

## L 14 R 532/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

14

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 12 RJ 887/02 A

Datum

10.03.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 14 R 532/03

Datum

24.02.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 10. März 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung aufgrund des fünften Rentenanspruchs des Klägers vom 13.11.2001.

Der im Jahre 1949 geborene Kläger, ein jugoslawischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Serbien, hat in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) von Januar 1970 bis November 1974 eine pflichtversicherte Beschäftigung als Hilfsarbeiter ausgeübt (59 Beitragsmonate). In seinem Heimatland hat er in den Jahren 1968/1969 und 1975 sowie ununterbrochen von Juli 1976 bis Januar 1987 rund elf Jahre und fünf Monate an anrechenbaren Versicherungszeiten zurückgelegt.

Die vom Kläger in den Jahren 1984 und 1987 gestellten Anträge auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 02.07.1986 und Bescheid vom 28.07.1988 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.01.1989 ab. Hierbei wurde der Kläger drei Mal durch einen Bescheidzusatz und ein beigegebenes Merkblatt über die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die Möglichkeit der Zahlung freiwilliger Beiträge hingewiesen.

Auf den dritten Rentenanspruch vom 10.02.1989 diagnostizierte die Invalidenkommission N. im Gutachten vom 10.11.1989 wie bisher eine Spondylose der Lendenwirbelsäule, einen Bandscheibenschaden bei L3 bis L5, ein depressives Syndrom, eine chronische Prostatitis und als neue Gesundheitsstörung einen (anamnestisch im Juni 1988 erlittenen, nicht behandelten und im August 1988 ambulant festgestellten) postero-inferioren Herzinfarkt mit Angina-pectoris-Syndrom und mit kompensierter chronischer ischämischer Myocardiopathie und hielt den Kläger seit 05.06. 1989 nur mehr für fähig, weniger als zwei Stunden täglich zu arbeiten. Zugrunde gelegen haben hierbei der Bericht des Krankenhauses für Rheumatische Erkrankungen und Rehabilitation K. T. vom 30.11.1988 (stationäre Behandlung vom 09. bis 30.11.1988: unauffällige Ergometrie entsprechend leichter körperlicher Arbeit) und Befunde des Instituts für Kardiovaskuläre Krankheiten in S. K. vom 29.05.1989 (stationärer Aufenthalt vom 25. bis 31.05.1989: laut Herzkathederuntersuchung war die Kontraktion des Herzmuskels erhalten und bestanden keine Anzeichen für eine Herzinsuffizienz).

Die Beklagte ließ den Kläger drei Tage in der Ärztlichen Gutachterstelle R. untersuchen und die Gutachten des Chirurgen Dr.B. vom 10.07.1990 und der Internistin Dr.L. vom 08.08.1990 erstellen. Diese diagnostizierten (bei EKG, Ergometrie bis 75 Watt und Echokardiographie, jeweils ohne auffällige Krankheitszeichen) Wirbelsäulen-Beschwerden bei altersentsprechenden Abnutzungserscheinungen und koronare Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenosierung. Sie hielten den Kläger für in der Lage, ganztätig leichte Arbeiten zu verrichten. Die Beklagte lehnte den Rentenanspruch mit Bescheid vom 28.08. 1990 ab, wobei erneut ein Hinweis auf die Wahrung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfolgte.

Gegen den ablehnenden Bescheid legte der Versicherte Klage beim Sozialgericht Landshut (S 13 Ar 5759/90 Ju) mit dem Hinweis auf den Bezug einer Invalidenrente in Serbien ab 30.11.1988 wegen Schwerbehinderung zu 60 % ein. Das Sozialgericht ließ von Dr.B. das Gutachten vom 30.09.1991 erstellen. Bei regelrechtem Ruhe-EKG mit ungestörter Erregungsbildung, ergometrischer Belastbarkeit des Klägers bis 75 Watt bei Ausschluss von Ischämiezeichen und von normofrequenter und normotoner Belastung und bei normaler Echokardiographie (technische Befunde des Internisten Dr.S. vom 24.09.1991) wies Dr.B. daraufhin, dass bei anamnestisch abgelaufenem Herzinfarkt jetzt - wie auch bereits bei der Untersuchung durch Dr.L. - keine Infarktresiduen zu ersehen seien. Der Kläger sei bei koronarer Herzkrankheit und

beginnenden Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule bei altersentsprechenden Verschleißerscheinungen in der Lage, vollschichtig leichte Arbeiten ohne häufiges Bücken und ohne schweres Heben und Tragen zu verrichten. Mit Urteil vom 13.12.1991 wies das Sozialgericht die Klage ab. Die Berufung (L 11 Ar 241/92) wurde vom Bayer. Landessozialgericht ohne erneute Beweisaufnahme mit Urteil vom 22.09.1992 zurückgewiesen, weil die medizinischen Voraussetzungen für eine Berentung nicht vorlägen.

Nach Abschluss des Rechtsstreits wies die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 15.12.1992 erneut auf die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Arbeitslosigkeit und des Rentenbezugs in Jugoslawien sowie auf die Möglichkeit der Zahlung freiwilliger Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung zum Zwecke der Lückenschließung hin. Der Kläger lehnte dies aus finanziellen Gründen ab und bat um die Vermittlung einer Arbeitsstelle in der BRD als Pförtner (Schreiben vom 12.01.1993).

Den vierten Rentenantrag stellte der Kläger am 25.10.1993, wobei die Invalidenkommission N. nach Untersuchung am 07.06.1994 im Gutachten vom 13.07.1994 darauf hinwies, dass der Gesundheitszustand des Klägers sich im Wesentlichen wie früher darstelle, ausgenommen derzeitige Anzeichen für ein depressives Syndrom im Rahmen einer depressiven Neurose. Stationäre Behandlungen des Klägers seien seit 1988 nicht mehr erfolgt. Dieser werde in der Zeit ab 12.04.1994 für fähig gehalten, den in Jugoslawien ausgeübten Beruf zwei Stunden bis unter halbschichtig und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt halb- bis unter vollschichtig zu arbeiten. Aufgrund dieses Gutachtens sowie zu den Akten gelangter technischer Befunde vom 11.06.1997 (Echokardiogramm vom 11.06.1997 sowie EKG und Ergospirometrie) hielt Dr.D. vom Ärztlichen Dienst der Beklagten in seiner nicht begründeten Stellungnahme vom 07.07.1997 den Kläger seit dem 07.06.1994 nurmehr für fähig, halb- bis unter vollschichtig bei Beachtung qualitativer Einschränkungen Erwerbstätigkeiten zu verrichten.

Mit Bescheid vom 04.09.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.11.1997 lehnte die Beklagte den vierten Rentenantrag ab, weil bei einer Lücke in den in der BRD und in Jugoslawien erworbenen Versicherungszeiten ab Februar 1987 die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Berentung nicht gegeben seien. Beim Kläger läge zwar im medizinischen Sinne Erwerbsunfähigkeit vor, und zwar auf Zeit vom 07.06.1994 bis 31.12.1997, in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt des Leistungsfalles seien aber nicht die gesetzlich geforderten 36 Pflichtbeiträge vorhanden, vielmehr lägen keinerlei Beitragsmonate vor.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Landshut (S 3 RJ 105/98 A) holte das Sozialgericht das Gutachten des Internisten und Sozialmediziners Dr.S. vom 30.05.2000 nach Aktenlage ein. Dieser diagnostizierte folgende Gesundheitsstörungen mit einem Stand vom 04.09.1997: - Eingeschränkte Herzleistung bei coronarer Herzerkrankung und wahrscheinlich abgelaufenem Herz hinterwandinfarkt, jedoch durch Kollateralarbildungen der Herzkranzgefäße ausreichende Durchblutung des Herzmuskels und ohne Zeichen einer unausgeglichenen muskulären Herzleistung, - eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule infolge degenerativer Veränderungen im Hals- und Lendenbereich mit Bandscheibenschädigungen und Neigung zu gelegentlichen Reizzuständen des Ischiasnerven (Ischialgie) bei nur mäßig eingeschränkter Bewegungsfunktion der Wirbelsäule, - neurotisch-hypochondrische Verhaltensweisen, auf Rentengewährung ausgerichtet und - chronische Entzündung der Vorsteherdrüse (Prostatitis).

Der Sachverständige wies daraufhin, dass die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Klägers in den Jahren 1989/1990 richtig gewesen sei, und zwar auch unter Zugrundelegung der serbischen Befunde. Sowohl nach der Coronarangiographie im Mai 1989 als auch nach den klinischen Befunden hätten damals überhaupt keine Anzeichen einer muskulären Herzinsuffizienz oder einer schwerwiegenden koronaren Mangel durchblutung bestanden. Der von der Beklagten angenommene Versicherungsfall von Juli 1994 überrasche, weil für ein eingeschränktes Leistungsvermögen keine überzeugenden Befunde vorlägen, vielmehr sei zu diesem Zeitpunkt von einer vollschichtigen Erwerbsfähigkeit auszugehen. Erst im Juni 1997 habe eine ergometrische Belastung bei 25 Watt abgebrochen werden müssen, wobei auch hier keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststehe, denn der Herzbefund sei auch da unauffällig gewesen; der Kläger habe keine echten Angina-pectoris-Beschwerden angegeben und der Abbruch der Ergometrie sei wegen anderer als kardialer Ursachen erfolgt. Auf alle Fälle lägen keinerlei Beweise vor, dass vor Juni 1994 eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens des Klägers eingetreten sei. Bis Juni 1994 seien dem Kläger leichte Arbeiten im Sitzen oder im Wechselrhythmus, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne besonderen Zeitdruck (Akkord/Fließband) vollschichtig möglich gewesen. In der mündlichen Verhandlung am 21.09.2001 nahm der durch einen Rechtsanwalt vertretene Kläger die Klage zurück.

Den fünften Rentenantrag vom 13.11.2001 lehnte die Beklagte mit streitgegenständlichem Bescheid vom 12.12.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.05.2002 ab, weil eine Erwerbsminderung nicht vor dem 07.06.1994 eingetreten sei und die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Berentung nicht erfüllt seien. Die hiergegen beim Sozialgericht Landshut eingelegte Klage ([S 12 RJ 887/02 A](#)) wies das Sozialgericht mit Urteil vom 10.03.2003 ab, weil Rente nur zustehen könne, wenn die Erwerbsminderung vor dem 01.03.1989 eingetreten sei. Dies sei nach Überzeugung der Kammer nicht der Fall, weil das Bayer. Landessozialgericht in seinem Berufungsurteil vom 22.09.1992 - L 11 Ar 241/92 etwa dreieinhalb Jahre später keine entsprechenden Einschränkungen des Leistungsvermögens beim Kläger feststellen habe können.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung macht der Kläger - wie bereits im vorausgehenden Klageverfahren - geltend, die Internistin Dr.L. vom Ärztlichen Dienst der Beklagten habe während der Begutachtung im Jahre 1990 bei der Ultraschalluntersuchung des Herzens zwei Narben von 18 und 22 cm (gemeint wohl Millimeter) festgestellt. Diesen Befund habe man zurückgehalten oder nicht verwertet. Er legt hierzu einen kardiologischen Befund des Krankenhauses Z. B. , Kardiologische Ambulanz, vom 13.07.1988 mit dem Inhalt vor, dass sich laut Vektorkardiogramm Zeichen einer Narbe des Myocardes des diafragmalen Bereichs ergeben hätten, weiterhin ärztliche Kurzbefunde aus dem Jahre 2003 über eine chronische Radikulopathie der Halswirbelsäule ohne aktuelle motorische Insuffizienz und über eine ischämische Cardiomyopathie. Aus Letzterem ergab sich ein regelrechter Sinus-rhythmus des Herzens bei Zeichen von zwei Narben und eine geringe Tachycardie (Herzschlag 100 pro Minute). Als besonders wichtig sieht es der Kläger an, dass der Befund der Dr.L. aufgefunden und damit die Behauptung der Beklagten widerlegt werde, dass er nach dem Inhalt der ärztlichen Befunde keinen Herzinfarkt erlitten habe.

Der Senat hat die Versichertenakte der Beklagten und die abgeschlossenen Prozessakten des Sozialgerichts Landshut und des Bayer. Landessozialgerichts (S 13 Ar 5759/90 Ju, S 3 RJ 105/98 A, L 11 Ar 241/92) beigezogen.

Der Kläger beantragt, das Urteil vom 10.03.2003 und den Bescheid vom 12.12.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom

16.05.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise Berufsunfähigkeit, (bzw. sinngemäß: wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beide Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die oben angeführten beigezogenen Akten vor. Hierauf wird zur Ergänzung des Tatbestandes, insbesondere hinsichtlich des Inhalts der ärztlichen Unterlagen, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§ 143 f., 151 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG), in der Hauptsache aber nicht begründet.

Der Urteilspruch (Tenor) des Sozialgerichts war im Endergebnis richtig und ist daher zu "bestätigen", wenn auch die Urteilsbegründung, die nicht in Rechtskraft erwachsen kann, weitgehend neben der Sache liegt. Das Sozialgericht hat es unterlassen, die ärztlichen Unterlagen auszuwerten und sich eine eigene Überzeugung zu bilden, ob aufgrund dieser eine rentenrelevante Erwerbsminderung vor dem 01.03.1989 (in Bezug auf den Rentenantrag vom 13.11.2001) eingetreten ist. Ersetzen durfte es die eigene Beweiswürdigung und Überzeugungsbildung nicht durch den Hinweis auf ein in den Akten der Beklagten ersichtliches Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 22.09.1992 bzw. die dort in der Begründung vertretene Meinung, dem Kläger stehe ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit aufgrund des Rentenantrags vom 10.02.1989 nicht zu.

Bei dem vorliegenden Rentenantrag vom 13.11.2001 sind die Vorschriften der §§ 43, 240 Abs.1 und Abs.2 des Sozialgesetzbuches Teil VI neue Fassung (SGB VI n.F.) über die volle und teilweise Erwerbsminderung sowie die Berufsunfähigkeit anzuwenden, die die Vorschriften der §§ 43, 44 SGB VI a.F. über Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit mit Wirkung ab 01.01.2001 abgelöst haben (§ 300 Abs.1 und Abs.2 SGB VI). Gleichgeblieben sind aber die Vorschriften über die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, wobei der Kläger die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt, nicht aber die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Berentung; denn hierzu wäre erforderlich, dass eine rentenrelevante Minderung der Erwerbsfähigkeit spätestens im Februar 1989 eingetreten ist und seitdem unverändert besteht; dies ist aber nicht der Fall. Gemäß § 43 Abs.1 Nr.2 und Abs.2 Nr.2 SGB VI n.F. müssen in den letzten fünf Jahren (60 Monate) vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit liegen, d.h. 36 Kalendermonate müssen mit Pflichtbeiträgen belegt sein. Bei einem im Februar 1989 eingetretenen Leistungsfall hätte der Kläger letztmals 36 Pflichtbeiträge im Rahmen der letzten fünf Jahre (Februar 1984 bis einschließlich Januar 1987) gehabt. Bei einem Leistungsfall ab 01.03.1989 kommt eine Rentengewährung aus rechtlichen Gründen nicht mehr in Frage, auch wenn dann aus medizinischen Gründen dem Kläger keinerlei Erwerbstätigkeit mehr möglich sein sollte.

Auch die Ausnahmegvorschrift des § 241 Abs.2 SGB VI n.F. ist vorliegend nicht erfüllt; nach dieser Vorschrift ist erforderlich, dass jeder Kalendermonat ab 01.01.1984 bis zum Eintritt des Leistungsfalls mit Pflichtbeiträgen, freiwilligen Beiträgen oder sonstigen rentenrelevanten Zeiten (Anwartschaftserhaltungszeiten) belegt ist. Dies scheidet an der ab 01.02.1987 bestehenden Lücke im Versicherungsleben; der Kläger hat ab diesem Stichtag weder Anwartschaftserhaltungszeiten in der BRD zurückgelegt noch sind gemäß Art.25 Abs.1 des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Förderativen Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit vom 12.10. 1968 in der Fassung des Änderungsabkommens vom 30.09.1974 in Jugoslawien zurückgelegte und anrechnungsfähige Versicherungszeiten vorhanden.

Vorliegend ist der Leistungsfall erst mehrere Jahre nach dem 01.03.1989 eingetreten. Vor Vollendung des 65. Lebensjahres besteht ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt und wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs.1 Satz 2 SGB VI n.F.). Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung besteht - die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen wiederum erfüllt sein -, wenn der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs.2 Satz 2 SGB VI n.F.). Erwerbsgemindert ist nicht, 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 n.F.). Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erhält aufgrund der Übergangsvorschrift des § 240 Abs.2 SGB VI n.F. auch derjenige, der weniger als sechs Stunden weder den (in der BRD) zuletzt ausgeübten Beruf noch eine zumutbare andere Tätigkeit (in der BRD) ausüben kann; auch hierbei ist die Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Der Kläger erfüllt die angeführten Voraussetzungen nicht, weil er von 1987 bis 1989 und im Übrigen bis mindestens 1994 vollschichtig leichte Erwerbstätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten konnte. Ein Berufsschutz kommt ihm nicht zugute, denn er hat in der BRD verschiedene ungelernte Arbeiten in der Bauwirtschaft (zuletzt bei der Firma E.-Werke in G. - Holz- und Kunststoffverarbeitende Industrie - bei einer Anlernzeit von vier Wochen) verrichtet und ist als "Ungelernter" auf alle geeigneten ungelernten Arbeitstätigkeiten im Bereich der gesamten BRD verweisbar.

Der Senat stützt seine Überzeugung auf die Gutachten der Dr.B. und des Dr.S. unter Berücksichtigung der Befunderhebungen der Ärztlichen Gutachterstelle R. (Dres.B. und L.) und der serbischen Ärzte. Dr.B. und Dr.S. haben sich unter Auswertung aller ärztlichen Unterlagen mit dem Gesundheitszustand des Klägers seit dem Jahre 1987 eingehend befasst und ihre Ergebnisse schlüssig und überzeugend begründet. Der Kläger wird darauf hingewiesen, dass auch die Originalbefunde vom Juli 1990 vorliegen, auf die sich Frau Dr.L. gestützt hat, nämlich unter anderem das in der Ärztlichen Gutachterstelle angefertigte EKG in Ruhe und unter Belastung und der vom beauftragten Internisten Dr.K. in dessen eigener Praxis erhobene Echokardiographiebefund vom 12.07.1990; hierin ist von Narben am Herzen nicht die Rede. Der Kläger wird ferner darauf aufmerksam gemacht, dass laut seiner früheren eigenen Behauptung auf Bl.223 des Gutachtensheftes der Beklagten nicht Dr.L., sondern Dr.S. zwei Narben von 18 und 22 mm festgestellt haben soll. Dr.S. hat aber ein Gutachten nach Aktenlage erstellt, worin solche Narben ebenfalls nicht erwähnt sind. Der klägerische Vortrag ist dem Senat nicht nachvollziehbar, weil sich Narben an der Herzwand bzw. der begründete Verdacht hierauf nur aus Kurvenverläufen von EKG und Ergometrie mittelbar ableiten lässt (die Größe der

Narbe ist hier nicht messbar), im Übrigen noch aus dem Echokardiogramm, bei dem ggf. unbewegliche oder bewegungsgestörte Bezirke des Herzmuskels feststellbar sind. Dr.L. war aber bei der Echokardiographie vom 12.07.1990 nicht beteiligt, und der untersuchende Dr.K. hat eine regelrechte Herzkinetik, d.h. Herzbewegungen ohne Störungen, festgestellt; in seinem Befund vom 12.07. 1990 waren verschiedene Maße in Millimeter, alle als Normalwerte bezeichnet, nur für die Dicke bzw. Durchmesser der Aorta, des linken Herzvorhofs, der linken und rechten Herzkammer, des Septums usw. angegeben; vermutlich hat dies der Kläger mit Maßen für "Narben" verwechselt.

Der Senat verkennt nicht, dass im Gegensatz zum Befund des Dr.K. vom 12.07.1990 die serbischen Ärzte anhand von Kurvenverläufen in Elektrokardiogrammen auf eine und einmal sogar auf zwei Narben wegen Herzinfarkts geschlossen haben. Dies ist letztlich ohne Belang, ebenso der Streit, ob ein angeblich im Juni 1988 stattgefundenen Infarkt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit oder nur mit Wahrscheinlichkeit objektivierbar gewesen ist, oder ob die Anzeichen vielmehr dafür sprechen, dass ein älterer Hinterwandinfarkt irgendwann einmal stattgefunden hat. Dr.S. ist in seinem Gutachten vom 30.05.2000 auf die Zweifel an der von den serbischen Ärzten gestellten Diagnose eines relativ frischen Infarkts genauestens unter Angabe der Kriterien für eine solche Feststellung (Abweichungen in Kurvenverläufen des EKG) eingegangen und hat auch die Möglichkeit eines älteren abgelaufenen Hinterwandinfarkts diskutiert, aber - so auch die Meinung des Senats - dies letztlich als akademischen Streit bezeichnet. Denn wesentlich für die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben - dies haben die Dres.B. und S. betont - sind nicht Narben an einer Herzwand oder ein Infarkt, der auch sehr kleinen Umfangs gewesen sein kann, sondern der myocardiale Funktionszustand in der Postinfarktphase, d.h. der Leistungszustand des Herzens nach einem tatsächlichen oder vermuteten Infarkt.

Das Leistungsvermögen kann vorliegend von zwei Faktoren beeinträchtigt sein. Zum einen kann ein Infarkt, definiert als schwere Schädigung eines Herzmuskelbezirks mit Untergang von Herzmuskelgewebe (Nekrose), unmittelbar durch Schädigung des Herzmuskels leistungsbeeinträchtigend oder leistungsaufhebend wirken, sei es durch wesentliche Wandbewegungsstörungen mit der Folge einer eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens, sei es durch den Verschluss einer Arterie mit der bleibenden Folge der Minderdurchblutung des Herzens. Eine solche anhaltende Störung hat beim Kläger nach allen Befunden der serbischen und deutschen Ärzte nie bestanden. Als zweiter Faktor ist die Grundursache (des Herzinfarkts) selbst von Bedeutung, d.h. die koronare Herzerkrankung. Insbesondere durch arteriosklerotische Vorgänge kommt es zu Verengungen und letzten Endes zu Verstopfungen von Herzkranzgefäßen, wobei sich dies in einer Minderleistung bzw. minderer Belastbarkeit des Herzens ausdrückt. Aber auch insofern ist - eine leichtere koronare Herzkrankheit besteht beim Kläger - die Erwerbsfähigkeit nicht ausgeschlossen oder wesentlich eingeschränkt, weil die Funktionsfähigkeit des Herzens nach den vorliegenden klinischen und technischen Befunden in hinreichendem Umfang erhalten war; die nur mögliche künftige Gefahr einer Verschlimmerung muss unbeachtlich bleiben, und durch leistungsadäquate Arbeit ist keine Verschlechterung zu befürchten, sondern ein gesundheitserhaltender Effekt zu erwarten.

Hinsichtlich aller Herzbefunde des Klägers von 1988 bis 1991 ist bemerkenswert, dass Herzrhythmusstörungen zu keinem Zeitpunkt beobachtet oder beschrieben wurden. Im Bericht des Krankenhauszentrums Z. B. vom 13.07.1988 ist nur von Hinweisen auf eine Narbe des Myocards die Rede. Laut Bericht des Rehabilitations-Krankenhauses K. T. vom 30.11.1988 ergaben sich laut EKG keine bedeutenderen Rhythmusstörungen oder ST-Streckenveränderungen, und der ergometrische Test verlief unauffällig. Bei der Coronarangiographie im Mai 1989 wurde festgestellt, dass die linke Herzkammer eine normale Größe zeigte, lediglich eine Akinesie und Defekte bei der Kontrastfüllung im apicalen Bereich bestanden, was für eine parietale Thrombenbildung sprechen könnte, jedoch waren die Einmündungen der großen Gefäße kalkfrei. Lediglich links im distalen Segment des Ramus intraventricularis anterior (RIA) zeigte sich ein Verschluss, der aber retrograd über Kollateralgefäße inzwischen gefüllt wurde und damit unwirksam war. An der rechten Koronararterie bestanden keine signifikanten pathologischen Veränderungen, und ausdrücklich ist im Schlussbefund vermerkt, dass die kontraktile Fähigkeit des Myocards der linken Kammer völlig erhalten war, d.h. das Herz ungestört arbeitete. Auch klinisch bestanden damals überhaupt keine Anzeichen einer muskulären Herzinsuffizienz oder einer schwerwiegenden koronaren Mangel durchblutung. Laut Berichten des Medizinischen Zentrums Dr.R. S. vom 03.01. und 03.10.1989 äußerten sich die serbischen Ärzte erneut über einen ehemaligen Infarkt und Zeichen einer Narbe, beschrieben aber den Herzbefund als normal (Beurteilung: größere körperliche Anstrengungen sollten gemieden werden) bzw. ohne Anhalte für Herzarrhythmie oder Zeichen einer Herzinsuffizienz (Der hier angeführte Schluss auf eine "wesentliche Minderung der Leistungsfähigkeit von dauerhaftem Charakter" ist zu pauschal gehalten und weder in zeitlicher Hinsicht noch nach qualitativen Einschränkungen spezifiziert und damit nicht nachvollziehbar.). In einem weiteren Kurzbefund vom 23.06.1989 wurde nur erwähnt, dass eine chirurgische Behandlung nicht erforderlich sei bei der vorliegenden kompensierten chronischen ischämischen Myocardiopathie, wobei dieser Befund lediglich besagt, dass Zeichen einer ischämischen Reaktion nicht festgestellt werden konnten.

Die Befunde der Internistin Dr.L. bzw. des Dr.K. im Jahre 1990 ergaben eine koronare Herzkrankheit ohne strömungswirksame Verengung der Herzkranzgefäße und ohne Zeichen einer ischämischen Reaktion. Auch die von Dr.B. veranlassten Untersuchungen des Internisten Dr.S. vom 24.09.1991 (EKG, Ergometrie, Spirometrie, Echokardiographie) zeigten bei fehlendem Zeichen für koronare Ischämie und bei unauffälligen echokardiographischen Befunden eine körperliche Belastbarkeit des Klägers bis 75 Watt.

Nicht mehr näher zu erörtern sind, nachdem vorliegend nur das Erwerbsvermögen des Klägers bis zum 01.03.1989 eine Rolle spielt, die noch jüngeren Befunde in den Folgejahren. Hingewiesen wird nur darauf, dass der von der Beklagten angenommene Leistungsfall im Jahre 1994 ohne stützende Befunde ist, und selbst eine erhebliche Leistungsminderung erst im Jahre 1997 höchst zweifelhaft erscheint. Eine Ergospirometrie vom 18.06. 1997 bei 25 Watt über drei Minuten wurde abgebrochen, aber nicht aus kardialen Gründen, sondern angeblich wegen Beinermüdung; die serbischen Ärzte äußerten hieran Zweifel und hielten daher eine erneute Prüfung für erforderlich. Der dann erhobene kardiologische Befund vom 03.11.1998 ergab keine Zeichen einer Herzinsuffizienz.

Unter Würdigung aller Befunde war es durchaus zutreffend, dass der Kläger bis zum 01.03.1989 vollschichtig leichte körperliche Arbeiten (ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg) ohne besonderen Zeitdruck (Akkord, Fließband) verrichten konnte. Der entgegengesetzten Ansicht der Invalidenkommission ist nicht zu folgen, weil sich diese nur auf Diagnosen eines Herzinfarkts und auf ihrer Auffassung nach vorliegende Zeichen von Narben am Herzmuskel als Restfolgen eines Infarkts stützte und nicht berücksichtigte, dass - zumindest im deutschen Rentenversicherungsrecht - sich die Einschränkung der Erwerbsminderung nach den tatsächlich vorhandenen Behinderungen bzw. der tatsächlich vorhandenen funktionellen Leistungsfähigkeit beurteilt. Der Kläger befindet sich in einem Irrtum, wenn er glaubt, es komme auf den Nachweis des Ereignisses eines Infarkts im Juni 1988 oder den Nachweis von "Narben" an; diese sind als "Residuen" angesichts der noch vorhandenen Leistungsbreite des Herzens bei ungestörter Pumpfunktion und ausreichender koronarer Durchblutung belanglos, und der beginnenden koronaren Herzerkrankung wurde durch qualitative Leistungseinschränkungen hinreichend Rechnung

getragen.

Bis zum 01.03.1989 wurde das Erwerbsvermögen des Klägers auch nicht durch Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet erheblich beeinträchtigt. Wesentliche degenerative Veränderungen der Wirbelsäule waren noch anlässlich der Röntgenuntersuchungen im Juli 1990 und September 1991 nicht festzustellen, ebenso wenig neurologische Ausfälle und Wurzelreizerscheinungen; es zeigte sich bei der klinischen Prüfung nur eine geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Die im Gutachten der Invalidenkommission vom 13.07.1994 festgestellte Diskopathie (Bandscheibenschaden mit Anzeichen für Bandscheibenvorfall bei L4/L5 und L5/S1) verwundert angesichts des gleichzeitig klinisch festgestellten regelrechten neurologischen Befundes und einer angeführten "verminderten Beweglichkeit" der Wirbelsäule, die mit einem Finger-Boden-Abstand von 10 cm beschrieben wurde, also einem Wert im Bereich der Altersnorm von 0 bis 20 cm. Der Befund aus dem Jahre 1994 ist nicht repräsentativ für die vom Senat zu beurteilende Zeit bis zum 01.03.1989, gibt allenfalls Anlass für den mutmaßlichen Schluss, dass in den Jahren 1988/89 keine schwereren, sondern eher leichte Gesundheitsstörungen vorgelegen haben können. Wenig Aussagekraft hat auch der Bericht des Klinischen Krankenzentrums Z.-B. über die Behandlung des Klägers im Mai 1987. Hier wurde die Diagnose einer "Discushernie L3/L4 (Hervortreten der Bandscheibe zwischen zwei Wirbelkörpern) in Remission" gestellt, wobei vorher eine durchgeführte Myelographie keine sicheren Anzeichen für eine radikuläre Kompression ergeben hatte und das im Krankenhaus durchgeführte Elektromyogramm keine Hinweise auf eine frische Läsion der Nervenwurzel erbrachte. Von einer wesentlichen Gesundheitsstörung an der Wirbelsäule, die insbesondere noch anhaltend und von Dauer gewesen wäre, kann hier nicht die Rede sein. Über den damaligen Gesundheitszustand gibt am ehesten die Computertomographie des Dr.R. vom 23.06.1988 und der neurologische Befund des Dr.K. vom 22.06.1988 - beide Untersuchungen hatte die Gutachterstelle der Beklagten veranlasst - Aufschluss. Hier wurde kein Bandscheibenvorfall, sondern nur eine Vorwölbung bei den Lendenwirbelkörpern 3 und 4 beschrieben, der aber die Wurzel bei L 3 tangieren und beeinträchtigen könnte. Bei den Beschwerden des Klägers, die aber dem Dermatome bei den Wirbelkörpern LWK 5/S 1 entsprachen, wurde elektromyographisch keine Schädigung oder Reizung der Nervenwurzeln festgestellt.

Mithin waren bis zum 01.03.1989 gelegentliche (vorübergehende) leichte Wurzelreizungen möglich, worauf auch der Befund der Invalidenkommission vom 10.11.1989 hinweisen kann (schmerzhafte Berührungsempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule, Beweglichkeit eingeschränkt, Finger-Boden-Abstand 25 cm).

Angesichts der vorhandenen Befunde auf orthopädischem und neurologischem Gebiet haben Dr.B. , Dr.B. und Dr.S. nach Überzeugung des Gerichts schlüssig dargelegt, dass eine zeitliche Einschränkung des Erwerbsvermögens in den Jahren 1988/89 nicht vorgelegen haben kann; bei Erwerbstätigkeiten war nur ein gelegentlicher Wechsel in der Arbeitsposition Sitzen/Gehen/Stehen zu beachten, wie er in der persönlichen Verteilzeit von fünf Minuten pro Stunde jederzeit vorgenommen werden kann.

Für ein im Gutachten der Invalidenkommission vom 10.11.1989 festgestelltes (ausgeprägtes) depressives Syndrom ergeben sich keine Anhaltspunkte. Diese Diagnose wurde von einem Tuberkulosearzt und einem Arzt für Urologie und Chirurgie ohne Wiedergabe nachvollziehbarer Symptome und Befunde gestellt, und der Kläger war in den Jahren 1988/89 und auch später nicht in einschlägiger nervenärztlicher Behandlung. Im Jahre 1990 erschien er bei den Untersuchungen der Dres.B. und L. psychisch völlig unauffällig, so dass auf eine psychiatrische Begutachtung verzichtet werden konnte. Damit sind rentenrelevante Gesundheitsstörungen im psychiatrischen Bereich im maßgebenden Zeitraum nicht feststellbar.

Nach dem Gesamtbild war der Kläger bis zum 01.03.1989 in der Lage, acht Stunden täglich leichte ungelernete Tätigkeiten bei wenigen qualitativen Einschränkungen zu verrichten. Daher lagen weder volle noch teilweise verminderte Erwerbsfähigkeit noch Berufsunfähigkeit vor, und die Berufung war mit der Kostenfolge aus [§ 193 SGG](#) zurückzuweisen, wobei gemäß [§ 124 Abs.2 SGG](#) ein Urteil ohne mündliche Verhandlung ergehen konnte.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-07-01