

## L 6 SB 137/01

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Köln (NRW)

Aktenzeichen

S 12 SB 364/99

Datum

17.08.2001

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 6 SB 137/01

Datum

12.03.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 17.08.2001 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) bzw. (seit dem 01.07.2001) nach dem Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch - (SGB IX) im Erstfeststellungsverfahren.

Der Beklagte stellte bei der 0000 geborenen Klägerin auf Antrag vom 16.03.1999 nach Einholung eines Befundberichtes der behandelnden Hausärztin und Auswertung durch den versorgungsärztlichen Dienst mit Bescheid vom 06.05.1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.10.1999 einen GdB von 40 fest. Dabei ging er von einem Fibromyalgie-Syndrom, Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule mit Wirbelgleiten, Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalenge (GdB 40), einer Refluxösophagitis bei Zwerchfellbruch und Vagotomie (GdB 10) und einer Depression (GdB 20) aus.

Gegen die Bescheide hat die Klägerin am 22.11.1999 Klage erhoben. Ihrer Klage hat sie einen Bericht der Universität L, Innere, von Juli 1999 beigelegt, wonach in Zusammenschau aller erhobenen Befunde eine entzündlich-rheumatische Erkrankung ausgeschlossen werden konnte und die Symptomatik am ehesten im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms (FMS) gesehen wurde.

Die Klägerin hat beantragt,

den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 06.05.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.10.1999 zu verurteilen, bei ihr einen Gesamtgrad der Behinderung von 100 ab Antragstellung anzuerkennen.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Sozialgericht (SG) hat ein Sachverständigen-Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie, Dr. S, und des Orthopäden Dr. C erstatten lassen, die die Klägerin im März bzw. April 2000 begutachtet haben. Die Sachverständigen haben für eine neurotisch-depressive Entwicklung mit psychosomatischen Beschwerden und Schmerzen (Ganzkörperschmerz) einen GdB von 30 sowie für ein Gesamtwirbelsäulen-Syndrom mit leichtgradiger Funktionsstörung einen GdB von 10 angesetzt und unter Übernahme eines GdB von 10 für Refluxösophagitis bei Zwerchfellbruch und Vagotomie den Gesamt-GdB mit 30 bewertet. Dabei hat Dr. S u.a. ausgeführt, dass das in den angefochtenen Bescheiden erwähnte FMS Ausdruck eines Ganzkörperschmerz-Syndroms sei, das der neurotisch depressiven Störung zuzuordnen sei; die psychische Störung müsse unter Einschluss auch der Schmerzsymptomatik als bereits stärker behindernde Störung angesehen werden.

Auf Antrag und gegen Kostenvorschuss der Klägerin hat das Sozialgericht anschließend ein Sachverständigen-Gutachten von dem Arzt für Innere Medizin und Rheumatologie Dr. I erstatten lassen, der die Klägerin im Oktober 2000 begutachtet hat. Er hat für eine Panalgesie mit ausgeprägter vegetativer Symptomatik und vordergründigem generalisiertem Schmerzbild bei entsprechenden Risikofaktoren einen GdB von 30, für eine damit verbundene sekundäre neurotisch-depressive Entwicklung einen GdB von 20, für ein Gesamtwirbelsäulen-Syndrom bei multiplen Bandscheibenvorfällen und Spinalkanalenge der LWS einen GdB von 10, für eine Refluxösophagitis bei Zwerchfellbruch und

Vagotomie einen GdB von 10, für ein Reiz-Darm-Syndrom einen GdB von 20 sowie für ein Hemi-Syndrom einen GdB von 20 angesetzt und den Gesamt-GdB mit 50 bewertet.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 17.08.2001 abgewiesen. Es hat sich bezüglich der Einzel-GdB als auch bezüglich des Gesamt-GdB den Feststellungen der Sachverständigen Dres. S und C angeschlossen. Weiter hat es ausgeführt, Dr. I könne nicht gefolgt werden, da dieser nur Funktionsstörungen im allgemeinen festgestellt habe, nicht aber solche, die sich auf die Klägerin beziehen würden. Außerdem habe Dr. I die erbetenen Darlegungen zu I, 6 der Beweisanordnung ignoriert, so dass auch aus diesem Grunde sein Gutachten für die Grundlage einer gerichtlichen Entscheidung nicht brauchbar sei.

Gegen den ihr am 28.08.2001 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 28.09.2001 Berufung eingelegt. Sie beruft sich auf die Feststellungen von Dr. I, da nur er allein zur Beurteilung des Krankheitsbildes der Fibromyalgie kompetent sei. Das Sachverständigen-Gutachten von Dr. S sei unbrauchbar, da es auf dem weitverbreiteten Missverständnis beruhen würde, dass allein eine gestörte Psyche Schuld am Ausbruch der Fibromyalgie sei. Die Fibromyalgie sei aber nach anerkanntem Fachwissen eine organische, chronische Erkrankung, und zwar eine weichteilrheumatische Erkrankung (sog. Fasermuskelschmerz), die durch die Psyche beeinflusst werden könne, wie es auch bei jeder anderen Krankheit der Fall sei. Da durch die Fibromyalgie auch nicht die Gelenke angegriffen würden, sei auch ein Orthopäde zur Beurteilung nicht kompetent, so dass auch das Gutachten von Dr. C unbrauchbar sei.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 17.08.2001 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 06.05.1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.10.1999 zu verurteilen, bei der Klägerin ab März 1999 einen Gesamt-GdB von 50 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das erstinstanzliche Urteil für richtig.

Im Berufungsverfahren hat das Gericht drei ergänzende Stellungnahmen von Dr. I zu seinem Gutachten eingeholt. Darin hat er u.a. die Bewertung des Hemi-Syndroms dahingehend korrigiert, dass ein GdB von 10 anzusetzen sei, und hat im übrigen unter Bezugnahme auf die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit 1996 (AP) an seinen Ausführungen im Gutachten festgehalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die die Kläger betreffende Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB als 40 (§ 3 SchwbG bzw. §§ 2, 69 SGB IX). Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens kommt ein höherer GdB als 40 nicht in Betracht.

Ganz im Vordergrund steht bei der Klägerin das Krankheitsbild des "Ganzkörperschmerzes" (so Dr. S) bzw. der "Panalgesie als Maximalvariante des FMS" (so Dr. I). Dabei kann offen bleiben, ob bei der Klägerin die von Dr. I gestellte Diagnose einer Panalgesie überhaupt zutreffend ist angesichts der Ausführungen des Sachverständigen Dr. C, dass ein generalisiertes FMS bei relativ schwacher Ausprägung der Tender points wie auch der vegetativen Symptome und funktionellen Störungen bei der Klägerin nicht nachweisbar sei. Denn für die Bewertung des GdB bei einem FMS ist nicht die Diagnose ausschlaggebend, damit auch nicht, ob es sich etwa um eine Maximalvariante eines FMS handelt, sondern entscheidend ist das tatsächliche Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung unter Berücksichtigung der jeweiligen Organbeteiligung und der Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, AP Nr. 26.18, Seite 136. Dabei nennen die AP für die Bewertung des FMS keine speziellen GdB-Werte, so dass sich der GdB hierfür in Analogie zu vergleichbaren Gesundheitsstörungen beurteilt, AP Nr. 26.1, Seite 48.

Der von Dr. I angenommene GdB von 50 für das FMS in Ausprägung einer Panalgesie und damit verbundener sekundärer neurotisch-depressiven Entwicklung lässt sich nicht aus den nach den AP für entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z.B. Bechterew-Krankheit) maßgeblichen Bewertungskriterien (AP Nr. 26.18, Seite 135 f.) herleiten. Zwar ist das FMS in Nr. 26.18 der AP den rheumatischen Erkrankungen zugeordnet worden. Dabei sind die AP der Systematik der ICD (International Classification of Diseases) - 10 - gefolgt, in der das FMS unter "anderen, nicht näher bezeichneten Weichteilerkrankungen" aufgeführt ist (Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung -BMA- vom 28. bis 29.02.1999). Dies rechtfertigt es aber nicht, für die Bewertung des FMS die für entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z.B. Bechterew-Krankheit) geltenden GdB-Werte zu übernehmen, wie es Dr. I getan hat. Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kommt ein GdB von 50 nur bei dauernden erheblichen Gelenkbeteiligungen in Betracht. Denn maßgeblich für die Bewertung ist u.a. Art und Umfang des Gelenkbefalls. Eine solche Gelenkbeteiligung oder anderweitige Organbeteiligung ist bei der Klägerin nicht gegeben. So hatte die Universität L, Innere, im Bericht von Juli 1999 ausgeführt, dass in Zusammenschau aller erhobenen Befunde eine entzündlich-rheumatische Erkrankung ausgeschlossen werden konnte. Und Dres. S und C hatten im Rahmen ihrer Begutachtung festgestellt, dass aus organoneurologischer Sicht keine krankhaften Veränderungen vorliegen bzw. rein orthopädisch ausschließlich ein Wirbelsäulen-Syndrom mit leichtgradiger Funktionseinschränkung vorliegt, alle Körpergelenke aber durchgehend frei beweglich sind. Allein die Schmerzsymptomatik, die sich im wesentlichen auf subjektive Empfindungen der Klägerin gründet, rechtfertigt es nicht, den für entzündlich-rheumatische Erkrankungen vorgesehenen GdB von 50 zu übernehmen.

Als Vergleichsmaßstab kommen bei einem FMS wie auch bei anderen Krankheitsbildern (z.B. chronisches Müdigkeits-Syndrom, Multiple chemical sensitivity) mit vegetativen Symptomen, gestörter Schmerzverarbeitung, Leistungseinbußen und Körperfunktionsstörungen, denen kein oder kein primär organischer Befund zugrunde liegt, am ehesten die in Nr. 26.3, Seite 60 der AP unter "Neurosen,

Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata" genannten psychovegetativen oder psychischen Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und evtl. sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Betracht (Niederschrift über die Tagung der Sektion "Versorgungsmedizin" des ärztlichen Sachverständigenbeirats beim BMA vom 25. bis 26.11.1998). Hiernach ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsrahmen von 0 bis 20 vorgesehen. Ein GdB von 30 bis 40 ist erst bei stärker behindernden Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) gegeben. Ein GdB von 50 kann erst bei schweren Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten in Ansatz gebracht werden (AP Nr. 26.3, Seite 60 f.).

Unter Berücksichtigung dieser Bewertungskriterien ist der von Dr. I für das FMS vorgeschlagene GdB von 50 als überhöht anzusehen. Denn das von Dr. I beschriebene generalisierte Schmerzbild, das mit einer neurotisch-depressiven Entwicklung einhergeht, kann nicht mit schweren Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten gleichgestellt werden. Die Klägerin ist nach wie vor selbstständig im T beruflich tätig - von einem Verkauf ihres Gewerbes hat sie bisher Abstand genommen - und führt ein intaktes Familienleben. Insofern kann schon deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass es wegen der fibromyalgischen Erkrankung, z.B. durch einen Rückzug im Berufs- oder Privatleben, zu mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten gekommen ist. Unter Berücksichtigung der Feststellungen von Dr. S, dass bei der Klägerin eine depressive Störung mit einer Entwicklung von Krankheitswert, insbesondere eine ausgeprägte somatoforme Störung, vorliegt, und unter Würdigung sämtlicher medizinischer Unterlagen mit besonderer Berücksichtigung der von der Klägerin gegenüber den Sachverständigen gemachten Beschwerdeangaben und des erhobenen psychopathologischen Befundes erscheint aber auch eine Gleichstellung mit leichteren psychovegetativen oder psychischen Störungen als den Einschränkungen der Klägerin nicht gerecht werdend. Vielmehr sind die bei der Klägerin mit der fibromyalgischen Erkrankung einhergehenden Begleiterscheinungen am ehesten mit stärker behindernden Störungen zu vergleichen, so dass hierfür innerhalb des Bewertungsrahmens von 30 bis 40 ein GdB von 30, wie Dr. S es angeraten hat, in Ansatz gebracht werden kann.

Für die feststellbaren Wirbelsäulenschäden ist angesichts nur leichtgradiger Funktionseinschränkungen, die der Sachverständige Dr. C dokumentiert hat, ohne Berücksichtigung der Schmerzsymptomatik allenfalls ein GdB von 10 festzustellen, AP Nr. 26.18, Seite 139 f ... Diese Bewertung hat auch der Sachverständige Dr. I bestätigt. Ein GdB von 10 kann auch für die vom Beklagten festgestellte Refluxösophagitis bei Zwerchfellbruch und Vagotomie angesetzt werden, AP Nr. 26.10, Seite 94 ff ...

Für das des weiteren von Dr. I festgestellte Reiz-Darm-Syndrom erscheint es vertretbar, unter Würdigung seiner Ausführungen in seiner ergänzenden Stellungnahme und angesichts der Beschwerdeangaben der Klägerin einen GdB von 20 anzusetzen, AP Nr. 26.10, Seite 96.

Für das von Dr. I festgestellte Hemi-Syndrom ist kein GdB anzusetzen. In seinem Gutachten hatte Dr. I eine Akzentuierung der Muskeleigenreflexe links mit Steigerung der Pyramidenbahnzeichen festgestellt. In seiner ergänzenden Stellungnahme hat er aber angegeben, dass dies funktionell keine Auswirkungen für die Klägerin habe. Daher kann seiner ausweislich der ergänzenden Stellungnahme auf AP Seite 50 gestützten Bewertung mit einem GdB von 10 nicht gefolgt werden. Die AP sehen auf Seite 50 für leichte Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich einen GdB von 0 bis 10 vor; mangels funktioneller Auswirkungen kann analog dazu für die von Dr. I festgestellten leichten Sensibilitätsstörungen am Körper kein GdB angesetzt werden.

Unter Berücksichtigung des GdB von 30 für das FMS bzw. das Ganzkörperschmerz-Syndrom, des GdB von 20 für das Reiz-Darm-Syndrom und der GdB von jeweils 10 für den Wirbelsäulenschaden und die Refluxösophagitis bei Zwerchfellbruch und Vagotomie ist es im Ergebnis noch vertretbar, einen Gesamt-GdB von 40 anzunehmen, jedenfalls aber keinen höheren GdB. Dies gälte aber auch dann, wenn man für die durch die Fibromyalgie hervorgerufenen Störungen den Oberwert des für stärker behindernde Störungen geltenden Bewertungsrahmens von 30 bis 40, nämlich 40, für vertretbar erachten würde. Denn selbst bei Annahme eines GdB von 40 für das FMS bzw. den Ganzkörperschmerz würde dieser GdB durch den GdB von 20 für das Reiz-Darm-Syndrom nicht auf 50 erhöht. Denn nach den für die Bildung des Gesamt-GdB maßgeblichen Beurteilungskriterien ist es auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen, AP Nr. 19 Absatz 4, Seite 35. Letzteres ist hier der Fall. Entscheidend hierfür ist, dass sich die Reiz-Darm-Beschwerden (insbesondere Blähungen) mit der durch das FMS bedingten Schmerzsymptomatik überschneiden. So hat auch Dr. I ausgeführt, dass die verschiedenen Teilaspekte und Symptome bei der Klägerin zahnradartig ineinander kreisen würden, wobei die Panalgesie dabei die herausragende Rolle spiele; zusätzlich und unabhängig davon bestehe (nur) die Hemi-Symptomatik. Wenn somit den bei der Klägerin auftretenden Gesamt-Symptomen schon mit dem Oberwert für stärker behindernde Störungen Rechnung getragen wird, kann sich dann aber auch das Reiz-Darm-Syndrom nicht mehr auswirken.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Es bestand kein Anlass, die Revision zuzulassen; die Rechtssache hat nicht grundsätzliche Bedeutung und das Urteil weicht nicht von höchstrichterlicher Rechtsprechung ab ([§ 160 Absatz 2 Nr. 1](#) und 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-18