L 14 RJ 92/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 5 RJ 1402/97 A
Datum
24.07.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 14 RJ 92/01
Datum
18.07.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Landshut vom 24. Juli 2000 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 verminderter Erwerbsfähigkeit seit April 1996.

Die im Jahre 1943 geborene Klägerin, eine kroatische Staatsangehörige, hat keinen Beruf erlernt und war in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) als Küchenhilfe und Kantinenhelferin und in Kroatien zuletzt als Putzfrau in einer Schule beschäftigt.

In der BRD erwarb sie Pfichtbeitragszeiten zwischen August 1971 und Dezember 1979, unterbrochen durch Zeiten der Schwangerschaft/Mutterschaft und Krankheit von Oktober 1973 bis Februar 1974, Dezember 1978 bis März 1979 und Mai bis Juli 1979. In ihrem Heimatland legte sie anrechenbare Versicherungszeiten zwischen April 1962 und Oktober 1970 sowie ununterbrochen von Januar 1985 bis September 1996, insgesamt rund 18 Jahre, zurück.

Am 10.04.1996 stellte sie bei der kroatischen Verbindungsstelle Antrag auf Rente wegen Invalidität bzw. wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, woraufhin sie in ihrem Heimatland ab 19.09. 1996 berentet wurde.

Im Auftrag der Beklagten untersuchte sie die Invalidenkommission in Zagreb am 03.12.1996 und stellte in dem Gutachten vom 23.01.1997 an Gesundheitsstörungen degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule mit Fehlhaltung und chronischem Cervikal- und Lumbalsyndrom sowie Wurzelreizung bei C 7/C 8 und L 5/S 1, eine Hüft- und Kniearthrose beidseits, eine chronische Myokardiopathie mit Reduktion der kardiovaskulären Kapazität um 42 % und atherosklerotischer und hypertonischer Angiopathie I. Grades, eine vertebrobasiläre Insuffizienz, eine Hypercholesterinämie und ein ängstlich-depressives Syndrom fest, weiterhin ein Fibroadenom der linken Brust, eine cystische fibrotische Mastopathie beidseits, eine Struma, einen Zustand nach Hysterektomie und Adnexotomie beidseits (1995) sowie einen Zustand nach Lungenembolie rechts (1979). Das depressive Syndrom soll chronifiziert und auf ein psychoorganisches Syndrom zurückzuführen sein; deswegen sei sie im Jahre 1995 in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses stationär behandelt worden.

Nach Auffassung der Invalidenkommission war die Klägerin seit 19.09.1996 (Beginn der kroatischen Rente) nicht mehr in der Lage, in dem bisher hauptsächlich ausgeübten Beruf - genannt ist im Gutachtenstext die Tätigkeit einer Küchenhilfe - wenigstens zwei Stunden täglich zu arbeiten. Dem Gutachten lagen zahlreiche ärztliche Befunde bei. Dr.D. vom Ärztlichen Dienst der Beklagten nahm hierzu am 21.03.1997 dahingehend Stellung, dass die Klägerin als Küchenhilfe nur unter zwei Stunden einsetzbar sei und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig leichte Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen verrichten könne.

Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 15.04.1997 lehnte die Beklagte eine Rentengewährung ab, weil die Klägerin zwar beeinträchtigt werde durch "Funktionsminderung der Wirbelsäule bei Verschleißerscheinungen, Wirbelsäulenfehlhaltung, Verschleißerscheinungen der Kniegelenke und Hüftgelenke, Herzleistungsminderung bei Herzmuskelschwäche, Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke (1995), Mastopathie der beiden Mamma und beginnende hirnorganische Leistungsstörung", jedoch noch in der Lage sei, vollschichtig leichte Arbeiten ohne überwiegend einseitige Körperhaltung, ohne besonderen Zeitdruck, ohne Schicht- bzw. Nachtdienst sowie in trockener, normal temperierter Umgebung zu verrichten und somit mindestens die Hälfte des vergleichsweise heranzuziehenden Arbeitseinkommens einer gesunden Vergleichsperson zu erzielen. Sie sei deshalb weder vorübergehend noch für dauernd berufsunfähig und auch nicht

erwerbsunfähig.

Mit dem hiergegen erhobenen Widerspruch machte die Klägerin geltend, sie sei unheilbar krank ohne Hoffnung auf eine Besserung oder Genesung und verwies nochmals auf die der Beklagten vorliegenden ärztlichen Unterlagen von Mai 1995 bis April 1997.

Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des Dr.D. wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28.07.1997 zurückgewiesen.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Landshut machte die Klägerin vor allem geltend, sie sei wegen ihres psychischen Zustands erwerbsunfähig, und legte zu ihren vielfältigen Gesundheitsstörungen ärztliche Berichte für den Zeitraum von Dezember 1995 bis September 1997 vor. In neurologisch-psy- chiatrischer Hinsicht ergaben sich hieraus u.a. ein Tremor der Hände im Ruhestand und ein stärkerer Positionstremor mit der Komponente eines Intentionstremors, weiterhin ein nervöses depressives Syndrom, das sich im Jahre 1993 entwickelt habe und im Jahre 1995 dekompensiert sei; das Krankheitsbild sei schwankend und inzwischen (1996) chronifiziert, so dass regelmäßige psychiatrische Kontrollen erforderlich seien.

Das Sozialgericht holte das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.N. vom 12.07.1999 ein. Dieser stellte an Gesundheitsstörungen ein depressives Syndrom mit nicht eindeutiger Zuordnung (Verdacht auf rezidivierende depressive Episoden, möglich sei aber auch eine dysthyme Störung) und ein Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ohne neurologische Ausfälle fest. Bei seiner jetzigen klinischen Untersuchung seien Hinweise für eine hirnorganische Veränderung oder Störungen der Hirndurchblutung im Sinne eines vertebrobasilären Syndroms nicht nachweisbar. Die Klägerin sei in der Lage, leichte und mittelschwere Arbeiten ohne Zeitdruck, Akkord und Wechselschicht sowie ohne häufiges Bücken und Heben schwerer Gegenstände zu verrichten. Es bestünden Zweifel an der von den kroatischen Ärzten festgestellten dauerhaften zeitlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, weil die Klägerin zwar eine massive depressive Verstimmung vortrage (die beim monatlichen Besuch eines Psychiaters in den letzten zwei Jahren nicht zu Exacerbationen geführt habe), aber Anhaltspunkte für vorübergehende Krankheitsepisoden vorlägen, eine kontinuierliche psychologische oder therapeutische Behandlung nicht stattgefunden habe und die Klägerin doch in der Lage sei, den Haushalt zu führen und sozial integriert zu sein (Verbringen der Tageszeit mit Kochen, Fernsehen, Gesprächen und Kontakten). Es sei anzunehmen, dass sie in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hausgehilfin oder Köchin oder in einer ähnlichen Hilfstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig tätig sein könne. In der ergänzenden Stellungnahme vom 30.03.2000 führte Dr.N. aus, nach Aktenlage seien Störungen beschrieben worden (neurologische Ausfallserscheinungen), die er bei der Untersuchung nicht reproduzieren und objektivieren habe können, dies gelte letztlich auch für die psychiatrischen Befunde, die dem Ausmaß nach nicht überzeugend seien. Die Tatsache, dass die Äußerungen der Klägerin über Beschwerden wie Inappetenz, chronische Müdigkeit und Desinteresse an den Dingen um sie herum mit dem erhobenen Befund der guten affektiven Schwingungsfähigkeit und der adäquaten Psychomotorik nicht in Einklang zu bringen seien, lasse auf eine Aggravation der Symptome schließen, zumal auch die Dokumentation in der Akte in den letzten vier Jahren sehr dürftig und wenig aussagekräftig sei und die Schwere der psychischen Störung nicht belege.

Nach (unzureichenden) Hinweisen auf die Absicht, durch Gerichts- bescheid zu entscheiden, wies das Sozialgericht die Klage mit Gerichtsbescheid vom 24.07.2000 ab und stützte sich hierbei vor allem auf das Ergebnis seiner Beweisaufnahme.

Mit dem Rechtsmittel der Berufung wendet sich die Klägerin gegen diese Entscheidung und die Aussagen des Dr.N. und weist auf die unterschiedliche Beurteilung ihres Gesundheitszustands durch die kroatischen Ärzte einerseits und die deutschen Ärzte andererseits hin. Sie trägt zahlreiche Gesundheitsstörungen vor und legt Arztberichte und -befunde aus Kroatien für die Zeit von November 1995 bis Juni 2001 vor.

Der Senat hat den Neurologen und Psychiater Dr.K. , den Chirurgen Dr.L. und den Internisten Dr.P. als ärztliche Sachverständige herangezogen. Bei Dr.K. gab die Klägerin an, ihre Hauptprobleme bestünden darin, dass ihr oft schwindlig sei und dass sie zittere. Der Schwindel trete schlagartig auf, sie fühle sich dann unsicher, ihr sei nicht übel, sie müsse auch nicht erbrechen; die Erscheinung dauere ein paar Minuten und gehe dann wieder weg. Wenn der Schwindel zu arg sei, suche sie zu Hause die Nothilfe des Krankenhauses auf oder lasse sich von einem ihrer Angehörigen dorthin bringen. Ihr Nervenleiden bestünde darin, dass sie seit mehr als 15 Jahren das Zittern habe, das in Ruhe nicht vorhanden sei und immer dann auftrete, wenn sie irgend etwas machen müsse, z.B. Hausarbeiten verrichten oder etwas unterschreiben. Wenn sie den Schwindel nicht hätte, wäre sie ihrer Einschätzung nach gesund und könnte auch in die Arbeit gehen, Bandscheibenprobleme habe sie ja schon seit mehr als 15 Jahren und dennnoch weiter gearbeitet. Die Depressionen habe sie seit 1995 (Totaloperation), danach sei bei ihr eine allgemeine Lustlosigkeit, eine allgemeine Interessenlosigkeit und eine gewisse Antriebslosigkeit aufgetreten, und sie fange sofort auch bei harmlosen Situationen das Weinen an, was vorher nicht der Fall gewesen sei. Dr.K. beschrieb in seinem Gutachten vom 07.12.2001, dass die Klägerin relativ unauffällig gewesen sei, aber plötzlich bei der Untersuchung "gewisse Verdeutlichungstendenzen" gezeigt habe. So habe sie plötzlich bei vorher unauffälligem Gangbild mit einem stakkatoartigen Gang und Zirkumduktion des rechten Beines, teilweise auch mit etwas merkwürdigen Hyperkinesen (Schlagen) reagiert, dabei sei gleichzeitig ein Ganzkörperzittern aufgetreten, welches nach Ablenkung sofort sistiert habe. Dann habe sie zu hyperventilieren und zu hecheln begonnen, wiederum habe ein Zittern am ganzen Körper eingesetzt. Beim Vorhalteversuch sei an beiden Händen ein grobschlägiger Wackeltremor aufgetreten, der bei Ablenkung, z.B. durch Kopfrechnen, sofort aufgehört habe. Bei weiterer Untersuchung seien zeitweise ein Wackeln der Arme und wiederum der Ganzkörpertremor aufgetreten. Der angegebenen gliedförmigen Taubheit des linken Beines entspreche, da dermatomüberlappend, kein organischer Befund. Bei Prüfung der Nervenleitgeschwindigkeit der Beine sei es zu einer fehlenden Willkürinnervation gekommen.

Dr.K. diagnostizierte ein ängstlich-depressives Syndrom, nach dem ICD 10 zu definieren als Neurasthenie, ein chronisches Lumbalsyndrom ohne begleitende neurologische Ausfälle und ein fraglicher gering ausgeprägter essentieller Tremor. Der Sachverständige führte aus, hirnorganische Störungen seien mit hinreichender Sicherheit auszuschließen, und zwar sowohl hirnorganisch bedingte kognitive Störungen als auch eine hirnorganische Wesensänderung. Dem von der Klägerin berichteten und gezeigten Tremor entsprächen keine objektivierbaren motorischen Ausfälle; sie seien als funktionell einzustufen, wobei eine leichte Form eines essentiellen Tremors nicht auszuschließen sei. Ein Zusammenhang mit einem im Heimatland der Klägerin teilweise unterstellten Parkinson-Syndrom bestehe aber nicht, da ein funktioneller Tremor und keinesfalls ein Antagonistentremor wie bei Morbus Parkinson anzunehmen sei. Die fehlende Sensibilität eines Beins sei psychogen ausgestaltet, zumal sich das angegebene Symptom nicht an das Versorgungsgebiet eines einzelnen Nervs oder an das

Versorgungsgebiet einer einzelnen lumbalen Nervenwurzel hielte und sich elektro- myographisch und elektroneurographisch völlig normale Befunde ergeben hätten. Hinweise für eine schwerwiegende lumbale Wurzelschädigung, wie sie wiederholt in den kroatischen Befunden mitgeteilt worden sei, hätten sich weder klinisch noch elektro- myographisch ergeben. Eine Vorderwurzelsubstanzschädigung im Bereich lumbaler Nervenwurzeln sei auszuschließen. Das Zeichen nach Lasègue sei negativ ausgefallen, so dass sich aus diesen Beschwerden bzw. Befunden keine spezifischen leistungsmindernden Konsequenzen ableiten ließen. Wie die angegebenen Schwindelanfälle zu interpretieren seien, müsse letztendlich offen bleiben, ein klinisches Korrelat hierzu sei nicht feststellbar gewesen. Hinweise für einen cerebral verursachten Schwindel hätten sich nicht ergeben. Die Hinweise der Klägerin, dass die Schwindelanfälle begleitet worden seien von einem Schwarzwerden vor den Augen, lasse an eine orthostatische Ursache denken, ohne dass eine solche letztendlich beweisbar wäre. Man solle trotzdem den Angaben der Klägerin insofern Rechnung tragen, als sie nicht mehr an laufenden Maschinen und auf gefahrgeneigten Arbeitsplätzen (Besteigen von Leitern und Gerüsten) eingesetzt werden sollte. Ansonsten sei ihre berufliche Leistungsfähigkeit dahingehend zu beurteilen, dass ihr leichte, fallweise auch mittelschwere körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne Zwangspositionen und ohne ausschließlich feinmotorische Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien.

Dr.L. diagnostizierte in seinem fachchirurgisch-orthopädischen Gutachten vom 06.12.2001 ein leichtgradiges Hals- und mittelschweres Lendenwirbelsäulensyndrom mit sich daraus ergebendem Funktionsdefizit ohne Zeichen eines peripher-neurogenen Defektes, Coxalgien rechts bei Senk-Spreizfüßen beidseits, bei Hallux-valgus-Deformität, bei leichtgradig verminderter Geh- und Stehfähigkeit und mit der Notwendigkeit des Tragens orthopädischer Hilfsmittel sowie Besenreiservarikosis im Entfall eines Ulkusleidens der Haut. Der Klägerin seien nicht mehr ausschließlich schwere und mittelschwere Arbeiten, ausschließliches Arbeiten im Stehen und Gehen sowie Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über zehn kg, häufigstem Treppen Steigen sowie häufigstem Besteigen von Leitern und Gerüsten zumutbar. Aus den Wirbelsäulenveränderungen und den Coxalgien entstehe die Forderung nach dem gelegentlichen Wechsel der Arbeitsposition im Gehen, Stehen und Sitzen; nicht mehr zumutbar seien häufiges Bücken, unterstellenderweise auch häufigste Überkopfarbeit bei zu diskutierendem Schulter-Arm-Syndrom; an die Kraft und Geschicklichkeit der Finger beider Hände könnten durchaus normale Ansprüche gestellt werden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne die Klägerin vollschichtig tätig sein, als Küchenhilfe - erst ab Januar 2001 - jedoch weniger als drei Stunden ohne Schaden für die Restgesundheit.

Dr.P. stellte in seinem Gutachten vom 24.01.2002 folgende Gesundheitsstörungen fest: Anamnestisch labile essentielle, medikamentös derzeit nicht behandelte arterielle Hypertonie ohne Endorganschädigung und Verdacht auf vertebrobasiläre Insuffizienz, weiterhin - ohne sozialmedizinische Relevanz - geringes Übergewicht, vorbekannte Hyperlipoproteinämie, Zustand nach zweimaliger postoperativer Lungenembolie 1979 und 1995 ohne bleibende Folgen, seit 1995 bekanntes kleines kavernöses Hämangiom im rechten Leberlappen, geringe Splenomegalie, Zustand nach subtotaler Strumektomie 1975, einzelne kleine Knoten in einer normal großen Restschilddrüse und euthyreote Stoffwechsellage. Die aus der Krankengeschichte folgende Hypertonie - der Sachverständige selbst hat Blutdruckwerte von 145/90 und 140/80 mmHg gemessen - schließe schwere und dauernd mittelschwere körperliche Arbeiten sowie Tätigkeiten mit Nacht- und Wechselschicht, im Akkord und mit hohen Anforderungen an die Stresstoleranz aus; auf gefahrengeneigte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, an laufenden Maschinen und am Fließband sollte wegen der diffusen Schwindelsymptomatik grundsätzlich verzichtet werden. Die Klägerin sei in Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts vollschichtig einsetzbar, den Beruf einer Küchenhilfe könne sie aufgrund des Bluthochdrucks nicht mehr ohne Schaden für die Restgesundheit ausüben.

Die Klägerin hat zu dem Ergebnis der Beweisaufnahme trotz Aufforderung des Senats keine Stellungnahme abgegeben.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß), den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Landshut vom 24.07. 2000 sowie den Bescheid vom 15.04.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, seit Rentenantrag zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat lagen zur Entscheidung die Prozessakten beider Rechtszüge vor. Zur Ergänzung des Tatbestands, insbesondere hinsichtlich des Vorbringens der Klägerin und des Inhalts der ärztlichen Unterlagen, wird hierauf sowie auf die zu Beweiszwecken beigezogene Versichertenakte der Beklagten Bezug ge- nommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143 ff., 151 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -), jedoch in der Hauptsache unbegründet.

Auch der Senat ist zu der Überzeugung gekommen, dass der Klä- gerin kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit (geminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne von §§ 43, 44 SGB VI in den von 1992 bis 2000 geltenden Fassungen) oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI in der ab 01.01.2001 geltenden Fassung) zusteht.

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 Sieb- tel der monatlichen Bezugsgröße bzw. monatlich 630,00 DM über- steigt; erwerbsunfähig ist nicht, wer eine Tätigkeit vollschich- tig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 44 Abs.2 SGB VI in den vom 01.01.1992 bis 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.).

Ein Rentenanspruch nach allen genannten Vorschriften steht der Klägerin nicht zu. Sie erfüllt zwar die allgemeine Wartezeit für den Rentenbezug und - zur Zeit der Antragstellung - die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, aber nicht die medizinischen. Auf orthopädischem (und neurologischem) Gebiet liegt ein mittelschweres Lendenwirbelsäulen-Syndrom und ein leichtgradiges Halswirbelsäulen-Syndrom vor. Den degenerativen Veränderungen insbesondere spondylotischer Art (C 2 bis C 7 und L 3 bis S 1) mit Bandscheibenschäden (erhebliche Verschmälerung der Intervertebralräume bei C 6/C 7 und L 5/S 1) entsprechen eine gering eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule und eine mehr eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (Seitneigung und Rotation unbehindert, Vorwärtsbeugung um die Hälfte der Norm eingeschränkt, Finger-Boden-Abstand jetzt 50 cm im Vergleich zu 36 cm im Jahre 1996). Die aus Kroatien in mehreren Arztbriefen (unter anderem aus den Jahren 1990, 1995 und 2001) mitgeteilten Nervenwurzelreizungen bei C 7/C 8, gering auch bei C 6, weiterhin L 5/S 1, haben sich anlässlich der Untersuchungen der Klägerin in Deutschland durch Dr.N. , Dr.K. und auch Dr.L. nicht bestätigen lassen, und zwar weder messtechnisch (EMG, ENG) noch durch körperliche Unter- suchung (Lasègue sches Zeichen, Muskeleigenreflexe, Reflexe, Babinski usw.). Bei der segmentalen Bandscheibenschädigung in Frage stehende, örtlich auf die möglicherweise jeweils betroffenen Nervenwurzeln und Nervenbahnen beschränkte Reiz- und Ausfallserscheinungen ("Dermatomhinweise") waren nicht zu finden. Insbesondere Dr.K. und Dr.L. haben darauf hingewiesen, dass die von der Klägerin behauptete fehlende Sensibilität des linken Beines sich weder durch technische Befunde noch organisch nachweisen ließen und nicht glaubhaft seien, weil sie sich nicht an das Versorgungsgebiet eines einzelnen Nervs oder an das Versorgungsgebiet einer einzelnen lumbalen Nervenwurzel hielten. Ebensowenig ließen sich ein von der Klägerin bei der Untersuchung durch Dr.K. plötzlich demonstriertes Hinken des linken Beines und stakkatoartige Bewegungen erklären und müssen auf ein willentlich gesteuertes Verhalten zurückgeführt werden. Eine wesentliche Beeinträchtigung der Geh- und Stehfähigkeit ist - auch aus anderen Ursachen - nicht feststellbar. Das Gangbild der Klägerin zeigte sich bei allen Untersuchungen - abgesehen die bei Dr.K. plötzlich demonstrierten Störungen - als normal, und die Muskulatur erwies sich bei allen ärztlichen Untersuchungen im Berufungsverfahren seitengleich kräftig ent- wickelt, ebenso war die Fußsohlenbeschwielung seitengleich kräftig ausgebildet.

Eine erhebliche Beeinträchtigung der Geh- und Stehfähigkeit (im Sinne einer Beschränkung der Gehleistung auf 500 m oder darunter) ist auch nicht aus Befunden der unteren Extremitäten herzuleiten. Eine Coxalgie des rechten Hüftgelenks führt zu einer lediglich endgradig eingeschränkten Innendrehfähigkeit des Gelenks, die Knie- und Sprunggelenke erwiesen sich als frei beweglich bei Bandstabilität, negativen Meniskuszeichen und fehlenden Ergüssen. Die Beeinträchtigung der Fußgewölbe im Sinne ausgeprägter Senk-Spreiz-Füße bei Hallux valgus-Deformität lässt sich im Wesentlichen durch zumutbares Benutzen orthopä- discher Hilfsmittel kompensieren.

Unter Berücksichtigung der Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Gebiet sind der Klägerin ausschließlich schwere und mittelschwere Arbeiten und ausschließliches Arbeiten im Gehen und Stehen nicht mehr zumutbar, ebensowenig das Heben und Tragen von Lasten über zehn kg sowie Tätigkeiten, die gehäuft mit Treppensteigen und Steigen auf Leitern und Gerüsten verbunden sind.

Eine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin ist, wie zuletzt der Orthopäde Prof.Dr.D. aus Zagreb im Arztbrief vom 16.01.2001 bescheinigt hatte (definitiv und irreversibel soll vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegen bzw. eine restliche Arbeitsfähigkeit nicht mehr vorhanden sein) nicht begründen. In dem genannten Arztbrief findet sich eine unkritische Summierung einzelner Diagnosen, zumeist ohne hinreichende Befundbeschreibung und ohne Feststellung der tatsächlichen Funktionseinschränkungen. Auf orthopädischem Gebiet sind nahezu ausschließlich lediglich röntgenologische Befunde mitgeteilt worden, die allein für sich ohne Aussagekraft sind; außerdem hat Prof.Dr.D. anscheinend wahllos Diagnosen auch aus fachfremden Gebieten aneinander gereiht, wobei offensichtlich keinerlei Prüfung erfolgt ist; so findet sich zum Beispiel die unzutreffende Diagnose eines Parkinson-Syndroms, die in früheren Jahren bereits einmal zu Unrecht in Kroatien gestellt worden ist und von der die dortigen Nervenärzte wieder abgerückt sind. Anlässlich derartiger unsorgfältiger Zusammenstellung möglicher Gesundheitsstörungen und - ohne Erhebung funktioneller Befunde - wertender, nicht nachvollziehbarer Umschreibung der angeblichen Schwere der genannten Gesundheitsstörungen liegt es auf der Hand, dass das Gericht solche unschlüssigen und unvollständigen ärztlichen "Berichte" nicht seiner Beurteilung zugrunde legen kann.

Auf internistischem Gebiet liegt im Wesentlichen ein leichter labiler Bluthochdruck vor (von Dr.P. gemessene Werte von 145/90 und 140/80 mmHg); deswegen sollte die Klägerin Tätigkeiten mit Nacht- und Wechselschicht, im Akkord und mit hohen Anforderungen an die Stresstoleranz meiden.

Unklar hinsichtlich der Ursache und auch des Schweregrades der Gesundheitsstörungen muss der von der Klägerin angegebene Schwankschwindel bleiben, der laut Klägerin (vgl. Anamnese im Gutachten des Dr.P.) sich darstellen soll als ein in der Regel ungerichteter diffuser Schwankschwindel, gelegentlich verstärkt bei schnellem Aufstehen im Sinne einer wohl zusätzlichen bestehenden Orthostaseneigung, wobei es aber zu einem Sturz, einem Kollaps oder einer Synkope bisher nicht gekommen ist. Der Schwindel solle ein paar Minuten andauern und dann wieder weggehen, es gehe ihr dann auch wieder gut (vgl. Anamnese im Gutachten des Dr.K.). Die Diagnose einer vertebrobasilären Insuffizienz (vgl. stationärer Aufenthalt im Klinischen Krankenhaus "Dubrava" zur diagnostischen Abklärung vom 23. bis 30.03.2001), d.h. eine Minderdurchblutung des vertebrobasilären Kreislaufs, beruht - wie Dr.K. dargelegt hat - auf keinen typischen klinischen Untersuchungsbefunden. Hinweise auf einen cerebral bedingten Schwindel ergaben sich nicht, ebenso wurde in Kroatien eine Störung des Gleichgewichtsorgans HNO-ärztlich ausgeschlossen. Die Vermutung des Dr.K. , dass - wegen des mit dem Schwindel verbundenen Schwarzwerdens vor den Augen - an eine letztendlich nicht beweisbare orthostatische Ursache gedacht werden könne, stellt sich als bloße Vermutung dar, wie auch Dr.P. bestätigen konnte. Auf internistischem Gebiet käme allenfalls die labile arterielle Hypertonie der Klägerin als Mitursache in Frage, was aber aufgrund des Verlaufs und der geringen Ausprägung des Bluthochdrucks eher unwahrscheinlich ist; krisenhaft erhöhte Werte sind nie vorgekommen, und sonstige gravierende Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind nicht festzustellen.

Die Angaben der Klägerin zu ihren Schwindelbeschwerden - sie selbst beschwerte sich bei Dr.K. darüber, dass ihr manche der kroatischen Ärzte auch nicht glaubten - sind nicht ohne Widerspruch. So soll der Schwindel erst im März 2001 aufge- treten sein, andererseits auch

wiederum jahrelang bestehen, einerseits nur zeitweise, andererseits nahezu täglich auftreten. Untypischerweise sollen nach Angaben der Klägerin gegen die Schwindelerscheinungen Beruhigungsmittel, die sie - neben ärztlich verordneten Mitteln - selbst hinzu gekauft habe, am besten helfen. Nachdem Dr.K. und Dr.P. einen gewissen Kernbereich der Schwindelerscheinungen trotz der ungeklärten Ursache als glaubhaft angesehen haben, geht der Senat auch davon aus, und sind der Klägerin unter Mitberücksichtigung des labilen Bluthochdrucks nur mehr leichte und zeitweise mittelschwere Arbeiten ohne Nacht- und Wechselschicht, ohne Akkordbedingungen und ohne hohe Anforderungen an die Stresstoleranz zumutbar, wobei gefahrengeneigte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an (ungeschützten) laufenden Maschinen und am Fließband vermieden werden sollten.

Auf psychiatrischem Gebiet liegt - wie Dr.K. dargelegt hat - eine psychoreaktive Störung (ängstlich-depressives Syndrom) vor, die in etwa dem Krankheitsbild der Neurasthenie entspricht; gewisse Formen von Angst und auch von Depressivität sind bei einem solchen Krankheitsbild typisch, ebenso der von Dr.K. festgestellte "emotional etwas instabile Eindruck". Hinweise auf eine rezidivierende depressive Störung ergaben sich bei der Exploration durch Dr.K. nicht, ebensowenig Hinweise für eine sonstige Erkrankung aus dem endogenen Formenkreis. Die Klägerin war - ebenso bei Dr.N. - in allen Qualitäten orientiert, es bestanden keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen, ebensowenig mnestische Störungen. Auch eine Auffälligkeit im Sinne eines organischen Psychosyndroms, das sich in erster Linie durch Ausfälle kognitiver Leistungen zeigt, war bei den Untersuchungen nicht feststellbar.

Eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ist aus dem ängstlich-depressiven Syndrom nicht ableitbar. Eine stationäre Behandlung erfolgte lediglich im Jahre 1995, wobei die Klägerin wegen organischer Gesundheitsstörungen vom 16.10. bis 18.11.1995 im Klinischen Krankenhauszentrum Zagreb aufgenommen war und anschließend ihre Verlegung in die psychiatrische Abteilung zur weiteren Diagnostik und Behandlung erfolgte. Ein akutes Geschehen lag aber damals nicht vor. In der Folgezeit ist eine kosequente Therapie nicht durchgeführt worden; die Klägerin erschien lediglich regelmäßig zu psychischen Kontrolluntersuchungen. Anlässlich der Begutachtungen in der Bundesrepublik Deutschland war auch ein besonderer Leidensdruck nicht erkennbar; die affektive Schwingungsfähigkeit erwies sich als gut und die Psychomotorik als adäquat.

Aus den genannten Gründen lässt sich aus einem depressiven Syndrom eine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens der Klägerin nicht herleiten. Aus der Gesundheitsstörung folgen auch keine anderen oder zusätzlichen Leistungseinschränkungen, als sie ohnehin bereits von Dr.P. für einen labilen Bluthochdruck vorgesehen sind.

Ein Händetremor führt lediglich zu der Einschränkung, dass der Klägerin keine ausschließlich feinmotorischen Verrichtungen mehr zumutbar sind. Der von der Klägerin gezeigte Tremor ist nur in geringem Umfang als Gesundheitsstörung zu werten und im Übrigen "funktionell" bedingt. Bereits aus den zahlreichen kroatischen Arztbriefen geht hervor, dass nicht nur ein Händezittern "in Ruhestellung" vorliegt, sondern auch ein "Positionstremor oder/und Intentionstremor" bzw. ein "Positionstremor mit Intentionskomponente" vorliegen. Das Wort Intention (Absicht) deutet bereits darauf hin, dass (zumindest zum Teil) ein willentlich gesteuertes Verhalten vorliegt.

Eine neurologische Ursache für den Tremor ist nicht objektivierbar. Insbesondere eine Parkinson sche Erkrankung, wie sie in Kroatien vermutet und kurzzeitig (vergeblich) medikamentös behandelt worden ist, scheidet aus, weil bereits der hierfür typische Antagonistentremor fehlt. Dr.K. konnte - bei unauffälligen messtechnischen Ergebnissen - eindeutige Zeichen von "Verdeutlichungstendenzen" und ein bewusst demonstriertes Verhalten feststellen, unter anderem die Vorgabe eines grobschlägigen Armzitterns beidseits, das bei Ablenkung der Klägerin aufhörte, oder ein demonstriertes Hinken, Hecheln und Hyperventilieren, was durch eine Ermahnung abgestellt werden konnte. Damit bleibt allenfalls fraglich, ob eine leichte Form eines essentiellen Fingertremors vorliegt. Dr.K. konnte dies nicht ausschließen; Dr.N. hat bei der Klägerin bei Vorhalten der Arme einen kaum wahrnehmbaren feinschlägigen Tremor festgestellt. Unter Berücksichtigung dessen sowie der kroatischen Befunde geht der Senat von einem leichten Tremor aus. Sind damit auch Tätigkeiten mit ausschließlich feinmotorischen Arbeiten nicht mehr zumutbar, so ist aber zu sehen, dass keine schwerwiegende Gesundheitsstörung vorliegt. Wie Dr.L. ausgeführt hat, können an die Kraft und die Geschicklichkeit der Finger durchaus normale Ansprüche gestellt werden.

Weitere Gesundheitsstörungen der Klägerin sind für ihr Erwerbsvermögen ohne Bedeutung.

Mit ihrem eingeschränkten Leistungsvermögen ist sie zwar nicht mehr in der Lage, den Beruf einer (ungelernten) Küchenhilfe und Kantinenhelferin auszuüben, da hier durchaus auch schwere Hilfsarbeiten (zumindest das Heben und Tragen von Lasten) anfallen können und zudem die Tätigkeit fast ausschließlich im Gehen/Stehen ausgeübt wird. Bei der Fähigkeit zu vollschichtig leichten und teilweise mittelschweren Arbeiten kann die Klägerin aber auf alle den qualitativen Leistungseinschränkungen Rechnung tragenden ungelernten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auf dem Gebiet der gesamten Bundesrepublik Deutschland verwiesen werden. Ein Berufsschutz kommt ihr als ungelernte Kraft nicht zu Gute.

Daher war die Berufung mit der Kostenfolge aus § 193 SGG zurückzuweisen.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-10-16