahmen der Koronarintervention am 19. April 1994 in der C. abgelaufen und dokumentiert worden. Ob das Herzmuskelgewebe durch einen GefÃ¤Ã□verschluss auf der Grundlage einer Verkalkung â□□ koronare Herzkrankheit â□□ oder durch einen Spasmus zerstÃ¶rt werde, sei unerheblich. Das Fortbestehen dieser in der C. 1994 festgestellten vasospastischen Angina widerspiegele sich in immer wieder auftretenden pektanginÃ¶sen Beschwerden, wodurch die kÃ¶rperliche LeistungsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers erheblich beeintrÃ¤chtigt sei. Ein spezieller Schutz vor bestimmten ausgewiesenen TÃ¤tigkeiten lasse sich nicht festlegen, da die auslÃ¶senden Faktoren fÃ¼r einen derartigen Spasmus auÃ□erordentlich variabel seien. Auf unter klinischen Bedingungen durchfÃ¼hrbare Provokationstests sollte in Anbetracht des bereits 1994 wÃ¤hrend einer Untersuchung erlittenen transmuralen Herzinfarkts verzichtet werden.

Der Senat sieht keine Veranlassung, an diesem Gutachten zu zweifeln. Der SachverstÃ¤ndige legt Ã¼berzeugend dar, dass er eine weitere Erkrankung beim KlÃ¤ger diagnostiziert hat, die von den Vorgutachtern nicht berÃ¼cksichtigt wurde und die beim KlÃ¤ger durch den Vasospasmus zu einem GefÃ¤Ã□verschluss und damit zu einer InfarktgefÃ¤hrdung fÃ¼hren kann. Was Prof. B. als labile instabile Herzkrankheit bezeichnet hat, kann jetzt als die vasospastische Angina pectoris erkannt werden. Dr. O. und Dr. W. haben diesen in der ergÃ¤nzenden Stellungnahme des SachverstÃ¤ndigen nÃ¤her dargelegten Aspekt nicht berÃ¼cksichtigt, auf die ergÃ¤nzende Stellungnahme des SachverstÃ¤ndigen vom 29. Januar 2002 hat die Beklagte Ã¤rztlich begrÃ¼ndete EinwÃ¤nde nicht geltend gemacht. Im Hinblick darauf, dass Prof. Dr. K. eine Ã¼ber die von ihm fÃ¼r mÃ¶glich gehaltene hinausgehende Belastung mit leichter kÃ¶rperlicher Arbeit bei unter halbschichtiger TÃ¤tigkeit fÃ¼r den KlÃ¤ger als hinsichtlich seiner Koronarsituation gefÃ¤hrlich dargestellt hat, folgt der Senat seiner EinschÃ¤tzung, dass ein darÃ¼ber hinausgehendes LeistungsvermÃ¶gen nicht besteht.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 Abs. 1 SGG und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfÃ¼r (Â§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.

Erstellt am: 08.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024