
Datum: 01.03.2016
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 12. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 12 SB 266/15
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2016:0301.S12SB266.15.00

Sachgebiet: Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Zwischen den Beteiligten ist die Herabsetzung des Grades der Behinderung (GdB) von 50 auf 40 streitig. 2

Der am 00.00.0000 geborene Kläger stellte am 21.05.2008 einen Antrag auf Fest-stellung eines GdB. Hierbei gab er an, bei ihm habe eine Prostataoperation stattge-funden. Der Beklagte holte einen Befundbericht des Urologen Dr. Q. ein und wertete diesen nebst einem ärztlichen Reha-Bericht betreffend den Kläger durch seinen ärzt-lichen Dienst aus. 3

Mit Bescheid vom 31.07.2008 stellte der Beklagte aufgrund einer Erkrankung der Prostata im Stadium der Heilungsbewährung einen GdB von 50 beim Kläger fest. 4

Im Rahmen einer Nachprüfung im Juni 2013 gab der Kläger an, er sei weiterhin bei Dr. Q. in urologischer Behandlung. Darüber hinaus sei er wegen einer aktivierten Gonarthrose 2011 im Hermann-Josef Krankenhaus in F. sowie bereits 2001 wegen einer Schlafapnoe im Schlaflabor des Kamillianer Krankenhauses in N. behandelt worden. 2009 habe er eine Rehabilitation in der Park-Therme Badenweiler und 2011 in Bad X. gemacht. Der Beklagte holte einen Befundbericht des Dr. Q. ein und werte-te diesen – zusammen mit einem Arztbericht des Hermann-Josef Krankenhauses vom 26.05.2011 betreffend eine Gonarthrose links mit durchgeführter Lavage und Entfernung der freien Gelenkkörper und Anbringung einer Abrasionschondroplastik – durch seinen ärztlichen Dienst aus. 5

Der ärztliche Dienst des Beklagten kam zu der Einschätzung beim Kläger sei eine Erkrankung der Prostata und der Harnorgane, bei Stressinkontinenz ersten Grades mit einem Einzel-GdB von 10 und eine Funktionsstörung der unteren linken Gliedmaße mit einem Einzel-GdB von 10 zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die Rezidivfreiheit sei von einer Heilungsbewährung und Besserung auszugehen. Der Beklagte hörte den Kläger mit Schreiben vom 12.09.2013 hinsichtlich des Wegfalls des GdB und der beabsichtigten Aufhebung des Bescheides vom 31.07.2008 an.	6
Am 17.02.2014 stellte der Kläger beim Beklagten einen Änderungsantrag. Er gab an, er leide unter einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom n-CPAP, einer aktivierten Gonarthrose mit Erguss und multiplen freien Gelenkkörpern, einer Stressinkontinenz I°, psychischen Problemen mit der Erkrankung und einer schweren depressiven Episode. Der Beklagte wertete durch seinen ärztlichen Dienst Arztberichte des Pneumologen A. und des Chirurgen Dr. A. sowie Befundberichte des Psychiaters Kanz, des Orthopäden Dr. S., des Urologen Dr. Q. und des Internisten Dr. M. aus. Hierbei kam er zu der Einschätzung, beim Kläger liege eine Funktionsstörung der unteren linken Gliedmaße (Einzel-GdB 20), ein Schlafapnoe-Syndrom (Einzel-GdB 20), eine depressive Störung (Einzel-GdB 20) sowie der Verlust der Prostata und eine Blasenentleerungsstörung (Einzel-GdB 10) vor. Der Gesamt-GdB sei mit 30 zu bewerten. Mit Schreiben vom 12.05.2014 hörte der Beklagte den Kläger hinsichtlich einer entsprechenden Absenkung des GdB auf 30 an. Mit Schreiben vom 08.10.2014 wies der Prozessbevollmächtigte des Klägers darauf hin, dass der Verlust der Prostata, die Stressinkontinenz Grad II, die erektile Dysfunktion und die depressiven Störungen als Einheit zusammenzufassen seien, die einen GdB von 40 bedinge. Berücksichtigte man hierzu noch die Funktionsstörung der linken unteren Gliedmaße, so ergebe sich ein GdB von mindestens 50. Der ärztliche Dienst kam zu der Einschätzung bei Bestehen einer erektilen Dysfunktion und einer Stressinkontinenz II° sei der Einzel-GdB für die urologischen Beeinträchtigungen mit 20 zu bewerten. Der GdB sei daher insgesamt mit 40 zu bewerten. Der Beklagte hörte den Kläger am 30.10.2014 hierzu an. Mit Schreiben vom 25.11.2014 vertrat der Kläger-Bevollmächtigte die Auffassung, der Kausalzusammenhang zwischen Krebserkrankung und den beim Kläger vorliegenden depressiven Störungen sei offenkundig. Aus diesem Grund könne die psychische Beeinträchtigung auch nicht als eigenständige Erkrankung berücksichtigt werden. Sie seien vielmehr nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen zwangsläufig Teil der Prostata-Erkrankung. Daher seien die urologischen und psychischen Beeinträchtigungen zusammenzufassen und mit einem GdB von 40 zu bewerten. Dieser sei dann wegen weiterer Beeinträchtigungen auf mindestens 50 zu erhöhen.	7
Nach erneuter Stellungnahme des ärztlichen Dienstes hob der Beklagte mit Bescheid vom 15.01.2015 den Bescheid vom 31.07.2008 insoweit auf, als nunmehr noch ein GdB von 40 festgestellt wurde. Dieser Feststellung lagen als Beeinträchtigung der Verlust der Prostata, Blasenentleerungsstörungen, Funktionsstörung der unteren linken Gliedmaße, eine depressive Störung und ein Schlafapnoe-Syndrom zugrunde.	8
Hiergegen legte der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, am 11.02.2015 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies er auf seine bisherige Argumentation, wonach die Bildung des Gesamt-GdB rechtswidrig sei.	9
Nach Stellungnahme des ärztlichen Dienstes des Beklagten wies die Bezirksregierung Münster mit Widerspruchsbescheid vom 10.03.2015 den Widerspruch als unbegründet zurück.	10
Am 27.03.2015 hat der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, Klage erhoben. Zur Begründung hat er seinen Vortrag aus dem Verwaltungs- und Wi-	11

derspruchsverfahren wiederholt und vertieft. Darüber hinaus sei der Bescheid vom 15.01.2015 schon formal rechtswidrig, weil in ihm für die aufgelisteten einzelnen Beeinträchtigungen keine Einzel-GdB aufgeführt seien.

Der Beklagte hat – unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme seines ärztlichen Be-raters Dr. N. – ausgeführt, die Argumentation des Klägerbevollmächtigten könne aus versorgungsrechtlicher Sicht nicht nachvollzogen werden. Selbstverständlich sei, dass auch bei einem organisch bedingten GdB die hiermit verbundenen und übli-cherweise auftretenden psychischen Begleitreaktionen umfasst seien. Soweit psychi-sche Störungen zu verzeichnen seien, die über das Normalmaß hinausgehen seien diese ebenso selbstverständlich separat zu erfassen. Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze sähen dann aber nach allgemeinen Regeln eine organsystembezogene Bewertung vor, entsprechend den jeweiligen Kapiteln der Verordnung. Kausale Ge-sichtspunkte seien ganz ausdrücklich nicht zu berücksichtigen, es herrsche eine fina-le Betrachtungsweise vor. Es komme in diesen Fällen häufig sogar zu einer gewissen Doppelbewertung im Grundleiden nach Ablauf der Heilungsbewährung und in einer gesondert aufgeführten psychiatrischen Erkrankung. Dies sei auch hier der Fall ge-wesen. Mit dem besonderen Konstrukt der sog. Heilungsbewährung habe der Ge-setzgeber ein im Wesentlichen wohlwollend-günstiges Instrument geschaffen, mit welchem ein von einem Krebsleiden betroffener Mensch ohne tatsächliche Überprü-fung resultierender Störungen für eine gewisse Zeit die Schwerbehinderteneigen-schaft zugesprochen bekommt. Laufe die Heilungsbewährung ab, so habe die übli-che Bewertung anhand der gesetzlichen Vorgaben zu erfolgen. Diese Rechtslage habe der Beklagte anzuwenden. 12

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten des Urologen Dr. Q., nebst Berichten betreffend die Rehabilitationsaufenthalte des Klägers 2008, 2009 und 2011, des Orthopäden Dr. Q. und des Psychiaters L ... Darüber hinaus hat es ein Gutachten des Facharztes für Innere Medizin/Rheumatologie, Psychosomati-sche Medizin und Psychotherapie/Psychoanalyse L. eingeholt, welches dieser nach Aktenstudium und Untersuchung des Klägers am 16.12.2015 gegenüber dem Ge-richt erstattet hat. 13

Mit Verfügung vom 06.01.2016, abgesandt am 07.01.2016, hat der Kammervorsit-zende darauf hingewiesen, dass das Gericht die Beweisaufnahme für abgeschlossen betrachte. Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 20.01.2016 zum Gutachten Stellung genommen, der Kläger-Bevollmächtigte hat mit Schriftsatz vom 28.01.2016 seine bisherige Argumentation wiederholt. Mit Schreiben vom 29.01.2016, abgesandt am 01.02.2016, hat der Kammervorsitzende die Beteiligten darüber in Kenntnis gesetzt, dass terminiert werde. Mit Verfügung vom 09.02.2016, dem Kläger-Bevollmächtigten zugegangen am 15.02.2016, ist der Termin auf den 01.03.2016 bestimmt worden. 14

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers sodann dem Gericht und dem Beklagten eine "Gutachterliche Stellungnahme" des Facharztes für Orthopädie L. vom 26.02.2016 zu den Akten gereicht. Danach ist der Kläger von Herrn L. am 26.02.2016 erstmalig vorstellig gewesen und von diesem untersucht worden. Nach Auffassung des Herrn L. besteht beim Kläger ein GdB von mindestens 60. Der Kläger-Bevollmächtigte hat zudem ausgeführt, die Bildung so-wohl der Einzel-GdB als auch des Gesamt-GdB sei fehlerhaft. Er hat erneut die Auf-fassung vertreten, die psychischen Beeinträchtigungen hätten nicht separat von den Feststellungen der männlichen Geschlechtsorgane getroffen werden dürfen. Dies hätte dazu geführt, dass insoweit eine "höherer Einstiegs-GdB zu vergeben gewesen wäre". Von diesem Ausgangspunkt ausgehend wäre dann insgesamt ein Grad der Behinderung weiter von 50 festzustellen gewesen. Soweit der Gutachter dies nicht mache, sondern die Psyche und die männlichen 15

Geschlechtsorgane separat bewerte, führe dies zu einer verfälschten Bildung des Gesamtgrades der Behinderung. Dies widerspreche den Vorgaben der Vorbemerkung Teil A Ziffer 2 lit i) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Im Übrigen entsprächen seine Darlegungen überdies dem Gebot der Logik.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat beantragt, 16

1. den Facharzt Kuchem zu den Beweisfragen des Beweisbeschlusses vom 19.10.2015 (Bl. 84 ff. der Gerichtsakte) gutachterlich zu vernehmen; 17

2. einen Facharzt, den er derzeit noch nicht benennen könne, gutachterlich zu den psychischen Beeinträchtigungen zu befragen und hierbei 1. deren Schwere zu klären und 2. zu ermitteln, ob die beim Kläger vorliegenden psychischen Beeinträchtigungen aufgrund des Prostata-CA und der nachfolgenden Operation stärker sind als beim durchschnittlichen Patienten. 18

Hilfsweise hat er beantragt, 19

entsprechend dem Schriftsatz vom 20.03.2015 gestellten Antrag, den Bescheid vom 15.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.03.2015 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, den Grad der Behinderung des Klägers mit mindestens 50 zu bemessen und dem Kläger einen entsprechenden Bescheid zu erteilen. 20

Der Beklagte hat beantragt, 21

die Klage abzuweisen. 22

Zur Begründung wiederholt und vertieft er sein Vorbringen aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren und nimmt insbesondere Bezug auf die Ausführungen seines ärztlichen Dienstes sowie die Feststellungen des Gutachters L ... 23

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die beigezogene Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakte des Beklagten Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist. 24

Entscheidungsgründe: 25

Die Klage ist als reine Anfechtungsklage zulässig (vgl. Bundessozialgericht – BSG – Urteil vom 12.02.1997 – 9 RVs 12/95 = juris). Soweit der Kläger-Bevollmächtigte – trotz entsprechenden Hinweises, dass es sich um eine reine Anfechtungssituation handle – gleichwohl auch einen Antrag auf Verpflichtung gestellt hat, ist dies un-schädlich. 26

Die Klage ist unbegründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG nicht in seinen Rechten verletzt, da diese rechtmäßig sind. Dem Kläger stand zum maßgeblichen Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung, d.h. zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides, (st. Rspr. BSG Urteil vom 17.04.1991 – 1 RR 2/89 = juris Rn. 17; BSG Urteil vom 20.04.1993 – 2 RU 52/92 = juris Rn. 15; BSG Urteil vom 24.11.1993 – 6 RKa 70/91 = juris Rn. 20; BSG Urteil vom 12.11.1996 – 9 RVs 5/95 = juris Rn. 14; BSG – Urteil vom 10.09.1997 – 9 RVs 15/96 = juris Rn. 11; vgl. auch Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 54 Rn. 33 m.w.N) kein höherer GdB als 40 zu. 27

Die angefochtenen Bescheide sind – entgegen der Auffassung des Kläger-Bevollmächtigten – nicht schon allein deshalb rechtswidrig und aufzuheben, weil keine Einzel-GdB benannt werden. Maßgeblichen Regelungsinhalt eines Feststellungsbescheids über das Vorliegen und den Grad einer Behinderung bildet nicht die Frage, wie einzelne Funktionsbeeinträchtigungen für sich genommen zu bewerten sind, sondern welche Folgen sich aus ihrem Zusammenwirken für die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben der Gesellschaft insgesamt ergeben, § 69 Abs. 1 Satz 1 und Satz 4 sowie Abs. 3 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX). Das Schwerbehindertenrecht kennt nur einen Gesamtzustand der Behinderung, den gegebenenfalls mehrere Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit bestimmen (BSG Urteil vom 01.06.2015 – B 9 SB 10/15 B = juris). Dieser Gesamt-GdB ist gemäß § 35 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) zu begründen. Der Begründungspflicht ist der Beklagte hinreichend nachgekommen, indem er die beim Kläger berücksichtigten Beeinträchtigungen benennt und den hieraus sich ergebenden GdB angibt, der dann im Verfügungssatz des Bescheides mit Feststellungswirkung angegeben wird (st. Rspr. BSG Urteil vom 01.06.2015 – B 9 SB 10/15 B = juris, vgl. auch schon BSG Urteil vom 24.06.1998 – B 9 SB 17/97 R = juris, noch zum SchwebG). Die Angabe von Einzel-GdB ist insoweit nicht erforderlich.

Der Bescheid ist aber auch materiell rechtmäßig.

29

Rechtsgrundlage des Bescheides vom 15.01.2015 ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Bei den Feststellungsbescheiden nach § 69 Abs. 1 und 2 SGB IX handelt es sich um Verwaltungsakte mit Dauerwirkung (BSG Urteil vom 12.11.1996 – 9 RVs 5/95 = juris; BSG Urteil vom 17.04.2013 – B 9 SB 6/12 R = juris Rn. 30; vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 05.01.2011 – L 6 (7) SB 135/06 = juris Rn. 20 unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 19.09.2000 – B 9 SB 3/00 R = juris). Eine Aufhebung ist dabei nur "insoweit" zulässig, als eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 05.01.2011, a.a.O.; BSG Urteil vom 19.09.2000, a.a.O.). Eine wesentliche Änderung ist anzunehmen, wenn sich durch eine Besserung oder Verschlechterung des Behinderungszustandes eine Herabsetzung oder Erhöhung des Gesamt-GdB um wenigstens 10 ergibt. Die Änderung der Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigungen oder das Hinzutreten weiterer Funktionsbeeinträchtigungen allein ohne Auswirkung auf den Gesamt-GdB stellen keine wesentliche Änderung dar (LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 05.01.2011, a.a.O. unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 24.06.1998 – B 9 SB 18/97 R = juris). Handelt es sich bei den anerkannten Behinderungen um solche, bei denen der GdB wegen der Art der Erkrankung höher festgesetzt wurde, als es die tatsächlich nachweisbaren Funktionseinschränkungen erfordern, liegt eine Änderung der Verhältnisse im Sinne von § 48 SGB X auch dann vor, wenn für die den Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde liegenden Erkrankungen die sogenannte Heilungsbewährung abgelaufen ist (LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 05.01.2011, a.a.O.).

30

Ob eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 SGB X eingetreten ist, muss im Rahmen einer gegen einen Herabsetzungsbescheid gerichteten Anfechtungsklage durch einen Vergleich der Verhältnisse zum Zeitpunkt des Erlasses des letzten bindend gewordenen Bescheides mit denjenigen zum Zeitpunkt der angefochtenen Entscheidung der Beklagten ermittelt werden. Bei einer derartigen Neufeststellung handelt es sich nicht um eine reine Fortschreibung des im letzten maßgeblichen Bescheid festgestellten GdB,

31

sondern um dessen Neuermittlung unter Berücksichtigung der verschiedenen aktuellen Funktionsbeeinträchtigungen (so zutreffend LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 05.01.2011- L 6 (7) SB 135/06 = juris Rn. 21 unter Bezugnahme auf BSG Urteil vom 19.09.2000, - B 9 SB 3/00 R - = juris; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 18.06.2002, - L 6 SB 142/00 = juris).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht es zur Überzeugung der Kammer fest, dass im Gesundheitszustand des Klägers im Vergleich zu den gesundheitlichen Verhältnissen, die dem Bescheid vom 21.05.2008 zugrunde gelegen haben, eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X eingetreten ist. Insofern ist der rezidivfreie Ablauf der Zeit der sogenannten Heilungsbewährung zu berücksichtigen. Dieser stellt eine entsprechenden wesentliche Änderung dar (vgl. dazu auch Teil A Ziffer 7 lit b) 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. – sog. "Versorgungsmedizinische Grundsätze") und rechtfertigt die Herabsetzung des GdB auf 40.

32

Im Jahr 2008 war beim Kläger auf der Grundlage von Nr. 26.13 der seinerzeit geltenden "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (AHP), Stand 2008 – nach Entfernung eines malignen Prostata Tumors im Stadium pT2c N0 M0 ein GdB von 50 anzusetzen und eine Heilungsbewährung von fünf Jahren abzuwarten. Nach Nr. 18 Abs. 7 AHP wie auch heute nach Teil A 2 lit h) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze, die wegen § 69 Abs. 1, Satz 4 SGB IX auch im Schwerbehindertenrecht zur Anwendung kommt, handelt es sich bei der Heilungsbewährungszeit um einen Zeitraum, für den ein höherer GdB-Wert, als er sich aus dem festgestellten Schaden ergibt, festgestellt wird. Der Grund für die Feststellung eines GdB von 50 nach Diagnose und Entfernung bzw. Behandlung eines malignen Prostata Tumors war und ist vor allem in der psychisch außergewöhnlich belastenden Situation zu sehen, die für den Erkrankten mit dem Wissen um seine Tumorerkrankung mit Rezidivneigung verbunden ist. Berücksichtigt werden außerdem ggf. Operationsfolgen und eventuell notwendige postoperative Tumorthérapien. Auch das Bundessozialgericht (BSG Urteil vom 09.08.1995 - 9 RVs 14/94 = juris) hat ausgeführt, dass Sinn der Heilungsbewährung ist, Krebskranken unterschiedslos zunächst den Schwerbehindertenstatus zuzubilligen, um dadurch körperliche und seelische Auswirkungen der Erkrankung während des weitgehend noch labilen postoperativen Zustands, der eine unbestimmte Zahl von körperlichen und seelischen Störungen mit sich bringt, umfassend zu berücksichtigen (Landessozialgericht – LSG – Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 05.01.2011 – L 6 (7) SB 135/06 = juris; Sozialgericht – SG – Bremen Urteil vom 06.01.2010 – S 3 S 195/08 = juris). Dieser Heilungsbewährungszeitraum ist bei dem Kläger abgelaufen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des Urologen Dr. Q., der Reha-Entlassungsberichte aus 2008, 2009 und 2011 sowie nicht zuletzt des Gutachtens des Herrn L., steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass es im maßgeblichen Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung weder Anhaltspunkte für ein Rezidiv oder eine Metastasierung vorlagen und auch derzeit keine entsprechenden Anhaltspunkte zu finden sind. Das Gutachten beruht auf umfangreichen Untersuchungen eines erfahrenen Internisten und Arztes für Psychosomatische Medizin, 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. Lediglich die sozialmedizinische Bewertung und insbesondere die Bildung des Gesamt-GdB, bei der es sich freilich um eine trichterförmige Aufgabe handelt

33

(BSG Beschluss vom 20.04.2015 – B 9 SB 98/14 B = juris; BSG Urteil vom 09.10.1987 – 9a RVs/5/86 = juris, BSG Urteil vom 30.09.2009 – B 9 SB 4/08 R = juris), ist bis zuletzt umstritten geblieben. Der Kläger litt im hier streitgegenständlichen Zeitpunkt noch unter folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen 1. Funktionsstörung des Urogenitalsystems 2. Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule 3. Funktionsbeeinträchtigungen der oberen Extremitäten 4. Funktionsbeeinträchtigungen der unteren Extremitäten 5. Schlafapnoesyndrom 6. Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen

1. Beim Kläger ist 2008 nachdem bei ihm ein Prostata-Karzinom im Stadium pT2c N0 M0 G2 Gleason 7 (3+4) (zur Klassifikation vgl. Rübben, Uroonkologie, 6. Aufl. 2014, S. 532 f.; zum sog. Gleason-Grading, Rübben, a.a.O., S. 535) diagnostiziert worden ist, die Prostata entfernt worden (sog. radikale Prostatektomie). Hierfür war – wie oben bereits dargelegt – zunächst vom Beklagten zutreffend ein GdB von 50 festgestellt worden. Zwischenzeitlich ist die Heilungsbewährung abgelaufen, da weder Rezidive oder Metastasierungen festgestellt noch eine außergewöhnliche psychoreaktive Störung objektiviert sind (dazu unten mehr). Die Feststellung eines GdB auf Grundlage von Teil B Ziffer 13.6 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze kommt damit nicht mehr in Betracht. Es sind vielmehr die beim Kläger verbleibenden – organischen und psychischen – Beeinträchtigungen festzustellen und zu bewerten. Für das Funktionssystem der männlichen Geschlechtsorgane ist beim Kläger das Vorliegen einer erektilen Dysfunktion befundet. Gegenüber dem Gutachter L. gab der Kläger an, in seinem Sexualleben würde fast nichts mehr laufen. Er habe zu Anfang Tabletten bekommen, von denen er aber einen hohen Blutdruck und sehr starke Kopfschmerzen bekommen habe. Er habe dann als Hilfsmittel eine Pumpe bekommen, was ihm gelegentlich etwas helfen würde. Die Sexualität würde insgesamt selten und auch nur noch so einigermaßen funktionieren. Etwa einmal auf zwei Monate. Er fühle sich für ein solches eingeschränktes Sexualleben noch viel zu jung. Bei der erektilen Dysfunktion handelt es sich um eine nicht seltene Nebenwirkung einer radikalen Prostatektomie (vgl. Wolff/Altwein, Prostatakarzinom, S.12). Der Kläger ist aber nach eigenen Angaben jedenfalls mit Hilfe einer Vakuumpumpe in der Lage – wenngleich auch nur selten, d.h. einmal alle zwei Monate einmal – den Geschlechtsverkehr auszuführen. Eine medikamentöse Behandlung habe er – aufgrund starker Nebenwirkungen – abgebrochen. Ob der Kläger hier medikamentös therapiert ist, vermag die Kammer nicht einzuschätzen. Es steht indes zur Überzeugung der Kammer in Übereinstimmung mit dem Gutachter L. fest, dass eine absolute Impotentia coeundi bei dem Kläger nicht vorliegt. Gemäß Teil B Ziffer 13.2 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist hier ein GdB von 10 bis soeben 20 in Ansatz zu bringen. Gemäß Teil A Ziffer 2 lit i) sind die hiermit regelmäßig verbundenden seelischen Beeinträchtigungen bereits miterfasst. Daneben ist beim Kläger das Vorliegen einer Harninkontinenz I° zu berücksichtigen, deren Vorliegen der behandelnde Facharzt Dr. Q. beim Kläger durchgängig beschreibt. Unter Berücksichtigung von Teil B Ziffer 12.2.4 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist hier ebenfalls von einem GdB von 10 bis allerhöchstens von 20 auszugehen. Ausmaß und Häufigkeit des objektivierten Harnabgangs rechtfertigten keinesfalls einen höheren GdB. Der Kläger nimmt nach eigenen Angaben zwei Damenbinden über Tag und eine über Nacht. Schon die Tatsache, dass er mit der Anzahl von Damenbinden auskommt und nicht extra dafür vorgesehene Vorlagen objektiv erforderlich sind, zeigt nach Auffassung der Kammer, dass sowohl die Harnmenge als auch die Häufigkeit des Abgangs eher gering sind. Im Entlassungsbericht der Klinik C. aus 2011 wird entsprechend ausgeführt, der Kläger habe regelmäßig am Tage und in der Nacht eine kleine Vorlage verwendet, welche am Tage meist gering feucht wurde und in der Nacht meist trocken bleibt. Die Klinik verließ der Kläger im Übrigen harnkontinent. Soweit der Internist Dr. M. in seinem Befundbericht eine Stressinkontinenz II° anführt, steht dies nicht in Übereinstimmung mit den Angaben des Facharztes Dr. Q. und den Feststellungen der Klinik

C ... Eine Inkontinenz, die einen höheren GdB rechtfertigt ist nicht objektiviert. Nach Auffassung der Kammer ist es nicht zu beanstanden, einen Gesamt-GdB für das Urogenitalsystem zu bilden (so beispielsweise auch LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 05.01.2011 – L 6 (7) SB 135/06 = juris). Zusammen mit dem Gutachter erachtet die Kammer insoweit, vor dem Hintergrund, dass es sich jeweils um Beeinträchtigungen handelt, die für sich gesehen nur jeweils allerhöchstens einen GdB von 20 rechtfertigen, in der Gesamtschau und ihrem gegenseitigen Vorliegen einen GdB von 20 für angemessen, der insgesamt aber eher schwach ist. 2. Beim Kläger ist darüber hinaus im streitgegenständlichen Zeitraum das Vorliegen von Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule nachgewiesen. Für diese ist indes gemäß Teil B Ziffer 18.9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze kein höherer GdB als 10 objektiviert. Im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik C. in der Zeit vom 23.08.2011 bis 20.09.2011 bestanden keine geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule. Ein Klopff- oder Druckschmerz bestand nicht, lediglich die paravertebrale Muskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule war verspannt. Die orientierende neurologische Untersuchung war ohne Befund. Aus dem Befundbericht des Orthopäden Dr. Q., den das Gericht im Rahmen des hiesigen Verfahrens eingeholt hat, ergibt sich, dass der Kläger im November 2011 über Schmerzen in der Halswirbelsäule geklagt hat, die er aber noch im selben Monat als gebessert beschrieben habe. Darüber hinaus finden sich Klagen über Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins Bein, die sich als rückläufig geschildert wurden. Dr. Q. beschrieb in diesem Zusammenhang 2011 eine paravertebralen Hartspann der Halswirbelsäule bei endgradig schmerzhaft eingeschränktem Bewegungsspiel. Im August 2014 fand sich ein Finger-Boden-Abstand von 0 cm, ein positives Lasègue-Zeichen ab 90°. Die Reflexe waren in Ordnung, die beschriebene Schmerzausstrahlung fand sich eher im Dermatome S1, Durchblutung, Motorik, Sensibilität waren intakt. Bei der Untersuchung im Februar 2015 fand sich ein Finger-Boden-Abstand von 40 cm, Schmerzausstrahlungen im Dermatome L5 links, ein positives Zeichen nach Lasègue bei 40°. Im März 2015 waren die Zeichen nach Lasègue demgegenüber negativ, motorische Ausfälle fanden sich nicht, es wurde ein mäßiger Lendenwirbelüberstreckungsschmerz beschrieben, im April 2015 fand sich ein positiver Lasègue rechts bei 60°. Aufgrund seiner Untersuchungen diagnostizierte Dr. Q. beim Kläger erstmalig im April 2015 einen Bandscheibenvorfall L5/S1 links und einen Bandscheibenvorfall L4/5 links, eine Osteochondrose L5/S1 und eine Facettenarthrose der LWS. Daneben fanden sich als Kurzdiagnosen 2011 ein Cervicobrachial-Syndrom rechts, Cervicalsyndrom sowie 2014 und 2015 eine Lumboischialgie. Bei der Untersuchung durch Herrn L. fand sich eine in allen drei Etagen weitgehend normale physiologische Schwingung. Im Bereich der Halswirbelsäule beschrieb der Gutachter sie als altersgerecht ausreichend und schmerzfrei. Es zeigten sich hier freilich im Bereich der Nacken-Schulter-Muskulatur Verspannungen. Im Bereich der Brustwirbelsäule wies er auf eine schmerzhaft Reklination und Rotation hin. Im Bereich der Lendenwirbelsäule zeigte sich eine konzentrische Bewegungseinschränkung. Der Finger-Boden-Abstand wurde mit 30 cm ermittelt, das Maß nach Schober mit 10/14 cm. Das Zeichen nach Lasègue war linksseitig bei 60° positiv. Nach Einschätzung des Gutachters sei, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Vorbefunde, beim Kläger von immer wiederkehrenden Lendenwirbelsäulenbeschwerden auszugehen. Diese träten immer wieder – insbesondere bei Belastungen – auf. Daneben sei im November 2015 ein Bandscheibenvorfall Th10/11 mit Kompression der Wurzel Th10 gesichert worden, was der klinischen Symptomatik entspreche. Der Kläger hat sich zwischenzeitlich am 26.02.2016 bei dem Orthopäden L. vorge stellt, der hinsichtlich der Wirbelsäule folgende Diagnosen erhoben hat: 1. Hämangiomwirbel Th1 und Th5 2. Nucleus-pulposus-Prolaps Th10/11 mit Kompression der Wurzel Th10 rechts 3. Arthrose des kleinen Wirbelgelenke 4. Bandscheibenprotrusion 5. Ligamentum-flavum-Hypertrophie 6. Spondyloosteocondrose 7. Bandscheibenprolaps L5/S1 mit Ruptur des Anulus fibrosus 8. Stenose der Foramina

intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben. Lumbalbereich (lumbosacral) Wurzel L4 bis 9. Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose 10. Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens Hinsichtlich der hieraus resultierenden Beeinträchtigungen heißt es demgegenüber lapidar, der Kläger habe multiple Beschwerden des Bewegungsapparates vorgetragen. Im klinischen Befund führt Herr L. aus "eine Funktionsstörung der LWS ist in der Gutachterlichen Stellungnahme zum Verfahren im Schwerbehindertenrecht nicht ausgeführt". Im Hinblick auf die oben dargestellten Ausführungen des Dr. S., des Dr. Q. und des Gutachters L. ist diese Aussage für die Kammer nicht nachvollziehbar. Der Gutachter L. hat – anders als L. – sowohl zu Bewegungsausmaßen der Wirbelsäule konkret Stellung bezogen als auch die aktuellen Ergebnisse bildgebender Verfahren berücksichtigt und diese in Übereinstimmung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen bewertet. L. hat überdies herausgearbeitet, dass sich die Beeinträchtigungen im Bereich der Wirbelsäule seit dem hier maßgeblichen Zeitpunkt bis heute verschlechtert haben, in dem er seinen Feststellungen die Vorbefunde gegenüber stellt. Dies alles lässt die Stellungnahme von L. vermissen. Soweit dieser einen GdB von 30 bis 40 in Vorschlag bringt, ist dies unter Berücksichtigung der rudimentären Feststellungen zu vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen schon für den aktuellen Gesundheitsstatus nicht nachzuvollziehen. Belastbare Aussagen zum Status zum maßgeblichen Zeitpunkt erhält er, worauf die Kammer auch schon im Rahmen der mündlichen Verhandlung hingewiesen hatte, erst recht nicht. Wenngleich Herr L. die Diagnosen weiter aufgefächert haben mag als die bisherigen Behandler Dr. S. und Dr. Q. sowie der gerichtliche Gutachter L., so ist zu beachten, dass aus den Diagnosen allein kein Grad der Behinderung folgt. Maßgeblich sind die Beeinträchtigungen, die aus den Diagnosen resultieren. Diese sind sowohl von Dr. Q. und Dr. S. als auch vom Gutachter L. konkret und umfassend geschildert worden. Objektiviert Anhaltspunkte, weswegen deren Feststellungen unzutreffend gewesen sein sollten sind nicht ersichtlich und werden insbesondere auch durch die Stellungnahme des Orthopäden L. nicht geliefert. Vor allem ist aber für den hier maßgeblichen Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung mit dem Gutachter L. davon auszugehen, dass im Wesentlichen leichtgradige bis höchstens mittelgradige Beeinträchtigungen im Bereich der Lendenwirbelsäule objektiviert sind, die nach Auffassung der Kammer gemäß Teil B Ziffer 18.9 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze einen GdB von 10 rechtfertigen. Soweit in der Vergangenheit auch punktuell Beeinträchtigungen im Bereich der Halswirbelsäule vom Kläger beschrieben wurden und auch Behandlungen stattfanden, ist eine Dauer, die die Feststellung eines höheren GdB bedingen würde (vgl. Teil A Ziffer 2 lit. f) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze), nicht objektiviert. 3. Für den Bereich der oberen Extremitäten ist gemäß Teil B Ziffer 18.13 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von 10 in Ansatz zu bringen. Aus dem Befundbericht des Orthopäden Dr. Q. ergibt sich, dass der Kläger 2013 wegen Schmerzen in der linken Schulter zur Behandlung war. Die Bewegungsausmaße beim Vorwärts-/Rückwärtsstrecken waren rechts mit 170°/0°/40° und links mit 100°/0°/30° angegeben, das Seitwärtsheben/Heranführen mit rechts 80°/0°/40° und links mit 70°/0°/40° sowie das Auswärtsdrehen/Einwärtsdrehen mit rechts 50°/0°/90° und links 20°/0°/80° (vgl. zur normgerechten Beweglichkeit der Schultergelenke Buckup/Buckup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln, 5. Aufl. 2012, S. 95). In diesem Zusammenhang war ein Impingement-Syndrom der linken Schulter und ein Supraspinatussehnnensyndrom links bei Schulterteilstife links diagnostiziert worden. Bei der Untersuchung durch Herrn L. zeigte sich eine aktive und passive altersentsprechend normgerechte und schmerzfreie Beweglichkeit der Schultergelenke. Der Nacken- und der Schürzengriff konnten beidseits gezeigt werden. Der Kläger gab gegenüber dem Gutachter auch an, die Schulter mache seit längerer Zeit keine Probleme mehr. Die gutachterliche Stellungnahme des Herrn L. zeigt ebenfalls keine auffälligen Befunde im Bereich der Schulter. Es ist nach Auffassung der

Kammer mithin davon auszugehen, dass beim Kläger zum streitgegenständlichen Zeitraum für die Schultern gemäß Teil B Ziffer 18.13 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze im Hinblick auf die objektivierten Bewegungseinschränkungen seinerzeit ein GdB von 10 in Ansatz gebracht werden kann. Soweit der Kläger im Juni 2015 eine Durchtrennung einiger Beugesehnen am linken Unterarm erlitten hat, die operativ versorgt werden mussten, ist dies für die hier in Rede stehende prozessuale Anfechtungssituation ohne Belang. Daneben wird aber auch die verbliebene Funktionsfähigkeit der linken Hand und der Finger als gut betrachtet, wenn auch die Beugekraft des III. und IV. Strahls nur noch etwa 3/5 beträgt. Gemäß Teil B Ziffer 18.13 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze käme auch jetzt demnach kein höherer GdB als 10 in Betracht.

4. Für den Bereich der unteren Extremitäten ist zum relevanten Zeitpunkt gemäß Teil B Ziffer 18.14 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze der GdB mit 20 zu bewerten. Hier sind zum einen eine linksseitige Gonalgie, die durch eine Innenmeniskopathie sowie eine beginnende Gonarthrose ausgelöst ist, eine Instabilität des linken Knies, eine Senk-Spreizfuß mit Hallux valgus beidseits und ein beidseitiger Fersensporn zu berücksichtigen. Aus dem Befundbericht des Dr. Q ergibt sich 2014 ein deutlicher Kniescheibenrückflächenschmerz, ein Gelenkerguss sowie die Möglichkeit der Beugung und Streckung des linken Knies mit $110^{\circ}/0^{\circ}/0^{\circ}$. Im März 2015 waren der Hackengang und der Zehenspitzenangang frei möglich. Fußheber und Fußsenker waren ohne pathologischen Befund. Im Rahmen der Untersuchung bei Herrn L. gab der Kläger, bei ausreichender Beweglichkeit beider Kniegelenke, mäßige Beschwerden bei der Beugung über 90° an. Das Zohlen'sche Zeichen war deutlich positiv. Es bestanden Gelenkgeräusche, vorwiegend im linken Knie. Die Bänder waren stabil. Herr L. beschreibt die Extension/Flexion am 26.02.2016 mit $0^{\circ}/0^{\circ}/130^{\circ}$ rechts und $0^{\circ}/10^{\circ}/125^{\circ}$ links (vgl. zu den anatomisch normalen Bewegungsausmaßen, Schünke, Topographie und Funktion des Bewegungssystems, 2. Aufl. 2014, S. 62; Thomann/Schröter/Grosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2009, S. 16). Auch bei ihm war das Zohlen'sche Zeichen links positiv (zum Zohlen-Zeichen zum Nachweis retropatellarer Knorpelschäden vgl. Grifka/Krämer, Orthopädischen Unfallchirurgie, 9. Aufl. 2013, S. 330). Er beschreibt einen Druckschmerz am medialem Gelenkspalt und unterem Patellapol sowie einen Rotationsschmerz am linken Knie. Im Gutachten L. beschrieb der Kläger er würde abends gelegentlich eine Runde mit seiner Ehefrau spazieren gehen, so ca. eine halbe Stunde. Davon, dass nach 100 bis 200 Metern die Wegstrecke limitiert sei und – bei zunehmenden Schmerzen in den Beinen – Zwangspausen einzulegen seien, so die Darstellung von L., war seinerzeit nicht die Rede. Auch war weder zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Herrn L. noch davor eine wesentliche Fußheberparese links objektiviert. Soweit Herr L. diese nun diagnostiziert, mag sich zwischenzeitlich eine Verschlimmerung eingestellt haben. Diese ist aber im vorliegenden Fall ohne Bedeutung. Die beim Kläger bestehenden Fersensporne sind gut durch eine Einlage versorgt und machen keine Beschwerden. Unter Berücksichtigung der objektivierten Bewegungseinschränkungen insbesondere des linken Knies und der Beeinträchtigungen der Füße ist nach Auffassung der Kammer – auch unter Berücksichtigung, dass der Kläger psychisch unter seinen Beeinträchtigungen leidet – ein GdB von 20 in Ansatz zu bringen.

5. Für das Funktionssystem der Lunge ist aufgrund des beim Kläger vorliegenden Schlafapnoe-Syndroms mit durchgeführter nasaler Überdruckbeatmung gemäß Teil Ziffer 8.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von 20 in Ansatz zu bringen. Sonstige wesentliche Beeinträchtigungen in diesem Bereich sind nicht objektiviert.

6. Schließlich ist beim Kläger für das Funktionssystem Psyche gemäß Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ein GdB von 20 in Ansatz zu bringen. Der Kläger ist, dies ergibt sich aus den Arztberichten des Psychiaters L. seit 2013 in ambulanter Behandlung. Im Dezember 2013 bescheinigte Herr L. eine schwere depressive Episode, eine Somatisierungsstörung sowie einen Zustand nach Prostata-Ca-Genesung. Dem Kläger waren seinerzeit die Antidepressiva Cipralex® - morgens 20 mg -

(Wirkstoff: Escitalopram) sowie Stangyl® - zur Nacht 25mg – (Wirkstoff: Trimapramin) verordnet worden. Im August 2015 wurden dem Kläger Escitalopram 20 mg morgens und zur Nacht Mirtazapin 15 mg verordnet. Der Psychiater L. hat im gerichtlichen Verfahren auf ausdrückliche Nachfrage des Kammervorsitzenden aus-geführt, der Kläger befinde sich seit März 2015 in einem psychisch stabilen Zustand und die Depression sei remittiert. Gegenüber dem Gutachter L. hat der Kläger angegeben, er nehme morgens 20 mg Citalopram – wie Escitalopram ein sog. "se-lektiver Serotoninrückaufnahmeinhibitor – SSRI" (vgl. dazu Schneider, Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 2. Aufl. 2016, S. 79 f.) – und zur Nacht 30 mg Mirtazapin. Die Dosis Mirtazapin sei im Hinblick auf bestehende Schlafstörun-gen erhöht worden. Er liege nachts zwei bis drei Stunden wach. Er sei oft aufgeregt, beleidigt und gekränkt. Er rege sich über Mitleid auf, sei ungehalten und ständig be-drückt. Dass sein Sexualleben beeinträchtigt sei belaste ihn. Auch die bestehende Harninkontinenz führe zu Ängsten, seine Mitkollegen und andere Menschen könnten dies mitbekommen. Er schäme sich. Befragt danach, ob er Freude erleben könne, antwortete der Kläger, dass dies ab und zu durchaus der Fall sei. Er könne sich über seine Arbeit freuen, dass er einen guten Arbeitsplatz habe. Hier freue es ihn z.B. wenn er einem Kind das Schwimmen beibringen könne. Es träten aber auch Momen-te auf, in denen er sich zurückhalten müsse, weil ihm die Tränen kämen. Dies sei schwierig. Befragt nach seinem Tagesablauf gab er an, dieser sei durch den Schichtdienst be-stimmt. Er habe ein gutes Verhältnis zu seinen Kollegen und zu seinem Vorgesetz-ten. Auch zu der Kundschaft habe er ein gutes Verhältnis; es kämen viele Stamm-kunden. Er beschreibt Basteln und Heimwerken als sein Hobby. Früher habe er sein Haus mit seinem Bruder komplett alleine hochgezogen. Er habe Angst, seinen Ret-tungsschwimmer-Schein zu verlieren, da er nur noch selten schwimmen gehe. Seine Ehefrau und er hätten einen gemeinsamen Freundes- und Bekanntenkreis. Er gehe auch schon mal mit der Familie, den Kindern und den Brüdern, essen oder sie unter-nehmen sonst etwas zusammen. Früher sei er im Schwimmverein gewesen, dort gehe er jetzt nicht mehr hin. Seit der Prostataoperation ziehe er sich zunehmend zurück. Er fahre Auto, auch alleine, gehe gelegentlich spazieren, abends eine Runde mit der Ehefrau, so eine halbe Stunde. Urlaub verbringe er meist an Orten, wo er ein bisschen Wellness erlebe. Der Gutachter beschrieb im psychischen Befund keine Bewusstseins- oder Orientie-rungsstörungen. Der Kläger war zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person voll orientiert. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen konnten nicht festgestellt werden. Formale Denkstörungen, überwertige Ideen, Zwänge, Phobien, ein Wahn-system oder Sinnestäuschungen sowie schwerere Ich- und Persönlichkeitsstörungen konnte der Gutachter ausschließen. Der Kläger konnte nach der Einschätzung des Gutachters angemessen über seine Beschwerden berichten, die glaubhaft und ernst vorgetragen werden, ohne Verdeutlichungs- oder Aggravationstendenz. Zu Anfang der Exploration war der Kläger eher schüchtern befangen, affektlabil. Es kam zu Weinausbrüchen, die der Kläger zunächst kaum beherrschen konnte. Von der Stim-mung wirkte er gedrückt, dysphorisch und missmutig, unschwellig ängstlich und besorgt. Im Affektverhalten war er zunächst labil und erregt, was sich jedoch bei zu-nehmender Exploration und Untersuchung etwas stabilisierte. Der Gutachter diagnostizierte beim Kläger eine Anpassungsstörung mit depressiven und ängstlichen Symptomen, im Sinne einer Reaktion auf eine oder mehrere psy-chosoziale Belastungsfaktoren. Beim Kläger zeigte sich diese im Nachgang zu der Prostata-Operation. Seit dieser Zeit wird der Kläger mit Antidepressive behandelt. Eine Psychotherapie hat lediglich in den Rehabilitationsmaßnahmen stattgefunden. Nach dem klinischen Eindruck, den der Gutachter im Rahmen seiner Untersuchung gewonnen hat, stimmt er der Aussage des Psychiaters L. voll zu, dass die Depressi-on beim Kläger remittiert ist. Anzeichen für eine schwere oder auch nur mittelgradige depressive Episode fanden sich nicht. Soweit der Kläger anfangs affektinkontinent und labil erschien, veränderte sich dieser Eindruck im Laufe der Exploration.

Im Vor-dergrund steht Scham und Kränkung im Hinblick auf die Folgen der Operation (Harninkontinenz und erektile Dysfunktion, dazu bereits oben). Dies ist nach Auffassung des Gutachters, der sich die Kammer vollumfänglich anschließt, durchaus nachvollziehbar. Hieraus resultiert beim Kläger ein dysphorisch, verunsichertes, zum Teil ängstliches und gekränktes Selbst, welches geneigt ist, sich zurückzuziehen. Der Gutachter hält hier eine Psychotherapie durchaus für angezeigt, in der dem Kläger Copingmechanismen trainiert werden könnten, die dem Kläger helfen mit den ihn in seiner Männlichkeit kränkenden Funktionseinschränkungen umzugehen. Der Kläger ist mithin nach der Einschätzung des Gutachters keinesfalls austherapiert. Gemäß Teil B Ziffer 3.7 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze ist für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen ein Bewertungsspielraum von 0 bis 20 eröffnet. Beim Vorliegen stärker behindernder Störungen mit wesentlichen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit kommt ein GdB von 30 bis 40 in Betracht. Das Sozial- und Aktivitätsniveau welches der Kläger beschreibt rechtfertigt es, auch und gerade unter Berücksichtigung der durchgeführten Therapie und der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters L., nach Auffassung der Kammer nicht, für die psychische Beeinträchtigung des Klägers einen GdB von mehr als 20 – allerhöchstens jedoch einen GdB von 30 – festzustellen. Der Kläger bewältigt nach eigenen Angaben seine Arbeit weiterhin gerne. Er hat ein gutes Verhältnis zu Vorgesetzten, Kollegen und Badegästen. Auch das Zusammenleben mit seiner Ehefrau beschreibt er als weitgehend harmonisch, ebenso das Verhältnis zum Rest seiner Familie. Von einigen sozialen Aktivitäten hat sich der Kläger zurückgezogen. Die Kammer erkennt nicht die vom Gutachter L. überzeugend herausgearbeitete Kränkung und Ängstlichkeit im Zusammenhang mit den Folgen der Operation. Hierauf beschränken sich aber die Beeinträchtigungen des Klägers auch im Wesentlichen. Eine besondere Fixierung etwa auf Ängste bezüglich eines Rezidivs o.Ä. beschreibt der Kläger nicht. Trotz dieser durchaus nachvollziehbaren Reaktion auf die Folgen der Operation (Inkontinenz und erektile Dysfunktion) ist nach Auffassung der Kammer zu berücksichtigen, dass der Kläger durchaus in der Lage, weiterhin eigenverantwortlich für sich selbst zu handeln sowie eine weiterhin eine – nach eigenem Darstellen – weitgehend harmonische Ehe zu führen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass beim Kläger keine vollständige Impotentia coeundi vorliegt. Der Kläger gibt Basteln und Heimwerken als Hobbies an. Er fährt in Urlaub und sucht dort die Entspannung. Eine deutliche Einschränkung der Libido wird nicht beschrieben. Vielmehr ist die Libido offenbar gleich geblieben, bei freilich bestehenden Problemen in der Ausführung des Geschlechtsverkehrs. Der Kläger geht auch weiter arbeiten und ist nach eigenen Angaben – bei bestehenden Ängsten – durchaus in der Lage hieraus Freude zu ziehen. Insgesamt konnte der Gutachter L., ein Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Psychoanalyse, depressive Störungen, die über ein leichtgradiges Maß hinausgehen unter Berücksichtigung des beschriebenen normalen Alltags und den Möglichkeiten des Klägers auch im Umgang mit Familie und Freunden, nicht feststellen. Dies deckt sich im Grundsatz mit den Feststellungen des Psychiaters L ... Soweit der Orthopäde L. einen GdB von 30 bis 40 befürwortet, ist nicht ansatzweise erkennbar, auf welcher Grundlage diese Einschätzung erfolgt. Eine Exploration ist nicht zu sehen. Es wurde lediglich ausgeführt, der Kläger habe bei der Besprechung der Prostataerkrankung eine sehr ausgeprägte emotionale Reaktion gezeigt. Es sei offenbar geworden, dass die durch die Operation bedingte Potenzstörung bislang wenig bzw. nicht thematisiert wurde. Letzteres ist unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen nach Auffassung der Kammer schlechterdings nicht haltbar. Im Übrigen ist darauf zu verweisen, dass nicht die einmalige – ggf. auch heftige - Reaktion im Rahmen einer medizinischen Untersuchung maßgeblich für die Höhe des GdB ist. Dieser ergibt sich aus der Zusammenschau der objektivierten Teilhabebeeinträchtigungen. Hier ist ein GdB von 20 in Ansatz bringen. Allenfalls mag, wie oben angegeben, ein GdB von soeben 30 in Betracht kommen, wobei in diesem

Zusammenhang freilich zu berücksichtigen ist, dass die organischen Beeinträchtigungen des Urogenitaltraktes und die psychischen Beeinträchtigungen zusammenhängen und hier eine Doppelbewertung zu vermeiden ist. Ausgehend von den objektivierten Beeinträchtigungen ist bei dem Kläger für den streitbefangenen Zeitraum nach § 69 Abs. 3 SGB IX in Verbindung mit Teil A Nr. 3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze für den hier maßgeblichen Zeitpunkt ein GdB von 40 in Ansatz zu bringen. § 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 Zusammenchau aller Funktionsbeeinträchtigungen. Er ist nicht nach starren Beweisregeln, sondern aufgrund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigen-gutachten sowie der versorgungsmedizinischen Grundsätze in freier richterlicher Be-weiswürdigung 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 ver-stärken oder beziehungslos nebeneinander stehen (BSG Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 4/10 R = juris).

Im vorliegenden Fall sind vor allem die psychische Beeinträchtigung sowie die Beeinträchtigungen des Urogenitalsystems zu berücksichtigen. Wie oben bereits dargelegt ist der GdB für die insoweit verbliebenden organischen Beeinträchtigungen mit so-eben 20 zu berücksichtigen. Darüber hinaus besteht beim Kläger in diesem Zusam-menhang eine Anpassungsstörung, die ebenfalls mit einem GdB von 20, allenfalls soeben 30, zutreffend bewertet ist. Im Hinblick auf die durchaus bestehende Ver-knüpfung dieser Beeinträchtigungen, erscheint es der Kammer vertretbar hier insge-samt einen GdB von 30 in Ansatz zu bringen. Daneben sind im maßgeblichen Zeit-punkt Beeinträchtigungen der Knie mit einem GdB von 20 und ein GdB von 20 für das Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms sowie GdB von 10 für die Wirbelsäule und die oberen Extremitäten objektiviert. Diese Beeinträchtigungen, insoweit teilt die Kammer nach eigener Prüfung die Einschätzung der erfahrenen Gutachters L., erhö-hen den GdB insgesamt auf 40. Hierbei war insbesondere Teil A Ziffer 3 lit d) ee) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu berücksichtigen, wonach leichte Gesund-heitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen – von Ausnahmefällen abgese-hen – nicht zu einer Zunahme des Gesamt-GdB führen und auch bei leichteren Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 es vielfach nicht gerechtfertigt ist, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – L 13 SB 127/11 = juris Rn. 45 unter Hinweis auf BSG Urteil vom 11.03.1998 - B 9 SB 9/97 R = juris Rn. 11). Vorliegend ist insbesondere auch zu berücksichtigen, dass die bestehenden Schlafstörungen des Klägers schon bei der psychischen Beeinträchtigung mitberücksichtigt worden sind, so dass hier eine Doppelbewertung auch hinsichtlich des bestehenden Schlafapnoe-Syndroms zu unterbleiben hat.

35

Insgesamt ist der GdB des Kläger aber schon deshalb mit 40 zu bewerten, weil sich das Gesamtausmaß der Behinderung des Klägers insgesamt nicht mit einem einzel-nen Gesundheitsschaden vergleichen, für den die Versorgungsmedizinischen Grundsätze einen festen GdB-Wert von 50 angeben, wie es Teil A Nr. 3 b) VG vor-schreibt (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.06.2012 – L 13 SB 127/11 = juris Rn. 49 unter Hinweis auf BSG Urteil vom Urteil vom 02.12.2010 - B 9 SB 4 / 10 R = juris Rn. 25 m.w.N.; BSG Beschluss vom 16.05.1995 - 9 BVs 38/94 = juris Rn. 4; BSG Urteil vom 16.03.1993 - 9 RVs 6/93 = juris Rn. 13; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 18.08.2011 - L 7 SB 106/07 = juris Rn.

36

75; Bayerisches LSG, Urteil vom 16.11.2010 - L 15 SB 53/09 = juris Rn. 46; Dau, SGB IX, § 69 Rn. 24; Knittel, SGB IX Kommentar, Rn. 73; Straßfeld, SGB 2003, 613, 616 m.w.N ...; Rauschelbach, MedSach, 1980, 90/91; a.A. Schimanski, GK-Schwbg, 2. Aufl. 2000, § 4 Rn. 97). Im vorliegenden Fall ist eine Vergleichbarkeit des Klägers mit Personen, die etwa unter schweren psychischen Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten leiden, oder aber auch mit Personen, bei denen – wie zunächst beim Kläger – aufgrund eines malignen Prostata-Karzinoms eine Heilungsbewährung von fünf Jahren abzuwarten bleibt, nicht gegeben.

Die Kammer konnte auch entscheiden, ohne zuvor den Anträgen des Klägers auf gutachterliche Vernehmung des Orthopäden L. zu den Beweisfragen des Beweisbeschlusses vom 19.10.2015 bzw. dem Antrag, einen noch nicht näher benannten Facharzt zu psychischen Beeinträchtigungen des Klägers zu befragen, nachzukommen. 37

Die Kammer hat im vorliegenden Fall gemäß § 103 Satz 1 SGG den Sachverhalt von Amts wegen durch Einholung von Befundberichten und der Beauftragung eines Gutachtens sowie der Auswertung der hierdurch gewonnenen Erkenntnisse erforscht. Hierbei waren insbesondere der Streitgegenstand und hierbei der für die gerichtliche Entscheidung maßgebliche Zeitpunkt zu berücksichtigen. Wie bereits mehrfach ausgeführt, war vorliegend der Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung maßgeblich. Für diesen Zeitpunkt, dies steht zur Überzeugung der Kammer fest, war der Sachverhalt insgesamt hinreichend ausermittelt. Die Feststellungen des Orthopäden L. in seiner Stellungnahme vom 26.02.2016 haben nach Auffassung der Kammer im Hinblick auf den hier streitigen Zeitraum keine wesentlichen neuen Erkenntnisse gebracht. Wie oben bereits ausgeführt war die von Herrn L. auf orthopädischem Gebiet vorgenommene Diagnosestellung ausführlicher als diejenige des Dr. S., des Dr. Q. und des Gutachters L ... Die insoweit wesentlichen Befunde, objektiviert durch MRT-Befunde aus November 2015 hatte aber der Gutachter L., der als erfahrener Rheumatologe und Gutachter durchaus in der Lage ist, die aus orthopädischen/sowie ggf. neurologischen Beeinträchtigungen resultierenden Teilhabeeinschränkungen zu bewerten. Die Kammer musste sich hier nicht gedrängt sehen aufgrund der – mit Ausnahme der Diagnosen – rudimentären Angaben des Herrn L. hier von Amts wegen weiter zu ermitteln. 38

Die Kammer hat den Antrag auf gutachterliche Vernehmung des Herrn L. vor diesem Hintergrund als einen Antrag nach § 109 SGG ausgelegt. Dieser war nach § 109 Abs. 2 SGG abzulehnen, weil durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und nach der freien Überzeugung der Kammer aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. 39

Nachdem das Gutachten vorlag hat der Kammervorsitzende es am 06.01.2016 an die Beteiligten übersandt und hierbei darauf hingewiesen, dass das Gericht die Beweisaufnahme als abgeschlossen ansieht und nicht beabsichtigt, weitere Ermittlungen von Amts wegen anzustellen. Mit Schreiben vom 28.01.2016 hat der Kläger-Bevollmächtigte letztlich lediglich die Bildung des Gesamt-GdB durch den Gutachter moniert. Der Kammervorsitzende hat mit Schreiben vom 29.01.2016 die Beteiligten darüber informiert, dass nunmehr terminiert wird und am 09.02.2016 auch geladen. Der in der mündlichen Verhandlung vom 01.03.2016 gestellte Antrag ist im Hinblick auf den Hinweis in der gerichtlichen Verfügung vom 06.01.2016, es werde nicht weiter von Amts wegen ermittelt, nach Auffassung der Kammer in jedem Fall verspätet (vgl. dazu Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 10. Aufl. 2012, § 109 Rn. 11; Kühl, in: Breitzkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 109 Rn. 13) und konnte zurückgewiesen werden. Die Kammer hat dabei neben dem beschriebenen Zeitablauf auch die Tatsache berücksichtigt, dass es hier gerade 40

nicht um eine Statusbegutachtung zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung ging. Gründe, warum der Antrag erst im Rahmen der mündlichen Verhandlung gestellt wurde, sind weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich.

Soweit der Kläger beantragt hat, eine noch nicht benannten Facharzt zu den psychischen Beeinträchtigungen gutachterlich zu vernehmen, war auch insoweit eine entsprechende Aufklärung von Amts wegen vor dem Hintergrund der klaren Aussagen des behandelnden Psychiaters L. und der Tatsache, dass der Gutachter L. gerade auch auf Psychosomatische Medizin spezialisiert ist, nicht erforderlich. 41

Eine Beauftragung nach § 109 SGG kam ebenfalls nicht in Betracht. Es fehlt schon an der erforderlichen inhaltlichen Bestimmtheit des Antrags, da dieser auf die Anhörung eines bestimmten, jedenfalls bestimmbaren, Arztes gerichtet sein muss (so bereits BSG Urteil vom 04.11.1959 – 9 RV 862/56 = juris Rn. 13; vgl. auch Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 109 Rn. 4; Kühl, in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 109 Rn. 5). Hieran fehlt es vorliegend völlig. Darüber hinaus wäre ein entsprechender – ordnungsgemäß gestellter – Antrag im Übrigen aus denselben Gründen abzulehnen gewesen, wie der oben genannte Antrag auf Beauftragung von Herrn L ... 42

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG. 43