

## L 16 RJ 89/96

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

16

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 11 Ar 654/94

Datum

17.01.1996

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 16 RJ 89/96

Datum

03.03.1999

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 17. Januar 1996 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin auch im Berufungsverfahren zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die am ... 1947 geborene Klägerin hat keinen Beruf erlernt. Sie hat ab September 1962 bis Juli 1975 in erster Linie als Küchenhilfe/Beiköchin gearbeitet, zeitweise auch als Hausangestellte, Werkarbeiterin und Heimarbeiterin. Von August 1975 bis Januar 1990 widmete sich die Klägerin der Erziehung ihrer Kinder und stand in keinem Arbeitsverhältnis. Vom 01.01.1990 bis 30.09.1992 war die Klägerin nochmals Gastwirtschaftsgehilfin und vom 21.10.1992 bis 25.01.1993 Werkarbeiterin (Verpackerin in der Zwiebackfabrik ...). Danach war sie arbeitslos und arbeitsunfähig. Die Beklagte hat der Klägerin zwei Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt, die vom 03.12.1991 bis 31.12.1991 und vom 05.01.1994 bis 15.02.1994 in Bad Gögging stattfanden. Nach beiden Rehabilitationsmaßnahmen wurde jeweils festgestellt, daß die Klägerin den Beruf der Köchin nicht mehr ausüben, aber noch leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten könne.

Am 17.02.1994 hat die Klägerin bei der Beklagten die Gewährung einer Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit beantragt. Die Beklagte hat einen aktuellen Befundbericht des behandelnden Allgemeinarztes Dr ... beigezogen. Sie hat hierzu eine sozialärztliche Stellungnahme der Internistin Dr ... vom 15. März 1994 eingeholt, die der Auffassung war, daß die Klägerin noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig verrichten könne. Die Beklagte hat daraufhin mit Bescheid vom 25. März 1994 den Antrag zurückgewiesen. Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 25. April 1994. Die Klägerin berichtet von Schmerzen am ganzen Körper und legt hierzu ein weiteres Attest des Allgemeinarztes Dr ... vom 15. April 1994 vor. Die Klägerin sei in keiner Weise mehr in der Lage, vollschichtig zu arbeiten. Bei der Klägerin liege ein Fibromyalgiesyndrom vor, das äußerst therapieresistent sei und ständig Schmerzen verursache. Die Beklagte hat hierzu eine sozialärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr ... eingeholt, der keine Änderung der Leistungsbeurteilung, wie sie im Rahmen des stationären Heilverfahrens im Januar/Februar 1994 erfolgt war, erkennen konnte. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 16. Juni 1994 zurückgewiesen. Hiergegen richtet sich die Klage vom 7. Juli 1994. Die 47jäh- rige Klägerin sei geprüfte Hauswirtschafterin. Sie sei bis 1970 in dem erlernten Beruf und anschließend als Köchin in Großküchen beschäftigt gewesen. Von 1990 bis 1991 habe sie vorübergehend und krankheitsbedingt als Gaststättengehilfin und Werkarbeiterin gearbeitet. Das für die Bewertung des der Klägerin verbliebenen Leistungsvermögens maßgebliche Krankheitsbild eines Fibromyalgie-Syndroms sei in den ärztlichen Beurteilungen nicht ausreichend gewürdigt worden. Das SG hat aktuelle Befundberichte des Allgemeinarztes Dr ... und des Frauenarztes Dr ... eingeholt. Dann wurde mit Beweisanordnung vom 6. März 1995 der Orthopäde Dr ... zum Sachverständigen ernannt, der das Gutachten vom 4. Mai 1995 erstellt hat. Dr ... hat folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: 1. Generalisiertes Fibromyalgie-Syndrom mit Befall des Rumpfes und der oberen und unteren Extremitäten. 2. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. 3. Folgen einer Meniskusresektion des rechten Kniegelenkes. 4. Hallux rigidus rechts. Die Klägerin könne wegen des generalisierten Fibromyalgie-Syndroms nur mehr zwei Stunden bis unterhalbschichtig arbeiten. Die zeitlich befristete Einschätzung gründe sich auf die rasche Ermüdbarkeit und Schmerzhaftigkeit der Muskulatur sowie das erheblich verminderte körperliche Leistungsvermögen der Klägerin. Zu dem Gutachten von Dr ... hat für die Beklagte der Chirurg Dr ... Stellung genommen. Dr ... habe von seiten des Stütz- und Bewegungsapparates keinen Befund angeführt, der geeignet wäre, bei der Versicherten ein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen zu begründen. Er weise lediglich an verschiedenen Stellen seines Gutachens auf deutlich aktive Triggerpunkte und auf die von der Klägerin geäußerten Schmerzen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates hin. Der von Dr ... getroffenen Beurteilung eines nur mehr zweistündigen bis unterhalbschichtigen Leistungsvermögens sei zu widersprechen. Dr ... verweist auf die Ausführungen im Kapitel "Fibromyalgie" in dem vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger herausgegebenen Buch "Sozialmedizinische Begutachtung in der

gesetzlichen Rentenversicherung". Danach sei bei Patienten mit gesicherter Fibromyalgie und erheblichem Leidensdruck die Leistungsfähigkeit wegen der ungünstigen Prognose zwar auf Dauer beeinträchtigt. Eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten bleibe bei Beachtung gewisser qualitativer Einschränkungen jedoch in aller Regel erhalten. Daraufhin wurde der Nervenarzt Dr ... zum Sachverständigen ernannt, der das Gutachten vom 11.10.1995 erstellt hat. Dr ... geht von einer längerfristigen depressiven Reaktion bei chronischem Schmerzsyndrom im Bereich der Wirbelsäule aus. Es lägen aber keine schweren Affekt- und Antriebsstörungen und auch neurologischerseits keine pathologischen Befunde vor. Aus psychiatrischer Sicht könnten Arbeiten ohne schwerwiegenden Zeit- und Leistungsdruck vollschichtig verrichtet werden. Aus neurologischer Sicht seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten vollschichtig möglich. Auf ergänzende Anfrage der Kammer hat Dr ... ausgeführt, daß er Dr ... insofern nicht zustimme, als dieser nur mehr eine Tätigkeit von zwei Stunden bis unterhalbschichtig für möglich halte. Dr ... gehe nicht auf die psychische Symptomatik ein. Es liege eine erhebliche psychogene Beteiligung des Schmerzsyndroms vor, das auch eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Klägerin hervorrufe, aber leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten noch vollschichtig zumutbar erscheinen lasse. Schließlich wurde noch die Allgemeinärztin und Sozialmedizinerin Dr ... zur Sachverständigen ernannt, die das Gutachten vom 17.01.1996 erstellt hat. Dr ... hat folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: 1. Fibromyalgiesyndrom. 2. Degenerative Wirbelsäulenveränderungen. 3. Kniegelenksarthrose rechts, Zustand nach Hallux-valgus-Operation beidseits, Zustand nach Meniskusoperation rechts 5/93. 4. Reaktiv-depressive Verstimmung bei chronischem Schmerzsyndrom. 1992 sei in der Rheumaeinheit der Universität München ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden. Dieses erkläre die Art und die Intensität der Schmerzen, wobei typischerweise hierdurch keine Funktionseinschränkungen resultieren würden. Bei der Klägerin stehe ganz eindeutig das chronische Schmerzsyndrom durch die Fibromyalgie mit den entsprechenden Triggerpunkten im Vordergrund. Dr ... beschreibe das Krankheitsbild und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zutreffend. Die Leistungsfähigkeit werde wie im Gutachten von Dr ... bewertet.

Das SG hat mit Urteil vom 17.01.1996 die Beklagte verurteilt, der Klägerin Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab 01.03.1994 auf Dauer zu zahlen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 23.02.1996. Entscheidend sei vorliegend der medizinische Meinungsstreit, ob das bei der Klägerin im Raum stehende Fibromyalgiesyndrom aus psychiatrischer oder aus orthopädischer bzw. internistischer Sicht zu beurteilen sei. Entgegen der Auffassung der Gutachterin Dr ... , die die Einholung eines psychiatrischen Zusatzgutachtens nicht nachvollziehen könne, sei darauf hinzuweisen, daß bei den sogenannten Fibromyalgiesyndromen psychische Faktoren eine ganz erhebliche Rolle spielen würden. Der psychiatrische Untersucher Dr ... führe aber aus, daß aus seiner Sicht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten noch vollschichtig möglich seien. Die vom Gericht aufgeworfene Frage des tatsächlichen Ausmaßes des Schmerzempfindens und der objektiven Leistungseinschränkung könne weder der Orthopäde noch der Internist schlüssig beantworten. Zwar könne auch der Psychiater hier keine abschließende Objektivierung vornehmen, er könne aber den Leidensdruck und die Auswirkung der Schmerzsymptomatik aus psychiatrischer Sicht vor einem anderen Wissenshintergrund besser beurteilen. Bei der vorliegenden Fallgestaltung sei daher der psychiatrische Gutachter von entscheidender Bedeutung. Das SG hat einen aktuellen Befundbericht des Allgemeinarztes Dr ... eingeholt. Daraufhin wurde zum einen der Orthopäde Dr ... zum Sachverständigen ernannt, der das Gutachten vom 29. Oktober 1996 erstellt hat. Dr ... hat folgende Diagnosen gestellt: 1. Osteochondrose C 4 bis C 7, Spondylosis deformans, Uncovertebralarthrose und mäßige Fehlhaltung der Halswirbelsäule. 2. Osteochondrose BWK 8 bis 9 und 10 bis 12; Spondylose der Brustwirbelsäule, leichte Costotransversalarthrose, Rundrücken mit Keilwirbeln nach Wachstumsstörung. 3. Osteochondrose L 1 bis L 3 und L 4 bis S 1, Baastrup-Syndrom, Spondylose der Lendenwirbelsäule, Ileosacralgelenksarthrose. 4. Initiale Coxarthrose beidseits. 5. Angedeutete Omarthrose beidseits, leichte Insertionsendopathie an beiden Oberarmköpfen. Die Klägerin könne noch wenigstens leichte körperliche Arbeiten vollschichtig verrichten. Zeitliche Einschränkungen seien nicht begründbar, da der erforderliche Wechsel zwischen Sitzen und Stehen jederzeit ausgeführt werden könne, Hinweise auf eine floride Nervenwurzelirritation fehlen und angesichts der Schrunden an den Handflächen und der gut ausgeprägten Fußsohlenbeschwellung der Schluß gezogen werden könne, daß sich die Klägerin grundsätzlich noch körperlich gut belasten könne. Das orthopädische Vorgutachten von Dr ... erfülle sowohl von der Befunderhebung als auch der Interpretation der mitgeteilten subjektiven Empfindungen nicht die Kriterien eines Gerichtsgutachtens. Die Auffassungen des Gutachters über eine zeitlich verringerte Leistungsfähigkeit der Klägerin sei nicht begründbar und insbesondere durch die heutige Untersuchung nicht nachzuvollziehen.

Des weiteren wurde der Psychiater Dr ... zum Sachverständigen ernannt, der das Gutachten vom 20.01.1997 erstellt hat. Dr ... hat folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronifiziertes depressives Syndrom im Sinne einer Dystymie. 2. Schmerzsyndrom der Wirbelsäule. Differentialdiagnostisch könne eine schwere Neurose oder Persönlichkeitsstörung sowie eine endogene Depression ausgeschlossen werden. Auch Hinweise für eine hirnganische Ursache würden sich nicht finden. Die Klägerin könne noch leichte Arbeiten vollschichtig verrichten. Hierzu haben die Klägerevertreter mit Schriftsatz vom 24. Februar 1994 Stellung genommen. Das Gutachten von Dr ... könne weder von der Diagnose noch von der Leistungsbeschreibung her als aussagekräftig anerkannt werden. Auch die Aussagen von Dr ... seien nicht nachvollziehbar. Der Gutachter lasse die Beeinträchtigungen von Patienten, die an einer Fibromyalgie leiden, wie aus einem Lehrbuch Revue passieren, ohne eine Beurteilung der Klägerin vorzunehmen. Systemwidrig würden Abhandlungen gerade zum Schmerzsyndrom der Wirbelsäule bei der Klägerin fehlen. Daraufhin wurde gemäß § 109 SGG antragsgemäß Prof. Dr ... von der Rheumaeinheit der Ludwig-Maximilians-Universität zum Gutachter ernannt, der das internistisch-rheumatologische Fachgutachten vom 15.01.1998 erstellt hat. Prof. Dr ... stellt folgende Diagnosen: 1. Fibromyalgie-Syndrom (= generalisierte Tendomyopathie). 2. Mäßiggradiges Cervikalsyndrom mit Osteochondrose, Spondylosis deformans und Uncarthrose der unteren Halswirbelsäule sowie ein Lumbalsyndrom; initiale Coxarthrose linksseitig. 3. Geringgradige Periarthropathia humero-scapularis rechtsseitig. 4. Mäßiggradige Fingerpolyarthrose. 5. Gonarthrose, rechtsseitig mit Zustand nach arthroskopischer Meniskus-Operation rechts. 6. Zustand nach Hallux-valgus-Operation beidseits. 7. Unterschenkelvarikosis beidseits. Angesichts der Chronizität des Krankheitsbildes, der zahlreichen vegetativen Beschwerden und der bekanntermaßen geringen Behandlungsmöglichkeiten bei langjährigem Krankheitsverlauf einer Fibromyalgie sei eine Berentung zu befürworten. Die Klägerin könne noch leichte Tätigkeiten verrichten. Die Tätigkeit sollte aber halbschichtig durchgeführt werden. Die Klägerevertreter haben mit Schriftsatz vom 18. Februar 1998 vorgetragen, daß das Gutachten von Prof ... den Anspruch der Klägerin auf Erwerbsunfähigkeitsrente voll bestätige. Die Beklagte hat zu dem Gutachten mit Schriftsatz vom 6. April 1998 Stellung genommen. Den Gutachten von Dr ... und Dr ... werde uneingeschränkt zugestimmt. Prof ... habe es dagegen versäumt, nachvollziehbar darzulegen, daß das Fibromyalgiesyndrom der Klägerin einen so schweren Ausprägungsgrad habe, daß qualitative Leistungseinschränkungen nicht mehr ausreichen und deshalb eine quantitative Leistungseinschränkung bestehe. Auf genuin-internistischem Fachgebiet könnten häufig, so auch hier, keine pathologischen Befunde erhoben werden. Für das orthopädische und das nervenärztliche Fachgebiet lägen aufgrund der eingeholten Gutachten Befunde vor. Es seien aber keine Gründe erkennbar, die gegen ein vollschichtiges Leistungsvermögen sprechen würden. Hierzu ist eine ergänzende Stellungnahme von Prof ... eingeholt worden. Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms stehe unstrittig

fest. Wenn auch beim Fibromyalgiesyndrom keine pathologischen Befunde objektivierbar seien, seien doch die Symptome so einheitlich strukturiert, daß von einem klar abgrenzbaren Krankheitsbild ausgegangen werden müsse. Neben der qualitativen Einschränkung bestehe bei der Klägerin zusätzlich eine quantitative Leistungseinschränkung durch das Fibromyalgie-Syndrom wegen des ausgeprägt intensiven Falls, der Chronizität des Krankheitsbildes mit Neigung zur Progredienz und der Therapierefraktarität. Die Erwartung, die Klägerin könne auf absehbare Zeit vollschichtig für leichte Arbeiten arbeitsfähig werden, sei völlig unrealistisch. Hierzu hat nochmals die Beklagte durch den Internisten und Dipl.-Psych. Dr ... Stellung genommen. Die gesehene quantitative Leistungseinschränkung werde mit drei Punkten begründet, wobei lediglich der erste Punkt relevant sei. Weder die Diagnose selbst noch die Chronizität und die therapeutische Beeinflussbarkeit einer Krankheit seien von maßgeblicher Bedeutung für das Leistungsvermögen. Von maßgeblicher Bedeutung sei allein der Ausprägungsgrad der Erkrankung und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen. Nachdem auf internistischem Fachgebiet der Untersuchungsbefund blande sei, sei es durchaus statthaft, den Tagesablauf bzw. die hausfraulichen Aktivitäten zur Abschätzung des Leistungsvermögens heranzuziehen. Hier stelle sich ein Restleistungsvermögen dar, welches mit der vollschichtigen Verrichtung leichter körperlicher Arbeit durchaus vereinbar sei. Es würden von der Klägerin weiterhin hausfrauliche Arbeiten verrichtet, die im Bereich mittelschwerer körperlicher Arbeit lägen, dies betreffe beispielsweise das Fensterputzen. Auf internistischem Fachgebiet sei auch unter Berücksichtigung der in der ergänzenden Stellungnahme gemachten Ausführungen eine quantitative Leistungsminderung nicht nachvollziehbar. Die auf orthopädischem und nervenärztlichem Fachgebiet getroffene Einschätzung eines vollschichtigen Leistungsvermögens sei weiterhin zutreffend. Nachvollziehbar komme Dr ... zu der Einschätzung, daß zwar ein Schmerzsyndrom und eine im Rahmen des chronifizierten depressiven Syndroms bestehende Dystymie bestehe, die einhergehe mit Versagensgefühlen, wobei aber der Ausprägungsgrad nicht so massiv sei, daß sich hieraus eine quantitative Leistungsminderung ableiten lasse.

Die Beklagte und Berufungsklägerin stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 17.01.1996 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Die Klägerin und Berufungsbeklagte stellt den Antrag, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Berufsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin unter Aufhebung des Bescheides vom 25.03.1994 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.1994 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab 01.03.1994 auf Dauer zu zahlen.

Gemäß [§ 44 Abs.1 SGB VI](#) erhalten Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie 1. erwerbsunfähig sind, 2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Gemäß [§ 44 Abs.2](#) sind erwerbsunfähig Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt; erwerbsunfähig sind auch Versicherte nach [§ 1 Nr.2](#), die wegen der Art und Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Erwerbsunfähig ist nicht, wer eine selbständige Tätigkeit ausübt oder eine Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Die genannten Voraussetzungen liegen bei der Klägerin vor. Sie hat zum einen die allgemeine Wartezeit gemäß den [§§ 44 Abs.1 Satz 1 Nr.3, 50 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB VI](#) von 60 Monaten nach dem Versicherungsverlauf erfüllt. Zum anderen gilt die gemäß [§ 44 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB VI](#) erforderliche besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung einer Versicherungszeit von 36 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles unter Berücksichtigung der Übergangsvorschrift des [§ 305 SGB VI](#) als erfüllt. Die Klägerin hat nämlich in dem Zeitraum vom 17.02.1989 bis 16.02.1994 50 Monate mit Pflichtbeiträgen belegt, so daß das durch Gesetz vom 15.12.1995 ([BGBl. I 1824](#)) mit Wirkung zum 01.01.1996 eingeführte Erfordernis einer Pflichtbeitragszeit "für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit" für die Klägerin keine nachteiligen Auswirkungen hat.

Die Klägerin ist zudem erwerbsunfähig im Sinne von [§ 44 Abs.2 SGB VI](#). Der Sachverhalt ist in medizinischer Hinsicht aufgrund der in erster Instanz eingeholten Gutachten des Orthopäden Dr ... vom 4. Mai 1995, des Nervenarztes Dr ... vom 11.10.1995 mit ergänzender Stellungnahme vom 20.11.1995 und der Allgemeinärztin Dr ... vom 17.01.1996 sowie der in zweiter Instanz eingeholten Gutachten des Orthopäden Dr ... vom 29. Oktober 1996, des Psychiaters Dr ... vom 20. Januar 1997 und des Internisten Prof ... vom 15. Januar 1998 mit Ergänzung vom 5. Oktober 1998 sowie der Stellungnahmen der Beklagten im Rahmen des Klage- und Berufungsverfahrens und der beigezogenen weiteren ärztlichen Unterlagen (insbesondere die Entlassungsberichte über die Heilverfahren in Bad Gögging vom 3. Dezember 1991 bis 31. Dezember 1991 bzw. vom 5. Januar 1994 bis 15. Februar 1994) hinreichend geklärt. Danach wird die Erwerbsfähigkeit der Klägerin durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bereits soweit eingeschränkt, daß sie seit der Antragstellung im Februar 1994 nicht mehr in der Lage ist, mehr als unterhalbschichtig zu arbeiten und damit als erwerbsunfähig anzusehen ist.

Bei der Klägerin liegen im wesentlichen folgende Gesundheitsstörungen vor: 1. Fibromyalgie-Syndrom (= generalisierte Tendomyopathie). 2. Osteochondrose C 4 bis C 7, Spondylosis deformans, Uncovertebralarthrose und mäßige Fehlhaltung der Halswirbelsäule. 3. Osteochondrose BWK 8 bis 9 und 10 bis 12, Spondylose der Brustwirbelsäule, leichte Costotransversalarthrose, Rundrücken mit Keilwirbeln nach Wachstumsstörung. 4. Osteochondrose L 1 bis L 3 und L 4 bis S 1, Baastrop-Syndrom, Spondylose der Lendenwirbelsäule, Ileosacralgelenksarthrose. 5. Initiale Coxarthrose beidseits. 6. Angedeutete Omarthrose beidseits, leichte Insertionstendopathie an beiden Oberarmköpfen. 7. Zustand nach Hallux valgus-Operation beidseits, Unterschenkelvarikosis beidseits. 8. Chronifiziertes depressives Syndrom im Sinne einer Dystymie.

Die Gutachter sind sich zunächst soweit einig, daß die organisch objektivierbaren Gesundheitsstörungen für sich allein nicht geeignet sind, eine zeitlich eingeschränkte Belastbarkeit der Klägerin zu begründen. Dies gilt namentlich für die bei der Klägerin zunächst im Vordergrund stehenden orthopädischen Gesundheitsstörungen. Der Befund der oberen Extremitäten zeigt passiv keinerlei Bewegungsverlust, während die Schultergelenke teils zögernd, teils unvollständig aktiv bewegt werden. Die Diskrepanzen zwischen der aktiven und passiven Beweglichkeit sind dabei nicht organisch bedingt, da die Schultergelenke nur minimal degenerativ verändert sind und auch die Schultergürtelmuskulatur nicht abgemagert ist.

Die Wirbelsäule zeigt klinisch und radiologisch das Bild eines Rundrückens. Die Halswirbelsäule wird aktiv außerordentlich wenig bewegt. Im Gegensatz dazu läßt sich auch hier bei der im Liegen überprüften Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule feststellen, daß keinerlei Bewegungseinschränkung zu verzeichnen ist. Radiologisch sind zwar die Bandscheiben zwischen 4. bis 7. Halswirbelkörper verschmälert, jedoch sind die Wirbelbogengelenke intakt, so daß sich insoweit auch aus dem Röntgenbefund kein wesentlicher Bewegungsverlust der Halswirbelsäule erklären läßt. Degenerativ verändert sind auch die Hakenelken. Die Halswirbelsäule befindet sich in einer mäßigen Fehllage. Obwohl der Rumpf sehr wenig vorgeneigt wird, entfaltet sich die Brustwirbelsäule bei Vorbeugung frei. Degenerativ verändert sind auch die Bandscheiben zwischen dem 8. bis 9. und 10. bis 12. Brustwirbelkörper. Hier bestehen teils stärkere Randspornbildungen, Keilwirbel nach Wachstumsstörung und Verschleißerscheinungen von Rippenwirbelgelenken. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ist bei Vorbeugung um drei Fünftel verringert. Leicht eingeengt sind die 1., 2., 4. und 5. Lendenbandscheibe. Durchgehend sind auch Randspornbildungen sichtbar, an den unteren Dornfortsätzen auch Schliffurchen.

Aus dem Befund der unteren Extremitäten ist zu ersehen, daß beide Fußsohlen sehr gut beschwilt sind. Es ergeben sich leichte X-Beine, mäßige Krampfadern, aber keine Ödeme. Alle großen Gelenke der unteren Extremitäten sind einwandfrei beweglich. Rechts gibt die Klägerin einen Kniescheibendruckschmerz an. Als Nebenfund ist auf lockere Spreizfüße mit Schief- und Hammerzehen hinzuweisen. Das von der Klägerin geklagte Beschwerdebild und die massive Einschränkung der Belastbarkeit werden durch diese Befunde nicht befriedigend erklärt.

Hinzu kommt aber, daß bei der Klägerin das Vollbild eines Fibromyalgiesyndroms vorliegt, und zwar bereits seit Anfang 1992. Maßgebliche Kriterien für die Stellung der Diagnose einer Fibromyalgie sind generalisierte Schmerzen oder Steifigkeit an drei oder mehreren unterschiedlichen Körperstellen, die länger als drei Monate anhalten ohne eine diagnostizierbare andere Grundkrankheit und die Druckschmerzhaftigkeit von mehr als 11 von 18 möglichen Tender-Points. Bei der Vorstellung der Klägerin bei Prof. ... am 5. August 1997 waren diese Voraussetzungen zur Gänze erfüllt. Zusätzlich fanden sich anlässlich dieser Untersuchung noch sogenannte Trigger-Points im Bereich des Musculus trapezius. Das Vorhandensein von Trigger-Points unterstützt zusätzlich die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms bzw. einer generalisierten Tendomyopathie. Passend zu dieser Diagnose sind weiterhin die Angaben der Patientin von Schwellungen der Hände, eine partielle Besserung der Symptomatik durch Wärme und Wärmeanwendungen und schonende Bewegungstherapie sowie das Fehlen pathologischer Laborwerte. Weitere Symptome sind Morgensteifigkeit, leichte Ermüdbarkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und eine Kraftlosigkeit, die sich auch bei isometrischen und isogenetischen Muskelprüfungen objektivieren läßt.

Des weiteren besteht bei der Klägerin ein chronifiziertes depressives Syndrom im Sinne einer Dystymie. Differenzialdiagnostisch konnte eine schwere Neurose oder Persönlichkeitsstörung sowie eine endogene Depression ausgeschlossen werden. Hinweise für eine hirnorganische Ursache fanden sich nicht. Unter einer Dystymie versteht man eine chronische depressive Verstimmung, oft verbunden mit Schlafstörungen, dem Gefühl der Müdigkeit, Unzulänglichkeit, Selbstzweifel, mit mangelnder Fähigkeit, sich zu freuen und lustvoll an Aktivitäten teilzunehmen. Dr. ... ist der Auffassung, daß die Gesundheitsstörungen aus dem neuropsychiatrischen Fachgebiet durch Willensanstrengungen der Betroffenen überwunden werden können. Behandlungsmöglichkeiten bestehen in einer konsequent über längere Zeit durchgeführten antidepressiven Medikation und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Stärkung von Problembewältigungsstrategien. Die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen bedingen zum einen qualitative Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit. In orthopädischer Hinsicht sollte die Klägerin wegen der Bandscheibenschäden der Lendenwirbelsäule nicht ohne Unterbrechung sitzen oder stehen. Während beim Sitzen der Bandscheibendruck steigt, werden beim Stehen die Wirbelbogengelenke und auch die von Schliffurchen gezeichneten unteren Dornfortsätze verstärkt belastet. Die Klägerin sollte in der Lage sein, sitzende Arbeiten etwa alle zwei Stunden für mindestens 10 bis 15 Minuten durch Aufstehen oder Umhergehen unterbrechen zu können. Die Klägerin sollte auch nur gelegentlich Lasten heben und tragen. Sie sollte sich auch nicht bücken müssen. Des weiteren sind auch Streckhaltungen der Halswirbelsäule zu vermeiden.

Wegen des übergeordneten Krankheitsbildes der Fibromyalgie sind der Klägerin am Arbeitsplatz Kälte, Nässe, Zug und stärkere Temperaturschwankungen nicht mehr zumutbar. Der negative Einfluß dieser Faktoren, insbesondere von Kälteeinwirkungen, ist bei der Fibromyalgie gut belegt. Die Tätigkeit der Klägerin sollte daher in geschlossenen Räumen stattfinden. Ebenso ist andauernder Lärm zu vermeiden, da dieser einen Streßfaktor darstellt, der bei der Fibromyalgie weitestgehend vermieden werden sollte. Wegen des Fibromyalgie-Syndroms sind auch statische Muskelarbeit (Stellungs-, Haltungs- und Haltearbeit) sowie das Tragen von Lasten über 5 kg der Klägerin nicht mehr zumutbar. Wegen der für eine Fibromyalgie bekannten Ein- und Durchschlafstörungen mit wenig erholsamem Schlaf und einer dadurch erklärten Herabsetzung der individuellen Schmerzgrenze verbieten sich auch Wechsel- oder Nachtschicht. Typisch für das Fibromyalgie-Syndrom ist auch die Angst vor Überforderung. Nicht zumutbar sind daher Arbeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit. Arbeiten am Fließband, im Arbeitstakt oder unter sonstigem Zeitdruck können der Klägerin nicht mehr abverlangt werden. Insgesamt sollten Streßsituationen so stark wie möglich eliminiert werden.

Der Senat ist darüber hinaus aber zudem der Auffassung, daß das Leistungsvermögen der Klägerin auch quantitativ auf nur mehr unterhalb-schichtig herabgesunken ist. Maßgeblich hierfür ist das Ausmaß und der Grad des bei der Klägerin vorliegenden Fibromyalgie-Syndroms. Zum einen weist die Klägerin einen ausgeprägt intensiven Befall hauptsächlich des Rumpfes sowie der oberen und unteren Extremitäten auf. Bei den Untersuchungen durch den Orthopäden Dr. ... in erster Instanz und durch den Internisten Prof. Dr. ... in zweiter Instanz fanden sich insgesamt 24 positive Tender-Points, 18 davon entsprechend der Klassifikation für Fibromyalgie des American College of Rheumatologie. Druckschmerzhafte Stellen ("Tender-Points") fanden sich bei der Klägerin jeweils beidseits und symmetrisch cervical, am Ansatz des Musculus sternocleidomastoideus, occipital im Bereich der Bänder im Halswirbelsäulenbereich, am mittleren oberen Rand des Musculus trapezius, am Ansatz des Musculus supraspinatus, am medialen Rand des Schulterblattes, sternal an den Knorpelverbindungen zwischen dem Brustbein und den ventralen Rippenansätzen jeweils der 2. Rippe, am medialen Epicondylus des Oberarmknochens und am lateralen Epicondylus des Oberarmknochens, gluteal im Bereich des hinteren äußeren Beckenkammes, im Bereich der Iliosacralgelenke, am Trochanter major des Oberschenkelknochens und im Bereich des medialen Kollateralbandes des Kniegelenkes. Hinzu kommen noch sog. Trigger-Points im Bereich des Musculus trapezius. Hierbei handelt es sich um Schmerzpunkte in einem tendomyotisch verspannten Muskelareal, wobei von einem solchen Punkt spontan oder auf Druck ein ausstrahlender Schmerz ausgehen kann. Daher kann bei der Klägerin von einem für ein Vollbild der Fibromyalgie charakteristischen Ganzkörperschmerz ausgegangen werden.

Insgesamt ist das Krankheitsbild der Klägerin bereits seit 09.04.1992 durch die Untersuchung in der Rheumaeinheit der Ludwig-Maximilians-Universität München belegt. Die Klägerin hat insgesamt an mehreren stationären Reha-Maßnahmen und verschiedenen ambulanten

physikalischen-medizinischen Anwendungen ohne Erfolg teilgenommen und auch die medikamentösen Therapieansätze haben keine Besserung erbracht, so daß von einer Therapierefraktarität auszugehen ist. Das bei der Klägerin vorliegende stark ausgeprägte Zustandsbild einer Fibromyalgie, insbesondere der vorliegende Ganzkörperschmerz und die Schmerzhaftigkeit und rasche Ermüdbarkeit der Muskeln, führt nach Auffassung des Senats in Übereinstimmung mit den in erster Instanz tätigen Gutachtern, des Orthopäden Dr ... und der Sozialmedizinerin Dr ... , denen letztlich auch der in zweiter Instanz begutachtende Internist Prof. Dr ... zustimmt, zu einer so erheblichen Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit, daß die Klägerin auf Dauer nur mehr unterhalbschichtig tätig sein kann. Soweit der Orthopäde Dr ... in seinem Gutachten vom 29. Oktober 1996 und der Psychiater Dr ... in seinem Gutachten vom 20.01.1997 von einem vollschichtigen Leistungsvermögen der Klägerin für leichte Tätigkeiten ausgehen, kann dem nicht gefolgt werden. Das Gutachten von Dr ... weist eine entscheidungserhebliche Schwäche insofern auf, als Dr ... das Vorliegen einer Fibromyalgie bei seiner Beurteilung völlig außer acht läßt und entsprechend auch nicht in den Diagnoseteil aufnimmt. Diese Vorgehensweise ergibt sich wohl daraus, daß nach Dr ... das sog. Fibromyalgie-Syndrom eine Gesundheitsstörung darstellt, deren Diagnose ausschließlich auf subjektiven Parametern beruht und sich in organischer Hinsicht der Diagnostik auf orthopädischem Fachgebiet entzieht. Auch dem Gutachten des Psychiaters Dr ... ist entgegenzuhalten, daß dieser sich einer eigenständigen Bewertung des bei der Klägerin vorliegenden Krankheitsbildes einer Fibromyalgie enthält. Er begnügt sich vielmehr damit - ohne konkreten Bezug auf die Klägerin -, das Krankheitsbild der Fibromyalgie und die mit der Fibromyalgie typischerweise einhergehenden Beschwerden allgemein darzustellen. Der Mangel dieser beiden Gutachten besteht daher darin, daß sie das für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Klägerin maßgebliche Krankheitsbild der Fibromyalgie gar nicht bzw. nur unzulänglich in ihre Beurteilung miteinbeziehen. Da die Klägerin nach alledem nur mehr auf Dauer unterhalbschichtig tätig sein kann, ist ihr in Übereinstimmung mit der ständigen Praxis der Rentenversicherungsträger eine Dauerrente wegen Erwerbsunfähigkeit zuzusprechen. Entsprechend ist die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 17.01.1996 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 A](#) bs.2 Nrn.1 und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-10-16