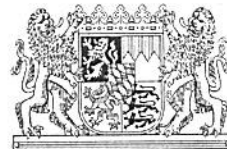


Sozialgericht München



Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München

Rechtsanwälte
Jehle & Kollegen
Ludwigstraße 73
84524 Neuötting

Fremdgeld weiterleiten	WV bis:	Fristen/Termine notieren	FiBu nach Zahlung
	11. Mai 2020		
in Akte Abschrift MA		in Akte o. Abschrift	

Ihr Zeichen
35/18 R/ml

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
S 43 SB 563/19

Durchwahl
149

Datum
07.05.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Rechtsstreit
Franz Aigner ./ Freistaat Bayern, vertr.d.d. ZBFS

wird eine Abschrift des Gutachtens vom 28.04.2020 zur Kenntnis übersandt.

Mit freundlichen Grüßen
Auf richterliche Anordnung
Geschäftsstelle

gez. Stracke

Dieses Schreiben ist maschinell bzw. im automatisierten Verfahren erstellt und daher nicht
unterzeichnet.

Anlagen
wie im Text erwähnt

Dienstgebäude
Richelstraße 11
München
S-Bahn-Haltestelle
"Donnersbergerbrücke"
Straßenbahnhaltestelle Burghausener Straße Linien 16/17

Besuchszeiten
Mo-Fr 8.30 - 11.30 Uhr
Mo,Di,Do nachmittags nach
Vereinbarung

Telefon (089) 1 30 62 - 0
Telefax (089) 1 30 62 - 223 oder
(089) 1 30 62 - 259
Internet <http://www.lsg.bayern.de>

Hinweise zum Datenschutz
(Art. 13 und 14 EU-DSGVO)
erhalten Sie auf
„www.lsg.bayern.de“ unter der
Rubrik „Datenschutz“, auf
Anfrage auch in Papierform.

Fremdgeld weiterleiten	WV bis:	Fristen/Termine notieren
	11. Mai 2020	
	in Akte Abschrift MA	in Akte o. Abschrift

Sozialgericht München / 43. Kammer
z. Hd. Richterin Svoboda
Richelstraße 11

80634 München

Orthopäde • Rheumatologie
Medizinischer Sachverständiger cpu
Walchstraße 4 • 94469 Deggendorf
Podewilsstraße 8 • 84028 Landshut
www.gutachten-orthopaedie-rheumatologie.de

Sozialgericht München	
Eingel. - 4. Mai 2020	
Vollmacht	Unterschied
Gesch./WB	Ungen
Rechnung	
Az:	

28.04.2020

Entsprechend der Beauftragung durch Ihr Schreiben vom
10.02.2020 erstelle ich in dem Verfahren:

Franz Aigner, geb. 13.03.1963
Eggerstraße 5, 84524 Neuötting

gegen

**Freistaat Bayern, vertr. d. d. Zentrum Bayern für
Familie und Soziales**

Anlagen	
☒	Klageakten
☒	Beklagten-A.
☐	Schw.-A.
☐	sonstige A.
☐	ärztl. Unterl.
☐	RS.-Aun.
☒	CD ROM
☐	
☐	

Aktenzeichen:

S 43 SB 563/19

ein

Orthopädisches-rheumatologisches Gutachten

Identitätsprüfung: Personalausweisnummer LF1803ZKT
Untersuchungsort: Praxisräume in Deggendorf
Tag der Untersuchung: 20.04.2020

Das Zustandsgutachten soll gemäß Auftrag zur Klärung von
Fragestellungen im Rahmen des SGB IX herangezogen
werden.

Zur Verfügung stehende Unterlagen:

1 Band Akten des Gerichts AZ S 43 SB 563/19
1 Band Schwerbehindertenakten AZ 1820 6800

1. Aktenkundiger Sachverhalt

18.12.2018 Arztbericht, Dr. Müller, Facharzt für Psychiatrie &
– Psychotherapie, Inn-Salzach Klinikum, Freilassing

08.01.2019 (AZ S 43 SB 563/19, Bl. 30)

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F33.1
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41
- Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen F61
- Z. n. Wirbelsäulen-OP bei BSV LWK5-SWK1 (2013) M51.8
- Tinnitus o. n. A. H93.1
- Z. n. traumatische Amputation von zwei oder mehr Fingern li Hand (im 4 LJ) S68.2
- Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise I10.00

17.05.2019 Widerspruchsbescheid, Zentrum Bayern für Familie und Soziales, Landesversorgungsamt (AZ 1820 6800, Bl. 196)

Die vorliegende Behinderung wurde in Übereinstimmung mit den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ auf der Grundlage des § 152 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) mit einem GdB von 70 richtig bewertet.

1. Seelische Störung, Persönlichkeitsstörung

Einzel-GdB: 50

2. Verlust des zweiten bis vierten Fingers links mit
Teilverlust der Mittelhandknochen

Einzel-GdB: 40

3. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule mit
Nerven- und Muskelreizerscheinungen, operierte
Bandscheibe

Einzel-GdB: 20

2. Anamnese und Befragung

2.1 Familienanamnese

Bei seiner Mutter und seiner Schwester seien Wirbelsäulenschmerzstörungen bekannt.

2.2 Kinderkrankheiten

Übliche Kinderkrankheiten wie Masern und Mumps. Es wird kein detailliert erinnerlicher spezieller Verlauf berichtet.

2.3 Krankenhausbehandlungen und Rehaaufenthalte

2.3.1 Krankenhausaufenthalte

1967	Mühldorf am Inn	Amputation Finger II, III und IV links
1993	München-Bogenhausen	LWS, Bandscheibe L5/S1
2013	Altötting	Schulter links

2.3.2 Rehaaufenthalte

2014	Höhenried	Psychosomatik
2016	Tegernsee	Orthopädie

Eine aktuell begonnene stationäre Maßnahme wegen psychosomatischer Probleme sei wegen der Coronakrise abgebrochen worden. Das sei natürlich fatal.

2.4 Unfälle, Arbeitsunfälle, anerkannte Berufskrankheiten

1967	Amputation Finger II, III und IV links
1993	Bandscheibenvorfall L5/S1 mit OP

2.5 Allergien

Bei der heutigen Untersuchung keine angegeben.

2.6 Genussmittel

Er trinke gelegentlich ein Bier zum Essen und sei Nichtraucher. Aktuell und in der Vergangenheit habe er keinen Kontakt mit illegalen Drogen gehabt.

2.7 Vegetative Anamnese

Er habe einen regelrechten Appetit und einen regelrechte Verdauung, keine Auffälligkeiten beim Wasserlassen beobachtet. Er habe Ein- und Durchschlafstörungen.

2.8 Hilfsmittel

Er benötige eine Brille.

2.9 Chronische Erkrankungen

Keine hier angegeben.

2.10 Vorgeschichte der aktuellen Probleme

1967, also im Alter von 4 Jahren, habe er mit der linken Hand in eine landwirtschaftliche Schneidemaschine gefasst und sich die Finger 2-4 der linken Hand amputiert. Daraufhin sei eine Nachamputation erfolgt. Seither sei keine Operation an der linken Hand mehr notwendig gewesen. Mit 27 Jahren habe er seinen ersten Bandscheibenvorfall gehabt. 1993 Bandscheibenvorfall L5/S1 und Bandscheibenoperation. Anschließend berufsunfähig als Radio- und Fernsehtechniker. Er habe immer wieder Wirbelsäulenbeschwerden gehabt, 2013 hätte sich aber eine neue Qualität der Beschwerden eingestellt. Im Frühjahr sei er wegen eines Burn-Out stationär in der Psychosomatik Taufkirchen behandelt worden. Er habe sich wieder gut erholt. Im Herbst sei aber dann durch Labordiagnostik und Liquordiagnostik eine Neuroborreliose festgestellt worden. Es sei damals zwar eine mehrwöchige Antibiose durchgeführt worden. Nachdem sich die Behandlung aber über die Weihnachtsfeiertage hin erstreckt habe, sei die Behandlung nicht lückenlos erfolgt. Er sei deshalb aktuell in Behandlung bei Dr. Straub in Cham, der unteren anderem auch eine Apherese durchführe.

2015 sei dann zu den Beschwerden eine Erschöpfungssymptomatik hinzugekommen, die nach seinen Recherchen als CFS oder als Fatigue-Syndrom einzuordnen wären.

2016 sei er bei seinem letzten Versuch beruflich wieder auf die Beine zu kommen vollständig zusammengeklappt. Seine kognitiven Fähigkeiten hätten massiv gelitten. Er habe einfachste Vorgänge in üblichen Programmen wie Word oder

Excel nicht mehr durchführen können. Das sei kein Burn-Out gewesen.

2.11 Aktuelle Beschwerdesituation

Er habe derzeit psychische Probleme und benötige natürlich dringend eine orthopädische Behandlung. 2016 habe er eine Teilberentung beantragt. 2017 habe er einen Reha-Antrag gestellt. Wegen der laufenden Rentengelegenheit stellte sich der Rentenversicherer aber quer.

Dies sei eines von vielen Beispielen, die ihn am Rechtsstaat zweifeln ließen. Er sei nachweislich mit der Einschätzung des GdB an der Hand über Jahre hin betrogen worden. Es sei für ihn einfach nicht nachvollziehbar, dass vermeintliche Spezialisten am Versorgungsamt nicht einmal in der Lage sind, die Versorgungsmedizinverordnung zu lesen.

Massive Beschwerden im ganzen Bewegungsapparat. Er finde keinerlei schmerzfreie Position. Er habe Einschlafstörungen und könne maximal 4 h pro Nacht schlafen. Morgens sei er völlig KO und völlig steif. In der Regel versuche er sich über ein heißes Bad oder eine heiße Dusche Linderung zu verschaffen. Es sei auch bereits eine Polymyalgia rheumatica in der Diskussion gewesen. Der Rheumatologe in Pfarrkirchen habe aber dies kategorisch ausgeschlossen und von einem Fibromyalgiesyndrom gesprochen. Eine Cortisontherapie habe zwar durchaus geholfen, er wolle aber eine solche nicht wegen der zu erwartenden Nebenwirkungen u.a. im Bereich der Haut.

2.12 Nichtmedikamentöse Therapie in den letzten Jahren

Bis 2019 sei er in krankengymnastischer Behandlung gewesen. Die letzte Gesprächstherapie sei im Februar 2020 gewesen.

2.13 Aktuelle Medikation

Pregabalin 100 mg	0-0-0-1
Mirtazapin 7,5 mg	0-0-0-1
Dronabinol Tropfen	8-0-0-16
Voltaren, Ibu, Thomapirin	nach Bedarf

2.14 Behandelnde Ärzte in den letzten drei Jahren

Dr. Döllein, Hausarzt, Altöttinger Straße 20, 84524 Neuötting

Dr. Gleißner, Orthopäde, Frauenhoferstraße 2, 84524 Neuötting, 2 mal pro Jahr besucht, letztmalig 2019

PD Dr. Krampfl, Neurologe, Altöttinger Straße 1, 84524 Neuötting, 6 mal pro Jahr besucht, letztmalig im Februar 2020

2.15 Arbeits- und Sozialanamnese

2.15.1 Berufs- und Arbeitsanamnese

Nach der Schule Ausbildung zum Radio- und Fernsehtechniker. Später Ausbildung zum Qualitätsmanager und Auditor. Er habe jahrelang in diesem Beruf gearbeitet. Gegen Ende der beruflichen Tätigkeit aber zunehmend Arbeitsunfähigkeitszeiten und seit September 2016 sei er durchgängig arbeitsunfähig wegen chronischer Erschöpfung und einer chronischen Schmerzstörung, die nach seiner Ansicht als chronisches Fatigue-Syndrom oder Fibromyalgiesyndrom einzuschätzen sind.

2.15.2 Bisherige Sozialleistungen

Er beziehe eine Rente vom österreichischen Staat. In der Bundesrepublik laufe das Verfahren seit 2016. Nach Ansicht

der Bundesanstalt für Arbeit sei er voll erwerbsunfähig mit einem Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich.

2.15.3 Familiäre und wirtschaftliche Situation

Er sei seit 1997 geschieden und habe 2 erwachsene Kinder. Er wohne in einer kleinen Mietwohnung, habe aber noch Rücklagen und bekomme deshalb kein Arbeitslosengeld 2. Seit 1 Jahr bekomme er von staatlicher Seite keinerlei Zahlungen mehr. Keine Angehörigen zu pflegen.

2.15.4 Freizeitverhalten, Vereinszugehörigkeiten

Er mache dreimal die Woche Sport. Er sei Mitglied im VdK.

3. Untersuchungsbefunde

3.1 Allgemeinbefund

3.1.1 Kontaktaufnahme und Mitarbeit

Der Kläger erschien pünktlich und ordentlich gekleidet zum Untersuchungstermin. Die Kontaktaufnahme war bereits im Vorfeld etwas schwierig. Letztlich erklärte sich der Kläger mit einem bestimmten Untersuchungstermin einverstanden, bestand aber auf eine Untersuchung in Anwesenheit einer Vertrauensperson, erschien dann aber ohne Begleitung zur Untersuchung. Die Zusage, dass eine Vertrauensperson zugelassen werden würde, habe ihn dazu veranlasst, auf eine solche zu verzichten. Für ihn sei damit klar gewesen, dass der Gutachter nichts verbergen wolle. Eine wirkliche Kontaktaufnahme gelang bei der Anamneseerhebung nicht. Offensichtlich erlebte der Kläger es aber positiv, dass seine Sorgen und Nöte angehört wurden. Die Beschwerdeschilderung war unstrukturiert, fahrig und von einem resignierten Unterton

bestimmt. Im Wesentlichen wurden Argumentationen hinsichtlich Fibromyalgiesyndrom oder Fatigue-Syndrom geliefert. Wiederholt kam es zu massiven Angriffen gegen verschiedene Institutionen des Sozialstaates. Das Entkleiden erfolgte mit flüssigen Bewegungen und ohne Verzögerungen. Die weitere Mitarbeit bei der Befunderhebung war über weite Strecken hin schlecht.

3.1.2 Allgemeine körperliche Untersuchung

56 - jähriger Kläger. Körpergröße nach Angabe des Klägers 175 cm, Körpergewicht 75 kg. BMI (Body Mass Index) 24,5.

Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, keine Hauteffloreszenzen, keine Zyanose, kein Ikterus, keine Dyspnoe, kein Kalottenklopfschmerz, Nervenaustrittspunkte am Schädel frei, direkte und konsensuelle Lichtreaktion unauffällig. Grobperimetrische Gesichtsfelduntersuchung unauffällig. Umgangssprache im Flüsterton wird verstanden. Am Hals keine Einflusstauung erkennbar, keine Struma, keine vergrößerten Lymphknoten tastbar.

Regelmäßiger kräftiger Puls von 87 Schlägen/Minute bei einem Blutdruck von 140/95 mmHg. Herz und Lunge auskultatorisch unauffällig. Das Abdomen ist weich, gut eindrückbar, keine palpablen Resistenzen. Leber und Milz tasten sich unauffällig. Diskreter Klop- und Druckschmerz im Nierenlager beidseits. Geschlossene Bruchpforten. Unauffällige Peristaltik.

3.2 Orthopädischer Befund

Im Stehen von vorne betrachtet annähernd Becken- und Schultergeradstand, inspektorisch keine Umfangsdifferenzen der Weichteile an oberen und unteren Extremitäten erkennbar. Kräftige Bemuskulung. Annähernd gerade Beinachsen. Unauffälliges, weitgehend seitengleiches und flüssiges

Gangbild zu ebener Erde. Fersen- und Zehengang demonstrierbar.

3.2.1 Schultern

Seitengleicher Weichteilmantel, keine Muskelhypotrophien. Diffuse Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des gesamten Schultergürtels bei passiv freier Beweglichkeit. Schürzengriff, Griff zur Gegenschulter und Nackengriff mit endgradiger Schmerzhaftigkeit durchführbar, keine Schultergelenkinstabilität.

Passive Schultergelenkbeweglichkeit nach der Neutral-0-Methode

Arm seitwärts/körperwärts	re. 180/0/40	li. 180/0/40
„Normwert“	re. 180/0/40	li. 180/0/40
Arm vorwärts/rückwärts	re. 160/0/40	li. 160/0/40
„Normwert“	re. 160/0/40	li. 160/0/40
Arm auswärts/einwärts drehen (bei angelegtem Arm)	re. 80/0/60	li. 80/0/60
„Normwert“	re. 80/0/60	li. 80/0/60
Arm auswärts/einwärts drehen (Oberarm seitwärts 90° angehoben)	re. 90/0/80	li. 90/0/80
„Normwert“	re. 90/0/80	li. 90/0/80

3.2.2 Ellenbogen

Äußerlich sind beide Ellenbogengelenke unauffällig, beidseits physiologische Achsstellung des Gelenks in der Betrachtung von vorne, seitengleich symmetrisches Huetersches Dreieck (aus den beiden Oberarmknorren und dem Ellenende geformte

anatomische Region). Unauffälliger Tastbefund am körpernahen Ellenende. Kein Druckschmerz am Oberarmknorren innen- oder außenseitig, beidseits negativer Bowden-Test und negativer Chair-Test (verschiedene Anspannungstests für die Streckmuskulatur des Unterarmes). Kein Druckschmerz über dem Radiusköpfchen oder dem Ringband im Ellenbogengelenk. Verlauf des Ulnarnerven in der Ellenbogenregion vom Tastbefund her unauffällig. Stabile Seitenbandsituation bei der Prüfung in Endstreckung und in 90° Beugung.

Passive Ellenbogengelenkbeweglichkeit nach der Neutral-0-Methode

Streckung/Beugung	re. 10/0/130	li. 10/0/130
„Normwert“	re. 10/0/130	li. 10/0/130

Unterarm auswärts/einwärts drehen	re. 90/0/90	li. 90/0/90
„Normwert“	re. 90/0/90	li. 90/0/90

3.2.3 Hand

Es zeigte sich ein Z.n. Amputation der Finger 2-4 an der linken Hand, sowie einer weitgehenden Amputation der Mittelhandknochen in diesem Bereich.

Äußerlich sind beide Handwurzelgelenke unauffällig, keine vergrößerten Konturen. Kein Druckschmerz in der Tabatiere (daumenseitig gelegene Formation über dem Kahnbein), negativer Finkelsteintest beidseits. D. h. kein reproduzierbarer Anspannungsschmerz der Daumenstreckmuskulatur. Carpal-tunnel beidseits unauffällig, mit beidseits negativen Hoffmann-Tinel- und Phalen-Zeichen (Prüfung des Mittelnerven auf Dehn- bzw. Klopf-schmerzhaftigkeit). Keine Zeichen für eine verminderte Ausbildung oder Ernährung des Daumenballens, Loge

de Guyon (Region in der der Ulnarnerv in die Handfläche eintritt) beidseits klinisch unauffällig.

Passive Handgelenkbeweglichkeit nach der Neutral-0-Methode

handrückenwärts/hohlhandwärts	re. 50/0/60	li. 50/0/60
„Normwert“	re. 50/0/60	li. 50/0/60
speichenwärts/ellenwärts	re. 30/0/40	li. 30/0/40
„Normwert“	re. 30/0/40	li. 30/0/40

Morbus Dupuytren des fünften Strahles der rechten Hand mit deutlicher Narbenplatte, aber ohne Streckdefizit. Rechts Faustschluß. Haken-, Grob-, Spitz-, Fein- und Flaschengriff regelrecht. Unauffällige Opposition des Daumens gegenüber sämtlichen Langfingerkuppen rechts und unauffällige Opposition des Daumens gegenüber dem Kleinfinger links. An der linken Hand ist die Funktion der beiden verbliebenen Finger nicht eingeschränkt.

3.2.4 Umfangmaße obere Extremitäten in cm

15 cm oberhalb des äußeren Oberarmknorren	re.30,0	li.30,0
Ellenbogengelenk	re.26,5	li.26,0
10 cm unterhalb des äußeren Oberarmknorren	re.28,0	li.27,0
Handgelenk	re.18,0	li.17,0
Mittelhand	re.20,0	li. nicht messbar

3.2.5 HWS

Angedeutete Streckhaltung der HWS bei Muskelhartspann. Kein axialer Zug- oder Stauchungsschmerz, De-Klyn-Hänge-

Test und rotatorische Schwindelprüfung beidseits negativ, kein Anhalt für eine Accessoriusschädigung (für eine Schädigung im Versorgungsgebiet des 11. Hirnnerven). Keine betonte Druckschmerzhaftigkeit myofascialer Triggerpunkte (besonders empfindlicher Muskelregionen).

Bei der Untersuchung der passiven Beweglichkeit kam es zu massiven muskulären Gegenspannen, welches trotz Aufforderung nicht unterlassen wurde. Die angegebenen Bewegungsumfänge zeigen also das Ausmaß der jedenfalls vorhandenen Beweglichkeit. Eine wesentliche Aussagekraft kommt ihnen nicht zu.

Passive HWS-Beweglichkeit nach der Neutral-0-Methode

Vorneigen/Rückneigen	30/0/10
„Normwert“	60/0/30
Seitneigen rechts/links	10/0/10
„Normwert“	40/0/40
Drehen rechts/links	20/0/20
„Normwert“	70/0/70

3.2.6 BWS/LWS

Es zeigt sich eine 5 cm lange, im Hautniveau gelegene, paravertebrale Narbe im Bereich des lumbosakralen Überganges. Kein dezidierter Narbenverschiebeschmerz. Bei der Betrachtung von der Seite abgeflachte Wirbelsäulenschwingungen nach rückenwärts (BWS) beziehungsweise bauchwärts (LWS), keine reproduzierbare Druck- oder Klopf-schmerzhaftigkeit, unauffällige Kibler-Falte. Keine Blockade, kein Kompressionsschmerz des Brustkorbes. Zeichen nach Ott 30/31 cm. Finger-Boden-Abstand 40 cm, Zeichen nach Schober

10/12 cm, kein Fersenfallschmerz, Trendelenburgzeichen und Valleixsche Druckpunkte, sowie Kempscher Versuch beidseits negativ, negative lumbale Bänderteste, Patrickzeichen und Menellsches Zeichen beidseits negativ. Während des gesamten Untersuchungsganges zeigt sich ein ausgeprägt wirbelsäulensteifes Gangbild.

Auch hier gilt das oben Gesagte. Die dokumentierten Bewegungsumfänge beschreiben die trotz muskulären Gegenstehens erreichbaren Werte.

Passive Beweglichkeit von BWS und LWS nach der Neutral-0-Methode (modifiziert)

Vorbeugen/Rückneigen	40/0/10
„Normwert“	60/0/30
Seitneigen rechts/links	20/0/20
„Normwert“	30/0/30
Drehen rechts/links	20/0/20
„Normwert“	30/0/30

3.2.7 Hüfte

Soweit regelrechte Bemuskelung. Keine höhergradige Verkürzung des birnenförmigen Muskels.

Passive Beweglichkeit der Hüftgelenke nach der Neutral-0-Methode

Streckung/Beugung	re. 5/0/130	li. 5/0/130
„Normwert“	re. 5/0/130	li. 5/0/130
Abspreizen/Anführen	re. 50/0/20	li. 50/0/20

„Normwert“	re. 50/0/20	li. 50/0/20
Drehung auswärts/einwärts (in 90° Hüftbeugung)	re. 60/0/40	li. 60/0/40
„Normwert“	re. 60/0/40	li. 60/0/40

3.2.8 Kniegelenke

Regelrechte Konturen, kein Druckschmerz am innenseitigen und außenseitigen Gelenkspalt, seitengleich stabile Seitenbandverhältnisse. Lachmann-Test beidseits negativ. Kein Gelenkerguss, keine Meniskussymptomatik provozierbar (Steinmann II, Apley-Grinding und Payr-Test negativ). Zeichen nach Zohlen und Fründt beidseits negativ. Zeichen nach Wilson beidseits negativ, leichte intraartikuläre Krepitation beidseits bei der Bewegungsprüfung. Keine Schwellung in der Kniekehle zu tasten.

Passive Beweglichkeit der Kniegelenke nach der Neutral-0-Methode

Streckung/Beugung	re.0/0/160	li.0/0/160
„Normwert“	re.0/0/160	li.0/0/160

3.2.9 Sprunggelenke

Beide oberen Sprunggelenke zeigen eine mäßige Schwellung, kein Druckschmerz am Innen- und Außenknöchel, kein Druckschmerz über der fußseitigen Bandverbindung zwischen Schienbein und Wadenbein. Unauffälliger Tastbefund am Tarsaltunnel (Nervendurchtrittspunkt am Rückfuß streckseitig) beidseits, sowie unauffälliger Tastbefund am Sinus tarsi (Landmarke für einen Nervendurchtrittspunkt am Rückfuß innenseitig). Klinisch beidseits seitengleiche Bandverhältnisse. Am

unteren Sprunggelenk beidseits keine Druckschmerzhaftigkeit und keine Kapselschwellung.

Passive Beweglichkeit der oberen Sprunggelenke nach der Neutral-0-Methode

Heben/Senken des Fußes	re. 20/0/40	li. 20/0/40
„Normwert“	re. 20/0/40	li. 20/0/40

Passive Beweglichkeit der unteren Sprunggelenke nach der Neutral-0-Methode

Gesamte Beweglichkeit Fußaußenrand Heben/Senken		
in Bruchteilen der normalen Beweglichkeit	re. 3/5	li. 3/5
„Normwert“	re. 5/5	li. 5/5

3.2.10 Vorfuß

Mäßig schmerzhafter Zangengriff über den Mittelfußknochen beidseits, seitengleiche Fußsohlenbeschwellung über den Mittelfußköpfchen. Keine durch Tasten erfassbare Temperaturdifferenz beider Füße.

3.2.11 Umfangmaße beider unterer Extremitäten in cm

20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspalts	re.50,0	li.50,0
10 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspalts	re.44,0	li.44,5
Kniescheibenmitte	re.38,5	li.39,0
15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspalts	re.39,0	li.39,0
Unterschenkel, kleinster Umfang	re.23,0	li.23,0

3.3 Gefäßstatus

Die Pulse an der Handwurzel speichenseitig, die Fußpulse und der Puls in der Kniekehle sind ausreichend zu tasten. Keine re-

levante Krampfaderbildung.

3.4 Psyche

Räumlich, zeitlich und zur Person orientiert.

3.5 Periphere Nerven

Kein Hinweis für einzelnen Nervenwurzeln zuordenbare Ausfälle von Gefühl und Bewegbarkeit. Zehenstand und Hackenstand werden auf Aufforderung durchgeführt. Sensible Ausfälle an Händen oder Füßen ließen sich nicht objektivieren. Ein Nervendehnschmerz im Bereich der oberen oder unteren Extremitäten ließ sich nicht feststellen (ULLT 1 und ULLT 2, sowie Lasègue, Pseudolasègue, gekreuzter Lasègue und umgekehrter Lasègue negativ).

3.6 Medizinisch-technische Untersuchungen

Es wurden keine durchgeführt. Neben mehr als 10 Jahre alten Aufnahmen verschiedener Körperregionen wurden MRT-Bilder der BWS und konventionelle Aufnahme der LWS vorgelegt. Darüber hinaus wurden im Nachgang einige ärztliche Befunde vorgelegt. Sämtliche Unterlagen sind dem Gutachten in Kopie beigelegt.

3.6.1 Nachbefundung vorhandener Bildgebung

08.10.2014 MRT der BWS:

Insgesamt unauffällige Darstellung der Brustwirbelsäule. Kein Nachweis einer relevanten Bandscheibenläsion. Kein Anhalt für Entzündung oder Neoplasma.

16.07.2019 Röntgen LWS in 2 Ebenen:

Die seitliche Aufnahme ist qualitativ sehr schlecht und nur eingeschränkt für die Befundung geeignet. Es zeigt sich eine ausgeprägte Höhenminderung der präsakralen Etage um mehr als die Hälfte. Der Nachweis entzündlicher oder neoplastischer Veränderungen gelingt nicht.

3.7 Diagnosen

3.7.1 auf orthopädischem Fachgebiet

Funktionseinschränkung der linken Hand bei Z.n. Amputation der Finger 2-4 im Kindesalter

Hinweise für eine Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule

4. Zusammenfassung und Beurteilung

4.1 Fibromyalgie – Allgemeines und Definition

Es liegen keine degenerativen Veränderungen mit wesentlichen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen vor. Befunde, die auf ein entzündlich-rheumatisches Geschehen hinweisen, konnten nicht erhoben werden, und sind auch in den uns vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert. Somatische Erkrankungen, die ein vergleichbares Bild bieten können (Schilddrüsenfunktionsstörungen, Störungen des Eisenstoffwechsels, entzündliche Erkrankungen des Muskels, eine Leberentzündung, eine Erkrankung der Nebenschilddrüse oder ein Vitamin D Mangel), sind hinreichend sicher ausgeschlossen. Hinweise für eine medikationsbedingte Symptomatik ergaben sich nicht.

Die oben dargelegten Befunde erklären die Beschwerden des Probanden nicht. Es besteht sogar eine deutliche Diskrepanz zwischen Befund und Befinden.

Art und Umfang der Beschwerdeschilderung sprechen für das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndromes. D.h. es werden seit mehr als 3 Monaten bestehende Schmerzen im Bereich des Achsskelettes und in beiden Körperhälften und oberhalb und unterhalb der Taille angegeben. Darüberhinaus werden Schlafstörungen und Erschöpfbarkeit, sowie ein Steifigkeits- und Schwellungsgefühl in Händen und Füßen angegeben. Diese Diagnose ist unter orthopädisch-rheumatologischen Gesichtspunkten eine Ausschlussdiagnose. Letztlich beschreibt sie nur die Schmerzangabe des Probanden. Positive körperliche Befunde sind nicht zu erheben. Das aktuelle Erklärungsmodell für die Erkrankung geht von einer Problematik auf biopsychosozialer Ebene aus. Es wird zwar eine Reihe von somatischen Faktoren als Ursache diskutiert (unter anderem eine Störung in der Hypophysen-Hypothalamus-Achse oder genetische Faktoren in der Schmerzwahrnehmung), nach derzeit herrschender Meinung ist aber keine mit laborchemischen oder bildgebenden Verfahren nachweisbare pathophysiologische Veränderung als Erklärungsmodell für die Diagnose allgemein akzeptiert.

„Die aktuelle Studienlage erlaubt keine eindeutigen Aussagen zur Ätiologie von CWP/FMS.“ (zitiert nach AWMF Leitlinie Fibromyalgie gültig bis 2017)

Gegebenenfalls ist an eine psychiatrische Begutachtung zu denken.

Nachdem auf orthopädisch-rheumatologischem Gebiet keine relevanten positiven Befunde erhoben werden konnten, ergibt sich daraus auch keine relevante Einschränkung der einzelnen in der Fragestellung aufgeführten Tätigkeiten.

4.2 Zusammenfassung

Bei dem Kläger liegt eine ausgeprägte psychische Störung vor. Die Anamneseerhebung und auch die körperliche Untersuchung war dadurch beeinträchtigt. Es wurden multiple Beschwerden geklagt.

Objektiviert werden konnte eine deutliche Funktionseinschränkung der linken Hand bei Z.n. Amputation der Finger 2-4, wobei die Funktion der beiden verbliebenen Finger sehr gut ist.

Der wasserdichte Nachweis einer Funktionseinschränkung im Bereich der Wirbelsäule gelang nicht. Bei lebensnaher Betrachtung darf die im Röntgen nachgewiesene deutliche Höhenminderung der präsakralen Bandscheibe bei Z.n. Operation in diesem Bereich und das durchgängig zu beobachtende wirbelsäulensteife Gangbild als hinreichender Nachweis einer gewissen Funktionsstörung im Bereich der Wirbelsäule herangezogen werden.

Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung ergaben sich nicht.

Aus den nachgereichten und dem Gutachten beigelegten Unterlagen ergeben sich keine Konsequenzen für die untenstehende Fragestellung.

4.3 Beurteilung

Die Bewertung der Funktionseinschränkung der linken Hand mit einem GdB von 40 stellt den obersten Rand des Ermessensspielraumes dar, nachdem ein Z.n. Amputation der Hand mit einem GdB von 50 zu bewerten wäre und der Kläger doch noch über eine ganz erhebliche Restfunktion der linken Hand verfügt.

Die Bewertung der Funktionseinschränkung an der Wirbelsäule kann - explizit bei lebensnaher Betrachtung - mit einem GdB von 20 erfolgen. Befundtatsachen, die eine höhere Bewertung erlaubten (Nachweis einer Makroinstabilität oder ausgeprägte Nervenwurzelschädigungen) konnten nicht nachgewiesen werden und zwar nicht ansatzweise nachgewiesen werden.

Die vom Kläger ins Feld geführten „Diagnosen“ Fibromyalgiesyndrom und Fatigue-Syndrom sind letztlich Beschreibungen von anamnestischen Angaben. Es gibt keine auf positive Befunde begründeten Diagnosekriterien. Es handelt sich um Ausschlussdiagnosen mit denen ein GdB auf orthopädischem Fachgebiet grundsätzlich nicht begründet werden kann.

5. Beweisfragen

1. *Liegen weitere Behinderungen, die von dem Kläger geltend gemacht werden, vor?*

Als Behinderung ist jeder körperliche, geistige und seelische Zustand zu sehen, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensjahr typischen Zustand abweicht.

Die Frage bezieht sich offensichtlich auf etwaige über die bereits bewerteten Behinderungen hinausgehende Behinderungen. Solche Behinderungen konnten nicht nachgewiesen werden.

2. *Worin und seit wann besteht ggf. eine wesentliche Änderung? In welchen objektiven Befunden kommt sie zum Ausdruck?*

Die Beantwortung der Frage erübrigt sich aufgrund der obigen

Antwort.

3. *Wie sind die ggf. noch festzustellenden Behinderungen zu bezeichnen?*

Die Beantwortung der Frage erübrigt sich aufgrund der obigen Antwort.

4. *Sind die bei dem Kläger als Behinderungen anzusehenden Gesundheitsstörungen im Widerspruchsbescheid des ZBFS vom 17.05.2019 (Blatt 196 Schwb.-Akte) vollständig erfasst und mit einem Gesamt-GdB von 70 zutreffend bewertet?*

Die dort festgelegten Bewertungen der Behinderungen auf orthopädischem Fachgebiet sind zutreffend.

5. *Ist die Einholung eines weiteren Gutachtens auf anderem Fachgebiet notwendig?*

Der Schwerpunkt der Problematik des Klägers liegt in jedem Fall auf psychiatrischem Fachgebiet. Inwieweit hier bereits ausreichende Unterlagen vorliegen oder eine weitere gutachterliche Klärung erforderlich ist, vermag ich nicht zu beurteilen.

6. verwendete Literatur

Debrunner, HU (1971) Gelenkmessung (Neutral-0-Methode) Längenmessung, Umfangmessung, AO-Bulletin: offizielles Organ der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen. Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen Bern

Dihlmann, Wolfgang und Stäbler, Axel: *Gelenke-Wirbelverbindungen* Stuttgart New York 2010

Hempfling, Harald, und Veit Krenn. Schadenbeurteilung am Bewegungssystem. Berlin: De Gruyter, 2016

Ludolph E., Schürmann J., Gaidzik P.W. (Hrsg.) (Stand 2020) Kursbuch der ärztlichen Begutachtung ecomed Verlag Landsberg

Schiltewolf M., Hollo D. (Hrsg) (2013) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane Thieme Verlag Stuttgart

Thomann K.D., Schröter F., Grosser V., (Hrsg.), (2013), Orthopädisch-Unfallchirurgische Begutachtung, Elsevier Verlag München

7. Bemerkung

Zur Verwendung für die interne Qualitätskontrolle darf ich um Mitteilung hinsichtlich des weiteren Verfahrensganges bitten. Der Kläger hat eine entsprechende Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht erteilt. Eine Kopie liegt bei.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a loop and a trailing line.

Dr. med. Martin Roßbauer
Orthopäde, Rheumatologie

Gutachten stehen unter dem Schutz des Urheberrechtsgesetzes. Sie dürfen grundsätzlich nur vom Auftraggeber verwendet werden. Die Nutzung des Gutachtens für andere Zwecke ohne vorherige schriftliche Einräumung des Nutzungsrechts durch den Unterzeichner ist nicht statthaft (§§ 1, 2, 11, 15 UrhG)

v. 09.09.65 BGBL 1, S. 1273, geändert am 09.06.1993 BGBL 1, S. 910).

(Anschläge 28.142 : 1.800 entspricht 16 Seiten)