
Datum: 12.01.2016
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 12. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 12 SB 259/13
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2016:0112:S12SB259.13.00

Sachgebiet: Sonstige Angelegenheiten
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Der Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 22.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.02.2013 verurteilt, bei dem Kläger in der Zeit ab dem 01.10.2015 einen GdB von 60 sowie das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Merkzeichen G und B festzustellen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

- Tatbestand: 1
- Zwischen den Beteiligten ist die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) sowie das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Merkzeichen G, aG, B, RF und BI streitig. 2
- Bei dem am 00.00.000 geborenen Kläger stellte der Beklagte mit Bescheid vom 20.09.2011 aufgrund einer Sehbehinderung (Einzel-GdB 30), einer Zuckerkrankheit (Einzel-GdB 20), einer Funktionsstörungen des Herzens (Einzel-GdB 20), einer Funktionsstörung der Wirbelsäule (Einzel-GdB 10) sowie einer seelischen Störung (Einzel-GdB 10) einen GdB von 40 fest. 3
- Am 03.05.2012 stellte der Kläger einen Änderungsantrag. Hierbei gab er an, er leide unter schweren Herzproblemen, Knochenproblemen, Rückenproblemen, Gehproblemen, Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Er wiege 160 kg. Aufgrund einer schweren Sehstörungen und Augenproblemen könne er nicht mehr alleine gehen. Des Weiteren 4

bestünden schwere Probleme im neurologischen und urologischen Bereich. In Kürze stehe eine Operation an. Er beantragte die Zuerkennung der Merkzeichen G, aG, B, RF und Bl. Hinsichtlich der Behandlung des Diabetes gab der Kläger an, er behandelte diesen diätisch sowie mit Tabletten und Spritzen. Er nehme Actos® 45 (Wirkstoff Pioglitazon), Verapamil 240, Glimepirid, Metformin und ASS 100 ein. In Kürze werde er auch dreimal täglich Insulin spritzen.

Der Beklagte holte einen Befundbericht der Augenärztin Dr. N. ein. Diese stellte einen Visus mit Brille rechts mit 0,05 und links mit 0,05 fest, die Papille sei gekippt und es fänden sich myopische Dehnungen am Augenhintergrund. Die Gesichtsfeldmessung habe ein irreguläres Restgesichtsfeld von weniger als 5° links und von bis 5° rechts ergeben. Der Beklagte holte darüber hinaus ein Pflegegutachten des MDK Nordrhein aus März 2012 ein. Dort wurde beim Kläger eine Pflegestufe I festgestellt. Unter anderem wurde darin ausgeführt, der Kläger könne nicht mehr lesen, Fernsehen schauen sei aber möglich. Auch könne sich der Kläger in der vertrauten Umgebung fortbewegen. Für die Körperpflege wurden 71 Minuten pro Tag, für die Ernährung 22 Minuten pro Tag und für die Mobilität 13 Minuten pro Tag ermittelt. 5

Des Weiteren holte der Beklagte einen Befundbericht des Neurologen und Psychiaters Dr. C., des Urologen Dr. X. und des Internisten Dr. S. ein und wertete diese durch seinen ärztlichen Dienst aus. Schließlich beauftragte der Beklagte Prof. Dr. C. mit der Erstellung eines augenärztlichen Gutachtens, welches dieser am 02.08.2012 erstattete. Prof. Dr. C. kam hierbei zu der Einschätzung, der Kläger gebe zwar eine sehr schlechte Sehschärfe und ein sehr schlechtes Gesichtsfeld an. Hierfür finde sich aber kein morphologischer Befund, der dies erklären könnte. Die Feststellung eines GdB für die Sehbehinderung komme damit nicht in Betracht. 6

Mit Bescheid vom 22.08.2012 lehnte der Beklagte die Feststellung eines höheren GdB sowie des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen für Inanspruchnahme der Merkzeichen G, aG, B, RF und Bl ab. 7

Hiergegen legte der Kläger am 13.09.2012 Widerspruch ein, den er indes nicht näher begründete. Mit Widerspruchsbescheid vom 26.02.2013 wies die Bezirksregierung N. den Widerspruch als unbegründet zurück. 8

Am 19.03.2013 hat der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, Klage vor dem erkennenden Gericht erhoben. Das Gericht hat Befundberichte des Internisten Dr. C., der Augenärztin Dr. N., des Internisten Dr. S., und des Diabetologen Dr. E. eingeholt. Letzterer gab an, der Kläger habe sich äußerst inkompliant verhalten. Eine sachgerechte diabetischen Diagnostik und Therapie sei vor diesem Hintergrund bislang nicht möglich gewesen. Ihm gegenüber habe der Kläger seinerzeit einen HbA1c-Wert von 11,8 % angegeben. Nach seiner Kenntnis nehme der Kläger Glimepirid ein. 9

Unter dem 10.05.2013 hat der Kläger Klage vor dem Verwaltungsgericht B. auf Gewährung von Blindengeld erhoben (2 K 1515/13). 10

Der Kläger hat eine Gesichtsfeldmessung vom 16.7.2013 des Augenzentrums F. sowie Gesichtsfeld- und Visusmessungen der Frau Dr. N. vom 24.05.2013 sowie des Dr. D. vom 13.10.2014 zu den Akten gereicht. 11

Das Gericht hat sodann ein augenärztliches Gutachten des Direktors der Klinik für Augenheilkunde der RWTH B. Prof. Dr. X. in Auftrag gegeben, welches dieser - unter Berücksichtigung der Ergebnisse ambulante Untersuchungen vom 28.03., 17.07. und 12

13.08.2014 - gegenüber dem Gericht erstattet hat. Anamnestisch hat der Kläger u.a. angegeben, der HbA1c Wert liege derzeit bei 8,0. Der Beginn einer Insulintherapie sei geplant. Derzeit erhalte er jedoch nur orale Antidiabetika. Er erhalte Pflegestufe II. Der Gutachter hat beim Kläger eine hochgradige Visusminderung in der Ferne und der Nähe sowie eine beidseitige konzentrische und hochgradige Gesichtsfeldeinengung festgestellt. Pathologische Augenbefunde, die den schlechten Visus und das eingeeengte Gesichtsfeld erklären könnten, haben sich nach den Feststellungen des Gutachters indes nicht gefunden. Darüber hinaus sei aufgefallen, dass sämtliche Untersuchungen, die nicht auf die subjektive Mitarbeit des Klägers angewiesen waren, deutlich besser ausfielen als diejenigen, die eine gute Mitarbeit des Klägers verlangten. Eine Blindheit im Sinne des Gesetzes könne nicht bestätigt werden.

Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Kläger hat weitere Atteste des Dr. D. und der Frau Dr. N. sowie eine Stellungnahme des Landesarztes Dr. I. vom 01.11.2014 vorgelegt. Letzterer hat ausgeführt, dass nach seiner Einschätzung beim Kläger Blindheit im Sinne des § 1 Abs. 1 des Blinden- und Gehörlosengesetzes (GHBG) vorliege. Der Gutachter Prof. Dr. X. hat mehrfach ergänzend Stellung genommen und dargelegt, aus welchen Gründen seiner Ansicht nach das von ihm gefundene Ergebnis zutreffend ist. 13

Am 10.03.2015 hat ein Termin vor dem erkennenden Gericht stattgefunden. Wegen der Einzelheiten wird auf die Terminsniederschrift Bezug genommen. Im Nachgang zu dem Termin hat das Gericht Befundberichte des Dr. C. und des Dr. E. eingeholt. Der ebenfalls vom Kläger benannte Orthopäde Dr. C. hat dem Gericht mitgeteilt, der Kläger sei ihm nicht bekannt. Darüber hinaus hat das Gericht ein Pflegegutachten vom 03.06.2013 des Dr. C. für den MDK Nordrhein beigezogen und sodann ein internistisch-arbeitsmedizinisches Gutachten des Dr. Q., ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten des Herrn X. – einschließlich eines testpsychologischen Zusatzgutachtens des Dipl.-Psych. L. sowie ein orthopädisches Gutachten des Dr. S. eingeholt. 14

Der Kläger hat im Oktober 2015 ein Attest des Dr. G. vom 21.09.2015 eingereicht, wonach beim Kläger ein chronisch degeneratives Wirbelsäulensyndrom, eine multi-faktorielle Gangstörung, ein Intentionstremor beider Hände unklarer Genese, eine affektlabile Persönlichkeitsstörung, ein hyperglykämisch entgleister Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas per magna, Harninkontinenz und anamnestisch ein Visusverlust des linken Auges vorliegen. Es bestehe mindestens ein GdB von 50. Der Kläger hat sodann ein weiteres Attest des Dr. G. vom 25.10.2015 zu den Akten gereicht, wonach der Kläger seit Oktober 2015 die Diabetestherapie um eine Insulintherapie erweitert worden sei. Zusammen mit einem jetzt ebenfalls neu verordneten GLP1-Analogen müssten vom Kläger selbständig täglich zwei Subcutaninjektionen verabreicht werden. Zusätzlich sei eine Blutzuckerkontrolle jetzt mindestens einmal täglich erforderlich. Er sehe einen GdB von 50, eher sogar 70. Das Gericht hat hieraufhin schließlich einen weiteren Befundbericht des Dr. G. eingeholt. 15

Am 12.01.2016 hat ein weiterer Termin zur mündlichen Verhandlung stattgefunden. Der Kläger, dessen persönliches Erscheinen nicht angeordnet war, hat an der Verhandlung teilgenommen. 16

Der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, beantragt, 17

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 22.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.02.2013 zu verurteilen, bei ihm ab Antragstellung einen GdB von 100 festzustellen sowie das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Merkmale G, aG, B, RF und BI. 18

Der Beklagte beantragt,	19
die Klage abzuweisen.	20
Zur Begründung wiederholt und vertieft er sein Vorbringen aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren und nimmt insbesondere Bezug auf die Ausführungen seiner ärztlichen Berater.	21
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakte, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.	22
Entscheidungsgründe:	23
Die zulässige Klage ist nur teilweise begründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, als bei ihm ab dem 01.10.2015 ein GdB von 60 statt bislang 40 sowie das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Merkzeichen G und B festzustellen ist. Soweit der Kläger darüber hinaus die Feststellung eines GdB von 100 sowie die Zuerkennung der Merkzeichen G, B, aG, RF und BI seit Antragstellung begehrt, war die Klage abzuweisen.	24
Nach § 2 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion oder geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Gemäß § 69 Abs. 1 Satz 4 SGB IX werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Grad der Behinderung nach 10er Graden abgestuft dargestellt. Bei dem Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird nach § 69 Abs. 3 SGB IX der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt.	25
Die Bemessung des Gesamt-GdB hat dabei in mehreren Schritten zu erfolgen und ist tatrichterliche Aufgabe (Bundessozialgericht - BSG – Beschluss vom 09.12.2010 – B 9 SB 35/10 B = juris Rn. 5 m.w.N.; Landessozialgericht - LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – L 13 SB 127/11 = juris Rn. 32).	26
Zunächst sind unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens die einzelnen, nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinn von regelwidrigen, von der Norm abweichenden Zuständen gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX und die daraus ableitenden Teilhabebeeinträchtigungen festzustellen. Sodann sind diese den in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. Schließlich ist unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen in einer Gesamtschau der Gesamt-GdB zu bilden (BSG Urteil vom 30.09.2009 – B 9 SB 4/08 R = juris Rn. 18 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – L 13 SB 127/11 = juris Rn. 32).	27
Nach Teil A Ziffer 3 der Anlage zu § 2 der aufgrund § 30 Abs. 17 Bundesversorgungsgesetzes (BVG) erlassenen Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 BVG (BGBl. I 2008, S. 2412 - Versorgungsmedizin-Verordnung) vom 10.12.2008 (Versorgungsmedizinische Grundsätze), die wegen § 69 Abs. 1, Satz 4 SGB IX auch im Schwerbehindertenrecht zur Anwendung kommt, sind zur Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung rechnerische Methoden, insbesondere eine	28

Addition der Einzelgrade der Behinderung, nicht zulässig. Vielmehr ist bei der Beurteilung des Gesamtgrades der Behinderung in der Regel von der Funktionsbeeinträchtigung auszugehen, die den höchsten Einzelgrad der Behinderung bedingt und dann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen dem ersten Grad der Behinderung 10 oder 20 oder mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Hierbei ist gemäß Teil A Ziffer 3 lit. d) ee) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu beachten, dass leichtere Gesundheitsstörungen mit einem Einzelgrad der Behinderung von 10 nicht zu einer Erhöhung des Gesamtgrades der Behinderung führen, selbst wenn mehrere dieser leichteren Behinderungen kumulativ nebeneinander vorliegen. Auch bei Leiden mit einem Einzelgrad der Behinderung von 20 ist es vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine Zunahme des Gesamtausmaßes der Behinderung zu schließen.

Schließlich sind bei der Festlegung des Gesamt-GdB zudem die Auswirkungen im konkreten Fall mit denjenigen zu vergleichen, für die in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen feste GdB-Werte angegeben sind (BSG Urteil vom 02.12.2010 – B 9 SB 4/10 R = juris Rn. 25; vgl. auch Teil A Ziffer 3 lit. b) Versorgungsmedizinische Grundsätze). 29

Die anspruchsbegründenden Tatsachen sind, dies gilt nach allgemeinen Grundsätzen des sozialgerichtlichen Verfahrens auch im Schwerbehindertenrecht grundsätzlich im Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachzuweisen (vgl. BSG Urteil vom 15.12.1999 - B 9 VS 2/98 R = juris Rn. 14; Bayerisches LSG Urteil vom 18.06.2013 – L 15 BL 6/10 = juris Rn. 67 ff.; Bayerisches LSG Urteil vom 05.02.2013 – L 15 SB 23/10= juris). Für diesen Beweisgrad ist es zwar nicht notwendig, dass die erforderlichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch erforderlich ist indessen ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch mehr am Vorliegen der Tatsachen zweifelt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000 - B 9 VG 3/99 R = juris Rn. 11), d.h. dass die Wahrscheinlichkeit an Sicherheit grenzt (vgl. BSG, Urteil vom 05.05.1993 - 9/9a RV 1/92 = juris Rn. 14). Lässt sich der Vollbeweis nicht führen, geht die Nichterweislichkeit einer Tatsache zu Lasten dessen, der sich zur Begründung seines Anspruchs oder rechtlichen Handelns auf ihr Vorliegen stützen. 30

Im vorliegenden Fall hat der – insoweit objektiv beweisbelastete – Kläger nach Auffassung der Kammer nicht im Vollbeweis nachgewiesen, dass die bei ihm vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Feststellungen eines GdB von mehr als 40 für die Zeit bis zum 01.10.2015 rechtfertigen. 31

Der Kläger leidet und litt in dem maßgeblichen Zeitraum bis zur letzten mündlichen Verhandlung zur Überzeugung der Kammer im Wesentlichen unter folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen 32

1. Subjektiv geschilderten Sehbeeinträchtigungen 2. Leichtgradige Hirnatrophie 3. Psychogen aggravierter Tremor der Hände 4. Dysthymie 5. Polyneuropathie 6. Funktionsstörung der Wirbelsäule und der unteren Gliedmaße 7. Diabetes mellitus Typ II 8. Fettstoffwechselstörung und Verdacht auf Fettleber 9. Adipositas per magna 10. Funktionelle Herzbeschwerden, Hypertonie 11. Harninkontinenz 33

Das Vorliegen dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen steht nach Auffassung der Kammer aufgrund der im Verwaltungs- und Klageverfahren eingeholten Befund- und Arztberichte sowie den Gutachten Prof. Dr. C., Prof. Dr. X., X., L., Dr. S. und Dr. Q. fest. Die Gutachten 34

beruhen auf umfangreichen Untersuchungen erfahrener gerichtlicher Gutachter, die unter Einsatz von diversen Hilfsmitteln durchgeführt worden sind. Die Kammer hat keinen Anlass an der Richtigkeit der in dem Gutachten erhobenen medizinischen Befunde und gestellten Diagnosen zu zweifeln. Die Beteiligten haben auch keine substantiierten Einwände gegen die medizinischen Feststellungen erhoben. Soweit der Kläger unter Bezugnahme auf verschiedene augenärztliche Atteste und die Aussage des Dr. I. sich insbesondere gegen die Ausführungen der ophthalmologischen Gutachten wendet, überzeugt dies die Kammer nicht (dazu ausführlich unten).

1. Für das Funktionssystem der Augen ist gemäß Teil B Ziffer 4 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB nicht festzustellen.

35

Prof. Dr. C. hat den Kläger am 02.08.2012 augenärztlich untersucht. Der Gutachter kam zu der Einschätzung, dass sich für den von der Augenärztin Dr. N. bescheinigte Visus von beidseits cc 0,05 (cum correctione sua – d.h. vorliegend mit vorhandener Brille des Klägers) sowie auch das vom Gutachter mit Perimetrie nach Goldmann mit Marke III/4 ermittelte Gesichtsfeld keinen morphologischen Befund finde, der diese Werte erklären könnte. Die beim Kläger vorhandenen schrägen Sehnerveneintritte führen nicht zu funktionellen Einschränkungen, was der bei der Optische Kohärenztomographie ermittelte Befund (OCT-Befund – zu der Methode vgl. Grehn, Augenheilkunde, 31. Aufl. 2012, S. 43) gezeigt hat und die vorhandene Myopie habe bisher zu keinen Ausfällen geführt. Zu einer entsprechenden Einschätzung kommt im Ergebnis auch der vom Gericht beauftragte Gutachter Prof. Dr. X ... Auch er weist darauf hin, dass sich organisch sowohl für die beidseitige Visusminderung als auch für die vom Kläger geschilderte Gesichtsfeldeinengung keinerlei pathologische Augenbefunde finden, die diese Werte erklären könnten. Der Gutachter weist aber darauf hin, dass sämtliche Untersuchungen, die nicht auf die subjektive Mitarbeit des Klägers angewiesen waren, deutlich besser ausgefallen sind, als diejenigen, die eine gute Mitarbeit des Klägers verlangt haben. So stünden ein schlechter Visus, Metamorphosien (veränderte Wahrnehmungen, zu einer differenzierteren Beschreibung vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl. 2004, S. 1149) und schwach erkennbares Amsler-Netz (vgl. dazu Grehn, Augenheilkunde, 31. Aufl. 2012, S. 49), nicht prüfbares Farbsehen, nicht prüfbares Stereosehen, ausgelöschtes Humphrey-Gesichtsfeld und hochgradig eingengtes Goldmann-Gesichtsfeld, schlecht prüfbare Motilität, kaum durchführbarer Interferenzvisus und nicht durchführbare Kampimetrie (vgl. zu den Methoden der Gesichtsfeldbestimmung allgemein Augustin, Augenheilkunde, 2. Aufl. 2001, S. 785 ff.; Grehn, Augenheilkunde, 31. Aufl. 2012, S. 46 ff.) allesamt Untersuchungen, die eine subjektive Mitarbeit des Probanden erfordern, einem völlig unauffälligem Organbefund in Vorder- und Hinterabschnitt mit normalem Swinging-Flashlight-Test, normaler Autofluoreszenz, Vorderabschnitts- und Hinterabschnitts-OTC, regelrecht auslösbarem okulokinetischen Nystagmus und größtenteils unauffälligen elektrophysiologischen Ergebnissen, objektiv messbaren Ergebnissen, gegenüber. Die besten vom Gutachter Prof. Dr. X. erhobenen Visuswerte zeigten beidseits mindestens eine zentrale Sehschärfe von 0,1. Dass der Kläger mindestens diesen Visus hat konnte nach den Feststellungen des Gutachters, an deren Richtigkeit zu zweifeln für die Kammer kein Anlass besteht, auch durch die elektrophysiologischen Untersuchungen bestätigt werden. Die vom Kläger beschriebene starke konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes ist nach den Feststellungen des Gutachters ebenfalls zumindest teilweise auf schlechte Kooperation zurückzuführen. Dies schließt der Gutachter, für die Kammer nachvollziehbar, daraus, dass es große Schwankungen zwischen den verschiedenen perimetrischen Untersuchungen gab und die Mitarbeit des Klägers zwischen den einzelnen Untersuchungen variierte. Die guten Antworten des Klägers im photopischen und skotopischen ERG (vgl. dazu Grehn, Augenheilkunde, 31. Aufl. 2012, S. 54), die die Gesamtheit der retinalen Photorezeptoren

36

widerspiegeln, sprechen des Weiteren gegen eine mögliche retinale, d.h. netzhautbezogene, Ursache der Gesichtsfeldeinengung.

Es steht für die Kammer mit Prof. Dr. X. fest, dass beim Kläger aufgrund der Diskrepanz zwischen den subjektiven und objektiven Ergebnissen bei dem bestehenden organisch regelrechtem Befund davon auszugehen ist, dass die tatsächliche zentrale Sehschärfe und das tatsächliche zentrale Gesichtsfeld besser sind als die subjektiven Angaben, die der Kläger im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen und auch den Untersuchungen bei niedergelassenen Augenärzten gemacht hat bzw. dort erhoben wurden. Der Gutachter führt weiter aus, und die Kammer hat keinen Anlass an diesen Ausführungen zu zweifeln, dass insbesondere die beim Kläger seit Kindheit bestehende Myopie, d.h. Kurzsichtigkeit, und der Astigmatismus ("Brennpunktlosigkeit", vgl. Pschyrembel, 260. Aufl. 2004, S. 154) die sehr schlechten Visus- und Gesichtsfeldergebnisse nicht ausreichend erklären können. Allerdings, hierauf weist der Gutachter ebenfalls hin, ist eine amblyope Komponente auf beiden Augen letztlich nicht zu 100% auszuschließen (vgl. zur Definition und Prävalenz von Amblyopie Kaufmann/Steffen [Hrsg.] Strabismus, 4. Aufl. 2012, S. 262 ff.). Sicher auszuschließen sei aber, dass eine Visus- und Gesichtsfeldminderung durch einen Diabetes mellitus bedingt ist, da sich keinerlei diabetische Korrelate am Auge befinden. Prof. Dr. X. ging aus ophthalmologischer Sicht beim Kläger damit letztlich am ehesten von einer bestehenden Aggravation aus.

37

Zwischen Simulation, Aggravation und dem Bestehen von Verdeutlichungstendenzen ist zu unterscheiden. Unter Simulation versteht man dabei im Allgemeinen das bewusste und absichtliche Präsentieren von Beschwerden, die tatsächlich nicht erlebt werden (vgl. Widder/Gaidzik, Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl. 2011, S. 65 ff.; Hausotter, Neurologische Begutachtung, 2006, S. 158; Nedopil/Müller, Forensische Psychiatrie, 4. Aufl. 2012, S. 213 ff.; Venlaff/Foerster/Dreßing/Habermeyer, Psychiatrische Begutachtung, 6. Aufl. 2015, S. 23). Aggravation meint demgegenüber die verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung tatsächlich vorhandener krankhaften Störungen zum Zweck der Erlangung von Vorteilen (vgl. Widder/Gaidzik, Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl. 2011, S. 66 ff.; Venlaff/Foerster/Dreßing/Habermeyer, Psychiatrische Begutachtung, 6. Aufl. 2015, S. 23; vgl. auch Hausotter, Neurologische Begutachtung, 2006, S. 158; Nedopil/Müller, Forensische Psychiatrie, 4. Aufl. 2012, S. 213 ff.). Bei Verdeutlichungstendenzen handelt es sich um den mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der geklagten Symptome zu überzeugen. Letzteres ist in Begutachtungssituationen durchaus üblich und nicht mit einer Simulation oder Aggravation zu verwechseln (Venlaff/Foerster/Dreßing/Habermeyer, Psychiatrische Begutachtung, 6. Aufl. 2015, S. 23).

38

Unter anderem auch vor dem Hintergrund der von Prof. Dr. X. geäußerten Aggravationsvermutung hat die Kammer ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten des Herrn X. beauftragt. In diesem Rahmen wurde zudem ein testpsychologisches Zusatzgutachten durch Dipl.-Psychologen L. erstellt. Dieser stellte im Rahmen der freien Verhaltensbeobachtung fest, dass der Kläger nach Vorlage einer Buchstabenreihe eines anerkannten Sehtestes die erste Reihe (Größe 1,4 cm) fehlerfrei lesen konnte. Auch die beiden ersten Buchstaben der zweiten Reihe (Größe 1,1 cm) erkannte der Kläger fehlerfrei, um in Anschluss daran – für den Gutachter nach eigenen Angaben völlig überraschend – zu erklären, er könne die weiteren Buchstaben dieser Zeile nicht mehr erkennen. Herr X. führt in seinem Gutachten hinsichtlich der geschilderten Sehbeschwerden des Klägers aus, dass diese neurologischerseits nicht erklärbar sind und sich weder durch den neurologischen Untersuchungsbefund noch durch die durchgeführte computertomographische Zusatzbegutachtung des Cerebrums verifizieren lassen. Computertomographisch wurde eine

39

leichte Hirnatrophie gefunden, die einen unspezifischen Befund darstellt und die die Sehstörungen nicht erklären kann. Der Gutachter weist aber auf Umstände hin, die auch dem Vorsitzenden bereits im Termin vom 10.03.2015 aufgefallen waren und sich der Kammer in ihrer Besetzung im Termin vom 12.01.2016 ebenfalls gezeigt haben. So ist es dem Kläger nämlich – trotz der von ihm geklagten angeblichen erheblichen Sehschwäche durchaus möglich, sich in fremden Räumen offensichtlich sehend zu orientieren. X. beschreibt dies für das Gehen des Klägers durch die Räume der Praxis. Die Kammer konnte diesen Eindruck auch im Rahmen der mündlichen Verhandlung gewinnen. Es steht zur Überzeugung der Kammer aufgrund des vom Kläger gezeigten Verhaltens und den Bewegungsabläufen im Raum fest, dass der Kläger durchaus sich sehend in den Räumen orientieren kann. Es steht zur Überzeugung der Kammer überdies fest, dass der Kläger hierbei insbesondere nicht auf die Hilfe seines Lebenspartners angewiesen ist. Der Kläger konnte im Rahmen der mündlichen Verhandlung selbständig unter Zuhilfenahme eines Gehstocks gehen und ist – dies war dem Kammervorsitzenden beim Termin am 10.03.2015 aufgefallen – in der Lage problemlos und zielsicher die Klinke der Tür zum Sitzungsaal zu finden. In diesen Zusammenhang fügt sich auch, dass der Kläger anamnestisch angab, zu Lesen (freilich mit Lupe, so sein Vortrag) und Fernsehen zu schauen. Nach Auffassung der Kammer ebenfalls bemerkenswert ist, dass der Kläger sich in mehreren handschriftlichen Erklärungen an das Gericht gewandt hat, die – unter Beachtung der Linierung auf liniertem Papier verfasst waren in weitgehend normaler Schriftgröße. Nach dem Wortlaut der Schreiben zu urteilen, hat der Kläger sie verfasst. Dies erscheint der Kammer – vor dem Hintergrund, dass der Kläger nach eigenen Angaben Buchstaben in einer Größe von 1,1 cm bei der Untersuchung durch Herrn Kilian nicht lesen konnte, jedenfalls auffällig. Es ist freilich nicht ausgeschlossen, dass jemandes anderes die Schreiben für den Kläger oder dieser sie unter Verwendung von Hilfsmitteln verfasst hat, so dass diese Auffälligkeit letztlich nicht zu Lasten des Klägers in die Erwägungen der Kammer eingeflossen sind.

X. geht in seinem Gutachten davon aus, dass es sich hinsichtlich der Aggravations-
tendenzen bis hin zur Simulation um eine pseudoneurologische Störung im Sinne einer
psychogenen Störung oder um bewusst herbeigeführte neurologische Symptome (vgl. dazu
unten im Hinblick auf den Tremor des Klägers) handelt, die keinem bekannten organischen
Krankheitsbild zugeordnet werden können. Nach den Feststellungen des Gutachters X., die
nach Auffassung der Kammer – auch und gerade vor dem Hintergrund des im Termins vom
12.01.2016 gewonnenen persönlichen Eindrucks des Klägers - schlüssig und überzeugend
sind, finden sich beim Kläger insgesamt deutliche Hinweise für einen Krankheitsgewinn bei
Aggravation der Beschwerden bis hin zur Simulation einer Blindheit. Letztere können vom
Gutachter aufgrund der Beobachtungen sowohl im Rahmen der Testpsychologie als auch
klinisch-neurologisch nicht nachvollzogen werden.

40

Insgesamt steht damit zur Überzeugung der Kammer fest, dass das Bestehen einer Blindheit
nicht objektiviert ist. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass der Kläger eventuell tatsächlich
bestehende Sehbeeinträchtigungen jedenfalls aggraviert u.U. sogar simuliert. Vor diesem
Hintergrund ist insgesamt der Vollbeweis hinsichtlich des Umfangs etwaig bestehender
Sehbeeinträchtigungen nicht geführt, was zu Lasten des Klägers geht. Ein GdB für das
Funktionssystem der Augen kann nicht festgestellt werden. Soweit in dem Bescheid vom
20.09.2011 bei der Bildung des Gesamt-GdB ein GdB von 30 für die Augen mit in die
Bewertung eingeflossen ist, hindert dies die Kammer nicht, den GdB für die Augen nunmehr
mit 0 zu bewerten, auch ohne den Nachweis zu führen, dass eine Besserung eingetreten ist,
da die Einzelgrade der Behinderung – anders als der Gesamt-GdB – nicht in Bestandskraft
erwachsen (st. Rspr. BSB Beschluss vom 01.06.2015 – B 9 SB 10/15 B = juris, m.w.N.).

41

42

2. Für das Funktionssystem Nervensystem und Psyche ist der GdB des Klägers insgesamt gemäß Teil B Ziffer 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze mit 20 zu bewerten.

Die computertomographische Untersuchung des klägerischen Gehirns hat eine leichtgradige Hirnatrophie, d.h. ein leichtgradiger Rückgang von Hirngewebe, offenbart. Darüber hinaus findet sich beim Kläger ein Tremor insbesondere der rechten Hand sowie eine leichte Polyneuropathie. Darüber hinaus sind eine seelische Störung im Sinne eines psychovegetativen Syndroms und einer Dysthymie objektiviert. Soweit Dr. G. in seinem Befundbericht vom 02.11.2015 Konzentrationsstörungen sowie das Vorliegen einer affektlabilen Persönlichkeitsstörung und eines Intentionstremors beider Hände befundet, und offenbar für die psychischen Störungen allein einen GdB von 50 bis 70 für angemessen erachtet, ist dies schon nicht hinreichend objektiviert. Dr. G. schreibt er in seinem Attest vom 21.09.2015 es sei wegen der affektlabilen Persönlichkeitsstörung aufgrund der "mittelgradigen Ausprägung" ein GdB von 50-70 gerechtfertigt. Nach Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist dieser Bewertungsspielraum vorgesehen für schwere Störungen mit "mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten". Hierzu macht Dr. G. indes keinerlei Angaben. Sie sind derzeit auch weder anderweitig geltend gemacht noch sonst erkennbar. Der Kläger hat bislang zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht in fachpsychiatrischer oder fachpsychologischer Behandlung zu sein. Die Annahmen einer Persönlichkeitsstörung setzt im Übrigen das Vorliegen der allgemeinen Kriterien nach ICD-10 F60 oder DSM-5 voraus (vgl. dazu Venlaff/Foerster/Dreßing/Habermeyer, Psychiatrische Begutachtung, 6. Aufl. 2015, S. 292 ff.). Gerade deren Vorliegen hat der Gutachter L. in seinem testpsychologischen Gutachten, welches er im Juli 2015 auf Grundlage der Auswertung verschiedener Testverfahren gerade ausdrücklich ausgeschlossen. Ein Ergebnis, welches vom nervenärztlichen Gutachter X. ebenfalls bestätigt wird. Es ist nicht im Ansatz erkennbar, auf welcher Grundlage der behandelnde Internist und Diabetologen Dr. G., fachfremd im September 2015 hier zu einer anderen Diagnose kommt. Unabhängig von der Diagnose zeigen aber die eingeholten Gutachten nach Auffassung der Kammer ganz deutlich, dass der Kläger psychisch keinesfalls in einem Maße beeinträchtigt ist, die die Feststellung eines höheren GdB als 20 rechtfertigen würde.

Im Rahmen der Untersuchung beim Gutachter X. erschien der Kläger zeitlich, örtlich zur Personen und zur Situation ausreichend orientiert. Hinweise für eine Störung der Wahrnehmung oder der Aufmerksamkeit fanden sich nicht. Der Gedankengang war formal geordnet und inhaltlich unauffällig. Ebenso zeigten sich im klinischen Bild keine Hinweise für Störungen der Konzentrationsfähigkeit. Der Gutachter stellte ausdrücklich klar, dass Aufmerksamkeit, Auffassungsgabe und auch Konzentrationsfähigkeit auch mit zunehmender Dauer der Untersuchung nicht nachließen. Das Denken war formal geordnet, wenngleich etwas beschleunigt. Inhaltliche Denkstörungen in Form wahnhafter Vorstellungen wurden nicht berichtet. Auch fanden sich keine Hinweise für Wahrnehmungsstörungen in Form von Trugwahrnehmungen oder illusionären Verkennungen. Hinweise für Ich-Störungen, Zwänge oder paranoide Wahrnehmungsstörungen fanden sich ebenfalls nicht. Auch in Bezug auf Merkfähigkeit und Gedächtnis ergaben sich in der Untersuchung keine Hinweise für Einschränkungen. Biographische und andere anamnestiche Daten konnten sicher erinnert und reproduziert werden. Kein Anhalt für krankhafte Einschränkungen der intellektuellen Funktionen, die entsprechend dem Bildungsstand zu erwarten waren. Die Stimmung des Klägers war ausgeglichen (euthym). Die affektive Resonanz war erhalten. Er wirkte nach den Feststellungen des Gutachters emotional angespannt, nervös, drängend hektisch, was nach Auffassung des Gutachters in der Sorge begründet liegen könnte, dass die von ihm vorgetragene Beschwerden nicht hinreichend bewertet werden könnten. Nach Feststellungen des Gutachters fand sich – bei zuvor beschriebener Ungeduld, Drängen und

Distanzlosigkeit sowie den subjektiv geschilderten Stimmungsschwankungen – eine krankhafte Affektlabilität oder Affektinkontinenz nicht. Antrieb und Grundaktivität waren ausgeglichen, der Kläger lebhaft und spontan.

45

Anamnestisch gab der Kläger zwar an, er sei mit seiner Lebenssituation derzeit nicht sonderlich zufrieden, was insbesondere auf seinen gesundheitlichen Einschränkungen beruhe. Aus seinen Angaben ergibt sich nach Auffassung der Kammer indes, dass psychische Beeinträchtigungen, die den Grad einer stärker behindernden Störung im Sinne des Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze erreichen würden, beim Kläger nicht gegeben sind. Der Kläger war weder in seiner Kontaktfähigkeit gegenüber dem Gutachter noch gegenüber dem Gericht beeinträchtigt. Darüber hinaus lebt der Partner in einer Partnerschaft. Der Tagesablauf ist – nach der Darstellung des Klägers – durch gemeinsame Aktivitäten geprägt (gemeinsames Kochen, gemeinsames Essen, gemeinsames Spaziergehen, gemeinsames Fernsehen). Die Partnerschaft besteht nunmehr seit ca. vier Jahren und auch der Kläger geht davon aus, dass er und sein Partner sich gut verstehen. Soweit der Kläger schildert, dass ihm zahlreiche Tätigkeiten nicht mehr möglich seien, geht die Kammer auch hier wieder zu einem erheblichen Teil von einer Aggravation aus (dazu weiter unten). Unter Berücksichtigung des vom Kläger geschilderten Aktivitätsniveaus, dem beschriebenen Auftreten bei den Gutachtern sowie dem vor Gericht, der Beschreibung der bestehenden Partnerschaft und der Tatsache, dass sich der Kläger – wie dieses Verfahren im Übrigen auch zeigt – maßgeblich um die anfallenden bürokratischen Angelegenheiten (Bankangelegenheiten, Behörden- und Anwaltsgänge) kümmert, ist die Kammer mit dem Gutachter X. davon überzeugt, dass der Kläger bei zweifellos bestehender Unzufriedenheit, nicht unter wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit leidet, sondern unter leichteren psychovegetativen bzw. psychischen Störungen im Sinne einer Dysthymie, also einer leichten chronischen Depression, die nicht den Ausbildungsgrad einer leichten depressiven Störung erreicht. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls der Tremor der rechten und linken Hand zu berücksichtigen. Sowohl X. und Dr. S. beschreiben ein – wie auch in den Vorbefunden – ein Zittern allein der rechten Hand. Dies fiel auch im Rahmen der mündlichen Verhandlung auf und zwar auch als sich die Hand in Ruhe befand. Für diesen Tremor lässt sich eine eindeutige Ursache nicht ausmachen. Eine Zuordnung zu einem essentiellen Tremor ist nach Auffassung von X. ebenso wenig möglich, wie die Annahme eines Parkinson-Syndroms. Unter Berücksichtigung der Anamnese geht X. davon aus, dass der Tremor psychogen aggraviert ist. Er geht davon aus, dass der Tremor für den Kläger die Funktion übernommen hat, dass er hiermit die Unbeholfenheit der rechten Hand demonstrieren kann und er diese Störung psychisch durch eigenes Mitwirken noch verstärkt. Eine Behandlung des Tremors hat bislang nicht stattgefunden ebenso wenig wie eine multimodale Schmerztherapie der Wirbelsäule. Unabhängig von der Frage der Ursächlichkeit und der Therapiemöglichkeiten sind freilich auch insoweit die Teilhabebeeinträchtigungen zu berücksichtigen. Insoweit nimmt die Kammer Bezug auf die Feststellungen im Gutachten des Dr. S., wonach der Spitzgriff rechts durch das Zittern nur unvollkommen und summarisch möglich ist und die Kraft um die Hälfte gegenüber der linken Hand vermindert ist. Dr. G. und der Gutachter Dr. Q. beschreiben demgegenüber einen deutlichen Handtremor beidseits. Das Greifen ist dem Kläger, dies steht zur Überzeugung der Kammer nach den gutachterlichen Feststellungen und dem Eindruck der Kammer fest, damit grundsätzlich durchaus weiter möglich, wenngleich Einschränkungen bei diffizileren Bewegungsabläufen möglich sein dürften. Daneben ist neurologisch eine leichte Polyneuropathie bei bestehendem vermindertem Berührungsempfinden zu berücksichtigen. Gemäß Teil B Ziffer 3.11 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze sind insoweit die Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund motorischer Ausfälle (mit Muskelatrophien) bzw. sensiblen Störungen zu berücksichtigen. Nach den eingeholten Gutachten, insbesondere des Gutachtens X., steht für

die Kammer fest, dass die Funktionsbeeinträchtigungen durch die Polyneuropathie letztlich maßgeblich im Bereich der unteren Extremitäten bzw. Wirbelsäule auswirken, weswegen sie auch in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden sollen. Soweit der Kläger über Kopfschmerzen klagt, sind diese nicht im Ansatz objektiviert. Die Kammer geht durchaus davon aus, dass der Kläger, wie eine Vielzahl von Menschen, auch immer mal wieder unter Kopfschmerzen leidet. Dass diese ein Maß erreichen, die einen GdB bedingen könnten, ist in den im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren zahlreich eingeholten Befunden und Gutachten nicht im Ansatz dargetan.

Unter Berücksichtigung der geschilderten Beeinträchtigungen ist für das Funktionssystem Psyche bei leichten psychovegetativen und psychischen Störungen mit Vorliegen eines psychogen aggravierten Tremors der rechten Hand, einer leichtgradigen Hirnatrophie und einer leichten Polyneuropathie der GdB mit 20 zu bemessen. 46

3. Für die Funktionsstörungen der Wirbelsäule ist gemäß Teil B Ziffer 18.9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze – unter Einbeziehung auch der unteren Extremitäten nach Teil B Ziffer 18.14 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze – ein GdB von 30 in Ansatz zu bringen. 47

Der Kläger hat gegenüber den Gutachtern weitgehend übereinstimmend sinngemäß erklärt, er leide unter Schmerzen insbesondere im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen bis in die Füße. Er sei nur noch in der Lage sich mit Hilfsmitteln beschwerlich fortzubewegen. Er berichtete über Sensibilitätsstörungen. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien ständig vorhanden und nähmen beim Gehen zu. Soweit der Kläger gegenüber den Gutachtern angegeben hat, er könne ohne Rollator nicht mehr gehen, trifft dies – wie sich anlässlich beider Gerichtstermine gezeigt hat – nicht zu. Der Kläger war zu beiden Terminen unter Zuhilfenahme eines Gehstocks und nicht eines Rollators erschienen. Es zeigte sich beim Termin vom 12.01.2016 zur Überzeugung der erkennenden Kammer schon aufgrund entsprechender Inaugenscheinnahme, dass der Kläger durchaus beweglicher und selbständiger ist als er seine Umgebung glauben machen will. Hierin sieht sich die Kammer im Übrigen auch durch die eingeholten Gutachten bestätigt. 48

Im Rahmen der Untersuchung durch den Orthopäden Dr. S. zeigte sich beim Kläger folgendes Bild. Die seitliche Hals- und Nackenmuskulatur sowie die Schulterhöhenmuskulatur werden weich und nicht erkennbar schmerzhaft eindrückbar beschrieben. Auch die Brustwirbelsäulenmuskulatur war weich, eindrückbar und nicht druckschmerzhaft, im Bereich der Lendenwirbelsäule war die begleitende Rückenstreckmuskulatur im Tonus erhöht und druckschmerzhaft. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule zeigte folgende nach Neutral-Null ermittelten Ausmaße (re/li): Seitenneigen 30°/0°/30°, die Reklination/Inklination mit 30°/0°/40° und die Rotation mit 60°/0°/60°. Damit war die Beweglichkeit der Halswirbelsäule weitgehend normgerecht (vgl. zu den Bewegungsausmaßen der Wirbelsäule allgemein Grifka/Krämer, Orthopädische Unfallchirurgie, 9. Aufl. 2013, S. 157 f.; Thomann/Schröter/Grosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2009, S. 17). Die Beweglichkeit Lendenwirbelsäule erschien mit einem Vorneigen/Rückneigen von 30°/10°/0°, einer Seitenneigung von 10°/0°/10° und einer Drehbewegung von 10°/0°/10° bei einem Maß nach Schober von 10/12 cm mittelgradig eingeschränkt (zu den Werten nach Schober vgl. Wülker (Hrsg.), Orthopädie und Unfallchirurgie, 2. Aufl. 2010, S. 224). Neurologische Auffällerscheinungen, bedingt durch die Wirbelsäule konnte Dr. S. nicht feststellen. Das Heben der Beine in die Senkrechte gelang dem Kläger beidseits zwischen 60° und 70° und war durch die bestehende Fettschürze begrenzt. Ebenfalls begrenzt durch die bestehende Fettschürze war das Beugen der Hüftgelenke beidseits mit rechts 80°/0°/10° und links 49

90°/0°/10°, wobei die passive Drehbewegung bei ge-streckten Beinen nicht schmerzhaft war und in normalen Umfang gezeigt werden konnte. Bei der Prüfung nach Lasègue gab der Kläger zwar Rückenschmerzen an, aber nicht in den Bereichen, die für die durch die nachgewiesenen Bandscheibenvorfälle gedehnten Nervenwurzeln typisch wären. Die Prüfung nach Lasègue war auch bei der Untersuchung durch den Neurologen und Psychiater X negativ. Auch dort zeigte sich die Lendenwirbelsäule etwas druckschmerzhaft. Die Brustwirbelsäule war dort nicht klopfschmerzhaft, die Halswirbelsäule frei beweglich. X wies freilich auf das am Rumpf und in den Beinen bestehende verminderte Berührungsempfinden des Klägers hin (dazu bereits oben). Allein bei der Untersuchung durch Dr. Q. war das Lasègue'sche Zeichen rechts bei 60° und links bei 45° positiv, wobei bei dieser Untersuchung leider – anders als durch X – nicht der beschriebene Schmerz näher verortet worden ist.

Betrachtet man die reinen Bewegungseinschränkungen so ist nach Auffassung der Kammer mit Dr. S. an sich von mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt auszugehen. Vor dem Hintergrund freilich, dass – wenngleich auch insoweit der Anteil der beim Kläger bestehenden Aggravationstendenzen nicht trennschaft erfasst werden kann – sowohl X. als auch Dr. Q. von einer durch die nachgewiesenen Bandscheibenvorfälle und insbesondere das beim Kläger bestehende erhebliche Übergewicht verursachten Schmerz- und Beschwerdesymptomatik mit (zumindest) pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in die Beine ausgehen, kann hier nach Auffassung der Kammer mit den beiden Gutachtern ein GdB von 30 für diesen Bereich in Ansatz gebracht werden, wobei hierbei auch die Auswirkungen der Polyneuropathie berücksichtigt sind. Hierbei verkennt die Kammer nicht, dass gemäß Teil B Ziffer 15.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze die Adipositas allein keinen GdB bedingt, dass aber Folge- und Begleitschäden, wie sie nach den Feststellungen der Gutachter beim Kläger vorliegen, die Annahme eines GdB, insbesondere bei der vorliegenden Adipositas per magna (vgl. BSG Urteil vom 24.04.2008 – B9/9a SB 7/06 R = juris Rn. 14). Hierbei sind freilich die – ebenfalls durch die Adipositas bedingte eingeschränkte Beweglichkeit der Hüftgelenke – miterfasst.

4. Sonstige Beeinträchtigungen der unteren Extremitäten, die gemäß Teil B Ziffer 18.14 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze einen GdB von mindestens 10 bedingen würden sind nach Auffassung der Kammer unter Berücksichtigung der vorliegenden Gutachten und sonstigen Arzt- und Befundberichte nicht objektiviert. Das Gleiche gilt für den Bereich der oberen Extremitäten gemäß Teil B Ziffer 18.13. Der beim Kläger vorliegende Tremor wurde mit seinen Auswirkungen bereits bei der Feststellung des GdB für das Funktionssystem Nerven und Psyche zutreffend berücksichtigt.

5. Für das Funktionssystem des Stoffwechsels und der inneren Sekretion ist der GdB des Klägers bis zu dem Zeitpunkt, in dem nachweisbar eine Insulintherapie aufgenommen wurde, d.h. Oktober 2015, der GdB mit 20, ab diesem Zeitpunkt mit 40 zu bewerten.

Gemäß Teil B Ziffer 15.1 Versorgungsmedizinischen Grundsätze in der aktuellen Fassung der Fünften Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Versordnung (5. VersMedVÄndV) vom 11.10.2012 (BGBl. I, S. 2122) gilt hinsichtlich der Beurteilung eine Zuckerkrankheit Folgendes:

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdS rechtfertigt. Der GdS beträgt 0.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdS beträgt 20.

Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdS beträgt 30 bis 40. 56

Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. Der GdS beträgt 50 57

Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen. 58

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen steht für die Kammer fest, dass der Kläger mit einer Insulintherapie erst im Oktober 2015 begonnen hat. Zuvor wurde der Diabetes medikamentös oral behandelt. Gemäß Teil B Ziffer 15.1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist bei zur Beginn der Insulintherapie von einem GdB von 20 auszugehen. Dabei verkennt die Kammer nicht, dass zeitweise der Blutzucker des Klägers schlecht eingestellt war, so berichtete der frühere Internist des Klägers, Dr. S. im Jahr 2013 von einem HbA1c-Wert von 11,9%. Der HbA1c-Wert ermittelt den Anteil des glykierten Hämoglobins in den Erythrozyten und stellt derzeit das wichtigste Maß für die Qualitätsbeurteilung der Blutzuckereinstellung der jeweils letzten zwei Monate dar (Hien/Böhm/Claudi-Böhm/Krämer/Kohlhaas, Diabetes Handbuch, 7. Aufl. 2013, S. 9 f.; Häring/Gallwitz/Wieland/Usadel/Mehnert, Diabetologie in Klinik und Praxis, 6. Aufl. 2011, S. 107 f.). Die Normwerte liegen im Bereich von 4% bis 6%. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. X. war der HbA1c-Wert zwischenzeitlich nach Angaben des Klägers bei 8%. Dr. G. beschreibt in seinem Befundbericht aus November 2015 wiederum einen HbA1c-Wert von 10,2%. Damit ist insgesamt zwar von einer schlechten Blutzuckereinstellung auszugehen, was nach Auffassung der Kammer auch daran liegt, dass der Kläger ein besonderes Augenmerk auf die Behandlung des Diabetes bislang nicht gelegt zu haben scheint. So beschrieb der Diabetologe Dr. E. den Kläger als äußerst inkompliant. Bei der Untersuchung durch Dr. Q. konnte der Kläger offenbar den Namen des aktuellen Kombinationspräparats ebenfalls nicht nennen. Es enthalte jedenfalls Metformin. Der Gutachter X. hat Comboglyt 1000 notiert. Gemeint ist hier wohl Komboglyze® 1000, ein Kombinationspräparat, welches die Wirkstoffe Metformin und Saxagliptin (Letzteres ein sog. "DPP4-Hemmer") enthält, denen beiden kein wesentlich erhöhtes Hypoglykämiepotential zugeschrieben wird (vgl. zu alledem etwa Piper, Innere Medizin, 2. Aufl. 2013, S. 469 ff.). In der Vergangenheit hat der Kläger den Diabetes mit oralen Antidiabetika freilich auch mit dem Wirkstoff Glimepirid behandelt, bei welchem ein erhöhtes Hypoglykämiepotential besteht (vgl. dazu etwa Siegenthaler/Blum [Hrsg.], Klinische Pathophysiologie, 9. Aufl. 2006, S. 93; Fröhlich/Kirch, Praktische Arzneitherapie, 3. Aufl. 2003, S. 511). Die Teilhabebeeinträchtigungen durch die Zuckerkrankheit sind, insbesondere im Hinblick auf 59

den nur geringen Therapieaufwand des Klägers, bei fehlenden manifesten Anzeichen für Folgeerkrankungen – so konnte bislang bspw. eine diabetische Retinopathie ausgeschlossen werden – bis Oktober 2015 mit 20 wohlwollend hoch bewertet. Soweit beim Kläger eine Polyneuropathie besteht wurde diese bereits oben hinreichen bewertet ... Vor dem Hintergrund eines unauffälligen Urinstatus und normalen Kreatininwerten findet sich auch kein Anhalt für das Vorliegen einer relevanten diabetischen Nephropathie. Die Tatsache, dass der Blutzucker beim Kläger schlecht eingestellt ist, bedeutet – im Hinblick auf die fehlende Compliance des Klägers - insbesondere nicht, dass er auch schlecht einstellbar ist.

Nach dem Arzt- und Befundbericht des Dr. G. aus Oktober bzw. November 2015 geht die Kammer allerdings davon aus, dass der Kläger ab Oktober eine Insulintherapie begonnen hat. Hierbei muss der Kläger zweimal täglich Insulin spritzen und mindestens einmal täglich selbständig eine Blutzuckerkontrolle durchführen. Darüber hinaus nimmt der Kläger ein GLP-1-Analagon ein (vgl. hierzu etwa Piper, Innere Medizin, 2. Aufl. 2013, S. 470). Hierfür ist ein GdB von 40 in Ansatz zu bringen.

60

Schon der oben zitierte Wortlaut der Vorschrift der Ziffer 15.1 macht deutlich, dass beim Kläger die Voraussetzungen für einen GdB von mindestens 50 nicht erfüllt sind. Hierfür sind nämlich (mindestens) drei Beurteilungskriterien erforderlich. Es müssen (1.) täglich mindestens vier Insulininjektionen durchgeführt werden. Es muss darüber hinaus (2.) eine selbständige Variierung der Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung erfolgen sowie (3.) eine gravierende Beeinträchtigung in der Lebensführung durch erhebliche Einschnitte vorliegen. Hierbei ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu berücksichtigen, dass diese drei Kriterien in einer Gesamtschau die sachgerechte Beurteilung des Gesamtzustands erleichtern sollen (vgl. BSG Urteil vom 16.12.2014 – B 9 SB 2/13 R = juris Rn. 16 unter Hinweis auf BSG Urteil vom 25.10.2012 – B 9 SB 2/12 R = juris Rn. 34). Beim Kläger scheidet schon die Annahme des ersten Tatbestandsmerkmals aus, da er nur zweimal täglich spritzt. Es ist beim Kläger vielmehr von einem Bewertungsspielraum zwischen 30 und 40 auszugehen. Unter Berücksichtigung, der – nach Auffassung der Kammer wohl auch der schlechten Compliance des Klägers geschuldeten – nachgewiesenen HbA1c-Werten, die in dem hier betrachteten längeren Zeitraum durchaus nicht unerheblich schwanken – ist dieser Bewertungsspielraum nach oben auszuschöpfen. Wie sich die Zuckerkrankheit unter der nunmehr begonnen Therapie entwickelt, wird abzuwarten sein. Soweit beim Kläger darüber hinaus eine Fettstoffwechselstörung diagnostiziert wurde, erhöht diese gemäß Teil B Ziffer 15.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze den GdB nicht weiter. Das Gleiche gilt für die Adipositas per magna, die im Übrigen, der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgend, ausnahmsweise bereits oben beim Kläger berücksichtigt worden ist.

61

6. Für das Funktionssystem Herz und Kreislauf ist gemäß Teil B Ziffer 9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von höchstens 20 in Ansatz zu bringen, der nach Auffassung der Kammer allenfalls soeben erreicht ist. Der behandelnde Internist Dr. G. geht in seinem Befundbericht vom 02.11.2015 von einer arteriellen Hypertonie im Sinne einer Belastungshypertonie aus. Der Kläger nimmt derzeit Verapamil 240, Herz ASS sowie das Diuretikum Torasemid. Die beim Kläger objektivierte Blutdruckwerte lagen zwischen Riva-Rocci (RR) 120/80 mmHg (Dr. S.), RR 140/100 mmHg (Dr. Q.), RR 124/86 mmHg (Dr. G.) und sind damit – in Ruhe – etwas erhöht. Nach den Feststellungen des Internisten und Arbeitsmediziners Dr. Q. in seinem Gutachten, an deren Richtigkeit die Kammer keinen Anlass zu zweifeln hat, sind Organschäden bislang nicht objektiviert. Hinweise auf eine Herzinsuffizienz als Ursache der vom Kläger geschilderten Atemnot bei Belastung finden sich bei normalem NT-proBNP labortechnisch (zum Aussagegehalt der Bestimmung dieses

62

Wertes, vgl. Bruhn/Junker/Schäfer/Schreiber, Labormedizin, 3. Aufl. 2011, S. 174 ff.) und klinisch nicht, weswegen die Feststellung eines höheren GdB als soeben 20 keinesfalls gerechtfertigt erscheint. Die Kammer hat hierbei die Einnahme der verschiedenen Medikamente berücksichtigt.

7. Der Kläger gibt zudem an, er leide unter einer Harninkontinenz, die das Tragen von Vorlagen erforderlich mache. Eine Behandlung dieses vom Kläger geltend gemachten Leidens ist bislang nicht objektiviert. Im Rahmen eines 2012 erstellten Befundberichts gaben die Ärzte an, der Kläger sei zuletzt im Januar 2010 zur Therapie einer seit 2003 schon bekannten Phimose (Vorhautverengung) vorstellig geworden. Die Kammer möchte nicht in Abrede stellen, dass es beim Kläger zu ungewolltem Harnabgang kommt. Insoweit wird auf das Pflegegutachten vom 03.06.2013 Bezug genommen, wonach beim Kläger eine Harnteilinkontinenz besteht. Anhaltspunkte, die insoweit einen höheren GdB als 10 – höchstens soeben 20 – rechtfertigen würden sind indes nicht objektiviert. 63

8. Wesentliche weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die einen GdB bedingen könnten, sind nicht objektiviert. 64

9. Vor diesem Hintergrund ist bei dem Kläger gemäß § 69 Abs. 3 SGB IX in Verbindung mit Teil A Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze für die Zeit bis Oktober 2015 ein Gesamt-GdB von 40 zu bilden, für die Zeit danach ein GdB von 60. § 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX schreibt vor, bei Vorliegen mehrerer Teilhabebeeinträchtigungen den Grad der Behinderungen nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzusetzen. Der maßgebliche Gesamt-GdB ergibt sich dabei aus der Zusammenschau aller Funktionsbeeinträchtigungen. Er ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigengutachten sowie der versorgungsmedizinischen Grundsätze in freier richterlicher Beweiswürdigung nach natürlicher, wirklichkeitsorientierter und funktionaler Betrachtungsweise festzustellen (LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 - L 13 SB 127/11 = juris Rn. 42 unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 11.03.1998 - B 9 SB 9/97 R = juris Rn. 10 m.w.N.). Dabei ist zu berücksichtigen, ob die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen, sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinander stehen (BSG Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 4/10 R = juris). Im Vordergrund stehen vorliegend erkennbar die Beeinträchtigungen der Wirbelsäule im Zusammenspiel mit den unteren Extremitäten und den Einschränkungen durch die Adipositas per magna. Diese bedingen - wie oben ausgeführt - einen GdB von 30. Neben diesen sind die Beeinträchtigungen für das Funktionssystem Psyche und Nerven mit einem GdB von 20, sowie der Diabetes mit einem GdB von ebenfalls 20 in Ansatz zu bringen. Bei diesen ist indes schon zu berücksichtigen, dass Teilaspekte der Psyche und des Diabetes bereits in die Bewertung des GdB von 30 für die Wirbelsäule und die unteren Extremitäten (bezüglich der Schmerzen und den Auswirkungen der Polyneuropathie) mit eingeflossen sind. Zunächst ist damit ein GdB von 40 in Ansatz zu bringen. Die Beeinträchtigungen des Funktionssystems Herz treten mit einem GdB von soeben 20 in den Hintergrund. Das Gleiche gilt für die übrigen objektivierten Gesundheitsbeeinträchtigungen. Ein GdB von mindestens 50 und damit die Schwerbehinderteneigenschaft kommt zunächst nicht in Betracht. Dies schon vor allem deshalb, weil sich die objektivierten Beeinträchtigungen der Klägerin gerade nicht gemäß Teil A Nr. 3 lit. b) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze mit einem einzelnen Gesundheitsschaden vergleichen lassen, für den die Versorgungsmedizinischen Grundsätze einen festen GdB-Wert von 50 angeben (vgl. hierzu auch LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 - L 13 SB 127/11 = juris Rn. 49 ff. unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG und den 65

hierzu vertretenen Meinungsstand in der Literatur). Insbesondere lassen sich Beeinträchtigungen etwa vergleichbar einer Versteifung großer Teile der Wirbelsäule, anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthesen die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst, schwere Skoliose (ab ca. 70° nach Cobb), oder aber einer Versteifung des Hüftgelenks in ungünstiger Stellung oder dem Verlust eines Beins im Unterschenkel bei dem Kläger nicht feststellen. Dies umso mehr als beim Kläger die starken Aggravationstendenzen (dazu bereits oben) zu berücksichtigten waren. Für die Zeit ab Oktober 2015 ist indes die Erhöhung des GdB für den Diabetes zu berücksichtigen. Dieser ist mit 40 zu bewerten. Unter Berücksichtigung der im übrigen gleichbleibenden sonstigen Erkrankungen erscheint es nach Auffassung der Kammer gerechtfertigt, den GdB des Klägers aber diesem Zeitpunkt insgesamt mit 60 zu bewerten.

10. Soweit der Kläger die Eintragung des Merkzeichens BI begehrt, war die Klage abzuweisen. Blind ist ein behinderter Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt, vgl. Teil A Ziffer 6 lit. a der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Als blind ist darüber hinaus ein Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht beidäugig mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn anderen Sehstörungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind. Diese in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen vorgenommene Bestimmung des Merkmals "blind" entspricht im Wesentlichen den Regelungen des § 1 Abs. 1 des nordrhein-westfälischen Gesetzes über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG) vom 25.11.1997 (GV. NW. 1997 S. 430) in der derzeit geltenden Fassung sowie der des § 72 Abs. 5 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches – Sozialhilfe – (SGB XII), auf den § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV) vom 25.7.1991 (BGBl. I, S. 1739) in der derzeit geltenden Fassung Bezug nimmt. Liegen die Voraussetzungen des § 72 Abs. 5 SGB XII vor ist nach Feststellung dieser Merkmale das Merkzeichen BI. einzutragen. Voraussetzung für die Feststellung von Merkzeichen ist indes, dass der Kläger schwerbehindert ist, d.h. bei ihm ein GdB von mindestens 50 festgestellt wurde. Für die Zeit bis Oktober 2016 scheidet damit die Eintragung irgendwelcher Merkzeichen – also auch des Merkzeichens BI – per se aus. Aber für die Zeit danach kommt die Zuerkennung des Merkzeichens nicht in Betracht, da die oben geschilderten gesundheitlichen Voraussetzungen beim Kläger wie oben ausführlich dargelegt – nicht objektiviert sind.

66

11. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Feststellung des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens aG.

67

Gemäß § 69 Abs. 4 SGB IX stellen die zuständigen Behörden neben einer Behinderung auch gesundheitliche Merkmale fest, die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen sind. Zu diesen Merkmalen gehört die außergewöhnliche Gehbehinderung im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 14 StVG oder entsprechender straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften, für die in den Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen "aG" einzutragen ist (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Schwerbehindertenausweisverordnung; vgl. hierzu und zu den sich aus dem Merkzeichen ergebenden rechtlichen Folgen, Bundessozialgericht – BSG – Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R = juris Rn. 11; BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 1/06 R = juris Rn. 15). Ausgangspunkt für die Feststellung der außergewöhnlichen Gehbehinderung ist Abschnitt II Nr. 1 zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 VwV-StVO (neu bekannt gemacht am 26. Januar 2001, BAnz 2001, Nr. 21, S 1419). Hiernach ist außergewöhnlich gehbehindert im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 14 Straßenverkehrsgesetz (StVG), wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann. Hierzu zählen Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte,

68

Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außer Stande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder armamputiert sind, sowie andere Schwerbehinderte, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem vorstehenden Personenkreis gleichzustellen sind. Die Frage, ob die Versorgungsmedizinischen Grundsätze als Rechtsverordnung verbindliche Festlegungen hinsichtlich der Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen enthalten, war bislang umstritten. So wurde teilweise die Auffassung vertreten, eine Ermächtigungsgrundlage zur Schaffung einer Rechtsverordnung betreffend die im SGB IX geregelten Nachteilsausgleiche sei nicht gegeben. Insbesondere enthalte die durch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze in Bezug genommene Regelung des § 30 Abs. 17 BVG a.F. (nunmehr § 30 Abs. 16 BVG) keine entsprechende Ermächtigung (Dau, jurisPR-SozR 4/2009 Anm. 4; LSG Baden-Württemberg Beschluss vom 02.10.2012 - L 8 SB 1914/10 = juris Rn. 26). Die Regelungen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zum Nachteilsausgleich aG seien damit mangels entsprechender Ermächtigungsgrundlage rechtswidrig. Rechtsgrundlage seien daher allein die genannten gesetzlichen Bestimmungen und die hierzu in ständiger Rechtsprechung anzuwendenden Grundsätze. Dieser Auffassung hatte sich - normtheoretisch - in der Vergangenheit auch die erkennende Kammer angeschlossen. Sie hatte aber stets darauf hingewiesen, dass gleichwohl die Feststellungen des Teil D Ziffer 3 mit in die Bewertung des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens aG einbezogen werden können, wenngleich freilich nicht als Rechtsgrundlage im Sinne einer Rechtsverordnung. Die Feststellungen in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen werden auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze evidenzbasierter Medizin erstellt und fortentwickelt, vgl. § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung. Sie enthalten - im Hinblick auf das Merkzeichen aG - im Wesentlichen die gleichen Regelungen, wie bereits Ziffer 31 der vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung herausgegebenen Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX), zuletzt aus dem Jahr 2008, (AHP 2008). Die Festlegungen der Anhaltspunkte sind von der Rechtsprechung - als antizipierte Sachverständigengutachten - bei der Frage der Beurteilung der Zuerkennung von Merkzeichen zugrundegelegt worden. Eine entsprechende Funktion erfüllten nach Auffassung der Kammer bislang auch die nunmehr in Teil D Ziffer 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze dargelegten Regelungen (vgl. hierzu etwa SG Aachen – S 12 SB 240/13 = juris; für eine Anwendung der in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen dargelegten Anforderungen auch Bayerisches LSG Urteil vom 26.09.2012 - L 15 SB 46/09 = juris Rn. 61; LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 19.12.2011 - L 13 SB 12/08 = juris Rn. 29; LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 16.11.2011 - L 11 SB 67/09 = juris Rn. 34; wohl auch LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 09.08.2012 - L 10 SB 10/12 = juris Rn. 15; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 13.07.2010 - L 6 SB 133/09 = juris Rn. 29; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 13.07.2010 - 6 SB 133/09 = juris Rn. 27; a.A. offensichtlich LSG Baden-Württemberg Beschluss vom 12.10.2011 - L 6 SB 3032/11 = juris Rn. 39 ff.). Auf diese Problematik hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich reagiert (vgl. BT-Drucks. 18/3190, S. 5). Durch Gesetz zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates über einen Dreigliedrigen Sozialgipfel für Wachstum und Beschäftigung und zur Aufhebung des Beschlusses 2003/174/EG vom 07.01.2015 (BGBl. II, S. 15) wurde in § 70 SGB IX ein Absatz 2 angefügt, in dem nun das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausdrücklich ermächtigt wird, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des Grades der Behinderung und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Darüber hinaus wurde § 159 SGB IX um

einen Absatz 7 erweitert, wonach, sofern noch keine Verordnung nach § 70 Absatz 2 erlassen ist, die Maßstäbe des § 30 Absatz 1 des BVG und der auf Grund des § 30 Absatz 16 des BVG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Diese Änderungen sind am 15.01.2015 in Kraft getreten. Damit hat der Gesetzgeber nunmehr nach Auffassung der Kammer eine eindeutige und hinreichende normative Grundlage für die Anwendung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze auch hinsichtlich der Voraussetzungen für die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Merkzeichen geschaffen (in diesem Sinne auch LSG Baden-Württemberg Urteil vom 22.05.2015 - L 8 SB 70/13 = juris; Vogl in: jurisPK-SGB IX, § 159 Rn. 38 f; ders., in: jurisPK-SGB IX, § 146 Rn. 5 f.). Spätestens seit dem 15.01.2015 ist damit klar, dass die Versorgungsmedizinischen Grundsätze als Rechtsverordnung unmittelbare - auch die Gerichte bindende - Wirkung entfalten. Für die Zeit davor bleibt es nach Auffassung der Kammer indes dabei, dass die in Teil B Ziffer 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze richterrechtlich zur Bestimmung des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen herangezogen werden konnten. Im Ergebnis ergeben sich hierdurch mithin keine Änderungen (so auch LSG Baden-Württemberg Urteil vom 22.05.2015 - L 8 SB 70/13 = juris). Da der Kläger jedenfalls nicht in eine der oben genannten Beispielsgruppen fällt, war zu klären, ob er dem ausdrücklich beschriebenen Personenkreis gleichzustellen ist. Eine Gleichstellung muss dann erfolgen, wenn ein Betroffener in seiner Gehfähigkeit in ungewöhnlichem Maße eingeschränkt ist und er sich nur unter eben so großen Anstrengungen wie die erstgenannte Gruppe von Schwerbehinderten oder nur noch mit fremder Hilfe fortbewegen kann (BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R = juris Rn. 11 ff.; BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 1/06 R = juris Rn. 15 ff.; BSG Urteil vom 11.03.1998 - B 9 SB 1/97 R = juris Rn. 18). Die damit erforderliche Bildung eines Vergleichsmaßstabes birgt freilich Schwierigkeiten, weil die verschiedenen, im Gesetz ausdrücklich aufgezählten Gruppen in ihrer Wegfähigkeit nicht homogen sind und einzelne Vertreter dieser Gruppe - bei gutem gesundheitlichem Allgemeinzustand, hoher Leistungsfähigkeit und optimaler prothetischer Versorgung - ausnahmsweise nahezu das Gehvermögen eines Nichtbehinderten erreichen können. Auf die individuelle prothetische Versorgung der aufgeführten behinderten Gruppen kann es grundsätzlich aber nicht ankommen (vgl. dazu Bundessozialgericht, a.a.O.) Im Ergebnis ist hinsichtlich der Gleichstellung bei dem Restgehvermögen des Betroffenen anzusetzen. Insoweit stellen die maßgeblichen straßenrechtlichen Vorschriften darauf ab, ob ein schwerbehinderter Mensch nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung - und zwar praktisch von den ersten Schritten - außerhalb seines Kraftfahrzeuges sich bewegen kann. Wegen der begrenzten städtebaulichen Möglichkeiten, Raum für Parkerleichterungen zu schaffen, sind hohe Anforderungen zu stellen, um den Kreis der Begünstigten klein zu halten (BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R = juris Rn. 11 ff.; BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 1/06 R = juris Rn. 15 ff.; BSG Urteil vom 11.03.1998 - B 9 SB 1/97 R = juris Rn. 18). Bei der erforderlichen tatrichterlichen Feststellung, ob und ggf. in welchem Umfang körperlichen Anstrengungen vorhanden sind, kann dabei nicht allein auf eine gegriffene Größe wie die schmerzfrei zurückgelegte Wegstrecke abgestellt werden. Zur Klärung dieser Frage sind Indizien wie Erschöpfungszustände, Luftnot, Schmerzen oder ähnliches heranzuziehen (vgl. BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 5/05 R = juris Rn. 11 ff.; BSG Urteil vom 29.03.2007 - B 9a SB 1/06 R = juris Rn. 15 ff.). So lässt sich ein vergleichbares Erschöpfungsbild u.a. aus der Dauer der erforderlichen Pause sowie den Umständen herleiten, unter denen der Schwerbehinderte nach der Pause seinen Weg fortsetzt. Nur kurzes Pausieren - auch auf Großparkplätzen - mit anschließendem Fortsetzen des Weges ohne zusätzliche Probleme ist im Hinblick auf den durch die Vergleichsgruppen gebildeten Maßstab zumutbar. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass das ein Abstellen auf ein starres Kriterium keine sachgerechte Beurteilung ermöglicht, weil es eine Gesamtschau aller relevanten Umstände eher verhindert (BSG, a.a.O.). Unter Berücksichtigung der genannten

Kriterien liegen beim Kläger die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkmals aG nicht vor. Der Gutachter Dr. S. beschrieb, dass der Kläger sich innerhalb der Räume der Interstut GmbH normal bewegte und nicht orientierungslos oder erkennbar hilflos war. Er kam mit einem Rollator, suchte die Toilette vom Flur aus aber ohne Rollator auf. Auch ging er sonstige kürzere Strecken ohne Rollator. Der sozialmedizinisch erfahrene Gutachter kam zu der Einschätzung, dass der Kläger insbesondere durch sein erhebliches Übergewicht in der Gehstrecke limitiert ist, keinesfalls aber in einem Maße, die die Zuerkennung des Merkmals aG rechtfertigt. Entsprechendes berichtet Herr X., der überdies darauf hinweist, dass der Kläger gerade bei seinen Gehversuchen sich demonstrativ und deutlich aggravierend – bis hin zur Simulation – verhielt. Die Kammer ist unter Berücksichtigung der Gutachten und dem Eindruck, den die Kammer vom Gangbild des Klägers im Rahmen der mündlichen Verhandlung gewonnen hat – der Kläger bewegte sich hier ebenfalls ohne Rollator und – zeitweise gestützt - mit Hilfe eines Gehstocks – davon überzeugt, dass der Kläger keinesfalls mit den Personen vergleichbar ist, bei denen die Zuerkennung des Merkmals aG in Betracht kommt. 12. Auch die Feststellung für das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkmals RF kommt nicht in Betracht. Nach der Verordnung über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht vom 30.11.1993 des Landes Nordrhein-Westfalen (GVBl. NRW 1993, S. 970) steht das Merkmal RF den Fürsorgeberechtigten im Sinne des § 27e BVG, Blinden oder nicht nur vorübergehend sehbehinderten Personen mit einem GdB von 60 allein wegen der Sehbehinderung sowie Hörgeschädigten, die gehörlos sind, oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Gehörhilfen nicht möglich ist, zu. Eine Inanspruchnahme kommt überdies nach § 1 Nr. 3 der Verordnung in Betracht, wenn ein behinderter Mensch aufgrund seiner Leiden gehindert ist, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen (zum Merkmal RF BSG Urteil vom 16.02.2012 - B 9 SB 2/11 R = juris Rn. 22,24). Öffentliche Veranstaltung ist dabei jede grundsätzlich jedermann uneingeschränkt oder bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z.B. Eintrittsgeld) zugänglich gemachte Veranstaltung im Sinne einer Organisation von Darbietungen verschiedenster Art; dazu zählen Veranstaltungen politischer, künstlerischer, wissenschaftlicher, kirchlicher, sportlicher, unterhaltender oder wirtschaftlicher Art, wobei es auf das tatsächliche Angebot von Veranstaltungen im örtlichen Einzugsbereich des Behinderten ebenso wenig ankommt wie auf seine persönlichen Vorlieben, Bedürfnisse, Neigungen oder Interessen (Bayerisches LSG Urteil vom 25.09.2012 - L 3 SB 15/12 = juris Rn. 27 unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG; auch BSG Urteil vom 10.08.1993, 9/9a RVs 7/91; Urteil vom 16.03.1994, 9/9a RVs 3/83; Urteil vom 12.02.1997, 9/9a RVs 2/93; LSG NRW Urteil vom 18.01.2006; LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 15.03.2012 - L 11 SB 105/09 = juris Rn. 41). Dazu gehören nicht nur Theater-, Oper-, Konzert- und Kinovorstellungen, sondern auch Veranstaltungen wie etwa Ausstellungen, Messen, Museen, Märkte, Gottesdienste, Volksfeste, Sportveranstaltungen, Tier- und Pflanzengärten sowie letztlich auch öffentliche Gerichtsverhandlungen. Maßgeblich ist allein die Möglichkeit der körperlichen Teilnahme, gegebenenfalls mit technischen Mitteln (z.B. Rollstuhl) und/oder mit Hilfe einer Begleitperson (Bayerisches LSG Urteil vom 25.09.2012 - L 3 SB 15/12 = juris Rn. 27 unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 11.09.1991 - 9/9a RVs 15/98 = juris Rn. 9). Die Unmöglichkeit zur Teilnahme an solchen Veranstaltungen ist nur dann gegeben, wenn der Schwerbehinderte wegen seines Leides ständig, d.h. allgemein und umfassend, vom Besuch ausgeschlossen ist. Aufgrund der eingeholten gerichtlichen Gutachtens sowie den Befundberichte und nicht zuletzt des persönlichen Eindrucks des Klägers im Rahmen der mündlichen Verhandlung steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass dieser derzeit nicht dauernd gehindert ist, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Die hierfür erforderliche Sehbehinderung ist beim Kläger nicht objektiviert (vgl. dazu oben). Auch sonstige Beeinträchtigungen die einer Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen entgegenstehen könnten, sind nicht ersichtlich.

13. Der Kläger hat aber ab Oktober 2015 einen Anspruch auf Feststellung des Vorliegens der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens G. Nach 145 Abs. 1 Satz 1 SGB IX haben schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, Anspruch auf unentgeltliche Beförderung. Nach § 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Die Länge der in § 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX genannten Wegstrecke ist gesetzlich nicht geregelt. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beträgt die üblicherweise im Ortsverkehr zurückgelegte Strecke zwei Kilometer, die etwa in einer halben Stunde zurückgelegt werden (etwa BSG Urteil vom 10.12.1987 - 9a RVs 11/87 = juris Rn. 13 ff.; BSG Urteil vom 13.08.1997 - 9 RVs 1/96 = juris Rn. 19; BSG Urteil vom 27.08.1998 - B 9 SB 13/97 R = juris Rn. 15). Feststellungen zur Zuerkennung des Merkzeichens G enthält darüber hinaus Teil D Ziffer 1 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Die entsprechende Regelung lautet u.a.: "() In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein – d. h. altersunabhängig von nicht behinderten Menschen – noch zu Fuß zurückgelegt werden. Als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne gilt eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird (). Die Voraussetzungen für die Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung des Gehvermögens sind als erfüllt anzusehen, wenn auf die Gehfähigkeit sich auswirkende Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bestehen, die für sich einen GdB von wenigstens 50 bedingen. Darüber hinaus können die Voraussetzungen bei Behinderungen an den unteren Gliedmaßen mit einem GdB unter 50 gegeben sein, wenn diese Behinderungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüftgelenks, Versteifung des Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung, arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem GdB von 40. Auch bei inneren Leiden kommt es bei der Beurteilung entscheidend auf die Einschränkung des Gehvermögens an. Dementsprechend ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Gruppe 3 und bei Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades anzunehmen. Auch bei anderen inneren Leiden mit einer schweren Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit, z. B. chronische Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Anämie, sind die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen (). Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) anzunehmen. Bei Hörbehinderungen ist die Annahme solcher Störungen nur bei Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit im Kindesalter (in der Regel bis zum 16. Lebensjahr) oder im Erwachsenenalter bei diesen Hörstörungen in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. Sehbehinderung, geistige Behinderung) gerechtfertigt. Bei geistig behinderten Menschen sind

entsprechende Störungen der Orientierungsfähigkeit voraussetzen, wenn die behinderten Menschen sich im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können. Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit bei geistigen Behinderungen mit einem GdB von 100 immer und mit einem GdB von 80 oder 90 in den meisten Fällen zu bejahen. Bei einem GdB unter 80 kommt eine solche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit nur in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht." Die Regelung macht deutlich, dass die Annahme des Merkzeichens G regelmäßig dann in Betracht kommt, wenn Beeinträchtigungen, die sich auf die Gehwerkzeuge auswirken mindestens einen GdB von 50, in Ausnahmefällen auch von 40, bedingen. Solche Beeinträchtigungen sind beim Kläger derzeit nicht objektiviert (vgl. dazu bereits oben). Indes ist in diesem Zusammenhang nach Auffassung der Kammer die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu berücksichtigen, wonach bei der Frage, ob die Voraussetzungen des Merkzeichens G gegeben sind auch zu berücksichtigen ist, dass das menschliche Gehvermögen keine statische Messgröße ist, sondern von verschiedenen Faktoren geprägt und variiert wird. Darunter sind neben den anatomischen Gegebenheiten des Körpers, also Körperbau und etwaige Behinderungen, vor allem der Trainingszustand, die Tagesform, Witterungseinflüsse, die Art des Gehens (ökonomische Beanspruchung der Muskulatur, Gehtempo und Rhythmus) sowie Persönlichkeitsmerkmale, vor allem die Motivation, zu nennen (vgl. BSG Urteil vom 24.04.2008 – B 9/9a SB 7/06 R = juris Rn. 12). Von diesen Faktoren sind nach den Vorgaben des Versorgungsmedizinischen Grundsätze all diejenigen unbeachtlich, die die Bewegungsfähigkeit des schwerbehinderten Menschen im Straßenverkehr nicht infolge einer behinderungsbedingten Einschränkung seines Gehvermögens, sondern möglicherweise aus anderen Gründen erheblich beeinträchtigen (vgl. BSG Urteil vom 24.04.2008 – B 9/9a SB 7/06 R = juris, a.a.O.). Nach den übereinstimmenden Feststellungen der Gutachter geht die Kammer davon aus, dass eine Wegstrecke von 2 km innerhalb einer Zeit von etwa einer halben Stunde nicht mehr zumutbar ist. Trotz der festgestellten Aggravation des Klägers geht auch die Kammer davon aus, dass dies zutrifft und zwar insbesondere aufgrund der beim Kläger vorliegenden Adipositas per magna bei bestehender schwacher Muskulatur, bestehenden Beeinträchtigungen insbesondere der Lendenwirbelsäule mit jedenfalls pseudoradikulären Auswirkungen auch auf die unteren Extremitäten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann insoweit auch das erhebliche Übergewicht berücksichtigt werden. Die funktionellen Auswirkungen einer Adipositas per magna sind nicht nur bei Einschätzung eines aus anderen Gesundheitsstörungen folgenden GdB (erhöhend) zu berücksichtigen, sondern auch insoweit, als sie zu einer Einbuße der in § 145 Abs. 1 Satz 1 SGB IX genannten Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr führen (BSG Urteil vom 10.12.1987 – 9a RVs 11/87 = juris Rn. 9; BSG Urteil vom 24.04.2008 – B 9/9a SB 7/06 R = juris Rn. 14). Wie oben bereits ausgeführt bedingen die Beeinträchtigungen in der Wirbelsäule und den unteren Extremitäten für sich noch keinen GdB von 40. Die aus den Gesundheitsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates folgenden Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr werden aber jedenfalls durch funktionelle Auswirkungen der Adipositas per magna so weit verstärkt, dass die dem Kläger zumutbare Wegstrecke auf unter 2 km abgesunken ist. Für die Zeit ab der Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft kommt nach alledem auch die Feststellung des Vorliegens der gesundheitlichen Auswirkungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens G in Betracht.

14. Ab diesem Zeitpunkt ist beim Kläger auch das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Merkzeichens B gegeben.

69

Für die unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson nach § 145 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX ist in Verbindung mit § 146 Abs. 2 SGB IX die Notwendigkeit ständiger Begleitung zu beurteilen.

70

Ständige Begleitung ist - nach ständiger Rechtsprechung und unter Berücksichtigung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (dazu schon oben) - bei schwerbehinderten Menschen, bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen G oder H vorliegen, notwendig, wenn sie infolge der Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Das Merkzeichen G liegt bei dem Kläger seit Oktober 2015 vor (vgl. dazu oben). Es ist demnach nach Teil D Ziffer 2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu klären, ob der Kläger bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist, ob er etwa beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist oder ob Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen erforderlich sind. Insoweit nimmt die Kammer ebenfalls Bezug auf die Ausführungen der gerichtlich bestellten Gutachter Dr. S. und X., die beide übereinstimmend zu der Einschätzung ge-kommen sind, dass der Kläger bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel auf fremde Hilfe angewiesen ist, um Gefahren für sich oder andere zu vermeiden und er Hilfe beim Ein- und Aussteigen bedarf. Auch insoweit macht sich nach Auffassung der Kammer die adipositasbedingte Gehschwäche und Unsicherheit bemerkbar. Die Kostentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG und berücksichtigt insbesondere die Tatsache, dass die Voraussetzungen für einen höheren GdB als 40 und die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Merkzeichen G und B erst seit Oktober 2015 und damit im laufenden Gerichtsverfahren eingetreten sind. Der Beklagte hat somit keine Veranlassung zur Klage gegeben.
