
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	16.07.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	12.12.2001

3. Instanz

Datum	11.11.2004
-------	------------

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 12. Dezember 2001 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

Streitig ist der Grad der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Bei dem 1953 geborenen Kläger stellte der Beklagte durch Bescheid vom 29. März 1995 einen GdB von 40 unter Einbeziehung der folgenden Gesundheitsstörungen fest: 1. Neurotische Depression (Einzel-GdB 20), 2. rezidivierende Sinusitiden (Einzel-GdB 10), 3. rezidivierende Bronchitiden (Einzel-GdB 10), 4. Polyarthralgien (Einzel-GdB 10) und 5. Wirbelsäulensyndrom, Nukleotomie (Einzel-GdB 30). Mit Bescheid vom 17. September 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juni 1997 lehnte der Beklagte die vom Kläger beantragte Feststellung eines höheren GdB ab. Das Sozialgericht Mainz (SG) hat

die Klage nach Einholung von Befundberichten und Sachverständigengutachten ua auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet (Dr. W.) durch Urteil vom 16. Juni 2000 abgewiesen. Im anschließenden Berufungsverfahren hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz (LSG) auf Antrag des Klägers nach [Â§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten von Dr. S. eingeholt. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Kläger liege ein chronisches Schmerzsyndrom iS einer Somatisierungsstörung vor, das dessen Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit erheblich einschränke. Daneben hat er eine Polymyotendopathie, eine neurotische Depression und ein Carpal-tunnelsyndrom diagnostiziert und den GdB mit 50 eingeschätzt. Hierzu hat Dr. U. eine versorgungsärztliche Stellungnahme abgegeben. Das LSG hat zur Begründung seines die Berufung des Klägers zurückweisenden Urteils vom 12. Dezember 2001 ausgeführt: In den dem Bescheid vom 29. März 1995 zu Grunde liegenden Verhältnissen sei keine wesentliche Änderung iS des [Â§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) eingetreten. Beim Kläger lägen nach Auswertung der medizinischen Unterlagen, auch des von Dr. S. erstellten Sachverständigengutachtens, ein Wirbelsäulensyndrom (Einzel-GdB 30), eine neurotische Somatisierungsstörung (Einzel-GdB 20), rezidivierende Sinusitiden, rezidivierende Bronchitiden, Polyarthralgien und ein Carpal-tunnelsyndrom (jeweils Einzel-GdB 10) vor. Insgesamt bedingten die Auswirkungen dieser Erkrankungen einen GdB von 40. Die Beschwerden von Seiten der Lendenwirbelsäule brächten zwar nur mittelgradige und die von Seiten der Brust- und Halswirbelsäule geringgradige Funktionseinschränkungen mit sich. Da jedoch intermittierend auftretende Schmerzsituationen iS eines Schmerzsyndroms hinzukämen, sei insoweit dennoch ein Einzel-GdB von 30 gerechtfertigt. Hingegen sei Dr. S. nicht zu folgen, wenn er neben der neurotischen Somatisierungsstörung, die von dem Beklagten unter anderer Bezeichnung bereits 1995 anerkannt worden sei, das Vorliegen einer neurotischen Depression feststelle. In den Sachverständigengutachten der Dres. W. und S. fänden sich diesbezüglich keine Befunde, die geeignet seien, nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz ((AHP); Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, 1996) einen (Einzel-)GdB zu bedingen. Die Auswirkungen der von Dr. S. weiter benannten Polymyotendopathie â schmerzhafte Verspannungen bzw Veränderungen an den Ansatzstellen der Muskulatur am Knochen â seien bereits in die Bewertung der Wirbelsäulenbeschwerden eingeflossen.

Mit seiner vom Bundessozialgericht (BSG) zugelassenen Revision macht der Kläger im Wesentlichen geltend: Das Urteil des LSG sei nicht mit Gründen versehen. Das LSG verweise auf die erstinstanzlichen Entscheidungsgründe, ohne diese konkret zu bezeichnen. Das LSG habe des Weiteren gegen den Amtsermittlungsgrundsatz des [Â§ 103 SGG](#) verstoßen; es hätte sich zu weiteren Ermittlungen hinsichtlich seines neurologisch-psychiatrischen Gesundheitszustandes gedrängt fühlen müssen. Ein entsprechender Beweisantrag sei als Hilfsantrag in der letzten mündlichen Verhandlung vor dem LSG gestellt worden; das LSG habe diesen ohne Begründung übergegangen. Hierauf beruhe die Entscheidung auch. Das LSG habe die Erhöhung des festgestellten GdB auf 50 zu Unrecht mit der Begründung

abgelehnt, die Auswirkungen der neurotischen Depression und der Polymyotendopathie seien nicht in die GdB-Bewertung einzubeziehen. Das Gericht verfiere nicht über eine hinreichende Sachkunde, um feststellen zu können, dass bei ihm neben einer Somatisierungsstörung keine neurotische Depression gegeben sei, die Einfluss auf die Höhe des GdB haben können. Hinsichtlich der Bewertung der Auswirkungen der Somatisierungsstörung mit einem Einzel-GdB von 20 weiche es ohne Begründung von der gutachterlichen Bewertung des Dr. S. ab, der insoweit von einem Einzel-GdB von 30 ausgegangen sei. Gleiches gelte für die von Dr. S. benannte Polymyotendopathie, die das LSG nicht bzw nur im Rahmen der Feststellung der Höhe des GdB von Seiten der Wirbelsäulenbeschwerden berücksichtigt habe. Soweit das LSG zur Begründung dessen auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug nehme, setze es sich zu seiner eigenen Bewertung in Widerspruch. Im Gegensatz zum LSG habe das SG die Auswirkungen der Wirbelsäulenbeschwerden unter Außerachtlassung des schweren Schmerzsyndroms mit einem Einzel-GdB von 30 bewertet; auch insoweit sei daher die Einholung des beantragten Sachverständigengutachtens erforderlich gewesen.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),
die Urteile des LSG Rheinland-Pfalz vom 12. Dezember 2001 und des SG Mainz vom 16. Juni 2000 sowie den Bescheid des Beklagten vom 17. September 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juni 1997 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei ihm unter Änderung des Bescheides vom 29. März 1995 einen Grad der Behinderung von 50 festzustellen,
hilfsweise,
das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 12. Dezember 2001 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Der Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Zur Begründung führt er aus: Nach Aktenlage bedinge die Behinderung des Klägers insgesamt keinen höheren GdB als 40. Um zu einer für den Kläger günstigeren Entscheidung zu gelangen, bedürfe es weiterer Sachverhaltsaufklärung.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil ([Â§ 124 Abs 2 SGG](#)) einverstanden erklärt.

II

Die Revision des Klägers ist iS seines Hilfsantrags begründet. Das angefochtene Urteil ist aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen ([Â§ 170 Abs 2 SGG](#)).

Das Berufungsgericht hat den streitigen Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB zu Unrecht mit der Begründung verneint, eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen gegenüber denen, die der Bescheiderteilung vom 29. März 1995 zu Grunde lagen, sei nicht iS des [Â§ 48 SGB X](#) eingetreten, weil nach Auswertung der zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen ein höherer GdB als 40 nicht festzustellen sei.

Nach [Â§ 48 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass des Bescheides vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Von einer solchen ist im vorliegenden Zusammenhang ua bei einer Änderung im Gesundheitszustand des Antragstellers auszugehen, wenn aus dieser die Erhöhung oder Herabsetzung des GdB um wenigstens 10 folgt (vgl. [BSGE 82, 176 = SozR 3-3870 Â§ 4 Nr 24](#)). Der Wegfall des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) zum 1. Juli 2001 und das gleichzeitige Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) stellt keine wesentliche Änderung iS von [Â§ 48 SGB X](#) dar. Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat, bedingt allein die Änderung der Umschreibung des Behinderungsbegriffs in [Â§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB IX](#), der nunmehr ausdrücklich auf die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abstellt, gegenüber [Â§ 3 Abs 1 SchwbG](#), bei dem es nach dem Gesetzeswortlaut zur GdB-Feststellung allgemein auf die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen ankam, keine grundlegende Neuorientierung bei der Bewertung des GdB (vgl. [BSGE 91, 205 = SozR 4-3250 Â§ 69 Nr 2](#); unter Hinweis auf die bisherige Rechtsprechung: [BSGE 62, 209, 211 = SozR 3870 Â§ 3 Nr 26](#), S 82 f).

Nach [Â§ 69 Abs 1 Satz 4 SGB IX](#) werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als GdB (iS des Gesamt-GdB nach RdNr 19 Abs 1 der AHP 1996, aaO S 33, als auch der AHP 2004, Hrsg: Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Bonn, S 24) nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die im Rahmen des [Â§ 30 Abs 1 Bundesversorgungsgesetz](#) festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend. Bei der Feststellung des GdB sind im Interesse der gleichmäßigen Beurteilung der Behinderungen die AHP (Änderungen durch die 2004 neu erschienenen AHP haben sich insoweit nicht ergeben) zu Grunde zu legen, bei denen es sich nach der Rechtsprechung um antizipierte Sachverständigengutachten handelt und die wie untergesetzliche Normen anzuwenden sind (vgl. [BSGE 91, 205 = SozR 4-3250 Â§ 69 Nr 2](#)). Der im Verfügungssatz des Bescheides festzustellende GdB ist Ergebnis einer Gesamtwürdigung der Auswirkungen der verschiedenen Teilhabebeeinträchtigungen, unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander (vgl. AHP 1996 und 2004, RdNr 19, S 33, 24; s auch BSG [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr 9](#); [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr 28](#); [BSGE 81, 50 = SozR 3-3870 Â§ 3 Nr 7](#)).

Unter Beachtung dieser Grundsätze sowie der in den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen und Erkenntnisse hat das LSG im Hinblick auf die bei dem Kläger festgestellten Sinusitiden, rezidivierende Bronchitiden und das Carpal-tunnelsyndrom zu Recht einen Einzel-GdB (iS der Erläuterungen unter RdNr 19 Abs 1 AHP 1996 und 2004; S 33, 24) von jeweils 10 angenommen und â

insoweit vom KlÄxger unangefochten â□□ einen Einfluss der Auswirkungen dieser Erkrankungen auf die Feststellung der HÄ¶he des GdB verneint. Soweit es hingegen die Auswirkungen des vom LSG festgestellten WirbelsÄxulensyndroms, der neurotischen SomatisierungsstÄ¶rung und der Polyarthralgien betrifft, kann der erkennende Senat die berufungsgerichtlichen Tatsachenfeststellungen seiner Entscheidung nicht zu Grunde legen, da diese in verfahrensfehlerhafter Weise zu Stande gekommen sind. Um die HÄ¶he des GdB abschlie¶end bewerten zu kÄ¶nnen, bedarf es insoweit weiterer Feststellungen, ob neben den Auswirkungen des Schmerzsyndroms/der SomatisierungsstÄ¶rung solche einer neurotische Depression sowie der von Dr. S. festgestellten Polymyotendopathie selbststÄxndig zu berÄxcksichtigen sind und inwieweit sich deren Auswirkungen im Hinblick auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ([Ä§ 2 Abs 1 SGB IX](#)) Äxberschneiden.

Der KlÄxger hat diesbezÄxglich formgerecht einen Verfahrensmangel gerÄxgt ([Ä§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#)). Unter Hinweis auf den von ihm in der mÄxndlichen Verhandlung vor dem LSG gestellten Beweisantrag â□□ ein SachverstÄxndigengutachten auf neurologisch-psychiatrischen Sachgebiet von Amts wegen einzuholen â□□ sowie auf die vom LSG selbst aufgezeigten UnzulÄxnglichkeiten und WidersprÄxche in dem Gutachten des SachverstÄxndigen Dr. S. , begrÄxndet er, dass das LSG Veranlassung gehabt hÄxtte, den Sachverhalt hinsichtlich des Vorliegens weiterer gesundheitlicher BeeintrÄxchtungen und deren Auswirkungen auf die TeilhabemÄ¶glichkeiten iS des [Ä§ 2 Abs 1 SGB IX](#) weiter aufzuklÄxren. Schlie¶lich hat der KlÄxger auch dargetan, dass eine entsprechende Beweiserhebung fÄxr die Bewertung des GdB insgesamt von ausschlaggebender Bedeutung ist und die MÄ¶glichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass nach entsprechender weiterer SachverhaltsaufklÄxrung der GdB iS des Klageantrags mit 50 festzustellen ist.

Die vom KlÄxger damit gerÄxgte Verletzung von [Ä§ 103 SGG](#) liegt vor. Der SachverstÄxndige Dr. S. ist in seinem Gutachten von einem Einzel-GdB von jeweils 30 fÄxr die Auswirkungen der degenerativen VerÄxnderungen des Bewegungssystems, der SomatisierungsstÄ¶rung und der von ihm diagnostizierten Polymyotendopathie ausgegangen. Er betont, die SomatisierungsstÄ¶rung bedinge eine wesentliche EinschrÄxkung der Erlebnis- und GestaltungsfÄxhigkeit des KlÄxgers, sodass eine eigenstÄxndige Bewertung mit einem GdB von 30 vorzunehmen sei. Zudem beschreibt er eine erhebliche seelische Symptomatik mit wiederkehrender depressiver Verstimmung. Diese sei zwar psychotherapeutisch behandelt worden, im Hinblick auf den Grundvorgang der Somatisierung jedoch offensichtlich ohne Erfolg. Die Schmerzsymptomatik sei teilweise durch GelenkverÄxnderungen, aber auch durch die Polymyotendopathie hervorgerufen. Daneben hat der SachverstÄxndige Auswirkungen einer neurotischen Depression festgestellt, die einen Einzel-GdB von 20 bedingten. Den GdB des KlÄxgers hat er unter BerÄxcksichtigung der von ihm benannten Auswirkungen insgesamt mit 50 bewertet. Das LSG ist dem nicht gefolgt. Es hat vielmehr ausgefÄxhrt, der Einzel-GdB von 30 fÄxr das WirbelsÄxulensyndrom beinhalte, da nur mittelgradige und geringgradige FunktionseinschrÄxkungen in zwei WirbelsÄxulenabschnitten vorlÄxgen (vgl AHP 1996, Ziffer 26.18, S 139, 140; so auch AHP 2004, Ziffer 26.18, S 116), intermittierend auftretende Schmerzsituationen iS eines Schmerzsyndroms.

Damit seien zugleich auch die von Dr. S. in dem Sachverständigen Gutachten als selbstständige Behinderung angegebenen Auswirkungen der "Polymyotendopathie" dem genannten Einzel-GdB miteingefasst. Hierbei handle es sich nämlich um schmerzhafte Verspannungen bzw. Veränderungen an den Ansatzstellen der Muskulatur am Knochen. Die Ausführungen des Dr. S. seien insoweit widersprüchlich, als die Auswirkungen der Polymyotendopathie von ihm zweifach gewertet worden seien, nämlich als selbstständige Behinderung und bei der "Somatisierungsstörung". Daneben sei eine neurotische Somatisierungsstörung mit einem Einzel-GdB von 20 in die Bewertung einzubeziehen. Von einer solchen sei der Beklagte bereits in dem Bescheid vom 29. März 1995 ausgegangen, wenn auch unter einer anderen Bezeichnung. Ebenso wenig folgt das LSG den Ausführungen des Sachverständigen Dr. S., wenn es zu der Auffassung gelangt ist, neben der Somatisierungsstörung sei keine neurotische Depression mit einem Einzel-GdB von 30 festzustellen. Das LSG führt zur Begründung aus: Der Kläger habe nach den Angaben des genannten Sachverständigen einen vitalen und bestimmten Eindruck gemacht; Hinweise auf ein psychiatrisches Leiden hätten nicht bestanden. Damit ließen sich auch keine Befunde erkennen, die nach den AHP einen GdB bedingten.

Zwar gibt es im Schwerbehindertenrecht keine Beweisregel dahingehend, dass die Gerichte bei der Bildung des GdB an die vom Sachverständigen vorgeschlagenen Einzelwerte gebunden seien. Das Gericht hat vielmehr in eigener Verantwortung und in nachvollziehbarer darzulegender Weise die Höhe des GdB zu bestimmen (BSG [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr 5](#)). Es ist richterliche Aufgabe, die Überzeugungskraft einzelner Umstände und Beweismittel zu bewerten und den maßgeblichen GdB, der sich aus einer Zusammenschau der Auswirkungen aller Funktionsbeeinträchtigungen ergibt, nicht nach starren Beweisregeln, sondern auf Grund richterlicher Erfahrung unter Hinzuziehung der Sachverständigen Gutachten sowie der AHP in freier richterlicher Beweiswürdigung festzulegen (vgl. Urteil des Senats vom 9. März 1988 – [9/9a RVs 14/86](#), JURIS unter Bezugnahme auf [BSGE 41, 99](#) = [SozR 2200 Â§ 581 Nr 5](#); BSG [SozR 3870 Â§ 3 Nr 4, 5](#) und [SozR 3-3870 Â§ 4 Nr 1](#)). Will das Tatsachengericht von den medizinischen Feststellungen und Einschätzungen eines Sachverständigen abweichen, bedarf es jedoch einer eindeutigen Aussage darüber, aus welchem Grund die Abweichung erfolgt, welche Kompetenz dem LSG für seine auf medizinischem Gebiet liegende Beurteilung zukommt und worauf diese medizinische Sachkunde beruht (ständige Rechtsprechung des BSG; vgl. nur Urteil vom 9. März 1988 – [9/9a RVs 14/86](#), JURIS).

Angesichts der an den Feststellungen des Dr. S. geäußerten Zweifel und der dazu aufgezeigten Widersprüche hätte das LSG sich im vorliegenden Fall gedrängt fühlen müssen, entweder den Sachverständigen zur Aufklärung und Stellungnahme hierzu aufzufordern oder ein weiteres Sachverständigen Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bei einem anderen Sachverständigen einzuholen. Keinesfalls war das LSG befugt, eigene medizinische Feststellungen und Wertungen denen des Sachverständigen gegenüber zu stellen, ohne offen zu legen, worauf diese Erkenntnisse beruhen. Dieses betrifft zum Einen die Auffassung des LSG, die Polymyotendopathie stehe dem Schmerzsyndrom

gleich und stelle daher keine eigene Gesundheitsstörung dar, deren Auswirkungen in die GdB-Bewertung einzufließen hätten. Zum Zweiten gilt dieses für die Feststellung des LSG, neben der neurotischen Somatisierungsstörung liege keine neurotische Depression vor; der Kläger leide nicht unter einer derartigen Erkrankung, entsprechende Hinweise seien nicht vorhanden gewesen. Zur Begründung seiner Feststellungen hat das LSG sich nicht auf andere medizinische Erkenntnisquellen bezogen, wie etwa die versorgungsärztliche Stellungnahme des Dr. U. oder das Sachverständigengutachten des Dr. W. Diese sind von dem LSG jedenfalls nicht ausdrücklich in seine Erwägungen einbezogen worden. Eigenen medizinischen Sachverstand hat das LSG nicht dargelegt; solcher wäre ohne eigene Anamnese und Untersuchung im Fall einer psychiatrischen Diagnosestellung auch nicht ausreichend gewesen (vgl. hierzu BSG [SozR 4-1750 Â§ 407a Nr 1](#)).

Im Hinblick auf die von Dr. S. angegebenen Diagnoseschlüssel des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Revision (ICD (Klassifikation erstellt von der Weltgesundheitsorganisation, 1989; siehe ICD 10, hrsg vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation & Information, DIMDI, im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, Stand Juli 1999)), insbesondere ICD F 45.0, 45.4 (Somatisierungsstörung) und ICD F 34.0 (neurotischen Depression), zeigt sich zudem weiterer Aufklärungsbedarf. Danach liegen zwar unterschiedliche Beschwerdebilder vor. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich deren Auswirkungen überschneiden und auf diese Weise geringeren Einfluss auf die Höhe des GdB haben. So heißt es zu F 45 (Somatoforme Störungen) allgemein: "Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten." Die von Dr. S. benannte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) wird als ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, umschrieben. Er trete in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge sei meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, seien dabei nicht zu berücksichtigen. F 34.0 allgemein: "Anhaltende affektive Störungen" enthält anhaltende und meist fluktuierende Stimmungstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größten Teil des Erwachsenenlebens, andauern, zwingen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern. Bei der speziell von Dr. S. angegebenen Form der Zylothymia (F 34.0) handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit

zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F 31.-) oder rezidivierende depressive Störung (F 33.-) zu erfüllen. Inwieweit sich hier Überschneidungen bei den Auswirkungen ergeben können, bedarf der sachkundigen Beurteilung durch einen medizinischen Sachverständigen, etwa im Sinn des Beweisantrages des Klägers oder durch eine ergänzende Befragung des Sachverständigen Dr. S.;

Das Ergebnis einer solchen Sachverhaltsaufklärung kann Einfluss auf die Höhe des GdB haben; die Frage, ob der GdB nach ergänzender medizinischer Sachaufklärung unter Berücksichtigung der Auswirkung weiterer Erkrankungen mit 50 festzustellen ist, lässt sich nicht mit Sicherheit abschließend beurteilen. Das LSG hat seiner Bewertung Einzel-GdB-Werte von 30, 20 und 4 x 10 zu Grunde gelegt. Hieraus folgt seine Feststellung eines GdB von 40. Zu dieser Beurteilung konnte das LSG jedoch nur gelangen, weil es neben den diesen einzelnen GdB-Werten zu Grunde liegenden Auswirkungen von Erkrankungen und Beschwerden keine weiteren berücksichtigt hat. Selbst wenn neben der neurotischen Somatisierungsstörung mit einem Einzel-GdB von 20 und dem Wirbelsäulensyndrom mit einem Einzel-GdB von 30 nur Auswirkungen der Polymyotendopathie oder einer neurotischen Depression zu berücksichtigen wären, ist eine Erhöhung des festgestellten GdB über 40 hinaus nicht auszuschließen; es könnte von einer wesentlichen Änderung iS des [§ 48 SGB X](#) auszugehen sein. Dieses gilt erst recht, wenn Auswirkungen von beiden Erkrankungen hinzukommen.

Da der erkennende Senat die somit noch erforderlichen Ermittlungen im Revisionsverfahren nicht selbst nachholen kann (vgl. [§ 163 SGG](#)), ist das Berufungsurteil gemäß [§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#) aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Das Vorliegen eines weiteren Verfahrensfehlers, auch iS des absoluten Revisionsgrundes, das Urteil sei nicht mit Gründen versehen, kann angesichts dessen dahinstehen.

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

Erstellt am: 17.12.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024