

L 14 R 311/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

14

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 7 R 1413/02 A

Datum

21.01.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 14 R 311/05

Datum

18.05.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 21. Januar 2005 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 ge- oder verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der im Jahre 1949 geborene Kläger, ein Staatsbürger Bosnien-Herzegowinas mit Wohnsitz in seinem Heimatland, hat keine Berufsausbildung durchlaufen und stand zwischen Mai 1970 und Mai 1973 für insgesamt 25 Monate in sieben Beschäftigungsverhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD), und zwar wiederholt als Holzfäller, aber auch Hilfsarbeiter (Kabelverleger im Tiefbau und Bauwerker im Hochbau), Bergarbeiter (drei Monate Knappschaftszeit) und zuletzt wieder zwei Monate als Waldarbeiter. Anschließend war er in seinem Heimatland von September 1973 bis April 1974 und zuletzt vom 10.09.1974 bis 07.04.1989 als Bauarbeiter und als Baustellenwächter beschäftigt und bezog auf einen zunächst unbekannten Rentenantrag hin (der Versicherungsträger in M. hatte gegenüber der Beklagten den zweiten Antrag vom 01.10.1990 angegeben) nach unterschiedlichen Angaben des Versicherungsträgers in T. (Republik S. auf dem Gebiet Bosnien-Herzegowina) und des Versicherungsträgers in M. (Bosnien-Herzegowina) Invalidenrente ab 08.04. oder 10.04.1989.

Dem Rentenbezug zu Grunde lag ein unbekannt gebliebenes Gutachten der Invalidenkommission M. vom 07.04.1989 (Verlust der Arbeitsfähigkeit), das die Invalidenkommission in I. unter Bezug auf die frühere Untersuchung des Klägers am 07.04.1989 und auf Grund älterer Kurzbefunde in einem Gutachten vom 22.03.1991 neu aufbereitete. Bei den Diagnosen "kompensierte obstruktive Myokardiopathie, chronische Insuffizienz der Koronararterien und Zustand nach fibrillatio atriorum (Vorhofflimmern)" laut Entlassungsschein des Krankenhauses M. zur stationären Behandlung des Klägers vom 11.12.1987 bis 09.01.1988 sowie "reaktives neurasthenisch-depressives Syndrom, chronisches Zervikal- und Lumbosakralsyndrom und (ohne Befunde oder irgendwelche Belege) Geschwür des Zwölffingerdarms" wurde der Kläger seit dem 07.04.1989 nicht mehr für fähig gehalten, im bisherigen Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine nennenswerte Erwerbstätigkeit zu verrichten.

Durch die Übersendung des zwischenstaatlichen Rentenantrags vom 01.10.1990 an die Beklagte erst nach sieben Monaten, den Wohnsitzwechsel des Klägers und den anschließenden Bürgerkrieg in Bosnien-Herzegowina war der Kläger für eine von der Beklagten geplante Begutachtung in der BRD nicht erreichbar. Nach zwei Schreiben an den Kläger vom 30.05. und 16.10.1997 unter wahrscheinlich unrichtiger Adresse - der Rückschein eines Einschreibens kam jedenfalls nicht in Rücklauf - lehnte die Beklagte einen Rentenantrag vom 01.10.1990 mit Bescheid vom 05.12.1997 wegen fehlender Mitwirkung ab (Lebensbescheinigung nicht vorgelegt und Bankverbindung nicht bekannt gegeben) und stellte diesen Bescheid - der Kläger war laut Postvermerk verzogen - durch öffentliche Benachrichtigung gemäß Art.15 Abs.2 Satz 2 VwZVG zu (Aushang am 21.01.1998, Abnahme am 23.02.1998).

Bereits am 28.01.1998 war der Beklagten ein Schreiben des Versicherungsträgers in M. zugegangen, der in Beantwortung einer Anfrage der Beklagten vom 20.03.1997 mitteilte, der Wohnort des Klägers sei unbekannt und der Rentenfall an den Versicherungsträger der Republik S. abgegeben worden. Letzterer übersandte auf Anforderung der Beklagten daraufhin das Gutachten der Invalidenkommission T. vom 29.03.2000. In diesem wiesen die Ärzte auf eine stationäre Behandlung des Klägers im März 1999 in der Neurologischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses T. nach einem Schlaganfall mit Schwäche im rechten Arm und im rechten Bein und Doppelbilder hin (ein Computertomogramm vom 30.04.1999 soll eine hypodense Zone im linken Vorderbereich des Gehirns entsprechend einer Ischämie gezeigt haben) sowie auch auf den Entlassungsbericht zur stationären Behandlung vom 10. bis 22.03.1999 mit der neuropsychiatrischen Diagnose

"Arrhythmia absoluta, Proteinuria D.M. latens (latenter Diabetes mellitus)" und diagnostizierte einen Zustand nach vertebrobasilärem Insult (nur noch die grobe motorische Kraft des rechten Arms soll geschwächt sein), eine absolute Arrhythmie, eine chronische kompensierte Myocardiopathie und eine Sehschwäche des linken Auges (Visus rechts 1,0 und links 4/60). Die Invalidenkommission T. hielt den Kläger seit dem 29.03.2000 für leistungsunfähig für jede Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts und damit für invalide.

Dem Gutachten lag unter anderem der Entlassungsbericht des Allgemeinkrankenhauses T. zur Behandlung vom 10.03. bis 22.03.1999 unter den Diagnosen "Anisocoria post traum. (seitenungleiche Weite der Pupillen durch traumatische Veränderung des Iris Muskels), status post contusio oculi bulbi sinistris, Arrhythmia absoluta, Proteinuria, Diabetes mellitus latens" bei; vermerkt war hier eine Besserung bei Entlassung (zeitweilig Diplopie = Doppelbilder und schwarze Punkte vor den Augen, keine sonstige Neurodefizite, kardiovaskulär kompensiert, Kontrolle in einem Monat). Beigelegt haben ferner eine Reihe sehr kurz gefasster, stichwortartiger ärztlicher Befunde.

Die Beklagte ließ den Kläger vom 24. bis 26.09.2001 in der Ärztlichen Gutachterstelle R. untersuchen. Dort wurden technische Befunde erstellt (Röntgenaufnahmen des Brustkorbs, der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule; Elektrokardiogramm, Ergometrie, Echokardiogramm; Lungenfunktionswerte; Laborwerte; Dopplersonografie der Beinarterien) und zwei Gutachten gefertigt. Dr.M. stellte im nervenärztlichen Gutachten vom 28.09.2001 fest, dass die Stimmungslage des Klägers nicht wesentlich gedrückt gewesen sei, eine ausgeprägte Affektlabilität oder Affektinkontinenz nicht bestanden hätten und trotz subjektiver Klagen über Vergesslichkeit und Merkschwäche gröbere Störungen der mnestischen Funktionen nicht feststellbar gewesen seien. Er diagnostizierte reaktive depressive Verstimmungszustände und Zustand nach leichtem Hirninfarkt links-occipital März 1999 laut Gutachten der Invalidenkommission T. sowie als Nebenfunde Sehschwäche links (anamnestisch) und posttraumatische Anisocoria. Aus nervenärztlicher Sicht könne der Kläger vollschichtig leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Akkord und ohne Nachtschicht verrichten. Durch die festgestellten Gesundheitsstörungen sei das Leistungsvermögen nicht wesentlich beeinträchtigt.

Der Internist und Sozialmediziner R. erhob Befunde auf internistischem und orthopädischem Gebiet (Hauptgutachten vom 01.10.2001). Er diagnostizierte neben den von Dr.M. festgestellten Gesundheitsstörungen des Klägers "Herzmuskelschädigung mit Herzrhythmusstörungen (absolute Arrhythmie), wirbelsäulenabhängige Beschwerden und Funktionseinschränkung bei degenerativen Veränderungen, derzeit ohne Anhalt für eine akute Wurzelirritation, und ausgeprägte Sehinderung auf dem linken Auge," weiterhin als Nebenfunde "Fettstoffwechselstörung, Hyperurikämie und leichter Belastungsbluthochdruck bei Übergewicht, leichte Leberparenchymschädigung ohne Prozessaktivität, geringe Hörminderung, deutliche Senk-Spreiz-Füße beidseits, deutlicher linksseitiger und geringer rechtsseitiger Leistenbruch sowie geringe Krampfaderbildung an den Beinen." Dr.R. begründete im Einzelnen, dass die kardiale Leistungsbreite (60 Watt ergometrisch) trotz absoluter Arrhythmie des Herzens bei Vorhofflimmern und trotz eines leicht dilatierten, aber nicht hypertrophierten linken Ventrikels mit mittelgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion sowie mäßig erweitertem linken Vorhof noch ausreichend für leichte vollschichtige Tätigkeiten seit dem Rentenanspruch sei. Weniger bedeutsam seien leichte funktionelle Einschränkungen der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. Dem Kläger nicht zumutbar seien unter Mitberücksichtigung des nervenärztlichen Gutachtens Tätigkeiten mit häufigem Bücken, mit Absturzgefahr, an gefährdenden Maschinen, mit besonderen Anforderungen an das räumliche Sehen sowie Akkordarbeit und Nachtschicht. Eine Eignung bestehe durchaus für den zuletzt ausgeübten Beruf als Pförtner.

Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 18.10.2001 lehnte die Beklagte den Antrag vom 01.10.1990 ab, weil weder volle noch teilweise Erwerbsminderung (§ 43 Sozialgesetzbuch Teil VI neue Fassung - SGB VI n.F.) und auch keine Berufsunfähigkeit vorlägen. Der Kläger könne noch mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts tätig sein. Nach dem bis zum 31.12.2000 geltenden Recht ergebe sich ebenfalls kein Rentenanspruch.

Mit dem hiergegen erhobenen Widerspruch wies der Kläger einen Rentenbescheid des Versicherungsträgers in M. vom 02.06.19... (Jahreszahl unleserlich, laut Kläger vom 02.06.1989) mit einem Zahlbeleg des Versicherungsträgers in T./Republik S. für Juni 2001 vor und ließ anwaltlich vortragen, sein Gesundheitszustand habe sich nach dem 01.12.1987 (Beginn der Herzerkrankung) ständig verschlechtert, so dass zum Zeitpunkt der Antragstellung am 01.10.1990 Arbeits- und Berufsunfähigkeit vorgelegen habe. Hierzu wurden später ein "Bericht mit Befund und Gutachten der Gesundheitsorganisation Gesundheitshaus T." (Anmerkung des Senats: örtliche Ambulanz) vom 01.04.2002 mit Befunden und Gutachten der Fachärzte des Allgemeinkrankenhauses T. aus dem Jahre 2002 vorgelegt. In dem Bericht vom 01.04.2002 findet sich eine Zusammenfassung nahezu aller seit 1999 gestellter Diagnosen mit den angeblichen Haupterkrankungen Zustand nach apoplex cerebri, psychoorganisches Syndrom und chronische Myokardiopathie. Die übrigen Unterlagen bestanden lediglich aus Kurzbefunden mit Diagnosen.

Nach Einholung einer Stellungnahme des Prüfarztes Dr.D. vom 25.06.2002 war eine Änderung der bisherigen Beurteilung nicht veranlasst und bestand seitens des Klägers im Erwerbsleben die Fähigkeit zur Umstellung auf andere als die bisher ausgeübten Erwerbstätigkeiten im Rahmen des festgestellten Leistungsbildes. Der Widerspruch des Klägers wurde daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 16.08.2002 zurückgewiesen, wobei sich die Widerspruchsstelle in erster Linie mit Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit gemäß den bis zum 31.12.2000 geltenden Vorschriften und dann mit voller/teilweiser verminderter Erwerbsfähigkeit nach den ab 01.01.2001 geltenden Vorschriften auseinander setzte und eine Rentengewährung aus medizinischen Gründen ablehnte.

Mit der hiergegen eingelegten Klage beantragte der Anwalt des Klägers, den Bescheid vom 18.10.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.08.2002 aufzuheben und die Beklagte zur Zahlung einer Rente wegen "voller Erwerbsminderung" seit 01.10.1990, dem Tag der Antragstellung, zu verpflichten. Das Sozialgericht hat wegen möglicher Zuständigkeit der Bundesknappschaft diese mit Beschluss vom 09.10.2003 beigelegt, wobei alle Beteiligten nach anfänglicher Meinungsverschiedenheit davon ausgingen, dass die Zuständigkeit der Beklagten bis zum Abschluss des Verfahrens erhalten bliebe. Eine Übersetzung des vom Kläger eingereichten Rentenbescheides des Versicherungsträgers in M. vermutlich vom 02.06.1989 erbrachte eine Anerkennung des Anspruchs auf Invalidenrente ab dem 07.04.1989 und eine Zahlung der Rente ab dem 08.04.1989, wobei das Verfahren für die Verwirklichung des Anspruchs auf Rente "nach dem Antrag des Versicherten" eingeleitet und am 07.04.1989 Leistungsunfähigkeit infolge Krankheit festgestellt worden ist. Auf Anfrage des Sozialgerichts beim Versicherungsträger in T. zum genauen Datum der Antragstellung wurde zweimal der 25.04.1989 genannt.

Eine vom Sozialgericht vorgesehene Untersuchung und Begutachtung des Klägers durch die Allgemeinärztin und Sozialmedizinerin Dr.T. mit Zusatzgutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.W. am 20.10.2004 in L. und eine vorgesehene mündliche Verhandlung am 22.10.2004 kamen nicht zu Stande. Auf Entschuldigung des Klägers, er könne wegen Krankheit nicht anreisen - beigegeben war ein Kontrollbefund der

örtlichen Ambulanz T. vom 01.10.2004 über in den letzten Tagen auftretende Beschwerden wie Schwindel, Taumel, Erbrechen, Doppelbilder, Tremor und Kopfschmerzen (zusätzliche Diagnose eines Syndroms Parkinson atheroscl., Kontrolle in vier Wochen) - vertagte das Sozialgericht die Verhandlung und ordnete eine Begutachtung nach Aktenlage durch den Internisten Dr.R. an. Dieser begründete in seinem Gutachten vom 10.11.2004, dass die Herzrhythmusstörung (absolute Arrhythmie) des Klägers als Ausdruck einer Herzmuskelschädigung vollschichtig leichte körperliche Belastungen ohne Überforderungsgefahr zulasse. Eine leichte Hirnembolie im März 1999, erfahrungsgemäß Folge des Herzleidens mit der Bildung kleiner Herzwandthromben, die zu Hirnembolien neigten (in der Regel werde dies durch Markomare unterbunden), sei nur vorübergehend mit neurologischen Ausfällen verbunden gewesen. Bei dem vom Kläger zuletzt eingereichten Kontrollbefund vom 01.10.2004 habe es sich um eine akute Hirndurchblutungsstörung gehandelt, die durch Medikamente ausgleichbar und reversibel sei und nicht als wesentliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands des Klägers gegenüber der Rentenbegutachtung gewertet werden könne. Nach Besprechung der sonstigen Gesundheitsstörungen des Klägers (Neigung zu reaktiven Verstimmungen, Wirbelsäulen-Syndrom, starke Sehminderung des linken Auges, Stoffwechselstörungen usw.) kam Dr.R. zu dem Ergebnis, dem Kläger seien leichte Tätigkeiten in geschlossenen Räumen in wechselnder Körperhaltung seit dem Jahre 1989 vollschichtig möglich; vermieden werden müssten Heben und Tragen schwerer Lasten, gebückte Arbeitsweise und sonstige Zwangshaltungen, im Hinblick auf die angegebene Schwindelneigung auch Tätigkeiten mit Absturzgefahr auf Leitern und Gerüsten, weiterhin nervenbelastende Tätigkeiten mit Stresswirkung und Tätigkeiten, die ein räumliches Sehen erforderten. Als Waldarbeiter sei der Kläger nicht mehr einsetzbar.

Mit Urteil vom 21.01.2005 wies das Sozialgericht die Klage ab, wobei es sich auf das Gutachten des Dr.R. stützte (die ärztlichen Gutachten und Befunde aus Bosnien-Herzegowina blieben unerwähnt) und die Voraussetzungen einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung bzw. teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit verneinte. Auf die Vorschriften über die Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit nach dem bis 31.01.2000 geltenden Recht wurde nicht eingegangen.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren (Rente wegen "voller Erwerbsminderung" ab Antragstellung vom 01.10.1990) weiter und bezieht sich zur Begründung einer "vollen Erwerbsunfähigkeit" auf die ärztlichen Unterlagen in der Klageakte, eine Aufzählung der Diagnosen seit 1987 (Bescheinigung der Dr.J. vom Gesundheitshaus T. vom 13.04.2005), einen Krankenbericht zur stationären Behandlung vom 11.12.1987 bis 09.01.1988, zwei internistische Kontrolluntersuchungen vom 04.02. und 14.02.1988 (kompensierte arteriosklerotische Kardiomyopathie, koronare Insuffizienz, Vorhofflimmern) und auf einen Kontrollbefund der Ambulanz des Allgemeinen Krankenhauses T. vom 04.04.2005 (Diagnosen: chronische Störungen des Blutkreislaufes, Arteriosklerose, Zustand nach ICV, arteriosklerotisches Parkinson-Syndrom und psychoorganisches Syndrom). Die Beklagte wies durch Vorlage einer Stellungnahme des Internisten und Sozialmediziners Dr.R. vom 01.07.2005 darauf hin, dass im Krankenbericht 1987/88 genau dokumentiert sei, dass trotz Herzmuskelschädigung und vergleichsweise harmloser Herzrhythmusstörungen die Kreislauffunktionen kompensiert seien und der Kläger mittelgradige Ergometerleistungen bewältigen könne; aus dem echokardiographischen Ergebnis sei gerade ein pathologischer Befund nicht ersichtlich. Aus dem Befund vom 04.04.2005 gingen keine Hinweise für eine Dekompensation der Herzleistung hervor und sei eine höhergradige Kreislaufschwäche ausgeschlossen.

Der Senat hat die Versichertenakte der Beklagten beigezogen und die Erstellung zweier Gutachten veranlasst, die jeweils auf Grund einer Untersuchung des Klägers in Anwesenheit eines Dolmetschers erstellt worden sind. Beim Neurologen und Psychiater Dr.Dr.W. gab der Kläger seit zwei bis drei Monaten auftretende Schwindelerscheinungen (Dauer zwei bis drei Minuten, drei- bis viermal pro Woche), Kopfschmerzen, ein Schmerzsyndrom des gesamten Rückens und fehlende Depressivität an. Die technischen Untersuchungen des Sachverständigen (EMG, DLM, Dopplersonographie) ergaben keine Nachweise für eine Störung der Hirnperfusion und für das Bestehen von Wurzelreizerscheinungen oder sonstigen neurologischen Ausfällen, und bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich ein unauffälliger Hirnnervenstatus, keinerlei Anzeichen für eine manifeste oder latente Parese (auch die Kraftentfaltung in beiden Armen und Beinen wurde seitengleich stark gemessen) und kein topisch wegweisendes sensibles Defizit. In psychischer Hinsicht war eine idiopathische depressive Grundstimmung oder ein psychoorganisches Syndrom nicht festzustellen, lediglich der Antrieb und die Intentionalität des Klägers waren im moderaten Umfang verkürzt. Dr.Dr.W. diagnostizierte einen Zustand nach (anamnestisch) zerebraler Minderperfusion im Jahre 1999 ohne Residuen, ein Wirbelaufbrauchsyndrom der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule ohne Nervenwurzelreizerscheinungen, einen psychogenen Schwindel ohne organische Verursachung, am ehesten einem phobischen Schwankschwindel entsprechend, und ein dreimal im Monat auftretendes migränöses Kopfschmerzsyndrom (Kopfschmerz bei Osteochondrose der Halswirbelsäule ohne Nachweis von Wirbelkompressionen). Er war der Meinung, auf Grund der Eigenanamnese und Befunde sei die Annahme eines im März 1999 abgelaufenen Schlaganfalls im technischen Sinne der Neurologie nicht zu begründen, sondern vielmehr eine abgelaufene Migräne accompagnée mit flüchtiger, ca. zwei Monate dauernder Halbseitensymptomatik. Aktuell wie auch in den Vorbefunden seien ernst zu nehmende Schlaganfallfolgen, insbesondere halbseitige Bewegungsdefizite, nicht nachweisbar gewesen. Wenn der Kläger die rechte Faust bei der Untersuchung nicht geschlossen habe (Anmerkung des Senats: bei Dr.E. war der Faustschluss aber möglich), seien organische Ursachen hierfür nicht ersichtlich ("funktionelle Störung"). Der Kläger könne - ein zeitlich verkürztes Leistungsvermögen sei nicht begründbar - mindestens sechs bis acht Stunden täglich leichte Arbeiten verrichten ohne Tätigkeiten über Kopf, ohne einseitige Belastung insbesondere der rechten Hand (unter Berücksichtigung einer funktionellen Bewegungsstörung der rechten Hand), ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, ohne Zwangshaltungen, ohne Akkord-, Schicht- und Nacharbeit sowie ohne Zeitdruck. Die Gehfähigkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt. Tätigkeiten wie die zuletzt ausgeübte als Baustellenwächter oder auf vergleichbarem Funktionsniveau seien dem Kläger auf Grund von Informationsauffassung oder Umsetzungserschwernissen nicht verschlossen. Bezogen auf das bisher wahrgenommene Funktionsniveau ergäben sich keine Einschränkungen für die Umstellungsfähigkeit (Gutachten vom 16.01.2006).

Der Internist Dr.E. stellte in seinem Gutachten vom 29.01.2006 im Vergleich zu den Vorbefunden eine leistungsunerhebliche geringe Zunahme der Größe des linken Vorhofs des Herzens und eine leichte Mitralinsuffizienz fest, aber insgesamt gesehen keine Verschlechterung der Funktion. Der Abbruch der Ergometrie bei 50 Watt sei nicht wegen einer kardialen Symptomatik erfolgt, sondern wegen beidseitiger Beinermüdung. Der Sachverständige diagnostizierte absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, leicht vergrößerter Ventrikel mit leichter Mitralinsuffizienz, linksbetonte Unterschenkelstammvarikosis mit Verdacht auf beginnende venöse Insuffizienz, ausgeprägte Sehminderung links, rechtes Auge korrekturbedürftig, Leistenbruch beidseits, unklare Hepatopathie und Verdacht auf Diabetes mellitus Typ II, nebenbefundlich noch eine leichte Hyperlipidämie, ein Übergewicht, ein kontrollbedürftiges Blutbild, eine Nierenzyste rechts und einen Gallenstein. Dr.E. war der Meinung, der Kläger könne noch acht Stunden täglich leichte körperliche Arbeiten mit gelegentlichem Positionswechsel zu ebener Erde verrichten (wegen möglicher tachycarder Phasen nicht auf Leitern und Gerüsten und an gefährdenden Maschinen). Zu vermeiden seien neben den von Dr.Dr.W. genannten Einschränkungen Tätigkeiten, bei denen ein einwandfreies Sehvermögen erforderlich sei.

Der Senat hat daraufhin die augenärztlichen Richtlinien aus dem Werk "Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", 5. Auflage, herausgegeben vom Verband der Rentenversicherungsträger, beigezogen und dem Kläger vorsorglich leichte Tätigkeiten wie Stanzen, Biegen, Pressen, Ziehen und Prägen (Einlegearbeiten) sowie Bohren von Zylindermänteln aus Profilmessing (Tarifbeispiele 10 und 13 im Anhang 5 zum Manteltarifvertrag für die gewerblichen Arbeitnehmer der bayerischen Metallindustrie) unter Übersendung einer Arbeitsplatzbeschreibung benannt. Der Vertreter der Beklagten hat in der mündlichen Verhandlung den Bescheid vom 05.12.1997 aufgehoben.

Der Kläger beantragt (sinngemäß), das Urteil des Sozialgerichts vom 21.01.2005 und den Bescheid der Beklagten vom 18.10.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.08.2002 aufzuheben oder abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ab Antragstellung Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, oder hilfsweise zu einem späteren Zeitpunkt Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung zu zahlen.

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die oben genannten beigezogenen Unterlagen vor. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Inhalt der ärztlichen Gutachten und sonstigen ärztlichen Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung (§§ 143 f., 151 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -) ist unbegründet.

Auch der Senat ist zu dem Ergebnis gekommen, dass dem Kläger aus medizinischen Gründen ein Rentenanspruch nicht zusteht; zu Grunde gelegt wurde hier - im Wege der Auslegung -, dass der Kläger auch und sogar in erster Linie Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, nach den bis zum 31.12.1991 und zum 31.12.2000 geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) und der §§ 43, 44 SGB VI alte Fassung (SGB VI a.F.) begehrt und in zweiter Linie Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach den ab 01.01.2001 geltenden geänderten Vorschriften des SGB VI n.F., die bei einem vor dem 01.01.2001 gestellten Rentenanspruch eine Berentung erst ab 01.01.2001 zulassen. Die Formulierung des Klageantrags mit "Rente wegen voller Erwerbsminderung", offenbar abgeleitet aus der von der Beklagten missglückt verfassten Begründung des Bescheids vom 18.10.2001, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Kläger Rente bereits vor dem 01.01.2001 beansprucht hat, und darf nicht zu der Annahme verleiten, der ausländische Rechtsanwalt des Klägers habe sich fachkundiger ausgedrückt als die Beklagte und nur Rente nach den ab 01.01.2001 geltenden Vorschriften begehrt. Dem steht entgegen, dass der Kläger ausdrücklich Rente aufgrund "seiner vollen Erwerbsminderung wegen Krankheit" ab dem Tag des Rentenanspruchs wünschte, den er versehentlich mit dem 01.10.1990 annahm, weil ihm das Sozialgericht nicht eine Kopie der Schreiben des Versicherungsträgers in T. zugesandt hatte.

Das Urteil des Sozialgerichts, das von einem Begehren auf "Rente wegen Erwerbsminderung" ausging, war in dem etwas vage gefassten Tenor (Urteilspruch: Die Klage wird abgewiesen) zu bestätigen, wenn auch die nicht an der Rechtskraft teilnehmende Begründung nicht zu überzeugen vermochte. Bereits der Sachverhalt (Tatbestand) ist unvollständig; so fehlt insbesondere jegliche Erwähnung der Gutachten und ärztlichen Unterlagen aus Bosnien-Herzegowina. Die Beweisaufnahme des Sozialgerichts war ebenfalls ungenügend. Abgesehen davon, dass von der nach Sachlage erforderlichen Untersuchung des Klägers bei einer ärztlichen Begutachtung abgesehen wurde, obwohl nicht feststand, ob der Kläger nur vorübergehend oder auf Dauer an der Anreise zur Untersuchung verhindert gewesen ist, ist zu beanstanden, dass das Sozialgericht auf nervenärztlichem Gebiet kein Fachgutachten eingeholt hat, obwohl in diesem Bereich eine wesentliche Gesundheitsstörung des Klägers besteht, die allein für sich einen Rentenanspruch begründen könnte, und widersprüchliche Diagnosen und Einschätzungen des Schweregrads der Gesundheitsstörung vorlagen. Der Internist Dr.R. vermag als erfahrener Gutachter sicherlich eine Reihe fachfremder Gesundheitsstörungen mitzubeurteilen, in einem schwieriger gelagerten Fall wie vorliegend ist aber das nun einmal bei einem Internisten nicht vorhandene Fachwissen eines Neurologen und Psychiaters gefordert. Wie das vom Senat eingeholte Gutachten des Dr.Dr.W. beweist, konnten aus fachkompetenter Sicht neue Gesichtspunkte und eine umfassende Würdigung aller Unterlagen auf nervenärztlichem Gebiet eingebracht werden. Die von der 7. Kammer des Sozialgerichts (in mehreren Streitfällen) vorgenommene Aktenlage - Begutachtung durch Dr.R. oder durch Dr.Z., wenn die Kläger ohne oder mit hinreichender Entschuldigung einen ärztlichen Untersuchungstermin mit mehr als einem Gutachter nicht wahrgenommen haben, entspricht nicht der Verpflichtung des Gerichts zur vollständigen und umfassenden Sachaufklärung gemäß §§ 103, 106 SGG.

An der Urteilsbegründung ist zu bemängeln, dass das Sozialgericht die Vorschriften über Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit gemäß §§ 1246, 1247 RVO und §§ 43, 44 SGB VI a.F. unbeachtet ließ und eine Berentung des Klägers nur nach Maßgabe der ab 01.01.2001 geltenden strengerer Vorschriften des geänderten Rentenrechts prüfte. Offenbar scheint - es handelt sich nämlich nicht um einen Ausnahmefall - die Anwendbarkeit der Vorschrift des § 300 SGB VI in Bezug auf das unter bestimmten Umständen über den 01.01.1992 und über den 01.01.2001 hinaus geltende ältere Recht nicht bekannt zu sein. Das sozialgerichtliche Urteil war auch insoweit fehlerhaft, als eine schriftliche Würdigung und Auseinandersetzung mit den widersprechenden Ergebnissen der vorliegenden Gutachten, die teilweise im Wege des Sachverständigenbeweises und teilweise im Wege des Urkundenbeweises auszuwerten waren, nicht erfolgte. Die Beweiswürdigung des Gesamtergebnisses des Verfahrens (§ 128 Abs.1 Satz 1 SGG) gehört zum Kernbereich der richterlichen Tätigkeit, und entgegenstehende Gutachten dürfen in den Entscheidungsgründen nicht übergangen werden; die Entscheidungsgründe müssen über eine Abwägung Aufschluss geben (Meyer-Ladewig, SGG, 8.Aufl., Rz.4 zu § 128 mit zahlreichen Hinweisen auf die ständige Rechtsprechung). Wenn das Sozialgericht vorliegend gleichwohl zu einem richtigen Endergebnis gekommen ist, so beruht das mehr oder minder auf Zufall und werden hierdurch die fehlerhaften Verfahrensweisen des Sozialgerichts nicht entschuldigt.

Der Kläger erfüllt bereits seit dem Jahre 1989 bis heute nicht die medizinischen Voraussetzungen für eine Berentung. Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs seiner Ausbildung sowie seines bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen seiner bisherigen Berufstätigkeit zugemutet

werden können (§ 1246 Abs.2 Sätze 1 und 2 RVO, in Kraft bis zum 31.12.1991). Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann (§ 1247 Abs.2 RVO, in Kraft bis zum 31.12.1991).

Mit einer etwas abweichenden, aber inhaltlich gleichbleibenden Formulierung umschreibt das nachfolgende, für zehn Jahre geltende Recht die Leistungsfälle:

Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit vollschichtig ausüben kann (§ 43 Abs.2 Sätze 1, 2 und 4 des Sozialgesetzbuches Teil VI - SGB VI - in der bis zum 31.12.2000 geltenden Fassung).

Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße bzw. monatlich 630,00 DM übersteigt; erwerbsunfähig ist nicht, wer eine Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 44 Abs.2 SGB VI in den vom 01.01.1992 bis zum 31.12.2000 geltenden Fassungen).

Teilweise erwerbsgemindert ist der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, und voll erwerbsgemindert der Versicherte, der unter den gleichen Voraussetzungen außer Stande ist, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs.1 Satz 2 und Abs.2 Satz 2 SGB VI in der ab 01.01.2001 geltenden Fassung). Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsfähigkeit erhält auch der Versicherte, der vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfähig ist (Übergangsvorschrift des § 240 Abs.1 SGB VI n.F.).

Die genannten Voraussetzungen für eine Rentengewährung nach altem und neuen Recht liegen nicht vor, weil der Kläger vollschichtig - mit gewissen qualitativen Einschränkungen - leichte körperliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verrichten konnte und kann; der Beruf eines Waldarbeiters, den er neben anderen ebenfalls ungelerten Tätigkeiten hauptsächlich in der BRD ausgeübt hat, ist zwar (seit 1989) nicht mehr zumutbar. Hierdurch wird aber keine rentenrelevante Berufsunfähigkeit hervorgerufen, denn der Kläger ist auf andere ungelernete, seinem Restleistungsvermögen entsprechende leichte körperliche Erwerbstätigkeiten mit kurzer Anweisungszeit verweisbar.

Im Vordergrund seines Krankheitsbildes stehen die kardiologischen Funktionsstörungen. In dem auf eine Untersuchung des Klägers am 07.04.1989 zurückgehenden Gutachten der Invalidenkommission I. vom 22.03.1991 wurde bereits ein Zustand nach Vorhofflimmern genannt (Befunde der Kommission hierzu lediglich: Bluthochdruck 140/100 mmHg. Herz: tachyrythmische Tätigkeit, leise Töne, keine Geräusche); aus dem dem Gutachten zu Grunde liegenden, im Berufungsverfahren eingereichten Krankenhaus-Entlassungsbericht für 1987/88 ist die Aufnahme des Klägers wegen Vorhofflimmerns vermerkt, das allerdings damals noch nicht als dauerhaft erschien, weil es nach Durchführung einer medikamentösen Therapie zu einem Umschlag in den Sinusrhythmus gekommen ist. Der echokardiographische Befund war im Vergleich zu denen aus den Jahren ab 2001 im Wesentlichen unauffällig; beschrieben wurde eine mäßig dilatierte rechte Herzkammer. Laut Ergometrie (der Grad der Belastung ist nicht angegeben) sollen Zeichen einer koronaren Insuffizienz bestanden haben, was auf eine Fehlinterpretation hindeutet, denn die Insuffizienz der Koronararterien konnte später wiederholt nicht nachgewiesen, vielmehr widerlegt werden. Insgesamt waren die damaligen Befunde zu umschreiben mit einer kompensierten Kardiomyopathie und einem sich im Laufe der Zeit als beständig erweisenden Vorhofflimmern. Im Wesentlichen hierauf beruht die Auffassung der Invalidenkommission im Gutachten vom 22.03.1991, das Leistungsvermögen des Klägers sei auf unter zwei Stunden gesunken. Diese Beurteilung ist nicht nachvollziehbar, und zwar auch nicht unter Berücksichtigung der bis zum Jahre 2000 folgenden kardiologischen "Befunde", die sich im Wesentlichen in Diagnosen und kurzen Hinweisen auf nicht näher beschriebene und unter Umständen von Dritten erhobene Untersuchungsbefunde erschöpfen. Am aussagekräftigsten erscheint noch der Befund vom 15.05.1995 (Der Patient wird seit mehreren Jahren wegen Herzrhythmusstörungen behandelt. Blutdruck 130/90. EKG Typ absoluta, Kammerfrequenz etwa 90 Schläge pro Minute. Herz: Herzaktion leicht beschleunigt, unregelmäßig vom Typ absoluta. Diagnose: absolute Arrhythmie absoluta, chronische Myokardio-pathia arteriosc., kompensiert - vgl. hierzu auch den ähnlichen Befund vom 27.04.1999), weiterhin der Befund vom 02.02.2000 (Triglyzeride 4,61; Urin Alb. 5,0, Sonstiges regelrecht. Blutdruck 130/60. EKG Typ absoluta. Kammerfrequenz von 75 bis 124 Schlägen pro Minute. Herz: Aktion leicht beschleunigt, unregelmäßig vom Typ absoluta, Töne leise, keine Geräusche. Diagnosen: chronische arteriosklerotische Myokardio-pathie, absolute Arrhythmie, Hypertriglyzeridämie) und der Befund der Invalidenkommission T. im Gutachten vom 29.03.2000 (Bluthochdruck 130/80 mmHg. Pulsschlag 110 pro Minute. Herztätigkeit beschleunigt, unregelmäßig vom Typ einer absoluten Arrhythmie, der erste Herzton betont, keine Geräusche).

Genauere Befunde für die beim Kläger vorliegende Herzmuskelschädigung mit der Folge einer Rhythmusstörung (absolute Arrhythmie) ergaben sich erst aus den Gutachten des Dr.R. vom 01.10.2001 und des Dr.E. vom 29.01.2006, wobei darauf hinzuweisen ist, dass diese Befunde gegenüber denjenigen im Krankenbericht 1987/88 beschriebenen durchaus etwas gewichtiger ausfallen, gleichwohl aber keine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens mit sich bringen; für eine koronare Insuffizienz oder arteriosklerotische Veränderungen am Herzen bestanden klinisch und technisch keine Hinweise, und die Ursache der absoluten Arrhythmie blieb letztlich ungeklärt.

Im Jahre 2001 ergaben die Elektrokardiographie einen leicht dilatierten, aber nicht hypertrophierten linken Ventrikel mit mittelgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion, das EKG eine absolute Arrhythmie (Durchschnittsfrequenz zwischen 24 und 78 Schläge pro Minute) und das Belastungs-EKG bis 60 Watt bei einer Ausgangsfrequenz zwischen 88 und 100 Schlägen pro Minute eine der Belastung entsprechende Zunahme ansteigend bis 130 Schlägen. Es zeigte sich in Ruhe eine leichte linkspräkordiale Repolarisationsstörung, aber unter Belastung keine Zunahme der Nachschwankungsveränderungen. Zutreffend wies Dr.R. zu den erhobenen Befunden darauf hin, dass die Herzleistung zwar schon eingeschränkt sei, aber für eine vollschichtige Leistungsfähigkeit folgende Umstände sprächen: Der Kreislauf war in Ruhe und Belastung voll kompensiert (keine Stauungszeichen im Lungen- oder Körperkreislauf); die Ergometerbelastung wurde mit normaler Kreislaufanpassung bewältigt, und die Blutdruckwerte lagen in Ruhe und bei Belastung im Normbereich. Unter Belastung zeigten

sich keine ischämietypischen Veränderungen, und die Erregungsrückbildungsstörungen nahmen nicht signifikant zu. Ventrikuläre Extrasystolen waren ohnehin nicht zu registrieren. Der Senat schloss sich diesen Argumenten an. Bei einer relativ harmlosen Herzrhythmusstörung bestanden begründete Hinweise auf eine erhaltene Leistungsfähigkeit; die Arbeitsfähigkeit des Herzens (und des Kreislaufes) zeigte sich ohne Gefahr der Überforderung erhalten für vollschichtige leichte körperliche Arbeiten.

Auch bei der Untersuchung des Dr.E. fanden sich keine Zeichen einer manifesten Herzinsuffizienz. Es bestanden weder Beinödeme noch Stauungszeichen über den Lungen, bei der Auskultation lagen eine unveränderte Arrhythmie und keine Strömungsgeräusche vor. Im EKG zeigte sich weiterhin eine Absoluta bei leicht erhöhter Herzfrequenz und diskreten Nachschwankungsveränderungen. Echokardiographisch hatte zwar der Vorhof des Herzens an Größe etwas zugenommen, funktionell ergab sich aber keine Änderung in der Arbeitsleistung (keine wesentliche Einschränkung der systolischen Funktion gegenüber dem Vorbefund 2001). Eine zusätzlich festgestellte leichte Mitralsuffizienz hatte noch keine hämodynamischen Auswirkungen und war daher ohne sozialmedizinische Relevanz. Bei ergometrischer Belastung entsprechend leichten körperlichen Tätigkeiten waren ventrikuläre Rhythmusstörungen nicht zu erfassen, und die diskreten Nachschwankungsveränderungen nahmen bei Belastung oder in der anschließenden Ruhephase nicht zu; linkspräkordial ergaben sich dagegen keine ST-Streckenveränderungen. Somit bestand auch im Jahre 2006 kein Hinweis für eine Arbeitsinsuffizienz im Sinne einer Ischämie.

Auf Grund der erhobenen Befunde und der ärztlicherseits dargelegten Argumenten schloss sich der Senat der Ansicht der Dres.R. , R. und E. an. Demgegenüber stehen nur Diagnosen der bosnischen Ärzte, aus denen sie ohne Begründung eine absolute Leistungsunfähigkeit des Klägers ableiteten, abgesehen davon, dass Hinweise auf eine Koronarinsuffizienz oder Arteriosklerose befundmäßig nicht fassbar waren (vermutlich Verdachtsdiagnose) und später eindeutig widerlegt wurden. Nur nebenbei sei auch erwähnt, dass die Invalidenkommission T. in ihrem Gutachten vom 29.03.2000 in Kenntnis des Invalidenrentenbezugs des Klägers seit April 1989 auf Grund des Gutachtens der Invalidenkommission M. keinerlei Veranlassung sah, die von ihr mit dem 20.03.2000 festgestellte Invalidität zurückzudatieren, sondern diese erst unter zusätzlicher Berücksichtigung der Folge eines Schlaganfalls im Jahre 1999 als gegeben ansah.

Die qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens durch die Minderung der Herzleistungsbreite sind gekennzeichnet durch leichte körperliche Tätigkeiten (die ohnehin schweres Heben und Tragen von Lasten ausschließen) zu ebener Erde, ohne Gefährdung durch laufende ungeschützte Maschinen und ohne Akkord und Nachschicht.

Eine ausgeprägte Sehminderung links besteht bei dem Kläger schon seit längerem, hat nichts mit einem im Jahre 1999 in Bosnien-Herzegowina diagnostizierten Schlaganfall zu tun, auch wenn eine entsprechende Behandlungsdiagnose im Entlassungsschein des Allgemeinkrankenhauses T. zur stationären Behandlung des Klägers vom 10.03. bis 22.03.1999 an erster Stelle auftaucht mit "posttraumatische Anisokorie" (rechte Pupille geringfügig enger als die linke) und mit "status post contusio bulbi oculi sinisteris" (Zustand nach Prellung, Quetschung oder sonstiger äußerer Einwirkung auf den linken Augapfel). Eine spätere Sehschärfenbestimmung im Krankenhaus T. erst vom 24.01.2000 ergab einen Visus von 1,0 am rechten Auge und von 4/60 (entspricht 1/25 oder 0,04) am linken Auge. Ergänzend hierzu sind die neurologisch unauffälligen Befunde aus den Jahren 2001 und 2006 (keine Gesichtsfeldeinschränkung, Augenmotilität und Pupillomotorik in Ordnung) zu lesen. Die Anisokorie wurde in der Akte und auch vom Kläger bezogen auf ein Trauma im jugendlichen Alter. Ein stark eingeschränktes Sehvermögen links soll seit dem Jahre 1987 bekannt sein, festgestellt bei einer Kontrolluntersuchung für den Führerschein; er, der Kläger, habe dies nicht bemerkt. Bei den vorliegenden Befunden ist von praktischer Einäugigkeit seit dem Jahre 2000 auszugehen, so dass Arbeiten, die räumliches Sehen erfordern, nicht mehr möglich sind. Seit ca. Herbst 2005 hat der Visus des rechten Auges abgenommen (Visus 0,5 ohne Korrektur durch Gläser, Nahsicht ohne Brille gut möglich), ist aber durch eine Brille besserbar (vgl. die Ausführungen im Gutachten des Dr.E.). Aber selbst ein nicht korrigierter Visus von 0,5 bis 0,7 auf einem Auge bei Blindheit des anderen Auges lässt lediglich Berufe, die gutes Sehvermögen erfordern oder erhöhte Gefahren von Augenunfällen in sich bergen, nicht mehr zu. Arbeiten mit groben Ausführungen oder auch im lokal enger begrenzten Tätigkeitsbereich (Bildschirmarbeit!) können vollschichtig gut bewältigt werden (vgl. Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung, 5. Auflage, S.523 f.). Damit kommen für den Kläger unter anderem auch Arbeiten an kleineren Maschinen (im Sitzen), mit denen leichtere Werkstücke bei vorweg eingestellten Werten bearbeitet werden, in Frage, solange er nicht selbst schwierige manuelle Feinarbeiten durchzuführen hat.

Auf psychiatrischem Gebiet hat die Invalidenkommission I. im Gutachten vom 22.03.1991 ein reaktives depressiv-neurasthenisches Syndrom genannt. Insoweit ist aber eine Gesundheitsstörung von rentenrelevanter Bedeutung nicht nachgewiesen. Die Invalidenkommission nahm zum "depressiven Syndrom" Bezug auf den "Neuropsychiater", aber insoweit sind lediglich Untersuchungen aus dem Jahre 1988 für die Invalidenkommission wegen Kopfschmerzen mit den Diagnosen Cephalaea vascularis (EEG unauffällig) und Psychoneurosis reactiva bekannt, die mangels Beschreibung der Untersuchungen und der erhobenen Befunde nicht nachvollziehbare Behauptungen darstellen. Eine psychiatrische oder psychologische Behandlung fand jedenfalls nicht statt, und die Invalidenkommission I. , bestehend aus einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und einer Fachärztin für Sozialmedizin, konnte selbst keine brauchbaren Befunde erheben oder mitteilen. Wiedergegeben wurde ein im Wesentlichen unauffälliger psychischer Befund mit "bewusstseinsklar, orientiert, psychisch geminderte Grundstimmung (wechselhaft gestimmt, maximal fixiert auf die Herzbeschwerden)". Hieraus kann eine Gesundheitsstörung aus dem psychiatrischen Formenkreis nicht erschlossen werden, allenfalls der Eindruck, dass der Kläger ("neurasthenisch") sich selbst für leistungsunfähig hielt.

Im Gutachten der Invalidenkommission T. vom 29.03.2000 wurden keine Diagnosen hinsichtlich psychiatrischer Gesundheitsstörungen erhoben, und der beigelegte psychologische Bericht vom 25.01.2000 erscheint dem Senat unbrauchbar. Abgesehen davon, dass es sich hier wiederum um einen nicht nachprüfbaren Kurzbericht handelt (Anamnese: mentale Deterioration und chronische posttraumatische Enzephalopathie in Form von Kopfschmerzen, Psychasthenie, Depression, Psychosomatisierung insbesondere im Bereich des kardiovaskulären Bereichs. Psychischer Befund: intellektuelles Funktionieren verlangsamt und depressiv), ist hieran zu bemängeln, dass eine kritische ärztliche Beurteilung auf psychiatrischem Gebiet fehlt. Psychologische Befunde stellen nur Hilfsbefunde dar, die in Gesamtschau aller Umstände von einem Psychiater kritisch auszuwerten sind, und ersetzen nicht eine ärztliche Untersuchung und Beurteilung. Vorliegend ist aber der psychologische Befund bereits von den falschen Grundvoraussetzungen und einer unzutreffenden Krankheitsgeschichte (chronische posttraumatische Enzephalopathie) ausgegangen, so dass er sich im Bereich eines unfundierte Fabulierens bewegte und wohl daher auch von der Invalidenkommission T. unberücksichtigt blieb.

Weitere Befunde aus Bosnien-Herzegowina beschränken sich auf die Wiedergabe ehemals ohne erkenntliche Grundlagen gestellter

Diagnosen, oder stellen erneut in unsubstanziierter Weise neue Behauptungen auf, so zum Beispiel der zusammenfassende Bericht des Gesundheitshauses (Ärztliche Ambulanz) T. vom 01.04.2002 (Anamnese: hat ... Depressivität ...) und der neuropsychiatrische Befund vom 15.03.2002 (chronischer Kopfschmerz und begleitendes anxiös-depressives Syndrom im Bezug auf seine Gesundheit).

In Anbetracht der Widersprüchlichkeiten und Unzulänglichkeiten der Befunde aus Bosnien-Herzegowina konnte sich der Senat allein auf die Gutachten der Dres.M. und W. stützen. Hieraus ergab sich übereinstimmend, dass ein rentenerhebliches depressives Syndrom nicht vorlag. Die Stimmungslage des Klägers war nicht wesentlich gedrückt, der Antrieb nicht gemindert und das psychomotorische Tempo nicht verlangsamt, und bei ausreichender Schwingungsfähigkeit bestanden weder eine ausgeprägte Affektlabilität noch eine Affektinkontinenz. Trotz subjektiven Eindrucks des Klägers über Vergesslichkeit und Merkschwäche waren gröbere Störungen der mnestischen Funktionen nicht feststellbar (vgl. Gutachten des Dr.M.). Im Wesentlichen zu demselben Ergebnis kam Dr.Dr.W. ... Der Affekt des Klägers war nur bei angesprochenen ungünstigen Themen (Tränen wegen finanzieller Not) beeinträchtigt, und auch dieser Affekt vermochte nicht lange zu tragen. Es zeigte sich nebenbei eine Irritierbarkeit und Reizbarkeit sowie eine affektive Ängstlichkeit bei der Erwähnung eines möglichen Tumorleidens der Ehegattin. Wesentlich war jedoch, dass eine depressive Grundstimmung nicht bestand und Antrieb sowie Intentionalität nur im moderaten Umfang verkürzt waren. Zu Gunsten des Klägers kann wohlwollend allenfalls von rentenunerheblichen zeitweisen depressiven Verstimmungszuständen (so Dr.M.) ausgegangen werden, aber nicht von einer Gesundheitsstörung von Krankheitswert. Bemerkenswert ist es, dass seit dem Jahre 1988 weder eine psychiatrische Behandlung noch eine psychologische Betreuung stattfanden, und entsprechende Diagnosen nur im Zusammenhang mit Untersuchungen zu Rentenzwecken (1988 und ab 1999/2000) gestellt wurden, wohingegen der Kläger selbst später gegenüber Dr.Dr.W. behauptete, er sei nie depressiv gewesen.

Bedeutsames Gewicht konnte der Senat auch nicht einer zerebrovaskulären Störung im März 1999 bzw. den hieraus gefolgerten Einschränkungen des Gesundheitszustands des Klägers beismessen. Wie immer auch das unklare Ereignis im Frühjahr 1999 zu bewerten ist, so waren dennoch wesentliche und dauerhafte Folgen von mindestens einem halben Jahr nicht feststellbar. Ein Apoplex (Schlaganfall, Gehirnschlag, apoplektischer Insult) bleibt zweifelhaft. Es steht fest, dass jedenfalls eine Massenblutung (primär blutiger Insult) nicht erfolgt ist und die Ärzte erst nachträglich aus einem inhaltlich nicht bekannten Bericht zur stationären Behandlung des Klägers vom 10.03. bis 22.03.1999, aus nachträglich festgestellten Symptomen und aus einem nicht vorgelegten zerebralen Computertomogramm (gefertigt zwischen dem 20.04. und dem 03.05.1999, es sollen Ischämieanzeichen linksokzipital festgestellt worden sein) auf einen Hirninfarkt (primär unblutiger Insult) geschlossen haben, wobei die Diskussion einer Kopfverletzung des Klägers im Alter von zwölf Jahren mit einer Stunde Bewusstlosigkeit unterblieb. Erstaunlich ist, dass im Entlassungsschein zur stationären Behandlung vom 10.03. bis 22.03.1999 nichts über einen Gehirnschlag oder entsprechende Symptome vermerkt ist. Die Behandlung soll unter den Diagnosen posttraumatische Anisokorie und Zustand nach Kontusion des linken Augapfels (länger zurückliegendes Ereignis bzw. alte Gesundheitsstörung), absolute Arrhythmie und Proteinuria Diabetes mellitus latens erfolgt sein. Gleichwohl hat Dr.M. einen leichten Hirninfarkt mit vorübergehenden Folgen angenommen. Auch Dr.Dr.W. schloß ein "zerebrovaskuläres Ereignis" nicht aus, äußerte aber gravierende Bedenken an einem Apoplex im eigentlichen neurologischen Sinne. So erfolgte die Entlassung des Klägers aus stationärer Behandlung mit Schmerzmitteln und nicht mit durchblutungsfördernden Medikamenten, nicht einmal mit Aspirin als Thrombozytenaggregationshemmer. Die Schlaganfalltypische Nachbehandlung fehlte. Auffällig ist auch der Vermerk zur stationären Behandlung des Klägers, der sich bei Entlassung deutlich besser als bei der Aufnahme gefühlt hatte: "zeitweilig Diplopie und schwarze Punkte vor den Augen (Anmerkung des Senats: immerhin mögliche Zeichen eines Hirninfarkts), keine sonstigen Neurodefizite". Nicht zu vereinbaren mit einem Gehirnschlag ist auch der vom Kläger angegebene Kopfschmerz vor und während des angeblichen Ereignisses, weil - dies hat Dr.Dr.W. dargelegt - ein Schlaganfall schmerzfrei abläuft. Gleichwohl wurde in den Folgemonaten von einer neurologischen Symptomatik berichtet (Sehstörungen, Doppelbilder, angebliche Atmungsschwäche, Sprachstörungen). Erst sehr spät erfolgte ein Hinweis auf eine Hemiparese rechts; so soll nach dem Gutachten der Invalidenkommission T. vom 29.03.2000 im März 1999 eine Behandlung wegen Schlaganfalls mit Schwäche im rechten Arm und im rechten Bein und wegen Doppelbilder erfolgt sein, und jetzt noch als Restfolge eine abgeschwächte grobe motorische Kraft nur des rechten Armes vorhanden sein.

Bei der Untersuchung in der Ärztlichen Gutachterstelle R. gab der Kläger eine Hypalgesie (verminderte Schmerzempfindlichkeit) im gesamten rechten Arm an und weniger Kraft in der rechten Hand, wobei aber neurologische Hinweise auf eine (Teil-)Parese nicht zu finden waren, ebenso wenig Funktionsdefizite (kräftige Bemuskulung beidseits, Faustschluss nicht behindert). Bei der Untersuchung des Dr.E. am 29.11.2005 ergab sich, dass dem Kläger der Faustschluss und die Fingerstreckung problemlos möglich waren und die grobe Kraft beim Faustschluss rechts sich vermindert zeigte (0,3 Bar rechts, 0,65 Bar links), wohingegen am gleichen Untersuchungstag die Kraftmessung der oberen und unteren Extremitäten durch Dr.Dr.W. eine beidseits ungeminderte grobe Kraft der Arme ergab und nunmehr der Kläger einen fehlenden Faustschluss rechts demonstrierte, wobei er bei den vorausgehenden Anamneseerhebungen Lähmungen am rechten Arm und rechten Bein nur ca. eineinhalb bis zwei Monate nach Schlaganfall angegeben hatte. Bei unauffälligen neurologischen, klinischen und technischen Befunden erscheinen damit Restfolgen nicht nachgewiesen; auch der von Dr.Dr.W. immerhin aus glaubhaft angesehene und bei den Einschränkungen des Erwerbsvermögens berücksichtigte "funktionelle bzw. psychogene Charakter" einer Bewegungsstörung der rechten Hand ist nach Ansicht des Senats nicht in Erwägung zu ziehen, weil eine krankhafte, nicht steuerbare Willenshemmung auf Grund des zeitgleich von Dr.E. erhobenen Handbefunds (Faustschluss möglich und Entwicklung der groben Kraft der rechten Hand zur Hälfte) ausgeschlossen ist. Der Kläger ist im Übrigen Linkshänder, wie Dr.M. in seinem Gutachten vermerkt hat. Selbst wenn der Kläger mit der Beihand nur die Hälfte der groben Kraft wie links aufwenden könnte, sind ihm damit jedenfalls leichte körperliche Arbeiten problemlos möglich.

Angesichts der klinischen und technischen Befunde der Dres.E. und W. und der Angaben des Klägers erscheint das von ihm eingereichte Schriftstück "Befund und Gutachten der Gesundheitsorganisation Gesundheitshaus T." (örtliche Ambulanz, hier Allgemeinärztin Dr.J.) vom 01.04.2002 völlig unglaubhaft, zum Beispiel hinsichtlich der Schwäche des rechten Arms und des rechten Beins, zumal die vorausgehenden Gutachten der Dres.M. und R. und auch die vorausgehenden Facharztberichte aus Bosnien-Herzegowina entgegenstehen. Es scheint so zu sein, dass hier die behandelnde Ärztin zu Rentenzwecken Gefälligkeitsbescheinigungen ausgestellt hat oder ihr das "Zeitgitter" abhanden gekommen ist. Wird doch immerhin noch in der von der gleichen Ärztin ausgestellten Bescheinigung vom 13.04.2005 zu den Gesundheitsstörungen des Klägers seit 1987 ein chronisches Zwölffingerdarmgeschwür angeführt, das nach den sonstigen ärztlichen Unterlagen sowie auch laut Angaben des Klägers, der im Übrigen feststellbar seit 1989 an Übergewicht und nicht an relevanten Ernährungsstörungen leidet, in das Jahr 1980 zu datieren ist.

In Anbetracht aller Unterlagen musste der Senat von einem vorübergehenden Ereignis im März 1999 ausgehen, sei es im Sinne einer am

ehesten zutreffenden Migraine accompagnée laut Dr.Dr.W. oder einem leichteren Hirninfarkt; auch bei Letzterem handelt es sich wie bei jedem Apoplex (als Überbegriff) im Ergebnis um eine mit Sauerstoffmangel einhergehende Kreislaufstörung im Bereich einer umschriebenen Gehirnregion. Bleibende Folgen dieser Störung sind nicht gesichert, und damit im Zusammenhang stehende Diagnosen der Ärzte aus Bosnien-Herzegowina dubios. Mögliche Ursachen, zum Beispiel eine Arteriosklerose oder eine Arrhythmie des Herzens mit Vorhofflimmern (Thrombosenbildung) wurden ohne vorherige Untersuchungsbefunde wie eine gesicherte Erkenntnis in den Raum gestellt (vgl. Arztbriefe vom 12.08.1999 und 25.01.2000) und selbst bei späteren entgegenstehenden Befunden, z.B. der Dopplersonographie mit fehlenden Hinweisen auf eine Minderperfusion des Gehirns, von den in der Folgezeit tätig werdenden Ärzten kritiklos übernommen (vgl. zuletzt das Gesundheitshaus T. vom 13.04.2005 mit der Diagnose Arteriosklerose). Ein psychoorganisches Syndrom, das laut den fundierten Untersuchungsbefunden der Dres.M. und W. nicht vorliegt, entsteht aus der Diagnose eines beginnenden psychoorganischen Syndroms (neuropsychiatrischer Arztbrief vom 15.03.2002), mutiert bei der Übernahme der Diagnose durch Internisten und Allgemeinmediziner zu einem psychoorganischen Syndrom und führt seitdem ein Eigenleben, wobei die zu Grunde gelegten Ursachen (multipler vaskulärer Herd oder Arteriosklerose oder zerebrale Veränderungen bei posttraumatischer Enzephalopathie) ohne bzw. ohne hinreichende diagnostische Untersuchungen und Befundbeschreibungen wahllos in den Raum gestellt werden. Gleichzeitig werden vielfach Diagnosen gestellt, bei denen nicht ersichtlich ist, ob sie auf eigenen Erkenntnissen (welchen?) oder bloßen Angaben des Klägers zu Beschwerden beruhen oder irgendwo abgeschrieben worden sind, auf welchen Untersuchungen und wann sie erhoben worden sind und welchen Schweregrad die hieraus zu folgenden Gesundheitsstörungen bzw. Einschränkungen des Erwerbsvermögens haben. Ersichtlich wird meistens auch nicht, ob die Diagnose einen akuten oder längst vergangenen Zustand betrifft oder eine nachhaltig vorhandene Gesundheitsstörung. Aus unfundierten und teils widersprüchlichen ärztlichen Meinungen entsteht irgendwie das Bild eines von einem Apoplex auf Dauer schwer gezeichneten Versicherten, und die behandelnden Ärzte scheinen weiterhin dieses Bild auszumalen. So wird z.B. aus dem Umstand, dass dem Kläger - bei flüssigem und unbehindertem Gangbild - der wenig bedeutsame Stand auf den Fersen nicht möglich sein soll, sofort eine Gangataxie, damit ein neurologischer Ausfall (vgl. Gesundheitshaus T. vom 01.04.2002); nur nebenbei merkt der Senat an, dass laut Dr.M. dem Kläger der Fersengang möglich war und laut Dr.Dr.W. der Fersengang und der Fersenstand ausgeführt wurden. Aus Rachenschmerzen nachmittags werden im Heimatland des Klägers Sprachstörungen, und ein Tremor infolge hoch dosierter Psychopharmaka (zweimal täglich Diazepam) zur Behandlung eines vorübergehenden akuten Schwindelzustands im Oktober 2004 (vgl. das Gutachten des Dr.R. zu den Ursachen des Tremors) avanciert letzten Endes zu einem arteriosklerotisch verursachten Parkinson-Syndrom (Arztbrief der Ambulanz des Allgemeinkrankenhauses T. vom 04.04.2005), dessen Symptome allerdings - verständlicherweise - bei den Untersuchungen der Dres.W. und E. auch nicht annähernd erkennbar gewesen sind. Angesichts der mangelnden Sorgfalt, mit der ohne hinreichende Grundlagen Diagnosen erstellt, von dritten Ärzten unkritisch übernommen und letztlich ständig, auch wenn nicht mehr aktuell, bei "Kontrolluntersuchungen" wiederholt werden, vermag der Senat den aus T. stammenden Unterlagen, sei es vom Allgemeinkrankenhaus oder von den Ärzten der örtlichen Ambulanz, keinen maßgebenden Beweiswert zuzumessen.

Die früheren Kopfschmerzen des Klägers, nach nicht überprüfbaren, für die Invalidenkommission M. erstellten Diagnosen eines Neuropsychiaters aus dem Jahre 1988 bezeichnet als "vaskuläre Kopfschmerzen, vertebrobasiläre Insuffizienz", können nicht bedeutend gewesen sein, weil der Kläger, von Dr.M. darauf angesprochen, angab, danach nur gelegentlich bei Bedarf beim Nervenarzt vorstellig gewesen zu sein. Laut der von Dr.Dr.W. erhobenen Anamnese sollen Kopfschmerzen seit März 1999 bestanden haben, vorher vielleicht einmal im Jahr und nicht so stark. Der Kopfschmerz ist nach den von Dr.Dr.W. genau erfragten Angaben des Klägers unter eine Migräne einzuordnen, die in den letzten Jahren ca. dreimal im Monat eintritt. Die Schwindelerscheinungen des Klägers - angenommen werden sollen die für einige Monate nach der zerebrovaskulären Attacke im März 1999 ärztlicherseits vermerkten Schwindelgefühle - erscheinen dem Senat wenig fassbar. Gegenüber Dr.R. hat der Kläger nach Äußerung vieler Beschwerden und dann erst auf konkretes Befragen Schwindel beim Bücken und Wiederaufrichten geäußert. Nunmehr soll der Schwindel laut Angaben des Klägers gegenüber Dr.E. derzeit seit drei Monaten im Vordergrund der Gesundheitsstörungen stehen. Nach den von den Dres.E. und W. festgestellten Beschreibungen beginnt es meist mit einer Art von Drehschwindelsymptomatik (bei raschen Körperdrehungen), und es kommt dann zu einem Schwankschwindel, der bisher keine Stürze verursacht hat. Gegen eine kreislaufbedingte Schwindelsymptomatik sprechen die vom Kläger geschilderten Symptome und fehlende Anzeichen für eine Kreislaufdysregulation bei ergometrischer Belastung, wie Dr.E. dargelegt hat. Auch Dr.Dr.W. fand - eine klinisch definierte Schwindelsymptomatik konnte nicht objektiviert werden - keine organische Ursache und wertete den Schwindel auf Grund der Eigenanamnese des Klägers mit Wahrscheinlichkeit als phobischen Schwankschwindel. Unabhängig von der Ursache steht die Schwindelsymptomatik jedoch nicht einer leichten vollschichtigen Erwerbstätigkeit zu ebener Erde entgegen, da die Zustände lediglich drei- bis viermal pro Woche auftreten und jeweils nur wenige Minuten anhalten sollen.

Unter Berücksichtigung aller Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet sind dem Kläger psychisch belastende Tätigkeiten (Akkord, Schicht- und Nachtarbeit, Zeitdruck) und Arbeiten an ungeschützten laufenden Maschinen und im Bücken nicht mehr zumutbar, wobei sich hier weitestgehend Überschneidungen wegen der qualitativen Einschränkungen infolge der Gesundheitsstörung auf internistischem Gebiet ergeben. Eine angebliche Bewegungsstörung der rechten Hand ist nicht zu berücksichtigen; die (nicht gesicherte) Minderung der groben Kraft der rechten Hand (Beihand) fällt jedenfalls bei leichten körperlichen Tätigkeiten nicht ins Gewicht.

Auf orthopädischem Gebiet bestehen röntgenologisch geringe bis mäßiggradige degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule sowie eine mittel- bis hochgradige Osteochondrose bei L 5/S 1. Dem entsprechen relativ geringe endgradige Bewegungseinschränkungen, wie sie allein die Dres.R., E. und W. festgestellt haben (z.B. Finger-Boden-Abstand 20 bis 30 cm, wobei ein Wert bis 20 cm im altersüblichen Normbereich liegt). Ein chronisches zervikobrachiales und lumbosakrales Syndrom (Diagnose der Invalidenkommission I. vom 22.03.1991 ohne hinreichende Befundbeschreibung und -begründung) kann im wesentlichen Umfang nicht vorliegen (vgl. Gutachten der Invalidenkommission T. vom 29.03.2000: Wirbelsäule ordentlich geformt und beweglich, keine neurologischen Auffälligkeiten), weil sowohl die klinischen Befunde (Lasègue und Babinski negativ, Reflexe in Ordnung, keine sensiblen Defizite, kein Druckschmerz usw.) in den Jahren 2001 und 2005 ebenso negativ waren wie die von Dr.Dr.W. vorgenommene EMG-Untersuchung (keine Denervierungsaktivität bei L 4 bis S 1). Die Krankengeschichte aus Bosnien-Herzegowina ist seit fünf Jahren weitestgehend leer, und die zeitweisen, in Schultern, Arme und Beine ausstrahlenden Schmerzen laut neuropsychiatrischem Kontrollbericht vom 15.03.2002 werden durch keinerlei Befunde gestützt und stellen sich als ungeprüfte anamnestische Angaben des Klägers dar. Eine chronische Radikulopathie der Brustwirbelsäule (Schreibfehler?) und Lendenwirbelsäule im Attest der Dr.J. vom 13.04.2005 steht isoliert als Behauptung im Raum und ist jedenfalls mit den detaillierten Befunden der Dres.E. und W. nicht zu vereinbaren.

Unter Mitberücksichtigung einer endgradigen Behinderung der Hüftgelenke um ca. ein Viertel sind dem Kläger - was sich weitgehend bereits aus anderen Gesundheitsstörungen ergibt - wegen der Wirbelsäule nur mehr leichte Arbeiten (ohne schweres Heben und Tragen), nicht über

Kopf und bei gelegentlichem Wechsel der Körperposition möglich.

Eine linksbetonte komplikationslose Unterschenkelstammvarikosis, in unbedeutendem Umfang im Jahre 2001 diagnostiziert, ist von Dr.E. im verstärkten Umfang Ende des Jahres 2005 festgestellt worden und steht ab diesem Zeitpunkt Tätigkeiten, die dauerhaft im Stehen verrichtet werden, entgegen.

Ein in den Unterlagen aus Bosnien-Herzegowina nicht vermerkter beidseitiger Leistenbruch, festgestellt von Dr.R. und Dr.E. in den Jahren 2001 und 2005, verbietet das Heben und Tragen schwerer Lasten, was dem Kläger ohnehin auch aus anderen Gründen nicht zumutbar ist. Sozialmedizinisch nicht ins Gewicht fallen eine leichte Fettleber (ohne Anhalte für hierdurch bedingte Stoffwechselstörungen und für Leberzirrhose), eine Nierenzyste links bei erhaltenen Nierenfunktionen, ein Gallenstein und eine Hyperlipidämie. Ein in bosnischen Arztbriefen erwähnter latenter Diabetes mellitus hat sich bis zum Jahre 2005 in stärkerem Grad entwickelt, ist jedoch noch ohne Auswirkungen auf andere Organe und Gefäße geblieben. Unberücksichtigt muss bleiben, dass Diabetes und Übergewicht für die Gesundheit des Klägers erhebliche Risikofaktoren darstellen, die künftig eine rentenerhebliche Erwerbsminderung begründen können. Einer Hörminderung beidseits kommt noch keine Bedeutung zu. Sie ist so geringgradig, dass der Kläger Flüstersprache in drei Meter Abstand noch gut versteht.

Mit dem verbliebenen Leistungsvermögen kann der Kläger vollschichtig leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts mit zusätzlichen qualitativen Einschränkungen seit 1989 bis heute vollschichtig verrichten. In Frage kommt unter anderem das Bohren von Zylindermänteln und sonstigen kleinen Werkstücken. Es handelt sich nach der Arbeitsplatzbeschreibung um eine sitzende Tätigkeit (auf ebenen Gelände), die nicht mit Zwangshaltung verbunden ist und nicht im Akkord verrichtet wird. Es sind Teile von geringem Gewicht zu reinigen (Druckluft), in die Einlegevorrichtung kleinerer Werkzeugmaschinen zu platzieren und zu fixieren, anschließend der Arbeitsvorgang der Metallbearbeitung, die die Maschine selbständig übernimmt, auszulösen, dann das Werkstück zu entnehmen und wiederum zu reinigen. Die Organisation des Arbeitsablaufs ist eigenbestimmt, so dass auch Gelegenheit zu kleineren Pausen (persönliche Verteilzeiten) und damit zum Aufstehen besteht, was der Entlastung der Wirbelsäule dient. Die Arbeitsbelastung ist an aufzuwendender Kraft sehr gering (dynamische Beanspruchung der Arme bei Gewichten unter 100 g), und die Sinnes- und Nervenbeanspruchung (Wahrnehmung, keine schnelle Reaktionen erforderlich) findet in der leichtesten Stufe I statt. Die Arbeiten werden im Nahbereich verrichtet (Bewegen der Werkstücke vom Vorratsbehälter zur Maschine bei einer Entfernung bis 80 cm und Arbeitshöhe bis 30 cm), ein räumliches Sehen oder eine besonders gute Sehschärfe ist nicht erforderlich; feine Montierarbeiten sind nicht zu verrichten. Die Werkmaschinen besitzen die üblichen Schutzvorrichtungen; ein manuelles Hantieren an offen laufenden Maschinen entfällt. Der Arbeitsvorgang ist allereinfachster Art, so dass zum Anlernen eine Demonstration genügt und der Kläger sich keine speziellen Kenntnisse aneignen muss.

Die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit ab 1989 oder wegen voller/teilweiser Erwerbsminderung bzw. teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ab 2001 sind damit nicht erfüllt. Der Bescheid der Beklagten vom 18.10.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.08.2002 ist nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-10-27