

L 3 SB 1370/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
3
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 1931/08
Datum
04.03.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 SB 1370/09
Datum
10.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist der Grad der Behinderung (GdB) des Klägers.

Bei dem 1950 geborenen Kläger stellte der Beklagte nach mehreren Anträgen des Klägers mit Abhilfebescheid vom 05.06.2002 einen GdB von 50 seit 20.09.2001 aufgrund der Funktionsbeeinträchtigungen Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, funktionelle Organbeschwerden (Teil-GdB 30), Funktionsbehinderungen des rechten Schultergelenkes, Polyarthrose (Teil-GdB 30) und Gebrauchseinschränkung beider Füße (Teil-GdB 20) fest.

Im Rahmen eines vom Beklagten im März 2003 eingeleiteten Nachprüfungsverfahrens berief sich der Kläger am 20.03.2003 auf eine Verschlimmerung aller Gesundheitsbeeinträchtigungen und beantragte gleichzeitig die Zuerkennung des Merkzeichens "G" (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr). Nach Auswertung der vom Kläger vorgelegten ärztlichen Unterlagen durch Dr. Schwenk vom Versorgungsärztlichen Dienst lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 05.05.2003 eine Neufeststellung und die Feststellung des beantragten Merkzeichens ab. Die Funktionsbeeinträchtigungen wurden um eine seelische Störung, chronisches Schmerzsyndrom (Teil-GdB 20) ergänzt.

Im April 2005 leitete der Beklagte erneut eine Nachprüfung ein, worauf der Kläger wiederum die Erhöhung des GdB beantragte. Der Beklagte zog hierauf weitere Befundberichte bei und lehnte anschließend nach Auswertung dieser Unterlagen durch Dr. Schuler vom Versorgungsärztlichen Dienst mit Bescheid vom 17.08.2005 eine Neufeststellung ab. Auf den vom Kläger hiergegen eingelegten Widerspruch zog der Beklagte u.a. das im vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) geführten Rentenverfahren des Klägers von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. A. erstattete nervenärztliche Gutachten vom 31.01.2005 und einen Operationsbericht des Orthopäden Rühmkorf vom 11.08.2005 (Karpaltunnelsyndrom links) bei und wies anschließend den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.11.2005 zurück. Im Rahmen des vom Kläger dagegen eingeleiteten Klageverfahrens vor dem SG (S 21 SB 7739/05) unterbreitete der Beklagte nach Auswertung der bei den den Kläger behandelnden Ärzten eingeholten sachverständigen Zeugenauskünften unter dem 24.05.2006 ein Anerkenntnis, wonach der GdB ab 18.04.2005 60 betragen sollte. Dieses Anerkenntnis nahm der Kläger nicht an. Das SG erhob hierauf weiter Beweis durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Oberarzt Dr. B., Marienhospital Stuttgart. Der Gutachter stellte in seinem Gutachten vom 07.08.2006 als Gesundheitsstörungen eine beidseits endgradig eingeschränkte Seit-Neig-Beweglichkeit und endgradig eingeschränkte Rechts-Dreh-Beweglichkeit der Halswirbelsäule bei radiologisch dokumentierten diskret vermehrten Verschleißerscheinungen im Bewegungssegment C4/C5, subjektiv geklagte Lendenwirbelsäulenbeschwerden bei freier Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in sämtlichen Bewegungsrichtungen und fehlendem Nachweis sensibler oder motorischer Nervenwurzelreizerscheinungen seitens lumbaler Spinalnerven, eine end- bis mittelgradig eingeschränkte Elevation und Abduktion in beiden Schultergelenken bei vermehrtem Verschleiß der Rotatorenmanschetten, eine aktienkundige Polyarthrose der Finger mit daraus resultierender diskreter grober Kraft-Minderung beider Hände und endgradig eingeschränkter Streckung in beiden Kleinfingern, radiologisch dokumentierte initiale Zeichen einer beginnenden Hüftgelenks-Arthrose beidseits bei beidseits freier Hüftgelenksbeweglichkeit und eine verminderte Belastbarkeit beider Fersen bei aktienkundig erwähntem Fersensporn beidseits fest. Den GdB für die Hals- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden schätzte er ebenso wie denjenigen für die Schulterbeschwerden auf 20, denjenigen für die Polyarthrose der Finger und die verminderte Belastbarkeit beider Fersen jeweils auf 10. Unter Berücksichtigung der das orthopädische Fachgebiet nicht

betreffenden Gesundheitsstörungen seelische Störung, chronisches Schmerz-Syndrom mit einem Teil-GdB von 20 und Schlafapnoe-Syndrom, Nasenatembehinderung mit einem Teil-GdB 10 schätzte er den Gesamt-GdB seit 2005 auf 40. Der Kläger legte noch ein im vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg geführten Rentenverfahren (L 9 R 5249/05) erstattetes Gutachten gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) des ihn behandelnden Orthopäden Dr. C. vom 30.03.2007 (Diagnosen: Wirbelsäulensyndrome im Bereich der HWS und unteren Lendenwirbelsäule mit leichter Bewegungseinschränkung, Hämangiom 12. Brustwirbel ohne Funktionseinschränkung, Rotatorenmanschettenteilläsion beidseits, Zustand nach Operation beidseits, Schultergelenkarthrose, Epicondylitis rechter Ellenbogen mit Bewegungseinschränkung in der schmerzhaften Episode, Fersensporn beidseits, Hüftgelenkansatzreizung bzw. "Präarthrose" beidseits mit endgradiger Bewegungseinschränkung, retropatellares Schmerzsyndrom mit schmerzhafter Belastungseinschränkung, polyarthritische synoviale Schwellungen und endgradige Bewegungseinschränkungen der Finger- und Handgelenke, somatoformes Schmerzsyndrom) vor. Im Anschluss daran wies das SG mit Gerichtsbescheid vom 28.06.2007 die Klage ab. Gestützt auf die eingeholten ärztlichen Stellungnahmen und Befundberichte und das von Dr. B. erstattete Gutachten führte es aus, die Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule seien ebenso wie die Funktionsbehinderungen der Schulter mit einem Teil-GdB von jeweils 20 angemessen und ausreichend bewertet. Die reduzierte Belastbarkeit der Hände bedinge einen Teil-GdB von 10. Dasselbe gelte auch hinsichtlich der Schmerzsymptomatik infolge der Fersensporne. Auch das Schlafapnoe-Syndrom hielt das SG mit einem GdB von 10 für angemessen bewertet. Für die psychischen Beschwerden legte es im Wesentlichen gestützt auf das von Dr. A. erstattete Gutachten einen GdB von 20 zugrunde. Insgesamt ergebe sich hieraus ein GdB von 50.

Am 11.09.2007 beantragte der Kläger unter Vorlage des Operationsberichts der Orthopädischen Klinik D. vom 14.03.2007, ausweislich dessen am rechten Schultergelenk eine diagnostische Arthroskopie, partielle Synovektomie und Bursektomie, arthroskopisch subacromiale Dekompression, arthroskopische Bizepssehnen-Tenotomie und partielle Excision von Knorpel/Knochengewebe vom proximalen Humerus durchgeführt wurde, eines an die AOK Baden-Württemberg gerichteten Schreibens der Orthopädischen Klinik D. und eines Kurzbefundes der Internistin Dr. Märtle vom 13.05.2007 erneut die Erhöhung des GdB. Der Beklagte zog noch einen Befundbericht des Dr. C. vom 11.10.2007 (Diagnosen: Degeneratives Wirbelsäulen-Syndrom mit HWS und LWS Osteochondrose, Hypokyphose, BWS. Zustand nach arthroskopischem SLAP-Repair und Acromioplastik wegen SLAP-Läsion und Impingementsymptomatik. Impingementsymptomatik rechts, Polyarthrose (Fingergelenke) bei und lehnte anschließend nach Auswertung dieser Unterlagen durch den Orthopäden Dr. E. vom Versorgungsärztlichen Dienst mit Bescheid vom 20.11.2007 eine Neufeststellung ab. Die Funktionsbeeinträchtigungen wurden als Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, funktionelle Organbeschwerden (Teil-GdB 30), Funktionsbehinderung beider Schultergelenke, Polyarthrose (Teil-GdB 30), Gebrauchseinschränkung beider Füße (Teil-GdB 20) und seelische Störung, chronisches Schmerz-Syndrom (Teil-GdB 20) bezeichnet.

Auf den vom Kläger eingelegten Widerspruch, den er unter anderem auf ein bei ihm vorliegendes Schlafapnoe-Syndrom und die Tatsache, dass der Beklagte ein Anerkenntnis mit einem GdB von 60 abgegeben habe, stützte, wandte sich der Beklagte an den Hausarzt des Klägers Dr. G ... Dieser teilte am 18.12.2007 mit, dass er den Kläger seit Januar 2006 nicht behandelt habe. Nach Einholung einer Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. F. wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11.02.2008 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 05.03.2008 Klage zum SG erhoben. Die jetzige Einstufung entspreche nicht seinen Erkrankungen. Der Gesamt-GdB belaufe sich auf mindestens 70. Zur Unterstützung seines Begehrens hat er einen Arztbrief des Dr. Kalka von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. H. und Dr. I. vom 05.09.2006 über eine MRT der Schulter rechts (Beurteilung: Hypertrophe ACG-Arthrose mit Aktivierung. Subacromiales Impingement mit Teilläsionen des Musculus supra- sowie infraspinatus. Subacromiale sowie subdeltoidale Ergüsse) vorgelegt.

Das SG hat Dr. C. als sachverständigen Zeugen gehört.

Dr. C. hat unter Vorlage von Arztbriefen über durchgeführte MRT-Untersuchungen der Halswirbelsäule (25.03.2008: Kein Massenprolaps, keine spinale Enge. Mäßig ausgeprägte Spondylosis deformans) und der rechten Schulter (22.10.2007: 1. AC-Gelenksarthrotische Veränderungen, 2. Geringe ossäre Ansatzentheseopathie der Supraspinatussehne. Kein Anhalt für Rotatorenmanschettentraktur, 3. Wahrscheinlich Zustand nach Reinsertion der langen Bizepssehne im Humeruskopf) und der Orthopädischen Klinik D. vom 15.03. und 18.05.2007 (18.05.2007: bestehende Restbeschwerdesymptomatik sicherlich im Rahmen, insgesamt funktionell gutes Ergebnis) unter dem 14.05.2008 ausgeführt, beim Kläger bestehe eine Rotatorenmanschettentraktur wegen Ruptur des rechten Schultergelenks, eine Bizepssehnenentotomie rechts und subacromiale Dekompression rechts wegen Impingement-Symptomatik, eine AC-Gelenksarthrose rechts, eine SLAP-I Läsion rechts, eine Labrumrefixation nach SLAP-Läsion links 2005, eine subacromiale Dekompression 2001 rechts wegen Impingement-Symptomatik, degenerative HWS-Veränderungen mit Spondylose, eine Fingerpolyarthrose und degenerative LWS-Veränderungen mit Osteochondrose. Die Möglichkeit der Abduktion der rechten Schulter hat er mit 80° bzw. 90° angegeben. Im Trapezium und paracervical bestünden schmerzhafte Myogelosen und außerdem parathorakal und am ligamentum iliolumbal rechts und am rechten ISG ein Druckschmerz. Die Hüften seien zwischen 0/5/100° beweglich. Im Bereich der Finger bestehe eine geringe synoviale Schwellung. Die Streckung und Beugung sei endgradig eingeschränkt. Die Bewegungseinschränkung beider Schultergelenke und die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule bewerte er jeweils mit einem Teil-GdB von 30, die Polyarthrose mit 10 und die Einschränkung der unteren Extremität mit 20. Das chronifizierte Schmerzsyndrom und die somatoforme Schmerzstörung vermöge er nicht zu beurteilen, da dies außerhalb seines Fachbereichs liege. Die Frage, ob er die Auffassung des Versorgungsärztlichen Dienstes des Beklagten auf seinem Fachgebiet teile, hat er bejaht.

Mit Gerichtsbescheid vom 04.03.2009 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Beklagte habe sämtliche beim Kläger vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt. Die hierfür angesetzten Teil-GdB-Werte seien nicht zu beanstanden. Der beim Kläger festgestellte Gesamt-GdB von 50 sei angemessen und ausreichend. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aufgrund des im früheren Verfahren vom Beklagten abgegebenen Anerkenntnisses. Dieses Anerkenntnis habe der Kläger ausdrücklich nicht angenommen. Damit sei es hinfällig geworden. Der Beklagte habe hieran nach Durchführung der Begutachtung des Klägers durch Dr. B. auch nicht weiter festgehalten.

Hiergegen hat der Kläger am 23.03.2009 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er sich im Wesentlichen darauf gestützt, dass Dr. C. in seiner Begutachtung den GdB von 60 bestätigt habe. Die Fingerpolyarthrose beider Hände und das Schlafapnoe-Syndrom seien überhaupt nicht berücksichtigt worden. Auch die seelische Störung und das chronische Schmerzsyndrom habe der Beklagte im Gesamt-GdB nicht

beachtet. Eine Neufeststellung rechtfertigt auch die 2007 durchgeführte Operation der rechten Schulter, die leider keine Besserung gebracht habe.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Beiziehung der Vorprozessakte des SG S 21 SB 7739/05, der Akten des vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg geführten Rentenverfahrens des Klägers (L 9 R 5249/05; Vergleich vom 24.07.2007: Die Beklagte verpflichtet sich, über den Anspruch des Klägers auf Erwerbsminderungsrente unter Zugrundelegung eines im September 2006 gestellten Antrags erneut zu entscheiden) und des von Dr. J. im Rahmen des vom Kläger vor dem SG (S 25 R 6987/08) erneut geführten Rentenverfahrens erstatteten Sachverständigengutachtens auf dem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 18.05.2009 (keine Diagnosen auf seelischem Gebiet; anhaltende somatoforme Schmerzstörung konnte nicht positiv belegt werden). Zur Einsicht hat der Senat außerdem die Akte des SG S 25 R 5927/08 beigezogen. Das SG hat nach dem von Dr. J. erstatteten Gutachten keine weiteren Ermittlungen getätigt. Die Klage ist mit Urteil vom 21.10.2009 abgewiesen worden.

Für den Beklagten hat sich hierzu unter dem 10.11.2009 zuletzt Dr. K. geäußert und ausgeführt, für die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, funktionelle Organbeschwerden sowie Funktionsbehinderung beider Schultergelenke, Polyarthrose könne jeweils ein Teil-GdB von 30, für die Gebrauchseinschränkung beider Füße ein Teil-GdB von 10 berücksichtigt werden. Der Gesamt-GdB betrage 50.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 04. März 2009 und den Bescheid vom 20. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Februar 2008 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, einen Grad der Behinderung von mindestens 70 festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Verwaltungsakten des Beklagten und die beigezogenen Akten des Landessozialgerichts L 9 R 5249/05 und des SG S 21 SB 7739/05 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich jedoch nicht begründet. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid des Beklagten vom 20.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.02.2008 verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Eine wesentliche Änderung seit Erlass des Bescheids vom 05.06.2002, mit dem beim Kläger ein GdB von 50 festgestellt worden war, ist nicht eingetreten. Der Kläger hat gegenüber dem Beklagten keinen Anspruch auf Feststellung eines GdB von mehr als 50.

Wegen der für die GdB-Feststellung erforderlichen Voraussetzungen und der hierfür maßgebenden Rechtsvorschriften nimmt der Senat auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug und sieht deshalb insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze schließt sich der Senat den Ausführungen des SG zur Bewertung der Funktionsbeeinträchtigungen des Klägers auf orthopädischem Gebiet nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage in vollem Umfang an. Die Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden und funktionelle Organbeschwerden sind ebenso wie die Funktionsbehinderung beider Schultergelenke, Polyarthrose mit einem Teil-GdB von 30, die Gebrauchseinschränkung beider Füße mit einem Teil-GdB von 10 und das Schlafapnoesyndrom ebenfalls mit einem Teil-GdB von 10 zu bewerten.

Etwas anderes ergibt sich diesbezüglich auch nicht aus den vom Senat beigezogenen Akten und Gutachten. Dr. C. hat in seinem Gutachten vom 30.03.2007, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, ohne Angabe konkreter Messwerte lediglich mitgeteilt, dass die Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit in der Vorneige ebenso wie die Brustwirbelsäulenbeweglichkeit in Rotation rechts und Seitneigung beidseits und die Halswirbelsäulenbeweglichkeit in Rotation rechts und Seitneigung beidseits leicht eingeschränkt sei. Es bestehe ein Druckschmerz in beiden Fersen am Plantarfaszienansatz, am Ober- und Unterschenkel zeigten sich diskrete Umfangunterschiede ohne sensorisches Defizit. Die Muskeleigenreflexe seien seitengleich. Die Schulterkontur beschreibt er als ungleichmäßig, die Beweglichkeit zwar als schmerzhaft, aber allenfalls leicht eingeschränkt. Das Impingementzeichen sei positiv. Die Handgelenke seien links mehr als rechts endgradig bewegungseingeschränkt. Die Finger zeigten eine synoviale Schwellung der Grundglieder. Der Faustschluss sei vollständig, die Streckung endgradig in den Mittelfingergelenken der Langfinger eingeschränkt. Dies entspricht auch im Wesentlichen der von Dr. C. dem SG gegenüber erteilten sachverständigen Zeugenauskunft vom 14.05.2008. Eine Änderung ergibt sich insoweit, als er konkret eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter angibt, wobei er zwei unterschiedliche Werte nennt, zum einen gibt er an, die Abduktion sei mit 80 Grad, zum anderen bis 90 Grad möglich. Diese Arztbesuche waren auch dem SG bekannt. Sie rechtfertigen, wie vom SG zutreffend ausgeführt, nur die vom Beklagten angesetzten GdB-Werte. Dies gilt insbesondere auch unter Berücksichtigung der von Dr. J. am 20.03.2009 erhobenen Befunde. Anlässlich dieser Untersuchung waren die Extremitäten allseits aktiv und passiv frei beweglich. Paresen bestanden nicht. Die Muskeleigenreflexe an den oberen Extremitäten waren seitengleich und mittellebhaft auslösbar. Die ASR fehlten, die PSR waren angedeutet auslösbar. Pathologische Reflexe aus der Babinskigruppe waren nicht darstellbar. Anhaltspunkte für eine Aufhebung oder Verminderung der Oberflächen- und Tiefensensibilität bestanden keine. Die Koordination war unbeeinträchtigt. Gang-, Stand-, Halte- und Zeigerversuche waren ohne Befund, die Wirbelsäule nicht deformiert. Es bestand weder ein Klopfschmerz noch ein Stauchschmerz. Der Fingerbodenabstand wurde mit 30 cm, das Lasègue'sche Zeichen beidseits erst bei 90 Grad positiv gemessen. Die Rotation der Halswirbelsäule nach rechts war bei 45 Grad schmerzhaft eingeschränkt. Diese Befunde entsprechen auch den von Dr. Hepp und Dr. B. in ihren Gutachten vom 07.08.2006 und 08.08.2006 erhobenen Befunden. Auch diese Ärzte befundeten jeweils nur geringgradige

Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule. Die Armvorhebefähigkeit der Schultergelenke war bei der Begutachtung durch Dr. Hepp beidseits bis 110 Grad möglich. Höhere GdB-Werte lassen sich hierauf, zumal auch Dr. C. in seiner Zeugenauskunft vom 14.05.2008 die Einschätzung des Beklagten letztlich geteilt hat, nicht stützen.

Von Seiten der Psyche ist gestützt auf das von Dr. J. erstattete Gutachten nach Auffassung des Senats kein GdB mehr zu veranschlagen. Nach dem Gutachten schilderte der Kläger dem Gutachter einen ausgefüllten Tagesablauf mit guten Kontakten zu Freunden und Verwandten. Nach dem Tod seiner Frau im Jahr 2002 habe er wieder eine Freundin gefunden. Für sich selbst sah er keinen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Die testpsychologischen Untersuchungen ergaben auch keine Hinweise auf eine Depression. Eine Schmerztherapie wird nicht durchgeführt. Der Kläger geht lediglich einmal pro Woche ins Thermalbad und erhält ab und zu Massagen oder Krankengymnastik. Medikamente nimmt er keine ein. Psychovegetative oder psychische Störungen liegen damit zumindest nicht mehr vor. Die Feststellung als Behinderung kommt deshalb nicht (mehr) in Betracht (Teil B Nr. 3.7, Seite 27 der VMG). Die vom Kläger noch beklagten Schmerzen sind in den GdB-Werten für die Wirbelsäule und die Schulterbeeinträchtigungen sowie die Fußbeschwerden enthalten. Eine gesonderte Berücksichtigung hat im Hinblick auf die von Dr. J. erhobenen Befunde nicht mehr zu erfolgen.

Die Fingerpolyarthrose der Hände des Klägers ist entgegen dem Vorbringen des Klägers nicht unberücksichtigt geblieben. Sie wurde zusammen mit der Funktionsbehinderung beider Schultergelenke bewertet. Insgesamt bedingen diese beiden Behinderungen unter Beachtung der Tatsachen, dass der Kläger den rechten Arm auch nach Ausführungen von Dr. C. zumindest teilweise noch bis 90° erheben kann (Teil B Nr. 18.13 der VMG: GdB 20) und bei intaktem Faustschluss und Möglichkeit der Durchführung der Spezialgriffe nur geringfügige Bewegungseinschränkungen der Fingergelenke vorliegen (Teil B Nr. 18.13 der VMG), einen GdB von insgesamt 30. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der beim Kläger durchgeführten Operationen im Bereich der rechten Schulter. Eine Operation allein führt, nachdem sie zur Verbesserung des Gesundheitszustands durchgeführt wird und beim Kläger nach dem Bericht der Orthopädischen Klinik D. vom 18.05.2007 auch erfolgreich war, noch nicht zur Berücksichtigung als Behinderung bzw. Erhöhung eines GdB-Wertes.

Das Schlafapnoesyndrom rechtfertigt, nachdem der Kläger keine nächtliche Atemunterstützung verwendet und sich insoweit auch nicht mehr in Behandlung befindet, allenfalls einen Teil-GdB von 10 (Teil B Nr. 8.7 der VMG).

Aus den Einzel-GdB-Werten von nunmehr 30 für die Erkrankung von Seiten der Wirbelsäule und weiteren 30 für die Funktionsbehinderung beider Schultergelenke und die Polyarthrose sowie von jeweils 10 für die Gebrauchseinschränkung beider Füße und das Schlafapnoesyndrom resultiert gemäß den den Senat überzeugenden Ausführungen des Dr. K. ein GdB von 50.

Abschließend wird noch darauf hingewiesen, dass, wie schon das SG ausgeführt hat, der Kläger aus dem Anerkenntnis des Beklagten vom 24.05.2006 keine Rechte herleiten kann, nachdem er dieses nicht angenommen, sondern ausgeschlagen hat. Erst durch ein angenommenes Anerkenntnis wird ein Rechtsstreit insoweit erledigt ([§ 101 Abs. 2 SGG](#)). Nach Nichtannahme durch den Kläger ist der Beklagte hieran nicht mehr gebunden.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-06-28